

Penatalaksanaan Secara Holistik Pada Ny. WU Usia 32 Tahun Dengan Skizofrenia Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Ulfa Intan Tiara¹, Aradila Irsalina¹, Dian Isti Angraini²

¹ Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (berupa halusinasi dan waham), gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan American Psychiatric Association (APA) tahun 2014 sebanyak 75% penderita skizofrenia. Menurut Risesdas 2018 terdapat 6,7 per 1.000 penduduk Indonesia menderita penyakit skizofrenia, di Provinsi Lampung sebesar 8.969 orang dan prevalensi di Kota Bandar Lampung menunjukkan sebanyak 1.012 orang yang menderita skizofrenia. Laporan kasus ini menjelaskan wanita usia 32 tahun dengan keluhan mendengar suara-suara bisikkan sehingga pasien sulit untuk tidur serta badan mudah terasa lemas. Pemeriksaan status mental terdapat gangguan persepsi berupa halusinasi auditorik dan gangguan isi pikir berupa waham curiga. Pada pasien dinilai tilikan 4. Penatalaksanaan yang diberikan berupa terapi psikofarmaka dan intervensi secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga. Tujuan penulisan laporan kasus ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan dengan pendekatan patient centred dan family approach.

Kata kunci: Skizofrenia, pelayanan kedokteran keluarga, dukungan keluarga.

Management In Mrs. WU 32 Years Old With Schizophrenia Through Family Medicine Approach

Abstract

Schizophrenia is a psychiatric disorder characterized by decreased or inability to communicate, impaired reality (in the form of hallucinations and delusions), cognitive impairment (unable to think abstractly) and has difficulty performing daily activities. Based on the American Psychiatric Association (APA) in 2014, 75% of people with schizophrenia. According to Risesdas 2018, there are 6.7 per 1,000 Indonesians who suffer from schizophrenia, in Lampung Province there were 8.969 people and the prevalence in Bandar Lampung City showed as many as 1.012 people suffering from schizophrenia. This case report describes a 32-year-old woman with complaints of hearing whispering voices, making it difficult for the patient to sleep and feeling weak easily. Examination of mental status revealed perceptual disturbances in the form of auditory hallucinations and thought content disorders in the form of suspicious delusions. The patient was assessed for observation 4. The management provided was in the form of psychopharmaceutical therapy and holistic intervention with a family medicine approach. The purpose of writing this case report is to identify risk factors, clinical problems, and management with a patient centered and family approach.

Keywords: Schizophrenia, family medicine services, family support.

Korespondensi: Ulfa Intan Tiara, alamat Jl. Raden Pemuka, Wayhalim, Bandarlampung, HP 081278359172, e-mail intantiaralulfa17@gmail.com

Pendahuluan

Gangguan jiwa sampai saat ini masih menjadi permasalahan yang serius di dunia. Hal tersebut sesuai dari data WHO (2019) mengatakan jika terdapat sekitar 264 juta orang terkena depresi, 50 juta orang dengan demensia, 45 juta orang terkena bipolar dan 20 juta orang terkena skizofrenia.¹ Menurut Riset Kesehatan Dasar (Risesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Hal tersebut menunjukkan bahwa dari 1000 rumah tangga, terdapat 70 rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga (ART)

yang mengalami skizofrenia atau psikosis berat. Menurut Riset Kesehatan Dasar (2018) menunjukkan prevalensi skizofrenia di Provinsi Lampung sebesar 8.969 orang, sedangkan prevalensi di Kota Bandar Lampung menunjukkan sebanyak 1.012 orang yang menderita skizofrenia.² Berdasarkan American Psychiatric Association (APA) tahun 2014 sebanyak 75% penderita skizofrenia pada rentang umur 16-25 tahun. Hal ini dijelaskan pada National Institute of Mental Health (NIMH) tahun 2019, jika skizofrenia dapat dideteksi pada individu remaja akhir sampai

individu usia tiga puluhan tahun.³

Gangguan skizofrenia merupakan sindrom dari gangguan perkembangan otak yang menyebabkan penyimpangan perilaku dan kognitif serta disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor genetic.⁴ Skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) menjelaskan bahwa skizofrenia adalah suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit yang tak selalu bersifat kronis, serta sejumlah akibat yang bergantung pada pengaruh genetic, fisik dan social budaya.⁵

Skizofrenia ditandai dengan adanya gejala positif dan negatif. Halusinasi dan delusi adalah salah satu gejala positif yang sering terjadi pada skizofrenia. Jika gejala negatif pada skizofrenia berupa pasien akan kehilangan energi dan minat hidup yang membuat pasien menjadi orang yang malas dan tidak memiliki ekspresi baik dari raut wajah maupun tangan, seolah-olah tidak memiliki emosi apapun. Skizofrenia juga berhubungan erat dengan perilaku kekerasan.⁶

Skizofrenia terjadi karena adanya ketidakseimbangan kimiawi otak atau neurotransmitter, ini merupakan kimiawi otak yang membuat neuron-neuron akan berkomunikasi satu sama lain. Beberapa neurotransmitter lain seperti norepinephrine dan serotonin juga berperan pada gangguan untuk terjadinya skizofrenia.⁷ Klasifikasi skizofrenia menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) adalah skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, skizofrenia pasca-skizofrenia, skizofrenia residual dan skizofrenia simpleks.⁵

Penatalaksanaan skizofrenia bertujuan untuk mengembalikan fungsi normal pada pasien dan mencegah untuk terjadinya kekambuhan. Belum ada pengobatan yang spesifik pada masing-masing tipe skizofrenia. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan supaya pasien dapat mengakses pelayanan Kesehatan untuk mendapatkan pengobatan secara teratur dan memastikan pasien teratur mengonsumsi obat yang sudah didapatkan sesuai dengan ketentuan. Keluarga juga berperan penting dalam menentukan asuhan yang dibutuhkan oleh pasien. Kebutuhan lain

dari peran keluarga untuk pasien adalah dapat berfungsi dalam meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien bisa beradaptasi Kembali pada kehidupan sosialnya.⁸ Oleh karena itu dibutuhkan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam upaya penyembuhan pasien.

Kasus

Pasien Ny. WU, wanita berusia 32 tahun datang ke Poliklinik Puskesmas Rawat Inap Sukaraja pada tanggal 17 Februari 2022 dengan keluhan pasien sering mendengar bisikkan sejak 4 bulan yang lalu. Keluhan tersebut dirasakan pasien semakin memberat. Pasien mengaku mendengar suara bisikkan berupa orang yang selalu berkomentar dengan menggunakan kata-kata kasar terhadap dirinya. Keluhan tersebut selalu pasien dengar saat pasien sedang beraktifitas sehingga pasien menjadi suka kaget. Namun 1 minggu terakhir, keluhan mendengar bisikkan tersebut selalu datang saat pasien sedang beraktifitas maupun sedang istirahat, sehingga pasien mengeluhkan sulit tidur di malam hari. Pasien merasa keluhan tersebut sangat mengganggu aktifitas sehari-hari dan pasien sering menangis karena merasa lelah dengan keluhan tersebut. Sejak saat itu, pasien merasa takut kepada orang-orang sekitar karena pasien merasa orang-orang disekitarnya suka membicarakan dirinya dan benci terhadap dirinya. Hal tersebut membuat pasien suka menyendiri di kamar dan tidak mau bersosialisasi dengan orang sekitar. Pasien juga mengeluhkan suka melihat bayangan hitam dan putih. Keluhan lain yang dirasakan pasien adalah pasien merasa dirinya mudah lemas dan tidak memiliki tenaga. Pasien juga merasa mual dan sering merasa mudah lelah. Keseharian pasien cenderung pendiam dan pasien jarang bersosialisasi dengan orang sekitar.

Riwayat keluhan yang sama pada pasien tidak dialami oleh keluarga pasien. Riwayat penyakit medis lain dan penggunaan zat terlarang tidak ada.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran *compos mentis*; tekanan darah 125/80 mmHg; frekuensi nadi 82x/menit; frekuensi nafas 20x/menit; suhu 36,3 °C; berat

badan 45 kg; tinggi badan 157 cm; IMT = 18 dengan interpretasi kurus.

Bentuk kepala bulat, rambut panjang, hitam dan tumbuh secara 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 cembung, tidak didapatkan nyeri tekan, tidak didapatkan organomegali maupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, akral hangat, kesan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan status mentalis didapatkan penampilan pasien sesuai dengan usia, tidak terdapat disorientasi waktu, tempat ataupun situasi. Pasien tampak duduk tenang, pasien sering berbicara sambil menunduk, jarang melakukan kontak mata dengan lawan bicara. Sikap pasien terhadap pemeriksa kooperatif. Mood dan afek serasi. Pada persepsi terdapat halusinasi auditorik berupa bisikkan, halusinasi visual berupa bayangan hitam dan putih. Terdapat juga isi pikir berupa waham curiga. Pengendalian impuls dan daya nilai baik. Pasien dinilai dengan nilai tilikan 4 yakni pasien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan butuh bantuan orang lain namun pasien tidak mengetahui penyebabnya. Pembicaraan pasien kurang dapat dipercaya.

Data Keluarga Dan Rumah

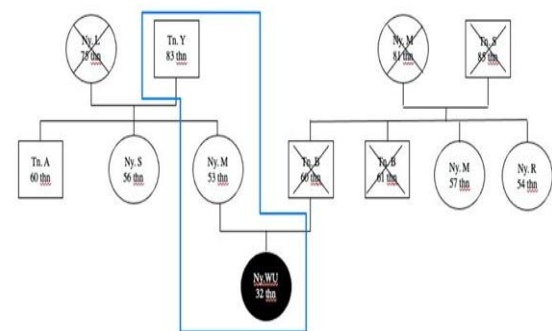
Pasien merupakan seorang anak tunggal yang saat ini tinggal bersama ibu Ny. M (58 tahun) dan kakek Tn. Y (83 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah extended family. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar antar anggota keluarga. Pasien lebih sering berkomunikasi dengan ibunya dibanding kakeknya. Pasien bekerja sebagai pelayan di rumah makan. Keluarga pasien hampir setiap hari kumpul bersama ketika makan malam. Namun pasien lebih banyak menghabiskan waktu sendiri di kamar dan jarang bersosialisasi dengan tetangga. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara pasien, ibu, dan kakek. Keputusan keluarga biasanya ditentukan oleh ibu.

Pasien sebelumnya bekerja sebagai pelayan di rumah makan, namun pasien tidak

bekerja lagi sejak 1 tahun yang lalu. Untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga ini hanya bergantung pada penghasilan ibu pasien yang bekerja sebagai buruh tukang cuci. Pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.500.000,- hingga Rp.800.000,- per bulan yang digunakan untuk menghidupi 3 orang dalam keluarga ini.

Perilaku berobat keluarga yaitu keluarga berobat ke Puskesmas Sukaraja bila terdapat keluhan karena lokasi rumah mereka yang sangat dekat dengan puskesmas. Pola pengobatan pada pasien dan keluarga dilakukan hanya jika memiliki keluhan. Pasien sudah memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS).

Genogram pasien Ny. WU 32 tahun dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. WU

Keterangan

- Laki-laki hidup
- Perempuan hidup
- ⊠ Laki-laki meninggal
- ⊗ Perempuan meninggal
- Pasien
- Hubungan pernikahan
- Tinggal serumah

Untuk menilai fungsi keluarga dapat dilakukan dengan menghitung *Family APGAR Score*. Berikut *APGAR Score* keluarga Ny. WU:

1. *Adaptation* : 2
2. *Partnership* : 2
3. *Growth* : 1
4. *Affection* : 2
5. *Resolve* : 2

Total *Family Apgar Score* keluarga Ny. WU

adalah delapan yang berarti fungsi keluarga pasien dalam jenis fungsi keluarga baik.

Pasien tinggal bersama ibu dan kakek. Rumah pasien memiliki ruang tamu, tiga kamar tidur, satu kamar mandi, satu ruang makan, satu dapur. Lantai rumah beralasan semen, dinding terbuat dari tembok dan sudah dicat. Penerangan dan ventilasi pada ruang tamu kurang baik, selebihnya sudah cukup baik. Rumah terkesan kurang bersih dan rapi. Penerangan pada ruang tamu minim karena pada ruang tamu tidak terdapat jendela. Rumah sudah menggunakan listrik.

Sumber air dari sumur di belakang rumah. Kebutuhan air minum bersumber menggunakan air yang dimasak sendiri. Jarak antara rumah pasien dengan rumah tetangga sangat dekat.

Intervensi

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai penjelasan tentang penyakit yang sedang diderita 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

- Haloperidol 1,5 mg/12 jam, antipsikotik generasi pertama yang memiliki efek utama gejala ekstrapiramidal, seperti parkinsonisme, dystonia, akathisia.
- Triheksifenidil 2 mg/24 jam, memiliki efek samping seperti gangguan saluran cerna, pusing, mulut kering, mual dan muntah.
- Chlorpromazine 50 mg, mempunyai efek samping yakni gejala ekstrapiramidal (parkinsonisme, akathisia, dystonia) penglihatan kabur, retensi urin dan konstipasi.

2. Non farmakologi

- Memberikan edukasi mengenai skizofrenia meliputi definisi, faktor reriko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi.

- 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.
- Memberikan edukasi mengenai teratur untuk meminum obat sesuai jadwal dan dosis yang telah diberikan.
- Mengajarkan pasien untuk mulai sering bersosialisasi dengan keluarga dan tetangga sekitar.

Family Focused

- Memberikan edukasi mengenai skizofrenia meliputi definisi, faktor reriko, gejala, pengobatan, dukungan keluarga, dan komplikasi dengan menggunakan poster.
- Edukasi mengenai perlunya dukungan dan perhatian lebih dari seluruh anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.
- Edukasi kepada keluarga untuk selalu mengajak pasien melakukan aktifitas dan tidak meninggalkan pasien sehingga pasien tidak banyak melamun.
- Meminta anggota keluarga yang tinggal serung untuk selalu mengingatkan pasien mengatur pola makan dan memberi obat secara teratur. Edukasi kepada keluarga untuk rutin mendampingi pasien ke fasilitas layanan primer guna mengontrol kondisi medisnya, sehingga keluarga mengerti mengenai keluhan dari pasien dan bagaimana pengobatannya.

Community Oriented

Memberikan edukasi dan informasi mengenai:

- Mendukung pasien untuk sembuh dan tidak mengucilkan pasien.
- Menyarankan pasien agar bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.
- Menyarankan pasien agar melakukan aktifitas bersama dengan masyarakat sekitar.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien Ny. WU usia 32 tahun datang ke Puskesmas Rawa Inap pada tanggal 17 Februari 2022 dengan keluhan mendengar bisikkan sejak 4 bulan yang lalu. Keluhan tersebut dirasakan pasien semakin memberat. Pasien mengaku sering mendengar suara bisikkan seperti berupa seseorang yang selalu mengomentari dirinya dengan menggunakan kata-kata kasar terhadap dirinya berupa berbicara tentang mati, bunuh diri, maling dan sebagainya. Keluhan mendengar suara bisikkan tersebut selalu pasien dengar saat pasien sedang melakukan aktifitas maupun pasien sedang tidur sehingga pasien sering merasa kaget karena keluhan tersebut.

Pasien merasa orang disekitarnya membenci dirinya. Pasien juga menjadi sulit tidur karena merasa terganggu dengan adanya suara bisikkan. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan jarang melakukan sosialisasi dengan keluarga yang lain. Pasien mengaku jika orang sekitarnya membenci dirinya sehingga pasien merasa takut dengan orang sekitar. Pasien juga sering merasa mual dan mudah merasa lelah.

Menurut keluarga pasien, keseharian pasien selalu berbicara sendiri dan pasien juga sering menunduk dan tidak ingin menatap mata lawan bicara saat sedang berbicara. Keluarga pasien juga menerangkan jika pasien tidak memiliki teman. Riwayat keluhan yang sama pada pasien tidak dialami oleh keluarga pasien. Riwayat penyakit medis lain dan penggunaan zat terlarang tidak ada.

Keluarga pasien juga masih belum memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Oleh karena itu dibutuhkan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam upaya penyembuhan pasien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 125/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,3 °C, berat badan 45 kg, tinggi badan 157 cm, dan Indeks Masa Tubuh 18 kg/m², status gizi kurus.

Pada pemeriksaan status mental didapatkan kesadaran compos mentis, penampilan sesuai usia, perawakan kurus, rambut hitam, penampilan pasien sesuai dengan usia. Pasien tampak duduk tenang, pasien sering berbicara sambil menunduk,

jarang melakukan kontak mata dengan lawan bicara, sikap terhadap pemeriksa kooperatif selama wawancara. Pembicaraan pasien spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume kecil, kualitas cukup, kuantitas kurang. Mood dan afek serasi. Pada persepsi pasien didapatkan halusinasi auditorik berupa komentar mengenai perilaku dirinya, tidak ditemukan baik ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Didapatkan waham curiga dan 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 visuospatial baik, kemampuan kalkulasi baik, abstraksi baik, intelegensi dan kemampuan informasi baik sesuai tingkat pendidikan pasien. Pasien dinilai dengan tilikan 4 (menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak mengetahui penyebabnya). Pembicaraan pasien kurang dapat dipercaya.

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status mentalis, dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami gangguan kejiwaan yaitu Skizofrenia.

Skizofrenia adalah sindrom dari gangguan perkembangan otak yang menyebabkan penyimpangan perilaku dan kognitif serta disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor genetik.⁹ Skizofrenia ditandai dengan adanya gangguan proses pikir berupa asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, ekolalia, alogia dan neologisme. Terdapat juga gangguan isi pikir berupa waham. Waham adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap dan tidak sesuai dengan fakta dan tidak dapat dikoreksi. Jenis waham berupa waham curiga, waham kejar, waham kebesaran, waham rujukan, waham penyiaran pikiran dan waham aneh. Terdapat juga gangguan persepsi berupa halusinasi, ilusi, depersonalisasi dan derealisasi. Gejala lain dari skizofrenia yaitu memiliki gangguan emosi, ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia, yakni afek tumpul atau datar, afek tak serasi dan afek labil. Gangguan skizofrenia yang lain

ialah gangguan perilaku yaitu adanya berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti Gerakan tubuh yang aneh dan menyinggai, perilaku ritual dan agresif, adanya gangguan motivasi yakni aktifitas seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia dan adanya gangguan neurokognitif ialah gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori (misalnya memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.¹⁰

Pada pemeriksaan status mental didapatkan kesadaran compos mentis, penampilan sesuai usia, perawakan kurus, rambut hitam, penampilan pasien sesuai dengan usia. Pasien tampak duduk tenang, pasien sering berbicara sambil menunduk, jarang melakukan kontak mata dengan lawan bicara, sikap terhadap pemeriksa kooperatif selama wawancara. Pembicaraan pasien spontan, relevan, artikulasi baik, intonasi sedang, volume kecil, kualitas cukup, kuantitas kurang. Mood dan afek serasi. Pada persepsi pasien didapatkan halusinasi auditorik berupa komentar mengenai perilaku dirinya, tidak ditemukan baik ilusi, depersonalisasi, maupun derealisasi. Didapatkan waham curiga dan 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. Pasien dinilai dengan tilikan 4 (menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak mengetahui penyebabnya). Pembicaraan pasien kurang dapat dipercaya.

Berdasarkan data yang diperoleh dari anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status mentalis, dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami gangguan kejiwaan yaitu Skizofrenia.

Skizofrenia adalah sindrom dari gangguan perkembangan otak yang menyebabkan penyimpangan perilaku dan kognitif serta disebabkan oleh faktor lingkungan atau faktor genetik.⁹ Skizofrenia

ditandai dengan adanya gangguan proses pikir berupa asosiasi longgar, intrusi berlebihan, terhambat, ekolalia, alogia dan neologisme. Terdapat juga gangguan isi pikir berupa waham. Waham adalah suatu kepercayaan yang salah yang menetap dan tidak sesuai dengan fakta dan tidak dapat dikoreksi. Jenis waham berupa waham curiga, waham kejar, waham kebesaran, waham rujukan, waham penyiaran pikiran dan waham aneh. Terdapat juga gangguan persepsi berupa halusinasi, ilusi, depersonalisasi dan derealisasi. Gejala lain dari skizofrenia yaitu memiliki gangguan emosi, ada tiga afek dasar yang sering diperlihatkan oleh penderita skizofrenia, yakni afek tumpul atau datar, afek tak serasi dan afek labil. Gangguan skizofrenia yang lain ialah gangguan perilaku yaitu adanya berbagai perilaku tak sesuai atau aneh dapat terlihat seperti Gerakan tubuh yang aneh dan menyinggai, perilaku ritual dan agresif, adanya gangguan motivasi yakni aktifitas seringkali menurun atau hilang pada orang dengan skizofrenia dan adanya gangguan neurokognitif ialah gangguan atensi, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori (misalnya memori kerja, spasial dan verbal) serta fungsi eksekutif.¹⁰

Penatalaksanaan pasien ini dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Kegiatan ini dilakukan dengan kunjungan ke rumah pasien sebanyak tiga kali, kunjungan pertama pada tanggal 18 Januari 2022 dilakukan perkenalan dengan pasien dan anggota keluarga yang lain dan melakukan informed consent meminta kesediaan pasien dan keluarganya untuk dijadikan keluarga binaan terkait penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Selain itu, pada kunjungan ini juga dinilai mengenai karakteristik demografi keluarga, fungsi keluarga, dan identifikasi faktor lain yang berpengaruh terhadap penyakit Ny. WU.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pertemuan pertama yaitu bahwa pasien mengalami Skizofrenia akibat adanya faktor yaitu tipe kepribadian pasien yang suka menyendiri, dan pasien yang tidak mau menceritakan jika terdapat permasalahan dengan anggota keluarga. Pasien juga tidak

memiliki teman diluar, jadi pasien jarang bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Sehari-hari pasien berkerja sebagai pelayan di rumah makan dekat rumahnya, namun selama 1 tahun terakhir pasien telah berhenti dari tempat kerja nya dan kegiatan sehari-hari pasien hanya melakukan aktifitas di rumahnya saja.

Pasien tinggal bersama ibu dan kakeknya. Namun semenjak pasien mengalami keluhan, keluarga pasien banyak yang sering berkunjung ke rumah pasien. Keluarga pasien tidak mengetahui tentang penyakit dan penyebab penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Pasien dibawa ke Puskesmas Rawat Inap Sukaraja pada tanggal 17 Januari 2022 diantar oleh tantenya. Pasien telah menerima pengobatan namun pasien mengaku belum ada perbaikan. Sehingga pada pendekatan keluarga ini dilakukan edukasi untuk pasien melakukan pengobatan ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung untuk mendapatkan tindakan lebih lanjut.

Setelah menyimpulkan permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah tersebut, dilakukan intervensi Kembali kepada pasien dan keluarga pada tanggal 9 Februari 2022. Intervensi dilakukan dengan memberikan penjelasan mengenai Skizofrenia, pengobatan skizofrenia, dengan menjelaskan bahwa pentingnya mengonsumsi obat setiap hari tanpa putus obat dan menggunakan dosis yang sesuai. Pasien masih memiliki keluhan yang sama yaitu masih sering mendengar suara bisikan yang berkomentar berbicara kasar terhadap dirinya dan keluhan tersebut masih mengganggu keseharian pasien. Pasien merasa terganggu dan pasien suka kaget karena keluhan tersebut. Pasien terlihat masih sering berbicara sendiri. Pasien juga masih mengeluhkan sulit tidur pada malam hari dan merasa belum ada perbaikan untuk keluhan tersebut.

Intervensi ini juga dilakukan untuk mengetahui perkembangan lebih lanjut hasil dari pengobatan pasien ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung dan pasien mendapatkan terapi berupa risperidone 2 mg 2x1, trihexyphenidyl 2mg 2x1, chlorpromazine 100 mg. Pasien sebelumnya meminum obat haloperidol yang merupakan antipsikotik generasi pertama, yang memiliki efek

samping ekstrapiramidal yang lebih kuat sehingga obat antipsikotik yang diberikan sekarang yaitu antipsikotik generasi kedua berupa risperidone yang memiliki efek samping ekstrapiramidal lebih sedikit.¹² Pasien juga diberikan trihexyphenidyl sebagai antikolinergik untuk mengurangi efek samping ekstrapiramidal karena pasien mengalami tremor pada kedua tangan.¹³ Pasien juga diberikan chlorpromazine sebagai antipsikotik fenotiazine yang memiliki efek sedative sehingga bisa digunakan untuk mengurangi keluhan utama pasien yaitu sulit tidur.¹⁴

Pada kegiatan intervensi kedua ini, memberikan pemahaman pada keluarga pasien bahwa mengonsumsi obat secara berlebih tidak akan menambah efektivitas obat, melainkan akan menambahkan efek samping yang dirasakan oleh pasien serta menjelaskan penyebab dan gejala yang dari pasien pada keluarga pasien maupun pasien untuk memberikan penjelasan mengenai pengetahuan skizofrenia supaya dapat memahami kondisi pasien dan mendukung keadaan pasien untuk dapat mendampingi pengobatan dan mengawasi pengobatan. Keluarga pasien diedukasi untuk selalu menemani pasien dan mengajak pasien untuk melakukan berbagai aktifitas di rumah sehingga pasien tidak menyendiri dan tidak sering melamun.

Pertemuan ketiga dilakukan pada tanggal 19 Februari 2022, dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien. Keluhan pasien terkait mendengar suara-suara terhadap kesehariannya dan rasa curiga pada orang lain masih dirasakan namun sudah banyak berkurang dan pasien sudah mulai bisa tidur nyenyak setelah mengonsumsi obat-obatan yang telah diberikan oleh dokter di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung. Pasien juga terlihat mulai lebih banyak berkomunikasi dengan orang sekitar dan pasien sudah terlihat tidak gelisah dan banyak berbicara sendiri seperti sebelumnya. Namun kontak mata pasien terhadap lawan pembicara masih belum ada perubahan, pasien masih suka berbicara sambil menunduk dan tidak menatap mata lawan bicara. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mematuhi aturan pengobatan skizofrenia yang telah dijelaskan sebelumnya.

Pertemuan ketiga ini dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan family focused yang melibatkan pasien, ibu, kakek dan tante pasien secara bersamaan dengan melakukan edukasi kepada anggota keluarga dengan menggunakan media poster tentang skizofrenia meliputi definisi, faktor resiko, gejala, pengobatan dan dukungan keluarga. Edukasi kepada keluarga mengenai perlunya dukungan dan perhatian lebih dari seluruh anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien. Edukasi juga kepada anggota keluarga untuk selalu mengingatkan pasien mengatur pola makan dan memberi obat secara teratur, serta beri edukasi untuk keluarga agar selalu mengajak pasien melakukan kunjungan ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung secara rutin guna mengontrol kondisi medisnya, sehingga keluarga mengerti mengenai keluhan dari pasien dan bagaimana pengobatannya.

Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Dilakukan pemeriksaan mental ulang pada pasien dan didapatkan pembicaraan pasien dirasakan terdapat perbaikan berupa kuantitas pembicaraan pasien cukup yang ditunjukkan dengan pasien mulai bercerita tentang dirinya dan pasien sudah banyak berkomunikasi dengan keluarganya. Pasien masih memiliki halusinasi auditorik namun mendengar suara bisikkan sudah mulai berkurang dibanding sebelumnya. 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

1. Penegakan diagnosis pada pasien berdasarkan temuan gejala psikotik berupa halusinasi auditorik disertai waham curiga. Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya gangguan mental

skizofrenia pada pasien, yaitu sifat introvert, pendiam, dan jarang mendiskusikan masalah pada keluarganya, pengetahuan yang kurang mengenai penyakit. Faktor eksternal pada pasien adalah kurangnya pengetahuan pada pasien dan keluarga mengenai keluhan dan penyakit yang dialami oleh pasien.

2. Pasien cenderung menyendiri disaat mengalami masalah dan tidak mau bercerita terhadap keluarganya. Tidak ditemukan riwayat gangguan organik maupun riwayat penyalahgunaan zat.
3. Telah dilakukan tatalaksana baik farmakologi atau non-farmakologi terhadap pasien Ny. WU dengan skizofrenia secara holistik sesuai dengan pendekatan kedokteran keluarga dan evidence-based medicine.
4. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, cara pengobatan pasien, dan perubahan perilaku dalam mendukung proses penyembuhan pasien.

Daftar Pustaka

1. WHO. Improving health systems and services for mental health [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44219>
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2018 [Internet]. Balitbangkes. 2018.
3. American Psychiatric Association (APA), 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition: DSM-5. Arlington, V A: American Psychiatric Association.
4. Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. *Lancet*, 388(10039), 86-97. doi:http://e-resources.perpusnas.go.i
5. Maslim R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa PPDGJ-III. Jakarta : Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya; 2001.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis. 2nd ed. Muttaqin H, Sihombing RNE, editors. Jakarta: EGC; 2010.

7. Kirkpatrick B. Understanding the physiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(3):5
8. Hawari D. Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta: FK UI; 2009.
9. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Buku Ajar Psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
10. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 406/Menkes/SK/VI/2009 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa. Komunitas. Kementerian Kesehatan RI; 2009.
11. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1993.
12. Kahn RS. Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and scizophrenia form disorder : and open randomized clinical trial. *Lancet*. 2008; 371(9618):1085-97.
13. Lieberman JA. Effectiveness of antipsychotic drugs in patient with chronic szchizoprenia. *N Engl J Med*. 2005; 353:1209-23.
14. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the: treatment of patients with schizoprenia second edition. 2010