

Penatalaksanaan Holistik Pasien Laki-Laki 52 Tahun dengan Skizofrenia Paranoid di Fasilitas Kesehatan Primer

Athaya Taufiqy¹, Dian Isti Anggraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar. Berdasarkan Risesdas 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. 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. Pasien Tn. P, usia 52 tahun, telah didiagnosis dengan skizofrenia paranoid, memiliki kesulitan tidur di malam disertai dengan sering berbicara sendiri, mendengar suara, dan melihat bayangan yang tidak bisa dilihat orang lain. Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan secara komprehensif yaitu melakukan intervensi dengan menggunakan media poster dan mengajak pasien bersosialisasi. Pada evaluasi, didapatkan hasil berupa pemahaman mengenai penyakit yang lebih baik dan perubahan perilaku 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: Holistik, pelayanan kedokteran keluarga, skizofrenia

Holistic Management of 52 Year Old Male Patient With Schizophrenia Paranoid in Primary Health Care

Abstract

Schizophrenia is characterized by fundamental and characteristic deviations from thought and perception, as well as by abnormal affect. Based on Risesdas 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. Patient Mr. P, 52 years old, has been diagnosed with schizophrenia paranoid, has difficulty sleeping at night accompanied by frequent talking to himself, hearing voices, and seeing shadows that others cannot see. Furthermore, comprehensive management is carried out, namely carrying out interventions using poster media and inviting patients to socialize. In the evaluation, the results were obtained in the form of a better understanding of the disease and changes in behavior 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, schizophrenia

Korespondensi: Athaya Taufiqy, alamat Jl. Cancer No. 24 Rajabasa Indah, Bandar Lampung, HP 0895605080854, e-mail athayataufiqy@gmail.com

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.¹ 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.²

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. Data *American Psychiatric Association* (APA) tahun 2014 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia.² 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.³

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.⁴

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 dapat terdiri dari afek yang tumpul, alogia (berkurangnya kuantitas kata yang diucapkan), avolisi

(berkurangnya aktivitas yang diarahkan pada tujuan karena berkurangnya motivasi), asosialitas, dan anhedonia (berkurangnya rasa kesenangan).⁵ Gejala-gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku, serta gangguan pemusatan perhatian, dan pengolahan informasi. Gejala-gejala ini juga dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pada pasien skizofrenia.⁶

Terapi skizofrenia terdiri dari psiko-farmakologi, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi utama untuk skizofrenia ialah psikofarmakologi. Antipsikotik yang dikenal sebagai neuroleptik, efektif dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak dapat menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut.⁷

Antipsikotik terdiri dari dua kategori, yaitu obat atipikal (clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine) dan obat tipikal (thiothixene, haloperidol, chlorpromazine dan trifluoperazine).^{8,9} Antipsikotik tipikal mengatasi gejala positif skizofrenia, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada gejala negatif. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi dapat juga mengurangi gejala negatif. Sementara itu, pengobatan psikososial dapat digabungkan untuk meningkatkan efikasi pengobatan, termasuk terapi perilaku kognitif, terapi remediasi kognitif, terapi keluarga, psikoedukasi, pelatihan keterampilan sosial, dan rehabilitasi vokasional.¹⁰

Kasus

Pasien Tn. P, usia 52 tahun datang ke Puskesmas ingin meminta rujukan ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung untuk kontrol rutin penyakitnya dengan keluhan sulit tidur di malam hari dan masih mendengar suara-suara. Keluhan ini memberat sejak 1 minggu yang lalu, keluhan disertai dengan pasien sering melamun, kepala terasa berputar, dan melihat bayangan-bayangan.

Pasien lebih banyak menghabiskan waktu di rumah karena sudah tidak bekerja lagi. Namun menurut pasien, dirinya merasa mudah lelah walau sudah tidak bekerja. Pasien kurang bersemangat dan khawatir terutama mengenai masa depan karena penyakitnya

dan khawatir dengan anak-anaknya.

Pasien merupakan pasien Rumah Sakit Jiwa sejak 11 tahun yang lalu. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering tidak stabil emosinya, suka berbicara sendiri, melihat bayangan-bayangan, sulit tidur, serta memiliki rasa kekhawatiran yang berlebih. Pasien sering berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa orang-orang di sekitarnya sedang membicarakan pasien. Pasien mengaku memiliki kelebihan dapat melihat bayangan-bayangan roh yang tidak dapat dilihat oleh orang lain. 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 sering mendengar bahwa tetangga dan orang disekitarnya membicarakan keburukan dan berkata kasar pada pasien. Pasien mengaku mendengar bisikan orang berkomentar jahat tentang dirinya. Terdapat keluhan serupa pada anggota keluarga lainnya, yakni pada kakak kandung pasien. Riwayat penyakit medis lain tidak ada.

Status Mental

A. Deskripsi Umum

1. Kesadaran : compos mentis
2. Penampilan : pasien laki-laki, perawakan pendek, rambut hitam pendek lurus, kuku pendek, kulit sawo matang, penampilan sesuai usia, pakaian rapi, memakai kemeja.
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, lancar, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, kuantitas cukup.

C. Mood dan Afek

Mood hipotim, afek luas, keserasian mood dan afek serasi.

D. Persepsi

1. Halusinasi : terdapat riwayat halusinasi auditorik. Terdapat riwayat halusinasi visual berupa bayangan-bayangan roh manusia.
2. Ilusi : tidak ada
3. Depersonalisasi : tidak ada
4. Derealisasi : tidak ada

E. Pikiran

Produktivitas pikir produktif, bentuk pikir non realistik, arus pikir lancar, proses pikir koheren, isi pikir terdapat riwayat waham kejar, tidak terdapat preokupasi, obsesi, maupun fobia.

F. Sensorium dan Kognisi

Kesadaran compos mentis, orientasi situasi baik, tempat baik, orang baik, daya ingat segera baik, jangka pendek baik, jangka sedang baik, jangka panjang baik, kemampuan membaca dan menulis baik, konsentrasi dan perhatian baik, kemampuan visuospasial baik, kalkulasi baik, abstraksi baik, 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

Daya nilai sosial baik, uji daya nilai baik, RTA tertanggung

I. Tilikan

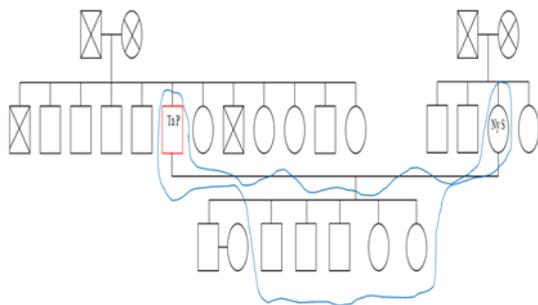
Tilikan derajat 4 (menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak memahami penyebab sakitnya)

J. Taraf Dapat Dipercaya

Dapat dipercaya

Pasien merupakan anak ke 6 dari 12 bersaudara. Saat ini pasien tinggal bersama istrinya dan ke-5 anaknya. Bentuk keluarga

pasien adalah *nuclear family*. Komunikasi dalam keluarga berjalan antar. Pasien lebih sering berkomunikasi dengan istrinya. Keluarga pasien hampir setiap hari kumpul bersama pada malam hari. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke Puskesmas karena lokasi rumah yang sangat dekat dengan puskesmas (<2 km). Fungsi keluarga dinilai dengan menggunakan *family APGAR score* didapatkan hasil 7 yang berarti fungsi keluarga baik dan berdasarkan *family SCREAM* didapatkan hasil 24 yang berarti fungsi keluarga adekuat.

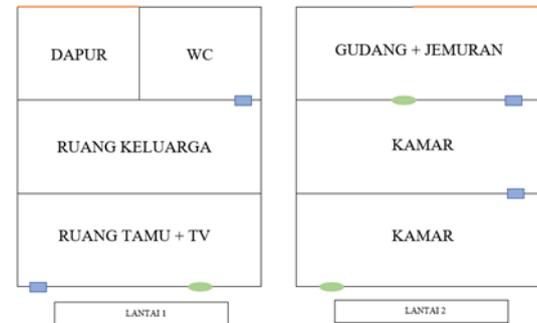


Keterangan :
 ⊗ = laki - laki meninggal ⊗ = perempuan meninggal
 ⊠ = laki - laki hidup ⊙ = perempuan hidup
 □ = pasien
 ⊕ = tinggal serumah

Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. P

Pasien tinggal di rumah permanen milik pribadi berukuran 6x4 m² dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak 6 orang. Rumah pasien ber dinding batu bata yang dicat, lantai tanah yang diples ter tanpa keramik dan beratap genteng dengan langit-langit. Terdapat satu ruang tamu yang sekaligus menjadi ruang keluarga, dua kamar tidur, satu kamar mandi, serta satu dapur. Rumah terkesan kurang rapi. Penerangan oleh sinar matahari (jendela dengan ventilasi sebanyak 3 buah) pada siang hari dan lampu listrik pada malam hari. Tidak semua ruangan memiliki jendela, dua buah jendela pada kamar dengan ukuran ± 50x50 cm dan satu buah jendela berukuran ± 150x100 cm pada ruang tamu. Kebersihan ruang kurang bersih. Pasien

memiliki satu kamar mandi dengan septic tank. Kebutuhan air tercukupi dari air ledeng. Tempat sampah berada di luar rumah. Kesan kebersihan lingkungan rumah kurang baik dan cukup berantakan. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya sangat berdekatan.



Keterangan :
 □ = pintu
 ● = jendela
 — = tangga

Gambar 2. Denah Rumah Tn. P

Pada hasil pemeriksaan fisik pasien didapatkan hasil Keadaan umum: tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 127/78 mmHg; frekuensi nadi: 88x/menit; frekuensi napas: 16x/menit; suhu: 36,6°C; berat badan: 57 kg; tinggi badan: 158 cm, IMT: 22,83 (normal). Pada pemeriksaan status generalis kepala, leher, paru, jantung, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

1. Aspek Personal
 - a. Alasan kedatangan: Sulit tidur di malam hari dan mendengar suara-suara yang memberat sejak 1 minggu yang lalu, keluhan disertai dengan pasien sering melamun, kepala terasa berputar, dan melihat bayangan-bayangan.
 - b. Kekhawatiran: Sulit tidur dan kurang bersemangat menghadapi masa depan.
 - c. Harapan: Tidak perlu lagi meminum obat sehingga bisa tidur nyenyak dan memiliki harapan terhadap masa depan.

2. Aspek Klinis
Skizofrenia Paranoid (ICD 10: F20.0, ICPC-2: P98)
3. Aspek Risiko Internal
 - a. Pasien memiliki sifat cukup pendiam dan jarang mendiskusikan masalah yang sedang dihadapinya.
 - b. Pengetahuan pasien yang kurang mengenai:
 1. Penyakit yang dialami
 2. Penyebab penyakit
 3. Gejala penyakit
 4. Pengobatan penyakit
4. Aspek Risiko Eksternal
Psikososial keluarga yaitu pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien, gejala, dan pengobatan masih kurang serta tidak seluruh anak pasien memahami kondisi pasien.
5. Derajat Fungsional:
Derajat fungsional pasien adalah 2 (pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam rumah dan di luar rumah).

Intervensi yang diberikan kepada pasien melalui kunjungan ke rumah pasien ini terbagi menjadi *patient-centered*, *family-approached* dan *community-based*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi:

- Farmakologis berupa Risperidone 2mg 2x1, Trihexyphenidyl 2mg 2x1, dan Chlorpromazine 100mg 1x1/4.
- Memberikan edukasi tentang 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.
Intervensi *family-approached* yang

dilakukan berupa:

- Edukasi keluarga mengenai skizofrenia, meliputi definisi, penyebab, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, menghilangkan stigma buruk dan mengenai pengawas minum obat supaya pasien meminum obat secara teratur.
Intervensi dengan *community-based* yang dilakukan berupa:
 - 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.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Pasien Tn. P, laki-laki berusia 52 tahun datang ke Puskesmas ingin meminta rujukan ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung untuk kontrol rutin penyakitnya dengan keluhan sulit tidur di malam hari dan masih mendengar suara-suara. Keluhan ini memberat sejak 1 minggu yang lalu, keluhan disertai dengan pasien sering melamun, kepala terasa berputar, dan melihat bayangan-bayangan. Menurut pasien, dirinya merasa mudah lelah walau sudah tidak bekerja.

Pasien merupakan pasien Rumah Sakit Jiwa sejak 11 tahun yang lalu. Awalnya pasien tidak mau dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena merasa dirinya tidak sakit. Namun menurut keluarga, pasien sering tidak stabil emosinya, suka berbicara sendiri, melihat bayangan-bayangan, sulit tidur, serta memiliki rasa kekhawatiran yang berlebih. Pasien sering 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 tentang dirinya. Pasien mengaku memiliki kelebihan dapat melihat bayangan-bayangan roh yang tidak dapat dilihat oleh orang lain. Pasien merasa orang-orang dapat membaca pikiran pasien. Ketika ada orang lain melihat

atau meludah di dekat pasien, pasien merasa orang tersebut membenci pasien. Hingga pada tahun 2012, pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi oleh keluarganya.

Pasien merasakan dirinya menjadi aneh sejak pasien masih duduk di bangku SMA tahun 1991. Pasien mengatakan sering melamun dan mendengar suara-suara yang tidak jelas dari mana asalnya yang sangat berisik mengganggu pasien. Namun pada saat itu, pasien tidak mau mencari tahu dan mencoba berobat ke dokter karena menganggap dirinya tidak sakit.

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 pertimbangan 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.

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.³

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 158 cm, dan Indeks Masa Tubuh 22,82 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. 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 dan visual. 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 dan khawatir dengan masa depan anak-anak 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 keluarga 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 enggan untuk keluar rumah. Keluarga pasien lebih mendukung pasien dan pasien mulai terbuka mengenai masalah yang dialaminya kepada keluarganya. Pertemuan keempat merupakan pertemuan terakhir sehingga dilakukan pemeriksaan mental kembali dan pada akhir pertemuan, berpamitan dengan pasien. Seluruh kegiatan dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan.

Terapi yang diberikan dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung yaitu risperidone 2 mg 2x1, trihexyphenidyl 2mg 2x1, dan chlorpromazine 100 mg 1x¼. 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 terkadang tidak mengingatkan pasien untuk meminum obatnya. Stressor pasien yaitu berupa tetangga yang sering menilai buruk tentang pasien sehingga pasien tidak terima dan enggan untuk keluar rumah. 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 terdapat 2 anak pasien yang bekerja dengan pendapatan ± Rp.2.000.000,- hingga Rp3.000.000,- 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 satu 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 tetangga pasien sering menilai buruk tentang pasien. 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 dilakukan berdasarkan gejala psikotik seperti halusinasi auditorik dan visual, serta waham kejar yang menetap, tanpa adanya gangguan organik. Faktor internal yang memengaruhi kondisi pasien mencakup sifat pendiam, kurangnya diskusi masalah, dan minimnya pengetahuan tentang penyakitnya, sedangkan faktor eksternal melibatkan stigma dari lingkungan sekitar, pandangan buruk tetangga, dan kurangnya pemahaman keluarga tentang kondisi pasien.

Penatalaksanaan meliputi terapi medikamentosa berupa antipsikotik generasi kedua, antikolinergik, dan fenotiazin, serta intervensi non-medikamentosa berbasis *patient-centered*, *family-focused*, dan *community-oriented*. Evaluasi menunjukkan keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga, serta kemajuan dalam mendukung proses penyembuhan. Pendekatan kedokteran keluarga yang diterapkan terbukti membantu proses penyembuhan pasien skizofrenia paranoid dan berhasil mengurangi stigma di komunitas.

Daftar Pustaka

1. Amir N. 2015. Buku Ajar Psikiatri: Skizofrenia Edisi ke-3. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
2. Sadock BJ, Sadock VA, dan Ruiz P. 2015. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th Ed. London: Wolters Kluwer.
3. Kementerian Kesehatan. 2019. Prevalensi Skizofrenia/Psikosis di Indonesia. Jakarta:

- Kemenkes.
4. 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.
5. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16(1):519-534.
6. Biancalani, A., Occhionero, M. and Pelizza, L. Disorganization in early psychosis: Clinical considerations. *Journal of Psychopathology.* 2024;30:143-148.
7. Lukut, M., & Konginan, A. Assertive Community Treatment for Patients with Schizophrenia. *Jurnal Psikiatri Surabaya.* 2023;12(1):28-35.
8. Willner K, Vasan S, Patel P, et al. Atypical Antipsychotic Agents. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* 2024.
9. Julaeha, Yuliana V, Ayuningtyas JP. Trend in the Utilization of Antipsychotics in the National Health Coverage Era in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *Borneo Journal of Pharmacy.* 2024;7(2):224-232.
10. Sun, X., Yue, S., Duan, M., Yao, D., & Luo, C. Psychosocial intervention for schizophrenia. *Brain-Apparatus Communication: A Journal of Bacomics.* 2023;2(1):1-13.