

GAMBARAN PSIKOEDUKASI TERHADAP KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA

Stefani Virlia Wijaya

ABSTRACT

The process of recovery of people with schizophrenia in Indonesia are still poor. This is because the recovery process is long and time consuming need social support from family. A patient who has been getting medicine and good care at the hospital could have returned relapse if there's no support of his/her family. Support from family is also affected how much information they can understand about the disorder sufferers so that families can be more accepting of patient.

This study aims to determine how the image of the family psychoeducation in patients with schizophrenia. This study used a qualitative approach to the 2 families of patients. Data was collected through interviews and observation techniques and the results were analyzed using content analysis. The result of this research is the process of psychoeducation to families of people with schizophrenia could be successful when an awareness and sensitivity on the part of the family of the condition of the patient so that the patient can return to optimal function.

Keywords: *patient with schizophrenia, family, psychoeducation*

A. LATAR BELAKANG

Gangguan skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang kronis dimana penderitanya sering mengalami relaps atau 'kambuh'. Menurut APA (2000), penderita memiliki ide-ide yang tidak logis, persepsi yang keliru, aktivitas motorik yang kacau, emosi yang tidak wajar atau tumpul, menarik diri dari relasi interpersonalnya, serta memiliki dunianya sendiri sehingga penderita kehilangan kontak dengan realita dan kehidupannya tidak sesuai dengan tuntutan kehidupan nyata di masyarakat. Tanda-tanda perilaku tersebut seringkali disebut oleh orang awam sebagai 'orang gila' atau orang yang tidak waras'. Stigma tersebut yang membuat sebagian besar masyarakat berpikir bahwa penderita 'berbahaya' dan dapat mengancam keselamatan orang-orang di sekitar mereka, sehingga muncul perlakuan-perlakuan diskriminatif kepada mereka, seperti pengucilan, tidak diberikan peran di rumah, diberi kekerasan, dan sebagainya.

Perlakuan diskriminatif yang diberikan pada penderita juga mempengaruhi proses pemulihan penderita. Proses pemulihan penderita skizofrenia di Indonesia

dapat dikatakan masih buruk. Proses penanganan tersebut memakan waktu yang lama dan panjang, mulai dari perawatan di rumah sakit, pemberian obat, sampai ke dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat (Taufik, 2013). Penanganan ini bersifat multifaktor, artinya setiap penanganan saling terkait dan tidak dapat berjalan masing-masing. Sebagai contoh, seorang pasien yang sudah mendapatkan obat dengan baik, mendapatkan proses perawatan yang baik di rumah sakit, tapi jika tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan lingkungan maka pasien bisa saja kembali relaps. Oleh karena itu, untuk pemulihan kondisi pasien tidak hanya diperlukan obat namun juga diperlukan dukungan dari keluarga atau lingkungan.

Kendala-kendala umum yang biasa dihadapi oleh keluarga penderita skizofrenia adalah sulitnya mengakses perawatan mental, biaya pengobatan yang mahal, dan kurangnya penyebarluasan informasi dasar (Taufik, 2013). Biaya perawatan dan pengobatan yang mahal sudah berusaha diupayakan pemerintah dengan pemberian pengobatan secara gratis. Namun, kendala kurangnya informasi dasar mengenai gangguan mental itu sendiri masih belum mendapat perhatian yang serius padahal sebenarnya informasi ini sangat penting untuk membantu keluarga penderita dalam memahami gangguan skizofrenia yang diderita oleh pasien. Pemberian informasi dasar tersebut disebut dengan psikoedukasi.

Psikoedukasi bertujuan untuk membantu orang-orang dengan kondisi kesehatan fisik atau mental tertentu untuk memperoleh informasi yang sesuai dan akurat mengenai kondisi tersebut (Royal Brisbane and Women's Hospital, t.th). Psikoedukasi tidak terbatas pada individu yang menderita penyakit atau gangguan mental saja, melainkan juga dapat diberikan kepada pihak lain seperti keluarga dengan tujuan memberikan informasi yang penting, menjelaskan perilaku yang mendukung penanganan medis (konsumsi obat sesuai dosis, pemeriksaan teratur,) dan memberikan dukungan pada keluarga dengan memberikan harapan bahwa masalah yang dialami oleh salah satu anggotanya dapat ditangani bersama (Anderson, dalam Blaum et al., 2006).

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk dari intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial. Tujuan dari program psikoedukasi adalah menambah pengetahuan tentang gangguan jiwa anggota keluarga sehingga

diharapkan dapat menurunkan angka kambuh dan meningkatkan fungsi keluarga. Penderita skizofrenia membutuhkan lingkungan yang adekuat dalam proses pengobatannya dengan cara meningkatkan pemahaman keluarga penderita skizofrenia mengenai gejala sakit, memberikan dukungan dan dapat melakukan pemecahan masalah. Dengan demikian, peneliti tertarik untuk melihat bagaimana gambaran intervensi psikoedukasi yang diberikan pada keluarga penderita skizofrenia. Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “*Bagaimana gambaran psikoedukasi pada keluarga penderita skizofrenia?*”

B. TUJUAN PENELITIAN

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran proses psikoedukasi pada keluarga penderita skizofrenia.

C. TINJAUAN TEORI

1. Pengertian & Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia dikenal sebagai “*heterogenous disorder*”, artinya satu penyakit dengan berbagai jenis manifestasi. Penelitian genetik menunjukkan bahwa skizofrenia merupakan penyakit dengan kelainan organobiologis dan kemunculannya melibatkan predisposisi genetik. Walaupun predisposisi ini diturunkan secara genetik, tetapi untuk menjadi skizofrenia diperlukan aktivasi baik berupa stress intrapsikis maupun interpersonal (Pramudya, 2011).

Sejak dahulu hingga saat ini, etiologi skizofrenia belum diketahui. Berikut adalah beberapa pandangan tentang penyebab munculnya penyakit skizofrenia, yaitu faktor genetik; peningkatan aktivitas neurotransmitter *dopamine*; konflik antara id dan ego yang menyebabkan kerusakan ego (teori psikoanalisa); serta proses belajar pada masa kanak-kanak dimana ia mempelajari reaksi dan cara berpikir yang tidak rasional dari orangtuanya, yang sebenarnya juga memiliki masalah emosional (Pramudya, 2011).

2. Kriteria Diagnosa Skizofrenia

Menurut DSM IV-TR, kriteria diagnosa untuk skizofrenia adalah sebagai berikut (APA, 2000):

A. *Characteristic symptoms* : dua atau lebih simtom-simtom berikut terjadi dalam periode waktu selama 1 bulan :

1. Delusi/waham (seperti, waham kebesaran, persekusi, referensi, dikendalikan, cemburu, dan lain-lain)
2. Halusinasi (seperti, halusinasi auditori, visual, olfaktori, dan lain-lain)
3. *Disorganized speech* (seperti, asosiasi longgar, inkoheren, *blocking*, mutisme, *logorrhoe*, sirkumstansial)
4. Perilaku tidak beraturan atau katatonik (seperti, *stupor*, *catalepsy*, *excitement*, *rigidity*)
5. Simtom negatif (seperti, *abulia*, *anhedonia*, *alogia*, *avolition/apathy*, afek datar, afek yang tidak sesuai)

Catatan : Hanya satu kriteria A dapat terpenuhi jika delusi/waham *bizarre* atau halusinasi pendengaran.

B. Disfungsi sosial atau okupasional

Ditandai dengan hubungan interpersonal yang terganggu seperti menarik diri, ekspresi agresi dan seksualitas yang tidak sesuai, kurangnya kesadaran akan kebutuhan orang lain, tuntutan yang berlebihan, dan ketidakmampuan dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Terdapat penurunan fungsi sosial, pekerjaan, akademi dan perawatan diri sendiri.

C. Durasi : tanda-tanda gangguan bertahan sedikitnya selama 6 bulan. Periode 6 bulan sudah termasuk sedikitnya satu bulan gejala-gejala kriteria A terpenuhi (simtom fase aktif) dan mungkin juga meliputi periode prodromal atau residual. Selama fase prodromal atau residual, gejala gangguan yang muncul mungkin hanya simtom negatif atau dua/lebih kriteria A tetap ada dalam bentuk yang lebih ringan.

Gejala-gejala prodromal (sebelum fase aktif) atau residual (setelah fase aktif) adalah :

- Penarikan diri atau isolasi dari hubungan sosial.
- Hendaya yang nyata dalam fungsi peran sebagai pencari nafkah, siswa/mahasiswa, atau pengatur rumah tang

- Tingkah laku aneh yang nyata (seperti, mengumpulkan sampah, berbicara sendiri di tempat umum, menimbun makanan)
 - Hendaya yang nyata dalam kebersihan diri dan berpakaian.
 - Afek yang tumpul, mendatar atau tidak serasi.
 - Pembicaraan yang melantur, kabur, berbelit, sirkumstansial atau metaforik.
 - Ide yang aneh atau tidak lazim, pikiran magis, ide-ide yang berlebihan.
 - Penghayatan persepsi yang tidak lazim, seperti ilusi yang selalu berulang.
- D. Tidak tergolong gangguan skizoafektif ataupun gangguan mood.
- E. Bukan akibat langsung dari penggunaan zat tertentu (misalnya ganja) atau gangguan kondisi medis umum.
- F. Tidak ada riwayat gangguan *pervasive* sebelumnya (misalnya autisme). Namun diagnosis skizofrenia tetap dapat ditegakkan pada penyandang autisme bila halusinasi dan wahamnya menonjol dalam durasi sedikitnya satu bulan.

3. Pengertian & Tujuan Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi pertama kali diperkenalkan oleh Anderson dan digunakan untuk menggambarkan konsep terapi perilaku yang terdiri dari 4 elemen yaitu pengarahan mengenai penyakit yang diderita, pelatihan *problem solving* dalam memberikan solusi untuk mengatasi penyakit yang diderita, pelatihan komunikasi dan pelatihan *self-assertiveness* (dalam Blaum, et. al, 2006).

Sebagai bagian dalam suatu intervensi, psikoedukasi bermanfaat sebagai cara untuk mempelajari strategi menghadapi gangguan mental dan dampaknya (Royal Brisbane and Women's Hospital, 2011). Manfaat psikoedukasi bagi lingkungan individu yang menjadi sasaran intervensi (penderita) adalah membantu menciptakan pemahaman dan tanggung jawab untuk menangani masalah individu tersebut dan memberikan motivasi bagi mereka dalam memberikan perawatan yang dibutuhkan (Anderson, dalam Blaum et al., 2006). McFarlane et al. (2003) menyebutkan bahwa dengan mengaplikasikan

penanganan yang baik, keluarga akan dapat menghadapi kondisi penderita dengan lebih baik dan mengurangi kekambuhan. Dengan penanganan yang baik, kualitas hidup penderita juga akan dapat meningkat.

Psikoedukasi skizofrenia biasanya diberikan pada keluarga yang akan merawat penderita selama di rumah karena biasanya penderita belum mampu untuk merawat diri sendiri atau membutuhkan bantuan dalam perawatannya. Namun, jika dukungan sosial dari keluarga dan pihak eksternal sangat terbatas maka psikoedukasi skizofrenia sangat penting untuk diberikan pada klien agar klien dapat merawat dirinya sendiri dan menjaga kondisi kesehatannya dengan baik agar tidak kambuh kembali.

Klien dan keluarga merupakan komponen yang bekerja sama dalam suatu *treatment*. Oleh karena itu bertambahnya pengetahuan *informal caregiver* dan klien, maka semakin besar peluang tercapainya kesehatan dan hal-hal yang mendukung terwujudnya kesehatan. Psikoedukasi dihadirkan untuk memberikan jembatan agar terbentuk kerjasama yang baik antara klien dengan keluarganya dalam mewujudkan kesehatan. Psikoedukasi memberikan suatu formasi ataupun mengembangkan strategi untuk menjadikan pengetahuan sebagai suatu bentuk proaktif untuk dilakukan.

Pemberian psikoedukasi dapat menurunkan ekspresi emosi pada keluarga yang bisa dilakukan dengan memberikan pengetahuan mengenai skizofrenia; memberikan informasi tentang berbagai efek samping pengobatan antipsikotik; menghindari saling menyalahkan di antara anggota keluarga maupun penderita; memperbaiki komunikasi dan keterampilan penyelesaian masalah dalam keluarga; mendorong penderita dan keluarganya untuk memperluas relasi interpersonal; serta memberikan harapan bahwa segala sesuatu dapat menjadi lebih baik termasuk harapan bahwa penderita tidak akan kembali ke rumah sakit.

D. METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Subjek penelitian dalam penelitian ini merupakan keluarga inti dari penderita skizofrenia dengan karakteristik keluarga penderita

sedang atau pernah merawat penderita di rumah; keluarga masih dapat dihubungi; dan keluarga (atau salah satu anggota keluarga) bisa membaca dan menulis. Subjek penelitian diambil dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling* karena subjek dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti (Patton, 2002). Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik observasi dan wawancara. Untuk menganalisis data penelitian ini menggunakan teknik *content analysis*, yaitu melalui deskripsi terhadap fenomena, kajian terhadap tema-tema yang muncul sampai interpretasinya (Poerwandari, 2011).

E. HASIL & PEMBAHASAN PENELITIAN

E.1. Analisis Kasus I

Identitas Subyek (Penderita)

Inisial Nama : Y. W.
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta/ 20 Juli 1968
Suku Bangsa : Tionghoa
Agama : Katolik
Pendidikan : S1
Pekerjaan : -
Status Pernikahan : Berpisah
Anak ke : 2 dari : 6 bersaudara

Identitas Orang Tua Subyek

Ayah Kandung	Ibu Kandung
Inisial nama : J. H. G.	Inisial nama : F. W.
Umur : 70 tahun	Umur : 66 tahun
Suku bangsa : Tionghoa	Suku bangsa : Tionghoa
Agama : Budha	Agama : Budha
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tidak Bekerja	Pekerjaan : Tidak Bekerja (menderita Stroke)
Perkiraan Tingkat Sosial Ekonomi : Menengah ke atas	Perkiraan Tingkat Sosial Ekonomi : Menengah ke atas

Gambaran Diri Subyek

Y memandang ayahnya adalah sosok yang otoriter sedangkan ibunya adalah seorang yang penurut. Sejak kecil, YW lebih suka menyendiri dan cenderung pendiam serta tidak memiliki banyak teman dekat. Saat lulus dari

Sekolah Menengah Atas (SMA), YW merasa bahwa ia bukan anak kandung kedua orang tuanya. Hal ini dikarenakan golongan darah YW adalah golongan O dan golongan ini berbeda dengan ayah dan ibunya yang bergolongan darah A dan B. YW juga mengaku bahwa tidak memiliki hubungan yang dekat dengan saudara-saudaranya karena ia merasa kepribadiannya berbeda dengan mereka.

YW bertemu dengan suaminya (bernama T) pada saat T membantu YW membuat skripsi. Mereka akhirnya berpacaran dan menikah pada tahun 1995. Setelah menikah, T sangat sibuk dan jarang memperhatikan YW dan bahkan seringkali membatasi ruang gerak YW dengan memberikan larangan-larangan pada YW, seperti dilarang keluar rumah bila tidak bersama T, dilarang berkunjung ke rumah orang tua YW, dilarang ke Gereja, tidak pernah mengajak YW rekreasi, dan meminta YW untuk berhenti kerja agar bisa fokus mengurus anak. Setelah YW berhenti kerja, T tetap membatasi YW secara psikologis maupun finansial. Pembatasan yang dilakukan oleh T membuat YW merasa stres dan sering bertengkar. Ketika YW sedang mengandung anak ketiga, T curiga bahwa YW sudah berselingkuh dan menuduh anak dalam kandungannya bukan anak kandung T. Kemudian T memaksa untuk segera melakukan operasi *caesar* padahal usia kandungannya masih 7 bulan lebih. Hal ini menyebabkan anak ketiga YW lahir secara prematur dan mengalami masalah jantung.

Sejak peristiwa tersebut, YW mulai mengalami perubahan perilaku, seperti suka memukul anaknya tanpa alasan yang jelas, sering marah-marah, dan pernah mencelakakan T hingga ia dirawat di UGD. Sejak itulah, T mengembalikan YW secara tiba-tiba ke rumah orang tuanya tanpa pemberitahuan terlebih dahulu. T menyatakan bahwa ia ingin menceraikan YW karena YW sudah membahayakan keselamatan dirinya dan anak-anaknya serta melarang YW bertemu dengan anak-anaknya. Kondisi YW semakin bertambah parah dimana ia suka pergi dari rumah dari pagi hingga malam hari, suka marah-marah dan mengamuk, tidak merawat diri, bicara kacau, suka membanting barang jika sedang marah, mendengar suara-suara 'aneh'. Keluarga akhirnya membawa YW ke RSJ dan ia didiagnosa menderita gangguan skizofrenia.

Tindakan penelantaran yang dilakukan oleh suami YW menyebabkan keluarga YW akhirnya melaporkan suami YW ke P2TP2A (Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak). Lembaga P2TP2A merujuk YW untuk tinggal sementara di *shelter* agar masalah YW bisa diproses secara hukum.

Gambaran Persepsi Keluarga Sebelum Diberikan Psikoedukasi

Psikoedukasi dilakukan di rumah orang tua YW dan dilakukan terhadap 3 anggota keluarga YW, yaitu ayah YW, adik YW, dan adik ipar YW. Sebelum diberikan psikoedukasi, keluarga YW merasa bahwa penyakit yang diderita oleh YW adalah penyakit ‘orang gila’ karena perilaku yang dilakukan YW sudah di luar akal sehat.

“...dia pernah denger suara yang gedor-gedor pintu padahal gak ada orang terus suka ngomong sendiri kaya ada yang bisikin, suka mau bunuh diri, kelakuannya uda gila...”

Keluarga juga menyatakan bahwa mereka bingung harus melakukan apa untuk menyembuhkan penyakit YW. Mereka hanya menyuruh YW untuk rajin berdoa supaya ia bisa tenang kembali.

“...denger suara yang gedor-gedor pintu padahal gak ada orang terus suka ngomong sendiri kaya ada yang bisikin, suka mau bunuh diri...paling kita suruh dia doa aja supaya tenang.”

Keluarga mengatakan bahwa penyebab penyakit yang diderita oleh YW karena stres akibat perilaku suaminya dan tidak tahu bahwa penyakit skizofrenia bisa disebabkan oleh banyak faktor.

“...itu kan sakit gara-gara suaminya, banyak aturan jadi stres dia di rumah tapi ga bisa ngomong ke orang.”

“... Tapi dulu si dia pas ngelahirin anak pertama, kata dokternya ada salah gunting syaraf. Bisa ga sih salah gunting syaraf jadi skizofrenia?”

Pertanyaan keluarga tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan mereka tentang gangguan skizofrenia belum terlalu luas dan hanya melihat pada satu aspek, yaitu tekanan yang diberikan oleh suami YW yang membuat YW akhirnya mengalami stres. Sebelum psikoedukasi dilakukan, keluarga YW cukup peka menangkap perilaku-perilaku abnormal pada YW namun mereka masih belum tahu dengan lebih detail gejala-gejala tersebut menggambarkan gejala-gejala

gangguan skizofrenia. Mereka hanya tahu bahwa perilaku-perilaku 'aneh' yang dimunculkan oleh YW adalah bukan perilaku orang 'normal' pada umumnya.

"... denger suara yang gedor-gedor pintu padahal gak ada orang.."
"...Ini yah paling suka nimbun makanan di kamarnya. Dia seneng banget tuh nyimpen makanan di container sampe kadaluarsa, ga dimakan padahal.."
".. Anehnya itu suka pake pakaian punya orang yang bukan milik dia.."
"... Kadang bisa mandi berkali-kali bisa 4 kali sehari tapi kadang sama sekali ga mau mandi sampe besokannya, ga mau ganti baju juga. Sama ini dia suka nyalain air sampe tumpah-tumpah tapi gak dimatiin sama dia..Kita intip ternyata dia lagi basahin tangannya berkali-kali pake gayung gitu satu-satu..."

Sebelum psikoedukasi, keluarga juga tidak tahu bahwa kekambuhan salah satunya bisa disebabkan karena tidak rutin minum obat dan kontrol ke dokter secara rutin. Awalnya keluarga merasa bahwa obat hanya diperlukan jika penyakit YW kambuh karena biaya yang dikeluarkan untuk obat cukup mahal.

" Hmm.. separah apa sih jika kambuh? Apakah...harus selalu tergantung dengan obat seumur hidup?"
".. tapi obatnya juga ga murah jadi kadang kita bingung juga duit darimana buat beli obatnya... Tapi bolong-bolongnya ga lama-lama banget kok."

Keluarga juga terlihat belum siap merawat YW kembali ke rumah dengan pertimbangan bahwa YW memiliki karakter yang keras kepala dan sulit untuk merawatnya. Peneliti melihat bahwa sebenarnya keluarga sudah lelah dan kurang peduli untuk mengurus dan merawat YW sehingga kesempatan untuk menitipkan YW ke *shelter* sangat dimanfaatkan oleh keluarga dan merasa bahwa YW bisa ditangani lebih aman di sana.

"... orangnya keras dan susah dikasih tahu, dia lebih nurut kalo dibilangin sama orang lain tapi kalo sama keluarga ga pernah mau nurut jadi mendingan tinggal sama orang.."
"Biasanya adeknya yang datang ke sana tapi gak rutin karena jauh dan kita kan pada kerja..."

Gambaran Persepsi Keluarga Setelah Diberikan Psikoedukasi

Setelah diberikan psikoedukasi, keluarga baru mengenali bahwa gejala-gejala penderita skizofrenia terdiri dari dua, yaitu gejala positif dan gejala negatif.

"...tertawa ketika melihat ibunya sakit adalah salah satu contoh dari gejala negatif yah bu emosi yang ditunjukin gak sesuai..."

Keluarga juga mulai mengenali efek-efek samping dari obat yang dikonsumsi oleh YW.

"Saya pernah lihat sih pas lagi di rumah jalannya...kaku terus ngeluh pusing. Biasanya kalau abis minum obat emang dia ngantuk terus tidur bisa lama banget. Makannya juga banyak banget yah, kadang juga makan di warung terus ga bayar. Saya denger juga mulutnya kaya orang lagi ngecap-ngecap terus ngeluarin bunyi...tadinya saya pikir itu aneh-anehnya dia, tapi ternyata ada efek obatnya..."

Setelah proses psikoedukasi, keluarga baru menyadari pentingnya obat bagi YW. Keluarga mengatakan bahwa akan mengusahakan obat tetap tersedia untuk YW agar YW tidak kambuh kembali dan mencari obat generik untuk YW ketika nanti mengantar YW untuk kontrol kembali ke dokter.

"Ohh...berarti obat itu penting banget yah buat kesehatan Y..."
"...coba nanti kalau cicinya kemari, bisa diomongin lagi biaya obatnya...kalo kontrol lagi coba ditanyain yang generiknya, lebih murah juga kan...kasian juga ya kalo gak minum obat kambuh lagi nanti repot..."

Secara umum, proses psikoedukasi berjalan dengan lancar dan pengetahuan keluarga tentang gangguan skizofrenia menjadi bertambah serta kesadaran mereka untuk lebih menjaga dan merawat YW juga cukup ada meskipun keluarga masih terlihat belum siap menerima YW kembali di rumah karena lingkungan rumah yang kurang kondusif.

"... terus terang baru kali ini saya bisa dapat buku tentang skizofrenia. Waktu itu pas di RS pernah dapet juga penjelasan tapi bukunya ga boleh dibawa pulang dan sekarang uda lupa apa aja yang dijelaskan waktu itu..."
"...kalo terima sih pasti kita terima tapi jujur kalo merawat dia kami masih belum sanggup karena di sini juga banyak tukang las takut dipegang-pegang sama abang-abang di sini makanya kita lebih merasa aman kalo dia tinggal di shelter."

E.2. Hasil Analisis Kasus II

Inisial Nama	: E.W. (E)
Tempat/Tanggal Lahir	: Surabaya/ 23 Februari 1983
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: -
Status Pernikahan	: Berpisah
Anak ke	: 3 dari : 3 bersaudara

Identitas Orang Tua Subyek

Ayah Kandung	Ibu Kandung
Inisial Nama : Sa	Nama : Su
Umur : 58 tahun	Umur : 47 tahun
Suku bangsa : Jawa	Suku bangsa : Jawa
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SD	Pendidikan : SD
Pekerjaan : Supir	Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Perkiraan Tingkat	Perkiraan Tingkat
Sosial Ekonomi : Menengah ke bawah	Sosial Ekonomi : Menengah ke bawah

Gambaran Diri Subyek

E memandang ayahnya sebagai sosok yang pemarah, galak, keras, dan suka memukul anak-anaknya bila sedang marah sedangkan ibunya adalah seorang yang pendiam dan penurut. Sejak kecil, E merupakan anak yang periang dan memiliki banyak teman. Meskipun prestasi di sekolahnya tidak begitu baik dan pernah tinggal kelas ketika duduk di kelas 4 SD karena E sering sakit-sakitan, namun ia tetap dapat melewati masa-masa sekolahnya dengan cukup baik. Ketika E berada di kelas 3 SMK, ia berpacaran dengan seorang laki-laki yang bernama Se. Akan tetapi, Se ternyata sudah memiliki istri dan anak di Jombang sehingga Se memilih untuk meninggalkan E yang saat itu berada dalam kondisi hamil.

Sejak kepergian Se, E mulai menunjukkan perubahan perilaku, seperti sering marah-marah, suka menyendiri, curiga terhadap anggota keluarganya yang dianggap sering menjelek-jelekkannya. Keluarga E akhirnya mengetahui bahwa E sedang mengandung dan memaksa E untuk menggugurkan kandungannya. E akhirnya menuruti keinginan keluarganya untuk menggugurkan kandungannya.

Setelah kejadian tersebut, E kembali bekerja sebagai SPG dan bertemu dengan seorang laki-laki yang bekerja sebagai 'knek' angkutan umum namun hubungan mereka tidak berjalan lancar. E pun mengundurkan diri dari pekerjaannya dan mulai menggangu di rumah. Sejak itu, ia mulai tertawa sendiri, bicara sendiri, sering marah-marah, suka membanting barang, dan bahkan bertindak kasar ke arah anggota keluarga. Keluarga sempat membawa E ke pesantren untuk diobati namun E tidak terlalu menunjukkan perubahan.

Melihat kondisi E, pamannya akhirnya menjodohkan E dengan seorang petani bernama WT. Setelah menikah, kondisi E mulai membaik namun ibu WT meminta WT untuk menceraikan E karena WT ingin dinikahkan dengan seorang janda kaya. Akhirnya, E kembali ke rumah orang tuanya dan mulai menunjukkan perilaku maladaptif hingga akhirnya E dimasukkan ke Dinas Sosial karena memukul dan menjambak ibunya. Dari panti sosial, E dibawa ke RSJ untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan karena sudah didiagnosa memiliki gangguan skizofrenia. Selama di RSJ, ia berkali-kali meminta untuk dipulangkan karena keluarganya tidak pernah mengunjungi dirinya.

Gambaran Persepsi Keluarga Sebelum Diberikan Psikoedukasi

Psikoedukasi dilakukan di rumah keluarga E dan diberikan kepada 2 anggota keluarga E yaitu ibu E dan kakak laki-laki E. Keluarga E cukup kooperatif dan terbuka menceritakan pengalaman traumatis yang dialami oleh E. Terlihat bahwa sebenarnya pengalaman traumatis yang dialami oleh E disebabkan juga karena faktor tekanan dari keluarga yang memaksa dirinya untuk menggugurkan kandungannya.

“...gara-gara dia, si... hamil, saya uda cari dia ke sana kemari gak ketemu-ketemu sampai akhirnya bapak uda marah-marah, E harus gugurin kandungannya, apa kata orang, bikin malu aja..akhirnya saya yang cari mba jamu buat gugurin kandungannya si E itu...saya paksa dia akhirnya mau juga minum...”

Keluarga juga terlihat tidak memahami gangguan yang diderita oleh E. Mereka hanya sadar akan gejala-gejala yang dimunculkan oleh E yang menurut mereka seperti 'orang kesurupan'. Hal ini menyebabkan keluarga seringkali bertindak kasar pada E agar E bisa tenang dan tidak kasar dengan anggota keluarga.

“...kaya orang kesetanan mbak, banting-banting barang, teriak-teriak, nyalain tivi keras banget sampai saya marahin dia mba gak enak sama tetangga, terus dia itu suka kasar mulutnya itu lho mba, ngatain ibu maaf yah mbak perempuan jalanglah, istri saya dilempar pake gelas...diomelin uda, dipukul uda tapi kaya gak ada takutnya itu mba sampe kita bingung sendiri...”

Pengetahuan keluarga yang terbatas tentang gangguan yang diderita oleh E menyebabkan keluarga membawa E pergi berobat ke pesantren namun kondisinya

pun tak juga membaik hingga akhirnya keluarga membawa E ke RSJ. Namun, E kembali relaps dikarenakan ia tidak mau minum obat sehingga akhirnya E dititipkan di Dinas Sosial.

"...kita bawa ke pesantren, belajar agama banyak doa supaya dia lebih tenang, di sana 2 bulanan tapi pas pulang tetap aja itu ngamuk, marah-marah, banting-banting barang..."

"Berobat di RSJ M terus dirawat 2 minggu di sana, uda mendingan kata dokter boleh pulang, pas pulang uda tenang tapi abis seminggu dia gak mau minum obat, dikasih obat malah dibuang katanya ngapain minum obat emang saya gila, akhirnya kambuh lagi marah-marahnya, ngomong sendiri kaya gak ada capeknya...sampe waktu itu dia jambak rambut ibu terus ditarik dari dapur situ (sambil menunjuk arah dapurnya) sampe sini nih mba, ibu teriak-teriak gak ada tetangga yang nolongin ya uda kita mutusin taroh aja di dinas sosial, uda gak sanggup ngurus dia..."

Keluarga mengatakan bahwa mereka ingin agar E lebih lama dirawat di rumah sakit karena mereka belum siap untuk menerima E kembali di rumah. Keluarga ingin agar E merasa jera terlebih dahulu sehingga ketika E kembali ke rumah ia bisa menjadi anak yang penurut dan tidak kasar. Peneliti melihat bahwa sebenarnya keluarga cenderung menolak kehadiran E walaupun keluarga tampak kooperatif dan mendukung E.

"...jujur yah mbak kami belum siap kalau E balik, dia di sana dulu gapapa mba biar dia jera gak kasar lagi sama ibu sama saya sama istri saya mbak..."

"...saya sama ibu juga pernah jenguk dia satu kali mbak tapi saya maunya dia itu kapok tau rasanya..."

Gambaran Persepsi Keluarga Setelah Diberikan Psikoedukasi

Pada saat proses psikoedukasi, peneliti menjelaskan tentang informasi yang berkaitan dengan gangguan skizofrenia, seperti penyebab, gejala-gejala skizofrenia (gejala positif dan negatif), risiko kekambuhan, penanganan medis, manfaat dan efek samping obat antipsikotik serta pentingnya dukungan keluarga terhadap pengobatan klien. Hal ini perlu dilakukan karena pengetahuan keluarga mengenai gangguan skizofrenia yang diderita oleh subyek sangat kurang. Pada saat proses psikoedukasi berlangsung, keluarga terlihat kurang aktif dan beberapa kali keluarga hanya terlihat menganggukan kepala.

Informasi penting mengenai minum obat teratur dan kontrol ke dokter secara rutin cukup menjadi perhatian keluarga. Mereka mengatakan bahwa akan sungguh-sungguh memperhatikan obat benar-benar dikonsumsi dengan baik oleh

E dan mau menyempatkan waktu mengantar E kontrol ke rumah sakit. Keluarga pun berjanji akan menjemput E di rumah sakit dan kembali merawat E di rumah dan tidak memberikan reaksi negatif kepada E lagi.

"Yah, paham skizofren itu gangguan jiwa, kalau adikku lagi kambuh biasanya sudah mulai marah-marah, ngelempar barang, ngomong ga karu-karuan, kalo sekarang dia sudah mulai kaya gitu yah saya bawa saja langsung ke rumah sakit..."

"Yah sekarang ibu yang akan pantau E harus minum obat, nanti saya juga akan antar E kontrol ke rumah sakit..."

Setelah E kembali ke rumah, peneliti sempat datang kembali ke rumah E untuk melihat bagaimana kondisi terakhir E setelah dibawa pulang ke rumah. Ibunya mengatakan bahwa E banyak berubah dan rajin minum obat bahkan E sendiri yang berinisiatif meminta obat pada ibunya setiap hari.

"... jadi lebih tenang, gak suka marah-marah...bantu-bantu saya beres-beres rumah, nyapu, nonton tivi..."

"...setiap hari minum obat, kalo uda waktunya dia sendiri yang minta sama saya..."

F. SIMPULAN

Simpulan dalam penelitian ini adalah proses psikoedukasi terhadap keluarga penderita skizofrenia bisa berhasil bila adanya kesadaran dan kepekaan dari pihak keluarga penderita skizofrenia terhadap kondisi penderita. Tidak hanya perlu adanya kemauan dari pihak keluarga untuk mau mengenal dan memahami lebih dalam tentang gangguan skizofrenia itu sendiri namun perlu juga dukungan keluarga untuk mau merawat dan memperhatikan kebutuhan penderita sehingga penderita dapat berfungsi kembali dengan optimal.

G. SARAN

Bagi keluarga penderita skizofrenia, penderita sebaiknya diajak untuk lebih sering berkomunikasi dengan keluarga dan juga diberikan peran dalam keluarga. Bagi peneliti selanjutnya, sebaiknya juga dilakukan evaluasi/follow-up mengenai kondisi penderita dan bagaimana perlakuan keluarga terhadap penderita selanjutnya. Selain itu, psikoedukasi juga sebaiknya dilakukan terhadap penderita terutama dalam hal kepatuhan minum obat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- Text Revision* (4th ed.). Washington : American Psychiatric Association.
- Blaum, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Walz, G.P., (2006).
Psychoeducation : A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9, 3-5.
- Lukens, E. & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice : Considerations For Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, (3), 205-225.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family Psychoeducation and Schizophrenia : A Review of The Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 2, 225-226.
- Poerwandari, E. K. (2001). *Pendekatan Kualitatif Untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Jakarta : LPSP3 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Pramudya, dr., (2011). *Schizophrenia and The Other Psychotic* (Mini Revised^{plus}). Jakarta : ICON.
- Royal Brisbane and Women's Hospital. *Psychoeducation*. Retrieved March 1, 2014 from health.qld.gov.au/rbwh/docs/psychoeducation.pdf.
- Taufik, M., "Di Indonesia, Ada 18 ribu Penderita Gangguan Jiwa Berat Dipasung". (15 September 2013). Retrieved march 1, 2014 from [.merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung.html](http://merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung.html)