

DINAMIKA PSIKOLOGI PENDERITA SKIZOFRENIA PARANOID YANG SERING MENGALAMI *RELAPSE*

Puspita Sari
Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya
Email: puspitasari_fransisca@yahoo.com

Abstrak

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental yang sering dijumpai di Indonesia. Skizofrenia ditandai dengan karakteristik utama 4A, yaitu asosiasi, afek, ambivalensi dan autisme. Skizofrenia terbagi atas beberapa jenis, salah satunya skizofrenia paranoid dengan ciri khas utama halusinasi auditori dan waham yang menimbulkan kegelisahan dan ketakutan. Metode penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Jumlah partisipan yang digunakan adalah 1 orang dan sudah terdiagnosa skizofrenia sejak tahun 2008 dengan riwayat MRS 14 kali. Asesmen menggunakan teknik observasi, wawancara dan tes psikologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi munculnya gangguan skizofrenia paranoid serta faktor internal dan eksternal yang menyebabkan terjadinya kekambuhan. Faktor penyebab munculnya skizofrenia dalam partisipan adalah pola asuh, *coping skill* dan inferioritas. Faktor internal penyebab *relapse* antara lain, ketidakpatuhan minum obat, maladaptive coping style, age; faktor eksternal penyebab *relapse* antara lain kurangnya dukungan sosial dan jarak tempat tinggal dan rumah sakit. Hasil penelitian ini menunjukkan pentingnya peran kepatuhan minum obat, dukungan sosial dan kemampuan *coping* dalam penanganan pasien skizofrenia paranoid.

Kata Kunci: Skizofrenia Paranoid, Dinamika Psikologi, Faktor Internal Dan Eksternal

PSYCHOLOGICAL DYNAMICS OF PARANOID SKIZOFRENIA OFTEN UNDERSTANDING RELAPSE

Abstract

Schizophrenia is a mental disorder that is often found in Indonesia. Schizophrenia is characterized by 4A characteristics: association, affect, ambivalence and autism. Schizophrenia is divided into several types, one of which is paranoid schizophrenia with the main characteristics of auditory hallucinations and delusions that cause anxiety and fear. This research method used the case study method using qualitative approach. The number of participants used was 1 person and had been diagnosed with schizophrenia since 2008 with history of relapse 14 times. The assessment used few techniques such as observation, interviews and psychological tests. The results showed several internal and external factors that cause paranoid schizophrenia as well as internal and external factors which increased relapse. Causative factors of schizophrenia in participants are parenting, coping skills and inferiority. Internal factors of relapse include: non-compliance with medication; maladaptive coping styles; age. External factors of relapse include: reduced social support and the distance of the residence and hospital. The results of this study indicate the importance of the role of taking medication, social support and coping skills in handling paranoid schizophrenia patients.

Keyword: Paranoid Schizophrenia, Psychological Dynamics, Internal And External Factor

Pendahuluan

Saat ini kesehatan mental telah menjadi salah satu isu yang wajib ditangani, hanya saja masyarakat Indonesia masih sering mengesampingkan pentingnya kesehatan mental. Salah satu gangguan mental yang sering dijumpai adalah gangguan skizofrenia. Skizofrenia adalah salah satu gangguan mental dengan karakteristik kekacauan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi dan perilaku sosial (Kopelowicz, Liberman, Wallace, 2003). Pasien yang terdiagnosa skizofrenia biasanya juga menunjukkan gejala positif, seperti halusinasi dan delusi dan gejala negatif, seperti penarikan diri dari lingkungan sosial, pengabaian diri, kehilangan motivasi dan inisiatif serta emosi yang tumpul (Picchioni & Murray, 2007).

Bleuler (dalam Nevid, 2012) menambahkan skizofrenia dapat dikenali berdasarkan 4 ciri gejala utama/ 4A: (1) Asosiasi, yaitu hubungan antara pikiran-pikiran menjadi terganggu atau biasa disebut dengan gangguan pikiran dan asosiasi longgar; (2) Afek, yaitu respon emosional menjadi datar atau tidak sesuai; (3) Ambivalensi, yaitu individu memiliki perasaan ambivalen terhadap orang lain seperti benci sekaligus cinta terhadap pasangan; (4) Autisme, yaitu penarikan diri ke dunia fantasi pribadi yang tidak terikat oleh prinsip-prinsip logika.

Gangguan skizofrenia terbagi atas 3 tipe, yakni skizofrenia disorganisasi, katatonik dan paranoid (APA, 2000). Tipe disorganisasi seringkali digambarkan dengan ciri-ciri perilaku yang kacau, pembicaraan yang tidak koheren dan waham yang tidak terorganisasi dengan tema seksual/religius. Tipe hebefrenik seringkali muncul dalam bentuk perlambatan aktivitas yang berkembang menjadi stupor bahkan fase agitasi. Tipe paranoid terlihat dengan sering munculnya halusinasi auditoris dan waham yang menyebabkan kegelisahan atau ketakutan (Nevid, 2005).

Penderita skizofrenia di Indonesia sendiri kian meningkat setiap tahunnya. Terjadi peningkatan prevalensi gangguan skizofrenia dari 1,7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2016. Prevalensi gangguan skizofrenia pada masyarakat Indonesia di tahun 2016 mencapai sekitar 400.000 orang/ sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Riskesmas, 2013). Gejala skizofrenia pada umumnya berkembang pada masa remaja akhir atau dewasa awal, yaitu mulai dari usia 20 tahun-an (Harrop & Trower, 2001).

Tidak hanya jumlah penderita skizofrenia saja yang cukup besar, jumlah penderita yang mengalami *relapse*/kekambuhan juga tergolong cukup besar. *Relapse*/kekambuhan

adalah munculnya kembali gejala-gejala gangguan setelah pasien menjalani rawat inap di rumah sakit. Pasien yang kambuh berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang-orang di sekitarnya sehingga harus kembali menjalani rawat inap di rumah sakit (Amelia & Anwar, 2013).

Hingga saat ini, penyebab skizofrenia belum diketahui secara pasti. Beragam faktor seperti faktor genetik, ketahanan mental, kepribadian dan faktor lingkungan diduga berperan memperparah banyaknya penderita skizofrenia di dunia. Faktor genetik seperti peranan neurotransmitter dopamin yang terlalu aktif sehingga mengacaukan kerja otak membuat munculnya obat-obat antipsikotik/penenang mayor sebagai salah satu cara pengobatan skizofrenia. Ada pula penelitian terkait volume otak pasien skizofrenia lebih kecil 5% dari pada orang normal, dengan pengurangan terbesar di korteks serebral (Cowan & Kandel, 2001).

Kajian Teori

A. Skizofrenia Paranoid

Bleuler (dalam Nevid, 2012) meyakini bahwa skizofrenia dalam dikenali berdasarkan 4 ciri simtom primer / empat A:

1. Asosiasi, yaitu hubungan antara pikiran-pikiran menjadi terganggu atau biasa disebut dengan gangguan pikiran dan asosiasi longgar. Pembicara akan tampak seperti orang melantur karena isi pembicaraannya tidak memiliki hubungan satu dengan lainnya.
2. Afek, yaitu respon emosional menjadi datar atau tidak sesuai. Individu dapat menunjukkan hilangnya respon terhadap suatu peristiwa atau merespon peristiwa secara tidak tepat.
3. Ambivalensi, yaitu individu memiliki perasaan ambivalen terhadap orang lain seperti benci sekaligus cinta terhadap pasangan.
4. Autisme, yaitu penarikan diri ke dunia fantasi pribadi yang tidak terikat oleh prinsip-prinsip logika.

Skizofrenia paranoid

Fokus terhadap satu atau lebih waham adalah ciri utama skizofrenia tipe paranoid. Waham yang ada pada pikiran seseorang yang mengalami skizofrenia paranoid dapat mencakup kebesaran, persekusi, kecemburuan, kegelisahan, maupun kebingungan tanpa adanya bukti. Gangguan tipe ini harus memenuhi kriteria yaitu adanya delusi atau halusinasi pendengaran sering muncul atau sangat menonjol dan tidak ada satupun dari kriteria yang

menonjol: Bicara dan perilaku yang tidak beraturan, katatonik dan emosi datar atau tidak sesuai (Nevid, 2012).

B. Pola asuh

Menurut Baumrind (dalam King, 2010) terdapat macam-macam gaya pola asuh orang tua dalam caranya mendidik anak, yaitu:

1. Pola Asuh *Authoritarian*

Pola asuh *authoritarian* adalah jenis pola asuh yang seringkali membatasi dan menghukum perilaku anak. Pada pola asuh ini, orangtua memberikan batasan dan arahan secara jelas kepada anak dan mengharapkan ketaatan dalam aturan.

2. Pola asuh *Authoritative*

Pola asuh *authoritative* adalah pola asuh yang mengajarkan kemandirian, namun tetap meletakkan batas-batas dan kendali atas tindakan mereka. Komunikasi verbal disertai kehangatan dalam berelasi menjadi dalam orangtua mengasuh anak.

3. Pola Asuh *Neglectful*

Pola asuh *neglectful* merupakan pola asuh yang menerapkan kebebasan kepada anak. Peran orangtua jarang terlibat dalam tumbuh kembang anak. Tidak jarang anak-anak dengan orang tua *neglectful* merasa bahwa dirinya tidak menjadi prioritas bagi orangtua dan membanding-bandingkan dengan keluarga lainnya.

4. Pola Asuh *Indulgent*

Pola asuh *indulgent* merupakan pola asuh dengan adanya keterlibatan orangtua yang minimalis dengan anak. Orangtua tetap memberikan batasan dalam berperilaku, namun juga banyak membiarkan anak-anak mereka melakukan apa yang diinginkan

C. Inferioritas

Teori Adler (dalam Olson & Hergenhahn, 2013) menyatakan bahwa semua manusia memulai hidupnya dengan perasaan-perasaan inferioritas. Hal ini dikarenakan saat manusia lahir ia akan sepenuhnya bergantung pada orang dewasa untuk bertahan hidup. Seiring berkembangnya waktu, anak-anak akan merasa tidak berdaya jika membandingkan dirinya dengan orang dewasa. Perasaan lemah, impoten dan inferior ini menstimulasi untuk mencari kekuatan. Ketika individu tidak memiliki kekuatan untuk mengatasi perasaan inferior, maka ia akan menggunakan agresi sebagai kompensasi.

Perasaan inferioritas dapat berdampak positif, yaitu menjadi penggerak individu mencapai keinginan. Meskipun inferioritas dapat bertindak sebagai stimulus bagi pertumbuhan positif, namun inferioritas juga dapat menciptakan neurosis. Seseorang dapat tenggelam dengan perasaan-perasaan inferioritasnya dan mencegahnya berusaha meraih kesuksesan. Di situasi seperti ini, inferioritas bertindak sebagai penghalang untuk pencapaian positif di dalam diri individu.

Hasil penelitian Kendler (1985) menunjukkan bahwa inferioritas menjadi salah satu premorbid bagi gangguan skizofrenia. Individu yang memiliki inferioritas tinggi seringkali tinggal dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan, memiliki keterbatasan fisik dan memiliki kemungkinan kesembuhan lebih rendah. Penelitian Moritz (2006) juga turut menyatakan bahwa individu dengan riwayat skizofrenia rentan memiliki skor *self esteem* yang rendah. *Self esteem* yang rendah ini menjadi salah satu faktor tingginya rasa inferioritas di dalam diri.

Metode Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah melihat dinamika psikologis pasien dengan gangguan skizofrenia paranoid beserta faktor-faktor internal dan eksternal yang menjadi penyebab munculnya gangguan skizofrenia paranoid. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah case study. Partisipan penelitian berjumlah 1 orang dan bernama Huda. Pemilihan partisipan menggunakan metode purposive sampling dengan kriteria utama telah terdiagnosis memiliki gangguan skizofrenia paranoid. Ciri utama skizofrenia paranoid adalah adanya halusinasi yang memerintah dan mengancam serta waham dikendalikan/dikontrol (APA, 2000). Huda telah terdiagnosa skizofrenia sejak usia 26 tahun. Ia telah 14 kali masuk ke rumah sakit jiwa sejak tahun 2008-2019 akibat gangguan skizofrenia yang dialami. Berikut ini adalah identitas Huda selaku partisipan:

Tabel 1 Identitas Partisipan

Nama	Huda
Jenis kelamin	Laki-laki
Tempat,tanggal lahir	Sidoarjo, 28 Juni 1982
Usia	37 tahun
Alamat	Dusun S. Sidoarjo
Pendidikan	SMK otomotif
Pekerjaan	-
Latar belakang budaya	Jawa Timur
Agama	Islam

Metode asesmen yang digunakan adalah observasi, wawancara dan tes psikologi meliputi Standart Progressive Matrices (SPM), grafis, Rorschach dan WWQ. Observasi dilaksanakan untuk melihat gambaran perilaku skizofrenia partisipan. Tes intelegensi dilakukan untuk melihat dampak skizofrenia terhadap kemampuan kognitif. Tes proyeksi (grafis dan Rorschach) digunakan untuk melihat dinamika psikologis partisipan. WWQ digunakan sebagai penegak diagnosa gangguan skizofrenia yang dialami partisipan. Peneliti juga melakukan wawancara terhadap *significant others* (SO) untuk menggali informasi lebih dalam terkait riwayat gangguan, riwayat hidup dan relasi partisipan dengan keluarga maupun lingkungan sekitar.

Hasil dan Pembahasan

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa Huda terdiagnosa gangguan skizofrenia dengan tipe paranoid. Gejala utama dari skizofrenia paranoid yang muncul dalam diri Huda adalah adanya halusinasi penglihatan terkait bayangan yang menyeramkan, halusinasi suara yang memerintah dan *delusion of control*/keyakinan bahwa dirinya sedang dikendalikan dan diamati oleh orang lain. Hal ini sejalan dengan kriteria utama skizofrenia paranoid (APA, 2000), yaitu adanya halusinasi yang mengancam dan keyakinan bahwa dirinya sedang dikendalikan. Gejala-gejala yang ada turut disertai pula perilaku agresi seperti marah-marah dan membanting barang saat Huda mengalami kekambuhan.

Gangguan skizofrenia Huda mulai terlihat saat usia 22 dan kesulitan mencari pekerjaan. Pada saat itu, Huda telah menyelesaikan pendidikan SMK otomotifnya, namun selalu mendapat penolakan ketika mencari pekerjaan. Di sisi lain kakak laki-laki dan adik perempuannya sudah mendapat pekerjaan dan memiliki penghasilan sendiri. Kakak laki-laki sebagai kepala keluarga pengganti sosok ayah yang telah meninggal seringkali memarahi Huda ketika Huda meminta bantuan finansial untuk kebutuhan sehari-hari.

Sejak saat itu, Huda menjadi sosok yang sensitif. Keluarga menilai Huda sulit diajak berbicara dan seringkali berdiam diri. Emosi Huda juga sulit terkontrol. Ia mudah untuk marah dan membanting barang-barang di sekitarnya. Saat Huda tiba-tiba membakar rumah di subuh hari, saat itulah keluarga memutuskan memeriksakan Huda ke rumah sakit dan mendapat diagnosa gangguan skizofrenia. Berikut ini merupakan hasil diagnosa skizofrenia paranoid pada Huda menurut DSM IV-TR & V:

Tabel 2 Diagnosa Hasil Pemeriksaan

Kriteria	Perilaku	Sumber Data
A. Dua atau lebih dari hal-hal berikut harus muncul dalam porsi yang signifikan selama munculnya penyakit dalam waktu 1 bulan. Minimal muncul 1 karakteristik dari pilihan (1), (2), (3): 1. Delusi 2. Halusinasi 3. Pembicaraan yang tidak koheren atau ditandai oleh asosiasi longgar 4. Perilaku tidak terorganisasi atau katatonik 5. Ciri-ciri negatif	❖ Marah-marah, membanting barang, membakar rumah, sulit diajak berbicara, mengeluarkan barang-barang dari lemari. ❖ Halusinasi penglihatan dan suara ❖ <i>Delusion of control</i> ❖ <i>Thought broadcasting</i> ❖ Kurangnya inisiatif merawat diri	❖ Observasi ❖ Wawancara ❖ WWQ
B. Adanya gangguan yang signifikan pada fungsi bidang-bidang pekerjaan, relasi sosial, atau perawatan diri.	❖ Kesulitan berelasi di lingkungan ❖ Kesulitan mencari pekerjaan	❖ Observasi ❖ Wawancara ❖ SPM
C. Gejala-gejala yang ada minimal harus terjadi selama 6 bulan.	Telah berlangsung sejak 2008 dan riwayat MRS 14 kali	Wawancara
D. Gangguan tidak muncul sebagai akibat dari adanya episode skizoafektif dan gangguan mood.	❖ Tidak ditemukan adanya gangguan skizoafektif ❖ Tidak ditemukan adanya efek psikologis dari penggunaan obat/zat medis	❖ Observasi ❖ Wawancara
E. Gangguan tidak muncul dari akibat adanya dampak dari penggunaan zat tertentu atau kondisi medis tertentu.	❖ Tidak ditemukan riwayat autisme	
F. Bila memiliki riwayat gangguan autisme dan gangguan pervasif, maka tambahan gangguan skizofrenia hanya diberikan ketika menunjukkan adanya gejala delusi/halusinasi yang menonjol		
Skizofrenia Paranoid DSM IV-TR Halusinasi &/ waham harus menonjol: ❖ Suara-suara halusinasi yang mengancam/memberi perintah atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung dan bunyi tawa ❖ Halusinasi pembauan/pegecapan rasa/bersifat seksual atau lain-lain perasaan tubuh, halusinasi visual mungkin ada tapi jarang menonjol ❖ Waham dapat berupa: waham dikendalikan (<i>delusion of control</i>), dipengaruhi (<i>delusion of influence</i>), <i>delusion of passivity</i> dan keyakinan dikejar-kejar.	❖ Halusinasi penglihatan berupa bayangan hitam menyeramkan dan halusinasi suara yang memerintah Huda melakukan perilaku tertentu. ❖ <i>Delusion of control</i> : merasa dirinya dikendalikan oleh makhluk gaib ❖ <i>Thought broadcasting</i> : merasa segala pikiran dan perilaku diamati oleh seseorang	❖ Observasi ❖ Wawancara ❖ Rorschach ❖ WWQ

Munculnya gangguan skizofrenia dalam diri Huda disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor pertama terkait pola asuh sejak kecil yang *neglectful*. Pola asuh neglectful merupakan gaya pola asuh saat orangtua tidak terlibat dalam perkembangan hidup anak (King & Laura, 2010). akibat kesibukkan ibu yang bekerja menggantikan sosok kepala rumah tangga. Kesibukkan ibu turut membuat tidak terpenuhinya kebutuhan afeksi dalam diri Huda. Hubungan Huda dengan saudara-saudaranya pun tidak dekat. Huda menganggap bahwa kakak

adalah sosok yang sering mengintimidasi dan menyalahkan dirinya. Akibatnya tidak ada penanaman moral dan sosok yang dapat mengarahkan Huda dalam proses tumbuh kembangnya. Pola asuh keluarga memberikan peran terhadap perkembangan individu terutama masa kanak-kanak hingga masa remaja. Hal ini turut didukung dengan pernyataan Nurdiana (2007) bahwa keluarga adalah ruang lingkup pertamakali menerima kehadiran anak. Keluarga juga merupakan orang yang pertama mendidik, mengajarkan kedisiplinan dan melindungi individu untuk mencapai tahap dewasa sesuai dengan norma sosial yang ada.

Faktor kedua adalah terkait ketidakmampuan Huda dalam mengatasi permasalahan. Huda merupakan pribadi yang tertutup dan memilih menyimpan masalah seorang diri. Ia tidak mampu mengutarakan masalah yang ada dan meminta bantuan/saran kepada orang lain. Pada saat ia berusaha meminta bantuan, keluarga seringkali menyalahkan dirinya terlebih dahulu dan tidak memberikan jalan keluar. Akibatnya Huda seringkali memendam masalah yang ada dan merasa terbebani seorang diri. Pada saat kambuh, ketidakmampuan menyelesaikan masalah ini terluapkan melalui perilaku agresi berupa marah-marah, membentak dan membanting barang. Pasien dengan gejala awal skizofrenia seringkali menggunakan coping negatif dalam usaha penyelesaian masalah (Kommischer, 2015; Jansen, 1999)

Faktor ketiga adalah ketidakmampuan Huda mengatasi perasaan inferior di dalam dirinya. Huda menyadari bahwa ia memiliki kelemahan dalam hal finansial karena kesulitan mendapatkan pekerjaan. Ia pun membandingkan dirinya dengan kakak dan adik-adiknya yang sudah mampu berpenghasilan sendiri. Huda pun menjadi pribadi yang sensitif dan mudah kambuh setiap kali ada anggota keluarga yang membahas kemampuan finansialnya.

Permasalahan Huda saat ini adalah kesulitan mengontrol emosi. Keluhan yang tiap kali muncul selama 14 kali Huda keluar masuk rumah sakit adalah ketidakmampuan Huda mengontrol emosi sehingga berpotensi membahayakan diri sendiri dan orang lain. Pada saat Huda mengalami kekambuhan, ia mudah membanting dan merusak barang-barang di sekitarnya. Ia juga mengeluarkan amarah yang besar sehingga orang-orang di sekitarnya takut berhadapan dengan Huda.

Faktor kekambuhan Huda terdiri atas berbagai faktor internal dan eksternal. Faktor internal terkait ketidakpatuhan minum obat, kontrol emosi yang lemah, *coping style* yang maladaptif dan usia Huda yang telah memasuki dewasa madya. Kepatuhan minum obat menjadi kunci keberhasilan manajemen pengobatan sekaligus salah satu faktor untuk mencegah *relapse* pada pasien skizofrenia. Skizofrenia timbul akibat ketidakseimbangan neurotransmitter yang mengacaukan kerja otak, sehingga pasien membutuhkan obat-obatan

yang dapat menyeimbangkan kadar neurotransmitter. Dengan mengonsumsi obat secara rutin akan menurunkan risiko munculnya kembali gejala, meningkatkan fungsi kognitif dan mengurangi risiko kematian (Phan, 2016; Chaudari, 2017). Hanya saja Huda memiliki kesadaran yang masih kurang terkait pentingnya konsumsi obat-obatan dalam mencegah kekambuhannya. Ia juga mudah terpengaruh akan informasi yang masih kurang tepat terkait dampak penggunaan obat-obatan bagi orang skizofrenia.

Kontrol emosi yang lemah menyebabkan ancaman bagi keluarga dan lingkungan sekitar. Kontrol emosi lemah ini menyebabkan Huda rentan memunculkan perilaku agresi saat mengalami tekanan/stres. Hal ini diperparah dengan kemampuan coping Huda yang tidak tepat pula dalam menghadapi stressor. Huda seringkali memendam permasalahan dan menggunakan teknik coping *flight* dan *avoidance* yang tentunya tidak membantu penyelesaian masalah. Individu yang memiliki kemampuan coping style yang tepat memiliki sikap lebih responsif saat menjalani terapi (Premkumar, 2001). Usia Huda yang telah mencapai tahap perkembangan dewasa madya turut menjadi beban bagi Huda untuk dapat melaksanakan tugas perkembangan sesuai usianya. Pada kenyataannya, Huda belum mampu menemukan pekerjaan dan pasangan layaknya orang-orang normal seusianya.

Faktor eksternal juga turut meningkatkan risiko kekambuhan Huda. Sosok keluarga yang kurang asertif dalam berkomunikasi seringkali menimbulkan konflik terhadap pribadi Huda yang mudah sensitif menerima kritikan. Lingkungan tempat tinggal Huda pun bersikap mengucilkan dan tidak memberikan kesempatan kepada Huda untuk menjalin relasi maupun mencari lapangan pekerjaan. Akibatnya Huda memiliki banyak waktu luang untuk melamun setiap harinya. Pada saat ia seorang diri itulah seringkali muncul halusinasi-halusinasi suara di sekitar Huda. Oleh karena itu memiliki aktivitas yang rutin menjadi salah satu kunci perawatan pasien skizofrenia. Aktivitas rutin dapat mengurangi simptom negatif yang menjadi penghambatan individu untuk beraktivitas dan bersosialisasi (Dogra, 2009).

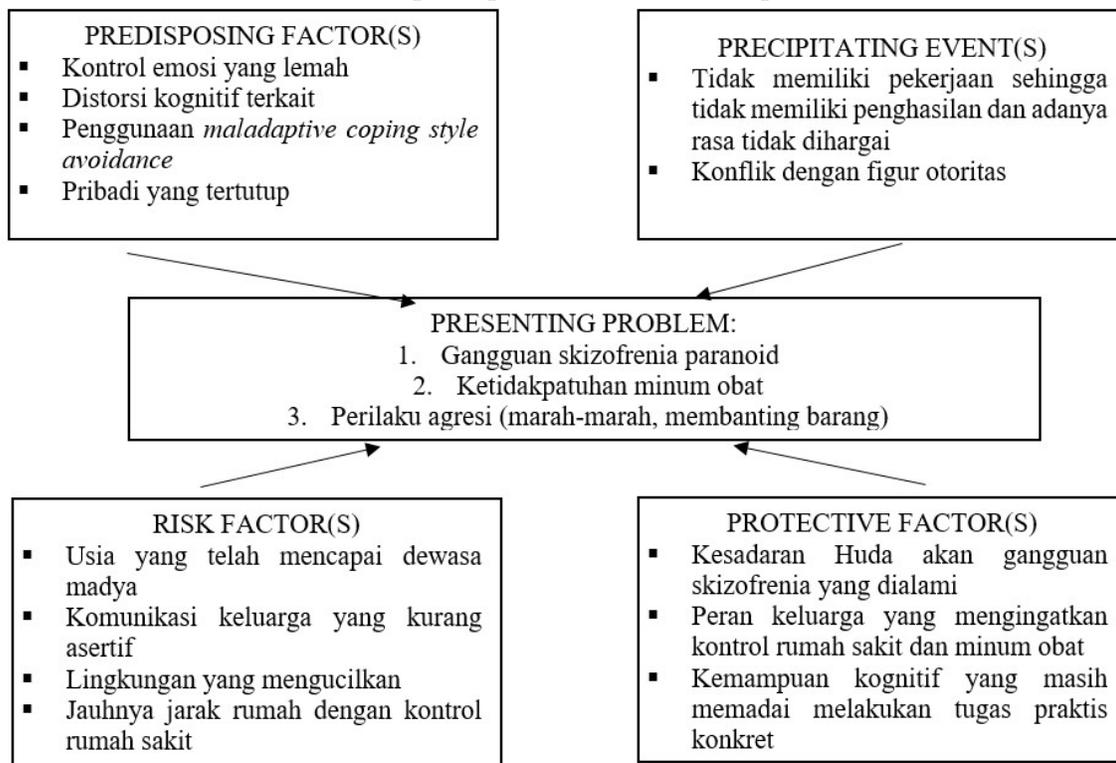
Huda juga kesulitan dalam melakukan kontrol rutin setiap bulannya. Jarak rumah dan rumah sakit yang cukup jauh menjadi permasalahan Huda dalam melakukan kontrol rutin, padahal kontrol rutin dapat membantu mengetahui perubahan dosis obat yang harus dikonsumsi sekaligus menjadi tempat bagi Huda mengutarakan kekhawatirannya dan mendapatkan dukungan emosional. Dukungan emosional merupakan salah satu bantuan yang dibutuhkan oleh pasien skizofrenia. Dukungan emosional yang diberikan dapat membantu mengurangi reaksi emosional negatif saat menghadapi stressor (Pen, 2004).

Terdapat beberapa faktor protektif yang dapat mencegah kekambuhan Huda. Faktor pertama terkait kesadaran Huda akan kondisinya saat ini. Huda menyadari bahwa dirinya memiliki gangguan yang membuatnya sulit mengendalikan pikiran dan perilaku. Ia juga menyadari dampak-dampak negatif gangguan tersebut kepada dirinya, keluarga dan orang-orang di sekitarnya. Oleh karena itu Huda pun mulai berusaha mengikuti anjuran kontrol dan minum obat dari rumah sakit sesuai aturan untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Huda juga berusaha menyadari tanda-tanda saat ia akan kambuh. Pasien skizofrenia yang memiliki kesadaran akan gangguan berpotensi memiliki stres yang lebih rendah (Cooke, 2007)

Faktor kedua terkait dukungan sosial dari keluarga yang berusaha mengingatkan Huda untuk secara rutin minum obat dan kontrol di rumah sakit setiap bulannya. Hanya saja dukungan ini berupa verbal semata, keluarga tidak memberikan kesediaan waktu dan tenaga untuk mendampingi Huda sehingga kemungkinan Huda untuk tidak melakukan menaati aturan kontrol cukup besar. Faktor ketiga terkait kemampuan kognitif Huda yang masih memadai dalam melakukan tugas-tugas sederhana, terkait merawat diri dan berkomunikasi.

Di bawah ini terlampir bagan formulasi kasus dari partisipan (Huda):

Formulasi kasus partisipan Huda (skizofrenia paranoid)



Kesimpulan

Proses asesmen yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor penyebab gangguan skizofrenia paranoid dan adanya faktor internal dan eksternal yang saling berkorelasi sehingga meningkatkan risiko terjadinya kekambuhan Huda hingga 14x MRS. Faktor penyebab gangguan skizofrenia pada partisipan Huda adalah pola asuh orang tua yang *neglecting*, ketidakmampuan menghadapi permasalahan dan ketidakmampuan mengatasi perasaan inferior. Faktor internal penyebab kekambuhan adalah ketidapatuhan rutin minum obat dan kontrol di rumah sakit, kontrol emosi yang lemah dan coping style yang maladaptif, sementara itu faktor eksternal penyebab kekambuhan adalah kurangnya dukungan sosial dari keluarga dan jauhnya jarak rumah dengan rumah sakit.

Keluarga memiliki peran penting bagi terbentuknya kemampuan anak dalam menghadapi permasalahan di kemudian harinya. Dukungan emosional, informatif, menjadi salah satu sarana yang dapat dilakukan keluarga. Keluarga Huda pun dapat menerapkan peran dukungan sosial ini untuk mencegah terjadinya kekambuhan dalam diri Huda. Keluarga dapat

mengurangi risiko dengan cara mengingatkan jadwal minum obat dan kontrol kepada Huda serta menggunakan komunikasi yang asertif dengan mengingat pribadi Huda yang mudah sensitif. Pasien skizofrenia pun dapat dibekali dengan kemampuan anger management untuk mengurangi risiko perilaku agresi dan pembekalan kemampuan coping untuk membantu pasien menyelesaikan permasalahan sederhana sehari-harinya.

Keterbatasan penelitian dalam hal ini adalah jumlah partisipan yang hanya 1 individu, keterbatasan waktu dan kurangnya pendalaman asesmen dari ranah biologis. Skizofrenia merupakan penyakit yang harus ditangani secara biopsikososial, yang artinya penting untuk diteliti peranan biologis, psikologis dan sosial dalam diri pasien untuk menemukan penyebab serta terapi yang tepat ke depannya. Penelitian ini baru mencakup ranah psikologis dan sosial partisipan. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat lebih mengungkapkan dinamika psikologis secara lengkap sesuai pendekatan biopsikososial.

Daftar Pustaka

- Amelia, D.R. & Anwar, Z. (2013). Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1(1), 53-65.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition "DSM-5"*. Washinton DC: American Psychiatric Publishing. Washinton DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision, DSM-IVTR*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Chaudari B., et al. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(2), 215-222.
- Cowan & Kandel. (2001). *Psychology of Adjustment 2nd Edition*. New Jersey: Prentice.
- Dogra, M. (2009). An exploratory study on the effect of "Activity Scheduling" on the negative symptoms of patients with Schizophrenia in Psychiatry ward, Nehru Hospital, PGIMER, Chandigarh. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 5(2), 107-115.
- Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolesce? *Clinical Psychology Review*, 103, 604-609.
- Jansen L.M.C., Gispen-deWied C.C., Kahn R.S. (1999). Coping with stress in schizophrenia. *Journal of Schizophrenia Res*, 36, 170.

- Kendler, K.S., et al. (1985). Schizophrenia with premorbid inferiority feelings: a distinct subgroup. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 39, 643-647.
- King, Laura. 2010. Psikologi Umum. Jakarta: Salemba Humanika.
- Kommescher, M., et al. (2015). Coping and the stages of psychosis: an investigation into the coping style in people at risk of psychosis, in people with first episode and multiple episode psychoses. *Journal of Early Intervention in Psychiatry*, 11(2), 147-155.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., & Charles, J.W. (2003). Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 238-298.
- Olson, M.H. & Hergenhahn, B.R. (2013). *Pengantar Teori-teori Kepribadian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Pen, D.L., et al. (2004). Supportive therapy for schizophrenia: Possible mechanism and implication for adjunctive psychosocial treatment. *Journal of Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 101-112.
- Phan, S.V. (2016). Medication adherence in patients with schizophrenia. *International Journal Psychiatry Med*, 51(2), 211-219.
- Picchioni, MM. & Murray, R.B. (2007). Clinical review: schizophrenia. *British Medical Journal*, 335, 91-95.
- Premkumar, P., et al. (2011). Coping style predict responsiveness to cognitive behavior therapy in psychosis. *Journal of Psychiatry Res*, 3(2), 354-362.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal, Edisi kelima, Jilid 2*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Moritz, S. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed. *Journal of Psychology Press*, 11, 402-415.
- Nurdiana, Syafwani, Umbransyah. (2007). Korelasi peran serta keluarga terhadap tingkat kekambuhan klien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 3(1).