



**PENATALAKSANAAN PADA TN. R USIA 38 TAHUN DENGAN
SKIZOFRENIA PARANOID MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN
KELUARGA**

Nabila Ayuningtyas*, RE Rizal Effendi, Desmayanti Bahri

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. DR. Ir. Sumatri Brojonegoro No.1, Gedong
Meneng, Kec. Rajabasa, Kota Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

*nabilaiueoo@gmail.com (+6281929654189)

ABSTRAK

Skizofrenia ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar. Berdasarkan Riskesdas pada 2019 menunjukkan prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7% per 1000 rumah tangga. Penanganan yang tepat secara holistik dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada penelitian ini menerapkan prinsip pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah berbasis EBM (*Evidence Based Medicine*) yang bersifat *family focused*, *patient centered* dan *community based*. Studi ini merupakan studi deskriptif tentang laporan kasus. Data primer diperoleh melalui *autoanamnesis* dan *alloanamnesis*, pemeriksaan status mental dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat pemahaman mengenai penyakit yang lebih baik dan kepatuhan berobat yang berdampak pada keberhasilan terapi. Penatalaksanaan secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk pasien dengan penyakit skizofrenia paranoid untuk mengidentifikasi masalah pada berbagai aspek demi mendukung keberhasilan terapi dan memperbaiki kualitas hidup pasien.

Kata kunci: pelayanan kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik; skizofrenia paranoid

**MANAGEMENT IN TN. 38 YEARS OLD WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA
THROUGH FAMILY MEDICINE APPROACH**

ABSTRACT

Schizophrenia is characterized by fundamental and characteristic deviations from thought and perception, as well as by abnormal affect. Based on Riskesdas in 2019, the prevalence of schizophrenia in Indonesia was 6.7% per 1000 households. Proper handling holistically using a family medicine approach is needed to improve the patient's quality of life. Applying the principles of a holistic and comprehensive family doctor approach in detecting internal and external risk factors and solving EBM problems. This study is a descriptive study of case reports. Primary data were obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, mental examination, and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. In the evaluation, the results were obtained in the form of a better understanding of the disease and medication adherence that have an impact on the success of therapy. Holistic management with family medicine approach is needed for patients with paranoid schizophrenia disease to identify problems in various aspects to support the success of therapy and improve the patient's quality of life.

Keywords: family medicine services; holistic management; paranoid schizophrenia

PENDAHULUAN

Skizofrenia berasal dari kata *skizo* yang berarti pecah dan *frenia* yang berarti kepribadian. Skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Amir, 2015). Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock et al., 2015).

Skizofrenia lebih sering terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal. Insiden puncak awitannya ialah 15 sampai 25 tahun untuk pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita. Prevalensi skizofrenia di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization), pada tahun 2019 terdapat 20 juta orang. Skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019). Data American Psychiatric Association (APA) tahun 2014 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia (Amir, 2015). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2019 menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 6,7% per 1000 rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa dari 1000 rumah tangga, terdapat 67 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga (ART) dengan pengidap skizofrenia/psikosis berat, sedangkan

pada Provinsi Lampung sebanyak 6% per 1000 rumah tangga (Kementerian Kesehatan, 2019). Penyakit ini telah menjadi masalah kesehatan yang mempengaruhi hampir 1% dari populasi. Pasien dengan skizofrenia banyak memiliki keterlibatan masalah sosial dan ekonomi karena pasien yang menderita skizofrenia umumnya tidak memiliki pekerjaan dan rumah (Haller, 2015).

Temuan klinis pada pasien memenuhi kriteria umum diagnostik pada blok F20.0 Skizofrenia Paranoid berdasarkan PPDGJ III, yaitu memenuhi sedikitnya satu gejala yang amat sangat jelas atau dua gejala yang kurang jelas berupa 1) Pikiran bergema (*thought echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*thought withdrawal* atau *thought insertion*), dan penyiaran pikiran (*thought broadcasting*), 2) Waham dikendalikan (*delusion of being control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*), waham tentang dirinya tidak berdaya (*delusion of passivity*), atau pengalaman inderawi yang tidak wajar (*delusional perception*), 3) halusinasi auditorik secara terus-menerus, dan 4) waham menetap jenis lainnya. Keluhan disertai dengan gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan (Maslim R, 2013).

Skizofrenia dapat digolongkan pada tiga dimensi, yakni gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala positif meliputi halusinasi, waham, gaduh gelisah, dan perilaku aneh serta bermusuhan. Gejala negatif meliputi afek tumpul atau datar, menarik diri, berkurangnya motivasi, miskin kontak emosional, pasif, apatis, dan sulit berpikir abstrak. Gejala-gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku,

serta gangguan pemusatan perhatian, dan pengolahan informasi (Sadock et al., 2015). Gejala-gejala ini juga dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pada pasien skizofrenia (Skizofrenia, 2016).

Terapi skizofrenia terdiri dari psiko-farmakologi, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi utama untuk skizofrenia ialah psikofarmakologi. Antipsikotik yang dikenal sebagai neuroleptik, efektif dalam me-ngurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak dapat menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut. Antipsikotik terdiri dari dua kategori, yaitu obat atipikal (clozapin, risperidon, olanzapine, quetiapin) dan obat tipikal (thiothixene, haloperidol, chlorpromazine dan trifluoperazine) (Sadock, 2015).

Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Anti-psikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi dapat juga mengurangi gejala negative (Amir, 2015). Obat antipsikotik efektif untuk mengatasi gejala positif pada sebagian besar pasien, tetapi hanya memiliki sedikit manfaat untuk mengatasi gejala negatif dan kognitif, dan dasarnya semua menggunakan mekanisme yang sama, blokade reseptor D2 (McCutcheon, 2019). Perawatan psikofarmakologis tidak sepenuhnya efektif dalam mengurangi defisit kognitif, gejala, dan peningkatan mortalitas. Latihan, sebagai pengobatan tambahan nonfarmakologis, meningkatkan volume hipokampus yang mengarah pada peningkatan plastisitas sinaptik dan neurogenesis, kognisi, gejala negatif, dan hasil fungsional (Girdler, 2019). Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi

terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Kern et al., 2009). Pelayanan kedokteran keluarga merupakan hal yang cukup penting dalam membantu pasien dengan skizofrenia paranoid dalam memaksimalkan perannya. Psiko-edukasi keluarga meningkatkan pengetahuan, memodifikasi perilaku dan meningkatkan keterampilan untuk pemecahan masalah dan komunikasi (Rami, 2018)

METODE

Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data yang diperoleh meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui anamnesis (secara autoanamnesis dan alloanamnesis dengan ibu dan anak pasien), pemeriksaan fisik dan melakukan kunjungan rumah, mengisi *family folder*, dan mengisi berkas pasien yang didapatkan dengan wawancara mendalam untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi.

ILUSTRASI KASUS

Pasien Tn. R, laki-laki berusia 38 tahun datang ke Puskesmas Pasar Ambon Ambon pada tanggal 4 November 2021 diantar oleh kakaknya. Pasien mengeluhkan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu. Saat ini pasien tidak mendengar adanya bisikan-bisikan maupun bayangan roh. Pasien mengaku terakhir kali mendengar bisikan yaitu pada satu bulan yang lalu saat pasien memiliki banyak pikiran. Pasien juga sudah dapat bersosialisasi baik dengan tetangga dan orang-orang disekitar. Pasien sudah mulai merasa bahwa tetangganya tidak membicarakan hal buruk tentang pasien. Pasien

mengatakan bahwa ia sulit tidur ketika tidak mengonsumsi obat. Pasien lebih banyak menghabiskan waktu di rumah karena belum memiliki pekerjaan dan sesekali bermain dengan teman-temannya. Pasien kurang bersemangat dan khawatir menghadapi masa depan karena penyakitnya.

Riwayat keluhan yang sama pada pasien dirasakan sejak 9 tahun yang lalu. Pasien sempat dirawat sebanyak 2 kali di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering marah-marah, berbicara sendiri, sering keluar rumah, sulit tidur, serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa orang-orang di sekitarnya sedang membicarakan pasien. Pasien sering mendengar bahwa tetangga dan orang disekitarnya membicarakan keburukan dan berkata kasar pada pasien. Pasien mengaku mendengar bisikan orang berkomentar jahat dan terkadang mendengar bisikan ajakan kebaikan, suara azan serta bisikan orang mengaji. Pasien mengaku dapat melihat banyangan roh berbentuk manusia dan dapat masuk ke tubuh manusia. Pasien juga mengaku merasakan roh-roh tersebut dapat menempel dan memijat tubuh pasien. Pasien merasa orang-orang dapat membaca pikiran pasien. Ketika ada orang lain melihat atau meludah di dekat pasien, pasien merasa orang tersebut membenci pasien. Pasien tidak pernah merasakan bahwa dirinya atau lingkungannya menjadi asing. Menurut pasien, dirinya merasa mudah lelah walau hanya mengerjakan sedikit pekerjaan rumah.

Pasien merasakan dirinya menjadi aneh sejak pasien sering mengonsumsi alkohol, lexotan, sabu dan ganja. Pasien mulai mengonsumsi alkohol dan obat-obatan terlarang sejak lulus SMA. Pasien mengaku masih sering mengonsumsi alkohol yaitu satu kali seminggu. Pasien mengaku terakhir mengonsumsi ganja sekitar dua tahun yang lalu bersama teman-temannya. Awalnya pasien mengaku hanya mencoba dan ikut-ikutan temannya, lalu pasien mulai ketagihan dan menjadi ketergantungan. Lalu pasien mulai mudah marah, merasa orang di sekitar pasien membicarakan hal-hal buruk tentang pasien. Pasien mengatakan teman-temannya sering menilai buruk tentang pasien dan mengatakan pasien sering melakukan seks bebas dan ibunya diperjual belikan untuk seks bebas sehingga pasien tidak terima dan menjauh dari teman-temannya.

Pasien pernah terjatuh dari motor yang mengenai kepalanya pada tahun 2010. Ibu pasien mengatakan bahwa kecelakaan tersebut adalah penyebab keluhan pasien yang timbul sejak tahun 2012. Pasien sempat datang ke dukun untuk menghilangkan keluhan tersebut dan pasien juga pernah melakukan ruqyah, namun keluhan tetap saja tidak membaik. Keluhan serupa pada anggota keluarga lainnya tidak ada. Riwayat penyakit medis lain tidak ada.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 127/78 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi nafas 16x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 57 kg, tinggi badan 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh 20,9 kg/m², status gizi normal.

Status generalis :

Bentuk kepala lonjong, rambut pendek, hitam, tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Mata, telinga, hidung, dan leher kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, tidak terdapat pelebaran, auskultasi dalam batas normal, kesan dalam batas normal. Abdomen datar, tidak didapatkan nyeri tekan, tidak didapatkan organomegali maupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, akral hangat, kesan dalam batas normal.

Thorax :

Jantung

I: Ictus cordis tidak tampak

P: Ictus cordis teraba pada SIC 5

P: Batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 2 jari medial linea midclavicular sinistra

A: BJ I/II reguler

Paru

I: Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)

P: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P: Sonor +/-

A: Rhonki (-), wheezing (-)

Abdomen

I: Datar

A: BU (+) 8 kali per menit

P: Nyeri tekan (-)

P: Timpani

Ekstremitas: Akral hangat, edem (-/-), CRT kurang dari 2 detik.

Muskuloskeletal dan neurologis: Kesan dalam batas normal.

Status Mental

A. Deskripsi Umum

1. Kesadaran: compos mentis
2. Penampilan: pasien laki-laki, perawakan tinggi, rambut hitam pendek lurus, kuku pendek, kulit sawo matang, penampilan sesuai usia, pakaian rapi, memakai kaos.
3. Perilaku dan aktivitas psikomotor: pasien tampak duduk tenang, sesekali menggerakkan tangan untuk menjelaskan sesuatu, kontak mata adekuat, tidak ada gerakan involunter lain.
4. Sikap terhadap pemeriksa: kooperatif.

B. Pembicaraan

Spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, kuantitas cukup.

C. Mood dan Afek

1. Mood: Hipotim
2. Afek: Luas
3. Keserasian: Serasi

D. Persepsi

1. Halusinasi: Terdapat riwayat halusinasi auditorik berupa commenting dan commanding. Terdapat riwayat halusinasi visual berupa roh manusia. Terdapat riwayat halusinasi taktil.
2. Ilusi: Tidak ada
3. Depersonalisasi: Tidak ada
4. Derealisasi: Tidak ada

E. Pikiran

1. Bentuk pikir: Non realistik
2. Arus pikir: Lancar
3. Proses pikir: Koheren
4. Isi pikir: terdapat waham paranoid, tidak terdapat

preokupasi, obsesi, maupun fobia.

F. Sensorium dan Kognisi

1. Kesadaran: Compos mentis
2. Orientasi: Situasi baik, waktu baik, tempat baik, dan orang baik.
3. Daya ingat: Daya ingat segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang baik.
4. Kemampuan membaca dan menulis: Baik
5. Konsentrasi dan perhatian: Baik
6. Kemampuan visuospasial: Baik
7. Kalkulasi: Baik
8. Abstraksi: Baik
9. Intelegensi dan kemampuan informasi: Baik

G. Pengendalian Impuls

Pasien dapat mengendalikan emosi selama wawancara dan pasien berusaha mengendalikan impuls untuk tetap kooperatif saat wawancara.

H. Daya Nilai

1. Daya nilai sosial: Baik
2. Uji daya nilai: Baik
3. RTA: Terganggu

I. Kemampuan menolong diri sendiri: Baik

J. Tilikan: Tilikan derajat 4 (menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak memahami penyebab sakitnya)

K. Taraf dapat dipercaya: Dapat dipercaya

DATA KELUARGA

Pasien merupakan anak ke 4 dari 6 bersaudara. Saat ini pasien tinggal bersama ibu dan bapaknya. Bentuk keluarga pasien adalah *nuclear family*.

Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar antar anggota keluarga. Pasien lebih sering berkomunikasi dengan ibunya. Bapak pasien bekerja sebagai supir dan ibu pasien merupakan ibu rumah tangga. Keluarga pasien hampir setiap hari kumpul bersama ketika malam hari. Pasien lebih banyak menghabiskan waktu sendiri di rumah menonton televisi, merokok, minum kopi, dan jarang bersosialisasi dengan tetangga. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara pasien, ibu, dan bapak. Keputusan keluarga biasanya ditentukan oleh ibu.

Untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga ini hanya bergantung pada penghasilan bapak pasien yang bekerja sebagai supir. Pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.2.000.000,- hingga Rp. 3.000.000,- per bulan yang digunakan untuk menghidupi 3 orang dalam keluarga ini. Pasien juga sering mendapat uang tambahan dari saudaranya.

Perilaku berobat keluarga yaitu keluarga berobat ke Puskesmas Pasar Ambon bila terdapat keluhan karena lokasi rumah mereka yang sangat dekat dengan puskesmas (<1 km). Pola pengobatan pada pasien dan keluarga yaitu hanya jika memiliki keluhan. Pasien sudah memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) dan digunakan untuk meminta rujukan ke Rumah Sakit Jiwa.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu. Sejak 9 tahun yang lalu pasien sering marah-marah, berbicara sendiri, sering keluar rumah, sulit tidur, serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di

kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa orang-orang di sekitarnya sedang membicarakan pasien.

- Kekhawatiran: Sulit tidur dan kurang bersemangat menghadapi masa depan.
- Harapan: Tidak perlu lagi meminum obat sehingga bisa tidur nyenyak dan memiliki harapan terhadap masa depan.
- Persepsi: Keluhan muncul karena penggunaan napza

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Skizofrenia Paranoid (ICD 10: F20.0, ICPC-2: P98)

Aspek 3. Risiko internal

- Pasien memiliki sifat pendiam dan jarang mendiskusikan masalah yang sedang dihadapinya.
- Pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Sosial: Orang-orang di sekitar pasien menganggap pasien gila. Teman-teman pasien sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya.
- Keluarga: Pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, dan pengobatan masih kurang.

Aspek 5. Derajat Fungsional

(2) Dua, yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

RENCANA INTERVENSI

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi dan keluhan berulang. Intervensi yang akan

dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

Patient Centered

1. Farmakologi

- Mengobati penyakit dengan memberikan antipsikotik berupa risperidone 2 mg 2x1, trihexyphenidyl 2 mg 2x1, dan chlorpromazine 100 mg 1x¼.

2. Non farmakologi

Memberikan edukasi mengenai:

- Skizofrenia meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, menghilangkan stigma buruk dan meminum obat secara teratur, serta upaya untuk menghilangkan rasa *stress*.
- Melakukan *Cognitive Behavior Therapy* sederhana dengan cara mengobrol dengan pasien mengenai apa yang pasien rasakan, apa saja harapan pasien, dan membantu pasien memahami gejala-gejala yang dialami.
- Mengajarkan pasien untuk terbuka mengenai kegiatan sehari-hari dan masalah yang dihadapinya kepada keluarga.
- Mengajarkan pasien untuk mulai bersosialisasi dengan tetangga sekitar.

Family Focused

Memberikan informasi dan edukasi dengan media poster mengenai:

- Skizofrenia meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, menghilangkan stigma buruk dan mengenai pengawasan minum obat supaya pasien meminum obat secara teratur.

Community Oriented

Memberikan edukasi dan informasi mengenai:

- Menghilangkan stigma buruk dan menerima pasien serta memperlakukan pasien sebagai orang normal ketika pasien ingin bersosialisasi dengan orang di sekitar.
- Mendukung pasien untuk sembuh dan tidak mengucilkan pasien.

HASIL

Penelitian dilakukan pada pasien Tn. R, usia 38 tahun dengan keluhan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu. Sebelumnya pasien sering marah-marah, berbicara sendiri, murung, dan sering keluar rumah. Pasien memiliki riwayat halusinasi auditorik, visual, dan taktil. Pasien juga memiliki waham paranoid menetap. Secara klinis pasien didiagnosis dengan skizofrenia paranoid (ICD 10: F20.0, ICPC-2: P98). Selanjutnya dilakukan intervensi pada pasien dengan pendekatan kedokteran keluarga. Evaluasi dilakukan pada hari ke 14 setelah dilakukannya intervensi. Pada evaluasi dilakukan pemeriksaan mental ulang pada pasien dan didapatkan peningkatan hasil status mental. Tilikan pasien mulai membaik yaitu tilikan derajat 5, pasien menyadari bahwa pasien sakit dan memahami bahwa sakit yang dialaminya disebabkan oleh teman-teman pasien sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya. Keluarga pasien juga membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari dan mengingatkan pasien untuk meminum obat, serta pasien sudah mau bersosialisasi dengan tetangga dan tetangga pasien tidak lagi mengucilkan pasien.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu. Sejak 9 tahun yang lalu pasien sering marah-marah, berbicara sendiri, sering keluar

rumah, sulit tidur, serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa orang-orang di sekitarnya sedang membicarakan pasien.

- Kekhawatiran: Sulit tidur dan kurang bersemangat menghadapi masa depan.
- Harapan: Tidak perlu lagi meminum obat sehingga bisa tidur nyenyak dan memiliki harapan terhadap masa depan.
- Upaya: Pasien konsumsi obat secara rutin, mulai melakukan pekerjaan rumah, dan mulai bersosialisasi dengan orang lain.

2. Aspek Klinis

- Skizofrenia Paranoid (ICD 10: F20.0, ICPC-2: P98)

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien mulai berani membicarakan masalahnya dengan keluarga terutama ibu pasien. Pasien juga mulai memiliki hubungan yang baik dengan tetangga dan orang sekitar.
- Pasien mulai memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang dialami, penyebab, gejala, dan pengobatan.
- Pasien mulai menyadari dirinya sakit dan mengetahui penyebab sakit yang dialami adalah stressor lingkungan (Tilikan derajat V).

4. Aspek Risiko Eksternal

- Sosial: Orang-orang di sekitar pasien mulai terbuka dan dapat menerima pasien serta membangun stigma yang positif terhadap pasien.
- Keluarga: Keluarga pasien mendukung kegiatan pasien serta mendengarkan keluh kesah pasien. Keluarga selalu mengingatkan pasien untuk berobat dan patuh mengonsumsi obat. Keluarga juga

membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

5. Derajat Fungsional

Dua, yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada pasien Tn. R, usia 38 tahun datang pada tanggal 4 November 2021 ke Puskesmas Pasar Ambon diantar oleh kakaknya. Pasien mengeluhkan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu. Pasien kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa untuk melanjutkan pengobatannya. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering marah-marah, berbicara sendiri, sering keluar rumah, sulit tidur, serta sering murung. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa orang-orang di sekitarnya sedang membicarakan pasien. Pasien sering mendengar bahwa tetangga dan orang disekitarnya membicarakan keburukan dan berkata kasar pada pasien. Pasien mengaku mendengar bisikan orang berkomentar jahat dan terkadang mendengar bisikan ajakan kebaikan, suara azan serta bisikan orang mengaji. Pasien mengaku dapat melihat banyangan roh berbentuk manusia dan dapat masuk ke tubuh manusia. Pasien juga mengaku merasakan roh-roh tersebut dapat menempel dan memijat tubuh pasien. Pasien merasa orang-orang dapat membaca pikiran pasien. Ketika ada orang lain melihat atau meludah di dekat pasien, pasien merasa orang tersebut membenci pasien. Pasien mengatakan teman-temannya sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya sehingga pasien tidak terima dan menjauh dari teman-temannya. Pada

kebanyakan penelitian, faktor lingkungan dan sosial memberikan risiko skizofrenia yang lebih besar daripada faktor gen yang diidentifikasi sejauh ini (Balter, 2017).

Pasien sempat dirawat sebanyak 2 kali di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Pasien rutin kontrol dan keluarga pasien terkadang mengingatkan pasien untuk mengonsumsi obat namun belum cukup mengetahui tentang penyebab dan gejala penyakit pasien. Oleh karenanya perlu dilakukan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam upaya penyembuhan pasien.

Skizofrenia merupakan suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “deteriorating”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian. Gangguan tidur umumnya diamati pada skizofrenia, termasuk pada pasien kronis, perjalanan awal, dan episode pertama (Ferrarelli, 2021).

Temuan klinis pada pasien memenuhi kriteria umum diagnostik pada blok F20.0 Skizofrenia Paranoid berdasarkan PPDGJ III, yaitu memenuhi sedikitnya satu gejala yang amat sangat jelas atau dua gejala yang kurang jelas berupa 1) pikiran bergema (thought echo), penarikan pikiran atau penyisipan (thought withdrawal atau thought insertion), dan penyiaran pikiran

(thought broadcasting), 2) Waham dikendalikan (delusion of being control), waham dipengaruhi (delusion of being influenced), waham tentang dirinya tidak berdaya (delusion of passivity), atau pengalaman inderawi yang tidak wajar (delusional perception), 3) halusinasi auditorik secara terus-menerus, dan 4) waham menetap jenis lainnya. Keluhan disertai dengan gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 127/78 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi nafas 16x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 57 kg, tinggi badan 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh 20,9 kg/m², status gizi normal.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan kesadaran compos mentis, penampilan pasien laki-laki, perawakan tinggi, rambut hitam pendek lurus, kuku pendek, kulit sawo matang, penampilan sesuai usia, pakaian rapi, memakai kaos, perilaku dan aktivitas psikomotor pasien tampak duduk tenang, sesekali menggerakkan tangan untuk menjelaskan sesuatu, kontak mata adekuat, tidak ada gerakan involunter lain dan sikap terhadap pemeriksa kooperatif selama wawancara. Pembicaraan pasien spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, kuantitas cukup. Mood pasien hipotim, afek luas, mood dan afek serasi. Pada persepsi pasien didapatkan halusinasi auditorik berupa commenting dan commanding. Terdapat riwayat halusinasi visual berupa roh manusia. Terdapat riwayat halusinasi taktil, tidak ditemukan baik ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Bentuk pikir pasien non realistik, arus pikir lancar, proses pikir koheren, isi

pikir didapatkan waham paranoid, tidak didapatkan preokupasi, obsesi, maupun fobia. Orientasi situasi, waktu, tempat, dan orang baik. Daya ingat segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang baik. Kemampuan membaca dan menulis baik. Konsentrasi dan perhatian baik, kemampuan visuospasial baik, kemampuan kalkulasi baik, abstraksi baik, intelegensi dan kemampuan informasi baik sesuai tingkat pendidikan pasien. Pengendalian impuls pasien baik, pasien dapat mengendalikan emosi selama wawancara. Daya nilai sosial baik, uji daya nilai baik, RTA terganggu. Kemampuan menolong diri sendiri baik. Tilikan derajat 4 yaitu menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak memahami penyebab sakitnya. Taraf dapat dipercaya, pasien dapat dipercaya. Pada pemeriksaan mental pasien sesuai dengan kriteria diagnosis skizofrenia paranoid yaitu ditemukan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik, visual, dan taktil. Ditemukan gangguan isi pikir berupa waham paranoid yang menetap. Ditemukan juga gangguan afektif berupa mood hipotim. Pasien juga merasa kehilangan minat dan kegembiraan yang ditunjukkan dengan pasien hanya ingin berdiam diri di rumah. Pasien juga menunjukkan gejala berkurangnya energi dan mudah lelah. Gejala lainnya yaitu pandangan masa depan yang suram dan pesimistik yang ditunjukkan dengan pasien merasa tidak memiliki masa depan karena sudah lama tidak bekerja. Semua gejala tersebut dirasakan bersamaan dalam satu periode penyakit yang sama.

Penatalaksanaan pasien ini dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Kegiatan ini dilakukan sebanyak empat kali yang meliputi pertemuan pertama

secara langsung di puskesmas. Pertemuan kedua dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan sambung rasa dan *informed consent* meminta kesediaan pasien dan keluarganya untuk dijadikan keluarga binaan. Pertemuan ketiga dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan *family conference* yang melibatkan pasien dan ibu kandung pasien secara bersamaan, dilakukan edukasi menggunakan poster mengenai penyakit yang diderita pasien dan juga dilakukan *pretest* dan *posttest* sebelum dan sesudah edukasi. Pertemuan keempat mengevaluasi keadaan pasien setelah dilakukan intervensi, pasien mulai mau menyapa tetangga dan mengobrol dengan tetangga sekitar. Pasien tidak lagi merasa malu untuk keluar rumah. Keluarga pasien mulai lebih mendukung kegiatan sehari-hari pasien dan pasien mulai terbuka mengenai masalah yang dialaminya kepada keluarganya. Intervensi psikososial sistem perawatan dan psikoedukasi dukungan tim sangat membantu pasien skizofrenia (Chan, 2017). Keefektifan *Cognitive Behavioral Therapy* untuk pasien skizofrenia memerlukan penggunaan metode yang disesuaikan dengan gejala dan subkelompok spesifik pasien berdasarkan stadium penyakit, tingkat gangguan neurokognitif dan tingkat keparahan gangguan, dan berbasis manual dalam untuk memastikan implementasi (Batinic, 2019).

Terapi yang diberikan dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung yaitu risperidone 2 mg 2x1, trihexyphenidyl 2mg 2x1, dan chlorpromazine 100 mg 1x¹/₄. Merawat pasien dengan obat antipsikotik membutuhkan perhatian efek samping. Pasien dengan skizofrenia dapat mengalami efek samping yang buruk, terutama efek samping subjektif, seperti gelisah, kaku,

atau sedasi (Bellani, 2019). Diagnosis pasien yaitu Skizofrenia Paranoid sehingga diberikan obat antipsikotik generasi kedua berupa risperidone yang memiliki efek samping ekstrapiramidal lebih sedikit dibanding antipsikotik generasi pertama. Pasien juga diberikan trihexyphenidyl sebagai antikolinergik untuk menghindari efek samping ekstrapiramidal. Pasien juga diberikan chlorpromazine sebagai antipsikotik fenotiazine yang memiliki efek sedative sehingga bisa digunakan untuk mengurangi keluhan utama pasien yaitu sulit tidur.

Pada *family map*, fungsi sosial, sarana prasarana, serta lingkungan rumah tidak ditemukan adanya masalah yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pada aspek human biology, juga tidak didapatkan masalah. Pada aspek psikososial, didapatkan masalah berupa kurangnya pengetahuan anggota keluarga yang lain terhadap keluhan pasien. Keluarga menganggap penyakit pasien ini timbul karena kecelakaan pada 11 tahun yang lalu. Keluarga terkadang tidak mengingatkan pasien untuk meminum obatnya. Pasien juga tidak dekat dengan ayahnya. Stressor pasien yaitu berupa teman-temannya sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya sehingga pasien tidak terima dan menjauh dari teman-temannya. Intervensi yang akan dilakukan yang mencakup pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, penyebab, dan pentingnya dukungan keluarga terhadap proses penyembuhan pasien.

Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah kebawah. Di dalam satu rumah tersebut hanya bapak pasien yang bekerja dengan pendapatan ±

Rp.2.000.000,- hingga Rp. 3.000.000,- per bulannya. Pada fungsi perilaku kesehatan keluarga, pasien dan keluarga masih mengutamakan pengobatan secara kuratif dibandingkan preventif serta pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang.

Evaluasi dilakukan empat belas hari setelah dilakukan intervensi. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dilakukan pemeriksaan mental ulang pada pasien dan didapatkan perilaku dan aktivitas psikomotor pasien mulai membaik yang ditunjukkan dengan kontak mata adekuat. Pembicaraan pasien juga dirasakan terdapat perbaikan yang ditunjukkan dengan pasien mulai bercerita tentang dirinya dan pasien mau memulai topik pembicaraan dengan pemeriksa. Mood pasien mulai eutim, dengan afek luas, keserasian mood dan afek serasi. Pada persepsi pasien tidak ditemukan halusinasi, ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Tilikan pasien mulai membaik yaitu tilikan derajat 5, pasien menyadari bahwa pasien sakit dan memahami bahwa sakit yang dialaminya disebabkan oleh teman-teman pasien sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya. Keluarga pasien juga membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari dan mengingatkan pasien untuk meminum obat, serta pasien sudah mau bersosialisasi dengan tetangga dan tetangga pasien tidak lagi mengucilkan pasien. Pasien tetap dianjurkan untuk kontrol rutin ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung setiap bulannya untuk evaluasi pengobatan oleh psikiater. Secara keseluruhan, tujuan intervensi dari berbagai aspek ini dinilai sudah cukup baik dari segi pengetahuan dan perubahan perilaku.

SIMPULAN

Penegakan diagnosis pada pasien berdasarkan temuan gejala psikotik berupa riwayat halusinasi auditorik, visual, dan taktil disertai waham paranoid yang menetap. Tidak ditemukan riwayat gangguan organik. Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya gangguan mental skizofrenia pada pasien, yaitu sifat pendiam, jarang mendiskusikan masalah yang sedang dihadapinya, dan pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami. Faktor eksternal pada pasien antara lain orang-orang di sekitar pasien menganggap pasien gila, teman-teman pasien sering menilai buruk tentang pasien dan ibunya, dan pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien masih kurang. Tatalaksana yang diberikan pada pasien mencakup medikamentosa berupa antipsikotik generasi kedua, antikolinergik, dan antipsikotik golongan fenitiazin, serta non-medikamentosa yang mencakup *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, cara pengobatan pasien, dan cara mendukung proses penyembuhan pasien. Penatalaksanaan pasien skizofrenia dengan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini berhasil membantu proses penyembuhan penyakit pasien dan menghilangkan stigma buruk di komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

Amir N. (2015). Buku Ajar Psikiatri: Skizofrenia Edisi ke-3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Balter M. (2017). Schizophrenia's Underlying Mysteries. *Scientific American* 316(5):54–61
Doi:10.1038/scientificamerican0517-54.
- Batinic B. (2019). Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. *Psychiatry Danub* 31(2):181-4.
- Bellani M, Ricciardi C, Rossetti MG, Zovetti, Perlini C, Brambilla P. (2020). Cognitive remediation in schizophrenia: the earlier the better?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29(57):1–4
Doi.org/10.1017/S2045796019000532.
- Chan V. (2017). Schizophrenia and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 26(2):341–66
Doi:10.1016/j.chc.2016.12.014.s
- Ferrarelli F. (2021). Sleep Abnormalities in Schizophrenia: State of the Art and Next Steps. *Am J Psychiatry* 178(10):903-913
Doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20070968.
- Girdler SJ, Confino JE, Woesner ME. (2019). Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacology Bulletin* 49(1):60-1.
- Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P, Torous J, Keshavan M. (2014). Recent Advances in Understanding Schizophrenia. *F1000Prime Rep* 8(6):57.
- Kementrian Kesehatan. (2019). Prevalensi Skizofrenia/Psikosis di Indonesia. Jakarta: Kemenkes.
- Kern RS, et al. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35(2):347–361
DOI:10.1093/schbul/sbn177.
- Maslim R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya.
- McCutcheon RA, Reis MT, Howes OD. (2019). Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry* 77(2):201-10
Doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360.
- Rami H, Hussien H, Rabie M, Sabry W, Missiry ME dan Ghamry RE. (2018). Evaluating the Effectiveness of a Culturally Adapted Behavioral Family Psycho-educational Program for Egyptian Patients with Schizophrenia. *Transcultural Psychiatry* 0(0):1-22 DOI: 10.1177/1363461518782520.
- Sadock BJ, Sadock VA, dan Ruiz P. (2015). *Kaplan &-Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th Ed*. London: Wolters Kluwer.
- Skizofrenia [Internet]. (2016). Available from:
<https://www21.ha.org.hk/smartpatient/EM/MediaLibraries/EM/EMMedia/Schizophrenia-Indonesian.pdf?ext=.pdf>.

