



Rancangan Intervensi Terapi psikologi Keluarga Bagi Pasien F20.0 Skizofrenia Paranoid

Annisa Sya'baniatus Silvia¹, Kholifah Umi Sholihah²

^{1,2} Universitas Muria Kudus

Abstract

Received: 3 Agustus 2024
Revised: 22 Agustus 2024
Accepted: 30 Agustus 2024

Kriteria diagnosis PPDGJ III menetapkan skizofrenia paranoid dengan memenuhi kriteria skizofrenia serta gejala halusinasi dan atau waham yang menonjol. Gangguan ini memiliki efek yang dapat mengganggu fungsi kerja dan sosial. Pada kasus ini, pasien perempuan, 40 tahun, diantar keluarganya dengan keluhan marah. Awal keluhan dimulai tahun 2011 lalu setelah subjek melahirkan anak pertamanya. Subjek sempat terkena baby blues sehingga sampai sekarang subjek menjadi pribadi yang pemarah dan tak jarang memukul anggota keluarga lain. Dalam penelitian ini penulis menggunakan asesmen berupa observasi, wawancara dan tes kepribadian berupa tes grafis. Hasil yang didapat diketahui bahwa pasien didiagnosis skizofrenia paranoid dan akan diberikan intervensi berupa terapi keluarga.

Keywords: Paranoid, Skizofrenia, Terapi Keluarga

(*) Corresponding Author: 202060160@std.umk.ac.id

How to Cite: Silvia, A., & Sholihah, K. (2024). Rancangan Intervensi Terapi psikologi Keluarga Bagi Pasien F20.0 Skizofrenia Paranoid. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(20), 48-54. Silvia, A., & Sholihah, K. (2024). Rancangan Intervensi Terapi psikologi Keluarga Bagi Pasien F20.0 Skizofrenia Paranoid. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(20), 48-54. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14257832>

PENDAHULUAN

Salah satu masalah kesehatan yang paling diperhatikan di Indonesia adalah gangguan jiwa. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa yang paling umum di Indonesia. Prevalensi gangguan skizofrenia di Indonesia meningkat dari 1.7 permil pada tahun 2018 menjadi 7 permil pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Skizofrenia merupakan jenis gangguan jiwa dengan ciri khas munculnya delusi dan halusinasi (American Psychiatric Association, 2013). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang menyebabkan seseorang merasa tidak percaya pada dirinya sendiri, yang menyebabkan persepsi yang salah pada panca indra dan menyebabkan masalah dalam perilaku, berpikir, persepsi, dan emosi (Amelia & Anwar, 2013). Klien laki-laki dengan skizofrenia berusia 15-25 tahun, sedangkan klien perempuan berusia 25-35 tahun (Sari et al., 2019).

Penderita skizofrenia dapat menunjukkan gejala yang dikenal sebagai gejala positif atau negatif. Gejala positif termasuk halusinasi dan delusi, yang merupakan pengalaman indera yang dirasakan klien tetapi tidak diketahui oleh orang lain. Delusi adalah sikap tidak rasional yang dimiliki klien. Namun, gejala yang tidak menguntungkan termasuk klien yang menarik diri dari lingkungan sosial, sikap apatis, respons emosional yang tidak masuk akal, dan penurunan kinerja pada aktivitas sehari-hari (Hendarsyah, 2016).

Salah satu jenis skizofrenia yang paling umum adalah skizofrenia paranoid. Klien dengan kondisi ini lebih sering menunjukkan waham paranoid dan halusinasi yang menonjol dibandingkan dengan jenis skizofrenia lainnya. Gejala klinis klien dengan skizofrenia paranoid didominasi oleh waham kejar,

waham kebesaran, halusinasi pendengaran, dan halusinasi penglihatan (Jelita & Hutasoit, 2021). Ketakutan akan sesuatu yang tidak nyata, yang dapat menyebabkan emosi negatif dan perilaku agresif, menyebabkan pasien skizofrenia paranoid kesulitan mengontrol pikiran negatif.

Beberapa faktor dapat mempengaruhi munculnya skizofrenia. Menurut Zahnia & Sumekar (2016), beberapa faktor dapat mempengaruhi munculnya skizofrenia, antara lain faktor genetik, psikososial, dan status sosial ekonomi. Dalam hal faktor genetik, kemungkinan terkena skizofrenia dapat diturunkan melalui gen resesif. Namun, kemungkinan ini tidak lepas dari lingkungan individu, yang mempengaruhi apakah akan menyebabkan gejala skizofrenia atau sebaliknya. Faktor psikososial juga berkaitan erat dengan status sosial ekonomi dan bagaimana kesehatan mental seseorang dapat mempengaruhi kehidupan sosialnya, seperti kesiapan seseorang untuk mengatasi stres. Mereka yang rentan terhadap gangguan jiwa dapat terpengaruh oleh masalah ekonomi.

Ada beberapa kondisi yang dapat mengetahui kekambuhan pasien skizofrenia. Salah satunya dikaitkan dengan peningkatan frekuensi kekambuhan karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang perawatan klien. Klien skizofrenia paranoid mengalami kesulitan bertindak untuk disiplin dalam mengkonsumsi obat mereka, sifat klien, dan lingkungan di sekitar klien yang memberikan perawatan dan pengasuhan (Puspitasari, 2017). Oleh karena itu, tugas keluarga yang merawat klien sangat penting untuk mengontrol tingkat kekambuhan klien dengan memberikan atensi pada kebiasaan penggunaan obat, memahami gejala kekambuhan, dan memberikan dukungan sosial agar klien dapat melakukan aktivitas positif setiap hari.

Metode Asesmen

Asesmen yang digunakan untuk penegakan diagnosis dengan menggunakan beberapa metode seperti observasi, wawancara, dan tes psikologi. Tes psikologi yang dilakukan yaitu dengan menggunakan tes grafis yang terdiri dari *Tree Drawing Test* (BAUM), *Draw a Person* (DAP), *House Tree Person* (HTP). Tes grafis bertujuan untuk mengetahui pola kepribadian klien.

Kasus

Klien merupakan seorang perempuan berusia 40 tahun. Klien sudah tiga kali dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo. Terakhir kali saat klien datang ke RSJ, klien ditemani oleh Babinsa (Bintara Pembina Desa) dan Bhabinkamtibnas (Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat) serta 2 pegawai kelurahan juga adik klien yang bernama Roby dan istrinya juga ikut mengantar klien ke rumah sakit jiwa.

Klien yang sudah lulus kuliah D3 Teknologi Kimia dari Universitas Diponegoro dengan beasiswa dan sempat bekerja menjadi karyawan di beberapa tempat, dengan pencapaian kinerja yang cukup bagus, namun berhenti karena kondisi klien yang mulai tidak stabil dan harus menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa.

Menurut keluarga, diketahui bahwa klien telah tiga kali dibawa ke rumah sakit jiwa. Saat pertama kali klien dibawa ke rsj karena sering marah dan memukul anaknya yang bernama Aurora, terlebih ketika sang anak melakukan kesalahan. Yang kedua kali klien dibawa ke rsj karena marah-marah kepada ibunya, klien merasa ibunya memiliki kesalahan terhadap dirinya. Saat klien masih di dalam

kandungan ibunya, kondisi ekonomi keluarga klien belum stabil sehingga saat ayah klien mengetahui bahwa ibu klien sedang hamil ayah klien cenderung menyalahkan ibu klien. Tak jarang ayah klien menghina fisik ibu klien sehingga hal tersebut membuat ibu klien sakit hati. Karena hal tersebut juga yang menjadi penyebab ketidaksukaan ibu klien saat klien lahir. Ibu klien mengaku bahwa dirinya sangat menyayangi klien, merawat dan membesarkan klien dengan kasih sayang tetapi disamping itu ibu klien juga mempunyai rasa tidak suka atas kelahiran klien tersebut.

Sebelum masuk di rumah sakit jiwa awal mula kondisi klien menjadi orang yang pemarah yaitu pada tahun 2011 yaitu setelah subjek melahirkan anaknya dan membuat klien terkena *baby blues*. Sejak saat itu sampai sekarang subjek menjadi pribadi yang suka marah, marah terhadap ibunya, marah kepada anaknya, serta marah kepada adik-adiknya. Ketika sedang marah tidak jarang klien akan memukul orang yang ada di sekitarnya dan klien juga tidak segan untuk membanting barang yang ada di hadapannya. Selain itu, klien juga mulai berhalusinasi terhadap anak serta suaminya. Klien meyakini bahwa dirinya memiliki anak kembar berjumlah 20 orang serta sudah melahirkan sebanyak 60 kali. Dalam diri klien juga terdapat sebuah waham yang menetap yaitu dirinya meyakini bahwa telah menikah sebanyak 10 kali dan saat ini sedang bersuami dengan MS, padahal kenyataannya suami klien adalah FH.

Klien menjadi pribadi yang malas dan enggan membantu pekerjaan rumah, padahal sebelumnya klien merupakan orang yang rajin dan gemar membantu pekerjaan ibunya, baik itu pekerjaan rumah maupun pekerjaan dagang ibu klien. Setiap hari klien selalu berhalusinasi dengan mengatakan kepada ibunya bahwa dirinya memiliki anak kembar yang sebagian dibawa oleh suaminya yang berjumlah 10 orang yang tinggal di berbeda kota.

Keluarga klien berasumsi bahwa kemungkinan ada sesuatu yang membuat klien sakit hati karena dulu saat masih kecil ibu klien menyadari bahwa dirinya tidak suka terhadap klien sehingga mungkin saja dulu ada suatu tindakan dari ibu klien yang secara tidak sadar dan tidak sengaja membuat klien sakit hati karena hal tersebut juga didasari pada saat mengandung klien ibunya juga mengalami sakit hati sebab kehamilan tersebut tidak diinginkan oleh ayah klien. Saat masa pertumbuhan adik klien menyadari bahwa terdapat perbedaan dalam pengasuhan yang diberikan ibu klien kepada anak-anaknya, terlebih kepada klien itu sendiri, tetapi lagi, ibu klien tidak menyadari hal tersebut. Selain itu, ayah klien juga termasuk orang yang temperamen sehingga sering memukul klien dan adik-adiknya.

Dengan latar belakang ayah klien yang dulu juga sering mendapat pukulan dari orang tuanya, pengasuhan yang dilandasi dengan kekerasan itupun menurun dari polah asuh orang tua ayah klien dan terjadi di keluarga klien sendiri dengan pengasuhan yang serupa kepada anaknya. Selain itu, ibu klien juga mengaku bahwa dirinya tidak tahan dengan suaminya karena sifat temperamen suaminya, tiap hari di rumah klien diisi dengan kemarahan dari ayah klien, tiada hari tanpa marah itulah sifat ayah klien. Dari hal tersebut dapat diketahui bahwa masih ada trauma yang belum terselesaikan di keluarga klien, sehingga tindak kekerasan terus berlanjut turun temurun tiada habisnya.

Kondisi ekonomi di keluarga klien tergolong pas-pasan, hal itu

dikarenakan hanya adasatu tulang punggung di keluarga klien yaitu adik pertama klien yang juga tinggal serumah dengan klien. Hal itu berbeda ketika dulu sebelum adik klien menikah kondisi ekonomi keluarga klien masih tergolong berkecukupan karena hanya menafkahi tiga orang di rumah, tapi setelah adik klien menikah maka pendapatannya pun harus dibagi rata untuk menghidupi keluarga adik klien sendiri, klien dan anaknya serta menghidupi ibu klien.

Klien tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat menyebabkan kondisinya jadi seperti sekarang, tetapi ada tiga sepupu klien yang memiliki kondisi sama seperti klien, selain itu cucu dari pakde klien juga memiliki kondisi yang sama seperti klien, bahkan lebih parah. Menurut penjelasan dari dokter kepada ibu klien, kondisi klien bisa jadi karena keturunan dari bapak klien, karena jika dirunut dari atas saudara klien yang mengalami kondisi yang sama seperti subjek berada di jalur keturunan dari bapak klien.

Hasil dan Pembahasan

Skizofrenia memiliki banyak gambaran klinis. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) menetapkan diagnosis skizofrenia paranoid.

Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia karena memiliki gejala. Gejala tambahan termasuk halusinasi ancaman atau perintah, atau halusinasi auditorik seperti pluit (bersiul), mendengung (bersenandung), atau tawa (tertawa). Selanjutnya, halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau halusinasi seksual dan visual jarang terjadi. Waham dikendalikan (waham kontrol), waham dipengaruhi (waham pasif), dan waham dikejar-kejar adalah jenis waham. Oleh karena itu, gejala katatonik, dorongan kemauan, dan gangguan afektif tidak menonjol.

Salah satu kriteria umum skizofrenia adalah gejala yang sangat jelas, dengan minimal 1 gejala atau lebih yang kurang jelas. Gejala-gejala ini dapat berupa pikiran diri sendiri yang berulang-ulang di otak (*thought eco*), pikiran asing yang masuk ke dalam pikiran (*insertion*), atau pikiran asing diambil keluar dari pikiran (*withdrawal*), atau pikiran diri sendiri tersiar ke luar sehingga orang lain mengetahuinya. Atau waham dikendalikan oleh kekuatan dari luar (*delusion of control*) atau dipengaruhi oleh kekuatan dari luar. Kemudian, waham tidak berdayadan pasrah terhadap kekuatan dari luar (*delusion of passivity*), pengalaman inderawi menjadi misteri atau mukjizat (*delusion perception*).

Berdasarkan tes grafis yang telah dilakukan pada klien diperoleh bahwa klien memiliki aktualisasi dorongan yang baik dan cepat. Klien juga seorang yang memiliki sifat primitif banyak dipengaruhi ketidaksadaran terikat pada insting dan tradisi sehingga klien cenderung childish. Selain itu, klien juga memiliki kepribadian anti sosial dan ketegangan yang ekstrim sehingga membuat subjek sulit untuk mengatasi rasa trauma yang ada pada dirinya. Kondisi pada klien ini mengindikasikan bahwa klien mengalami skizofrenia paranoid.

Klien kurang memiliki pegangan yang kuat sehingga sering berfantasi untuk nampak kuat serta tendensi kurang yakin akan dirinya. Namun meski begitu klien memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri yang baik sehingga membuat klien bersemangat dan terus termotivasi untuk berprestasi. Simptom-siptom dalam kepala klien seringkali membuat pikirannya melayang sehingga klien menjadi seorang individu yang memiliki egosentris histeris. Perasaan bersalah serta

traumatis membuat klien juga kurang mampu mengontrol dorongan yang muncul pada dirinya.

Diketahui bahwa klien memiliki kedua orang tua yang utuh. Tetapi meskipun memiliki keluarga yang utuh, subjek memiliki ibu yang kurang menyenangkan sehingga membuat subjek cenderung lebih dekat dengan bapak, walaupun pada dasarnya bapak klien pun memiliki sikap otoriter dan galak. Klien juga merasa dirinya kurang berperan dalam keluarga, kurang dipercaya, kurang diperhatikan dan kurang berharga. Sifat kekanak-kanakan dalam diri klien serta klien yang cenderung menghindari dari realitas merupakan sebab dari sosok ibu yang kurang menyenangkan bagi klien sehingga dalam hidupnya sosok ibu dinilai kurang berperandalam membangun hubungan dengan klien.

Dari anamnesa yang dilakukan pada keluarga dan klien diketahui bahwa pada diri klienterdapat halusinasi visual dan waham yang jelas. Diagnosis multiaksial yang didapat yaitu aksis I: skizofrenia paranoid, aksis II: F60.3 Gangguan emosional tak stabil aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: Masalah dengan “*primary support group*” (keluarga), aksis V: *Current Global of Assessment Functioning (GAF) Scale* 70-61. Tatalaksana yang diberikan yaitu rawat inap di ruang ICU, psikofarmaka, dan *Electroconvulsive Therapy*. Adapun rancanganintervensi yang akan diberikan pada keluarga klien yaitu terapi keluarga.

Rancangan Intervensi

Rancangan Intervensi Terapi keluarga model psikoedukasi *single-family* Terdapat lima tahap utama model psikoedukasi yang dibuat berdasarkan teori Anderson dan sesuai dengan fase skizofrenia, mulai dari fase akut hingga rehabilitasi (Bustillo *et al.*, 2001; Lebow 2005; Lefley, 2009; Chakrabarti 2011; Gabbard, 2014).

Tahap 1 : *Joining*

Pada fase ini, yang berlangsung selama tiga hingga lima sesi, keluarga dan terapis bekerja sama terus-menerus selama terapi. Selama tahap ini, terapis memperlihatkan empati, bersedia menawarkan bantuan di luar sesi terapi, dan menahan diri untuk tidak menyalahkan keluarga. Tujuan yang akan diperoleh adalah sebagai berikut:

- a. Mewujudkan kerja sama antara anggota keluarga dan klien
- b. Membuat anggota keluarga memahami persoalan yang mungkin berhubungan dengan stresor pada klien dan keluarga (Lebow 2005).
- c. Menentukan gejala psikososial dan penyebab kekambuhan
- d. Mengetahui kekuatan keluarga, dukungan sosial, dan daya tahan terhadap stres
- e. Memberikan optimisme dan fokus pada kesembuhan
- f. Membuat kesepakatan yang dapat dilaksanakan dan saling menguntungkan

Tahap 2 : *Educational and training workshop*

Pelatihan tentang skizofrenia diberikan kepada klien dan keluarganya dengan beragam model, seperti diskusi, kuliah, dan tanya jawab, baik di tempat formal maupun di rumah klien. Tujuannya yaitu untuk membuat keluarga merasa damai dan menerima klien dengan lebih baik. Mereka juga ingin mengurangi stresor yang dapat menyebabkan kekambuhan (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Pada tahap ini, beberapa kondisi yang harus dibicarakan adalah tentang aspek biologis, psikologis, dan sosial skizofrenia serta pengobatannya, terutama tentang bagaimana keluarga berinteraksi dengan klien. Keluarga tahu bahwa stresor

psikososial dapat menyebabkan kekambuhan, sehingga mereka memahami dan mengelola stresor dengan menekan kritik dan ekspresi emosi. Terapis mengajarkan keluarga untuk mengurangi rasa bersalah dan penyesalan. Mereka juga membantu mengidentifikasi tanda-tanda awal kekambuhan. klien dididik untuk menerima penyakit mereka, memiliki harapan, dan menyiapkan pekerjaan, kehidupan sosial, dan tujuan yang akan diraih (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Tahap 3 : *Community reentry*

Pada tahap ini, tujuannya adalah mendukung keluarga klien mengatasi peralihan yang terjadi setelah fase psikotiknya akut. Tahap ini dilakukan secara konsisten setiap dua minggu dan fokus pada psikofarmaka. Terapis memberikan penjelasan tentang bagaimana fungsi obat mungkin tidak sesuai dengan harapan keluarga. Sehingga keluarga lebih waspada, gejala yang timbul dari obat dan alasan penggunaan obat tambahan untuk mengatasinya juga harus dikomunikasikan. Keluarga juga mencakup obat dan alkohol (Lefley, 2009).

Pada titik ini, keluarga diberi banyak instruksi tentang cara berkomunikasi dengan baik dan memecahkan masalah yang terkait dengan klien. Selain itu, mereka diberi tugas untuk meningkatkan kolaborasi antara anggota keluarga dan terapis serta mengoptimalkan strategi perawatan mereka. Keluarga memperkenalkan klien secara bertahap ke komunitasnya, memberi mereka tanggung jawab, dan mengajarkan mereka teknik pemecahan masalah yang sesuai dengan kondisi kognitif dan penyakitnya (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Tahap 4 : *Communication skills training*

Pada tahap ini, keluarga diajarkan untuk berkomunikasi dengan baik meskipun klien mengalami distorsi kognitif. Keluarga diajarkan untuk mengkomunikasikan dan membahas emosi positif dan negatif yang terkait dengan perilaku klien. Metode yang digunakan adalah bermain peran, juga dikenal sebagai *role-play*, yang harus dipraktikkan oleh keluarga di rumah (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Menurut Lefley (2009), teknik komunikasi yang diberikan mencakup aspek verbal dan non-verbal. Aspek nonverbal meliputi kontak mata, ekspresi wajah, suara, dan intonasi. Aspek penyelesaian verbal adalah pembicaraan, seperti kemampuan untuk mendengarkan dan mencapai kesepakatan.

Tahap 5 : *Social and vocational rehabilitation*

Tahap ini dilakukan setelah fase akut selama 9 hingga 18 bulan, satu atau dua kali setiap bulan, terutama saat klien menunjukkan keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain. Pada tahap ini, utamanya adalah rehabilitasi fungsi sosial dan karir klien. Teknik yang digunakan juga mempengaruhi kondisi rumah yang dapat menyebabkan kekambuhan. Selain itu, diharapkan bahwa anggota keluarga berpartisipasi secara aktif dalam mendukung dan memperkuat hubungan antara klien dan lingkungan sosial di sekitar mereka (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Kesimpulan

Pada kasus-kasus ini, diagnosis skizofrenia paranoid didasarkan pada pemeriksaan status psikiatri serta asesmen terhadap pasien. Untuk mendiagnosis skizofrenia, seseorang harus menunjukkan setidaknya satu gejala utama atau setidaknya dua gejala lainnya. Gejala harus berlangsung setidaknya satu bulan.

Pilihan terapi skizofrenia didasarkan pada gejala pasien. Tujuan pengobatan adalah untuk menghindari bahaya, mengontrol perilaku pasien, dan

mengurangi gejala psikotik pasien, termasuk agitasi, agresif, negatif, positif, dan gejala afek. Selain terapi farmakologi, pasien skizofrenia paranoid juga membutuhkan psikoterapi dan psikoedukasi untuk memberi mereka dukungan keluarga dan mempercepat penyembuhan mereka. Untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan dukungan dari keluarganya, juga diperlukan intervensi seperti terapi keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, S., & Budiyo, A. D. (2015). Terapi Keluarga pada Skizofrenia (fokus pada model psikoedukasi). *Family Therapy In Schizophrenia*, 11, 12–22. <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-pjsdc1de9b6172full.pdf>
- H. Faddy. (2016). Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif Diagnosis and Management of the Paranoid Schizophrenia with Positive and Negative Symptoms. *Medula Unila*, 4(3), 57–62.
- Landra, I. K. G., & Angelina, K. D. I. (2022). Skizofrenia Paranoid Paranoid Schizophrenia. *Ganesha Medicina Journal*, 2(1), 66–71.
- Rahmania, F. A., & Kumolohadi, R. A. R. (2023). Peningkatan kemampuan pengendalian emosi dengan terapi kognitif perilaku pada klien skizofrenia paranoid. *Procedia : Studi Kasus Dan Intervensi Psikologi*, 11(2), 37–42. <https://doi.org/10.22219/procedia.v11i2.25426>
- Saputra, T. A. (2014). Paranoid Types of Schizophrenia. *J Agromed Unilla*, 1(1), 42–48. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/download/1334/pdf>