

Aku Bukan Paranoid
Studi Kasus Masalah Kesejahteraan Sosial Penyandang Skizofrenia
I am not a Paranoid
A Case Study on People with Schizophrenia Social Welfare Problem

Sunit Agus Tri Cahyono

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial (B2P3KS). Kementerian Sosial RI.
 Jalan Kesejahteraan Sosial No. 1 Sonosewu, Bantul, Yogyakarta. E-mail: sunit_atc62@yahoo.com

Asrap

Badan Kesejahteraan Keluarga, Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana
 Kabupaten Bantul, Jalan Lingkar Timur, Manding, Trirenggo, Bantul. Email: Asrap60@yahoo.com
 Naskah diterima 5 Januari 2015, direvisi 4 Februari 2015, disetujui 25 Februari 2015

Abstract

As chronic and relapsing mental disturbance, schizophrenia has social malfunction impact on the people with it. That condition effects on family welfare. This research is meant to know the cause of schizophrenia, and to know family support to overcome people with schizophrenia. Methodologically, this research uses qualitative approach by mean of case study. Informants are people with schizophrenia, their family, their neighbors, and therapists PSBK. The research finds that multi dimension factors that process and interact each other as the main factors people suffer from schizophrenia. Family psychological-social support that is not maximum because lack of accurate understanding and information on phenomenon, ill process, psychological-medic assistance, and rehabilitation directory to people with schizophrenia. Each member of the family need take role as caregiver who is able to understand the problem and fulfill life needs of people with schizophrenia, is the recommendation posed in this research.

Keywords: Paranoid-Social Welfare Problem-Schizophrenia

Abstrak

Sebagai gangguan mental bersifat kronik dan kambuhan (relapse), skizofrenia berdampak pada ketidakberfungsian sosial bagi penyandanginya. Kondisi tersebut berpengaruh terhadap kesejahteraan sosial keluarga. Penelitian bertujuan mengetahui faktor penyebab terjadinya skizofrenia, dan mengetahui dukungan yang diberikan keluarga mengatasi kepada penyandang skizofrenia. Secara metodologis, penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus. Informan terdiri dari penyandang (pasien), keluarga penyandang, tetangga keluarga penyandang, dan petugas terapis di PSBK. Hasil penelitian menemukan, bahwa factor multidimensi yang saling berproses dan berinteraksi menjadi faktor penyebab utama penyandang mengalami skizofrenia. Dukungan sosial-psikologis keluarga yang kurang maksimal karena kurangnya pemahaman, dan informasi yang akurat tentang gejala, perjalanan penyakit, bantuan medis-psikologis, dan tata laksana mengupayakan rehabilitasi sosial penyandang skizofrenia. Setiap anggota keluarga perlu berperan sebagai caregiver yang mampu memahami masalah dan mencukupi kebutuhan hidup penyandang skizofrenia, merupakan salah satu rekomentasi yang diajukan dalam penelitian ini.

Kata Kunci: Paranoid-Kesejahteraan Sosial-Skizofrenia

A. Pendahuluan

Skizofrenia¹ merupakan masalah kesejahteraan sosial gangguan jiwa (*mental disorder*) yang berpotensi berlangsung dalam jangka waktu yang panjang. Menurut Kartono (2002, h.243)² Skizofrenia adalah kondisi psikologis dengan gangguan disintegrasi, depersonalisasi dan kebelahan atau kepecahan struktur kepribadian, serta regresi akut yang parah. Dengan istilah lain skizofrenia adalah gangguan mental kronik, pervasif dan bersifat kambuhan yang umumnya menyerang pada usia produktif dan merupakan penyebab utama disabilitas kelompok usia 15-44 tahun (Davison, 2010).³ Sampai saat ini, skizofrenia dikenal sebagai penyakit kronik yang berlangsung seumur hidup dengan harapan minimal untuk sembuh sehingga menjadi *burden* (beban) dan menjadi masalah kesejahteraan sosial yang berat berkaitan dengan biaya ekonomi, sosial, dan kondisi psikologis keluarga.

Gejala yang ditampilkan penderita skizofrenia menyebabkan mereka dianggap sebagai orang yang aneh dan dipandang lebih negatif dibandingkan dengan gangguan mental lain. Berkait hal itu, masalah kesejahteraan sosial penyandang skizofrenia sering dikenal dengan istilah Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Skizofrenia kerap diikuti dengan delusi dan halusinasi⁴. Skizofrenia bisa terjadi pada setiap orang. Dalam pandangan orang awam, seringkali penyandang Skizofrenia digambarkan sebagai individu yang bodoh, aneh, dan berbahaya.⁵ Sebagai konsekuensi kepercayaan

tersebut, banyak masyarakat sekitar ketakutan menjalin relasi sosial dengan penyandang skizofrenia dan keluarganya. Bahkan tidak sedikit penyandang Skizofrenia tidak dibawa berobat ke dokter (psikiater) atau rumah sakit jiwa (RSJ) melainkan disembunyikan, walaupun dibawa berobat ke RSJ, mereka tidak dibawa ke dokter melainkan dibawa ke "orang pintar" (Hawari, 2007: 121)⁶, atau dilakukan secara sembunyi-sembunyi.

Menurut Atkinson,⁷ gangguan skizofrenia menyebabkan perubahan kepribadian dan ketidaksesuaian sosial yang berat sehingga penderita gagal melaksanakan keberfungsian sosial secara pribadi, ekonomi, sosial, vokasional, dan fisik, akibatnya penderita mengalami ketergantungan (*dependensi*) dari orang lain, terutama pada anggota keluarga sebagai *caregiver*.⁸ Demikian juga, penyandang skizofrenia berada dalam kondisi kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) yang sakit.

Data dari *World Health Organization* (WHO) menunjukkan, bahwa skizofrenia dialami oleh tujuh dari 1000 orang dewasa dan lebih dari 50 persen dari orang dengan Skizofrenia tidak mendapatkan penatalaksanaan yang adekuat. Di Indonesia, penduduk penyandang skizofrenia terus mengalami peningkatan kuantitas dan kualitas dari tahun ke tahun. Diketahui 1.093.150 orang menderita gangguan jiwa berat, sedangkan 19 juta jiwa menderita gangguan jiwa ringan hingga sedang. Riset Kesehatan Dasar tahun

¹ Skizofrenia masalah kejiwaan yang ditandai dengan menurunnya kemampuan seseorang dalam melihat dan menilai realitas. Dua gejala utama dari skizofrenia, yakni halusinasi dan waham atau delusi.

² Kartini Kartono. (2002). *Patologi sosial 3*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

³ Davison, C., & Neale, J., Kring, A. (2010). *Psikologi Abnormal*. (Ed. Ke-9). Jakarta: Raja Grafindo Persada

⁴ Delusi adalah keyakinan yang salah yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien atau pendidikannya. Pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakiannya salah. Contoh pasien merasa melakukan dosa besar atau merasa dirinya diracun oleh orang lain, dicintai, ditipu, merasa dirinya sakit atau disakiti. Halusinasi dapat berupa penginderaan yang keliru, seperti pasien mendengar suara yang mengajaknya bicara atau melihat sesuatu yang kenyataannya tidak ada (Iman Setiadi. (2006). Skizofrenia. Bandung: Refika Aditama).

⁵ Irmansyah. 2006. Pencegahan dan

Intervensi Dini Skizofrenia. <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0410/19/ilpeng/1331282.htm>. Diunduh pada tanggal 23 Februari 2015.

⁶ Hawari, Dadang. (2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta Balai Penerbit FKUI dan Prinda Kartika Mayang Ambar. (2010). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan di Rumah Sakit

⁷ Atkinson, J.M., & Coia, D.A. (1999). *Families Coping with Schizophrenia : A Practitioner's Guide to Family Groups*. England : John Wiley & Sons, Ltd.

⁸ *Caregiver* adalah seseorang baik yang dibayar ataupun yang sukarela bersedia memberikan perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, dimana bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan kesehatan, finansial, bimbingan, persahabatan serta interaksi sosial (Nora Jusnita Nainggolan dan Lidia L. Hidajat. Profil Kepribadian dan Psychological Well-Being Caregiver Skizofrenia. Jurnal Soul, Vol. 6, No.1, Maret 2013)

2013 mencatat 14,1 persen penduduk Indonesia mengalami skizofrenia dari yang ringan hingga berat. Dari jumlah itu, ternyata hanya 3,5 persen saja atau 38.260 orang yang terlayani dengan perawatan medik yang memadai di rumah sakit jiwa, rumah sakit umum ataupun pusat kesehatan masyarakat.⁹ Sumber lain mencatat sekitar satu hingga dua persen dari total jumlah penduduk Indonesia mengalami skizofrenia, yaitu mencapai tiga jiwa per 1000 penduduk, prevalensi 1,44 per 1.000 penduduk di perkotaan dan 4,6 per 1000 penduduk di pedesaan, berarti jumlah penyandang skizofrenia 600.000 orang produktif.¹⁰

Penyakit ini biasanya dimulai pada usia 15 sampai 30 tahun. Risiko mengembangkan skizofrenia hampir satu persen dari populasi keseluruhan. Pria lebih banyak yang terkena penyakit ini daripada wanita¹¹. Indikator utama penyakit ini ditandai delusi, halusinasi, pembicaraan kacau (*disorganized speech*), tingkah laku kacau (*disorganized behavior*), menarik diri dari hubungan antar pribadi yang normal dan simptom-simptom negative.

Ada tiga faktor utama yang perlu diwaspadai sebagai pemicu kekambuhan berulang (*relapse*) pada penderita skizofrenia pasca pelayanan medik/panti rehabilitasi. Pertama, keluarga kurang memiliki pengetahuan akurat tentang skizofrenia. Kedua, prasangka (*prejudice*) bahwa skizofrenia merupakan penyakit kutukan (*moral judgement*) atau karena sebab supranatural sehingga orang yang mengalami gangguan skizofrenia ditolak masyarakat. Ketiga, stigma eksternal berupa penilaian negative masyarakat yang membuat penderita skizofrenia mengalami isolasi sosial atau mendapat perlakuan kurang layak. Kondisi tersebut terjadi karena adanya konstruksi pemahaman sosial yang keliru terhadap penyandang skizofrenia, sehingga penyandang sangat termarginalisasi dan terkucilkan dalam sistem masyarakat. Minimnya pengetahuan keluarga dan masyarakat juga berpengaruh terhadap nilai sosial dan budaya masyarakat

sehingga mengakibatkan penanganan menjadi salah.

Dampak dari Skizofrenia sangat besar baik bagi penyandang, keluarga, masyarakat, maupun negara. Efek jangka pendek, dapat dilihat dari tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga, masyarakat, dan negara untuk biaya rawat inap atau perawatan di rumah, pelayanan dokter dan jasa profesional lain, obat-obatan, dan peralatan yang digunakan selama perawatan penyandang tersebut. Penyandang rentan kehilangan pekerjaan, kesulitan untuk kembali bekerja, sehingga tidak jarang mereka mengalami masalah dalam perkawinan dan perceraian. Dalam jangka panjang, dapat mengurangi potensi sumber daya manusia sebagai efek samping obat dan gaya hidup tidak sehat yang dialami oleh penyandang. Menurunkan fungsi, kualitas hidup penyandang, dan keluarga yang kemudian mempengaruhi relasi personal, sosial, dan masalah psikososial di komunitas seperti meningkatnya insiden bunuh diri, adiksi zat psikoaktif, terlibat aktivitas kriminal, dan banyak penderita menggelandang.

Berbeda dengan negara lain, perlindungan dan rehabilitasi sosial penyandang skizofrenia pasca pelayanan medik di Indonesia menekankan pada pemberdayaan dan partisipasi semua unsur keluarga, dan masyarakat yang berakar dari kearifan lokal dengan melibatkan berbagai sistem dan lembaga masyarakat dalam kesejahteraan penyandang skizofrenia. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran, keterampilan, dukungan sosial keluarga dan masyarakat terhadap skizofrenia agar pulih (tidak kambuh/relapse), mampu beradaptasi, dan beraktivitas kembali di masyarakat.

Pemisahan antara efek perlindungan sosial dengan efek kebijakan lain adalah gerakan perlindungan dan rehabilitasi sosial penyandang skizofrenia pasca pelayanan medik ini lebih difokuskan pada dukungan keluarga, dan masyarakat untuk mengurangi stigma negative, menciptakan situasi dan kondisi keluarga, dan lingkungan sehingga penyandang skizofrenia mampu mengelola kehidupan dengan baik sehingga tidak mengalami *relapse* (kambuh kembali). Program mencakup gerakan promotif, preventif, kuratif, dan gerakan rehabilitative, maupun pelayanan secara tradisional melalui pengobatan dan/atau perawatan dengan cara

⁹ <http://doktersehat.com>.

¹⁰ Aston Geda. (2012). Masalah Skizofrenia Paranoid. blogspot.com/2012/04/makalah-skizofrenia-paranoid.html

¹¹Dr. Salma, Apakah Skizofrenia?. *Majalah Kesehatan*. 4 Juli 2012.

dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun yang secara empiris dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai kearifan lokal (norma yang berlaku di masyarakat setempat). Program promotif pada hakikatnya ditujukan kepada keluarga, masyarakat, lembaga pendidikan, pondok pesantren, panti rehabilitasi, media massa, lembaga pelayanan kesehatan, lembaga sosial, lingkungan kerja, lembaga keagamaan dan lembaga kemasyarakatan. Program perlindungan/rehabilitasi sosial preventif mencakup mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya skizofrenia; mengurangi faktor risiko akibat gangguan skizofrenia pada masyarakat secara umum atau perorangan; dan/atau mencegah timbulnya dampak masalah psikososial.

Program rehabilitasi sosial kuratif merupakan kegiatan pemberian pelayanan kesehatan dan psiko-sosial terhadap penyandang skizofrenia yang mencakup proses diagnosis dan pelaksanaan yang tepat sehingga mereka dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Program rehabilitasi sosial rehabilitative (psikiatrik, psikososial, dan sosial) merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan layanan penyandang skizofrenia yang ditujukan untuk mencegah atau mengendalikan disabilitas, memulihkan fungsi sosial, memulihkan fungsi okupasional, dan mempersiapkan, serta memberi kemampuan mereka agar mandiri di masyarakat. Program ini dilaksanakan secara persuasif, motivatif, atau koersif, dengan melibatkan keluarga, masyarakat, panti sosial, dan lembaga sosial seperti LK3, YSI, LSM/Kelompok Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI), pondok pesantren atau panti rehabilitasi) melalui pendampingan sosial. Pengukuran-indikator efisiensi program perlindungan sosial penyandang skizofrenia pasca pelayanan medik dalam keluarga (dan masyarakat) tercermin pada kemampuan penderita skizofrenia menjalankan peran sosial, berkurangnya kekambuhan, dan kemampuan mengatasi hambatan relasi sosial di masyarakat. Tanda dan gejala skizofrenia meliputi primer dan sekunder. Gejala primer berupa perubahan proses pikir, gangguan emosi, kemauan, otisme, paling menonjol adalah gangguan asosiasi, dan

terjadi inkoherensi, gangguan emosi, gangguan kemauan Sedangkan gejala sekunder meliputi waham¹², halusinasi,¹³ gejala katatonik.¹⁴

Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tahun 2012 tercatat ada 7.793 penderita sakit jiwa menerima perawatan medik di RS dan Puskesmas. Dari jumlah tersebut, penderita skizofrenia adalah yang terbanyak, mencapai 5.071 orang.¹⁵ Masih buruknya pelayanan kesejahteraan sosial terhadap penderita gangguan jiwa berat atau skizofrenia tidak lepas dari kurang maksimalnya perhatian pemerintah, masyarakat, dan keluarga. Tidak jarang para penderita skizofrenia dipasung keluarganya, karena dianggap sebagai aib atau sumber masalah. Kondisi tersebut diperparah oleh kurangnya pemahaman keluarga tentang kebutuhan, penyakit, dan proses penyembuhan skiofrenia, padahal keluarga memegang peran kunci terhadap proses kesembuhan aatau sebaliknya relapse penyandang skizofrenia.

Penyebab pasti skizofrenia masih belum bisa dipahami, karena sangat kompleks, tetapi ada tiga faktor yang dapat mendukung munculnya gangguan ini. Factor biologis, faktor perkembangan kepribadian, dan faktor lingkungan sosial. Interaksi dari ketiga faktor tersebut sangat kompleks untuk ditemukan akar penyebabnya.

Beberapa penelitian menunjukkan, bahwa salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan penderita skizofrenia adalah

¹²Waham atau delusi, yaitu kesalahan dalam menilai diri sendiri, atau keyakinan tentang isi pikirannya padahal tidak sesuai dengan kenyataan. Atau pernyataan yang telah terpaku / terpancang kuat dan tidak dapat dibenarkan berdasarkan fakta dan kenyataan tetapi tetap dipertahankan. Disebut juga kepercayaan yang palsu dan sudah tidak dapat dikoreksi. Jens waham mencakup waham curiga, kebesaran (grandeur), dosa, sakit, dan waham bizar.

¹³Halusinasi merupakan ciri ciri dari gejala penyakit kejiwaan skizofrenia, dimana seseorang akan sulit membedakan dunia nyata dengan dunia khayalan - See more at: <http://www.abualbanicentre.com/artikel/halusinasi-dan-waham-adalah-gejala-positif-pada-skizofrenia#sthash.E339ZHOT.dpuf>

¹⁴Perilaku katatonik adalah gangguan perilaku yang melibatkan kedua ekstrim gerakan. Penyebabnya dapat psikologis atau neurologis. Bentuk yang paling terkenal melibatkan posisi kaku tak bergerak untuk jangka waktu yang lama, seringkali sehari-hari atau minggu, bahkan lebih (disebut katalepsi). Katatonia juga dapat merujuk pada perilaku motorik gelisah tanpa tujuan yang tidak dirangsang oleh hal apa pun di lingkungan.

¹⁵ Dinas Kesehatan Yogyakarta, 2012.

kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Salah satu penyebabnya adalah karena keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku penderita di rumah. Keluarga jarang mengikuti proses keperawatan penderita karena jarang mengunjungi penderita di rumah sakit/panti, dan tim kesehatan di rumah sakit juga jarang melibatkan keluarga (Anna K, dalam Nurdiana, 2007). Peranan keluarga juga diperlukan untuk menekan sekecil mungkin angka *relapse* dan mengembalikan keberfungsian sosial. Keluarga dapat mewujudkannya dengan memberi bantuan berupa dukungan emosional, materi, nasehat, informasi, dan penilaian positif yang sering disebut dengan dukungan keluarga. Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan keberfungsian sosial penyandang Skizofrenia pasca perawatan rumah sakit adalah dukungan keluarga. Penyandang skizofrenia juga memerlukan kebutuhan layanan kesehatan jiwa untuk mendapatkan intervensi sedini mungkin, sehingga diharapkan dapat memperbaiki perjalanan penyakit dan prognosisnya.

Keadaan penyandang skizofrenia yang membaik biasanya dilanjutkan dengan rawat jalan (di rumah) dengan dukungan keluarga¹⁶. Keluarga merupakan sumber pengobatan/penyembuhan yang paling berperan bagi anggota keluarga penderita skizofrenia. Sikap yang baik oleh keluarga serta dukungan sosial dapat melemahkan dampak stress dan secara langsung memperkokoh kesehatan mental individu. Sikap yang baik dari keluarga merupakan strategi koping penting untuk dimiliki individu saat mengalami stress. Sikap yang baik dari keluarga juga dapat berfungsi sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dan

¹⁶Dukungan keluarga merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga. Francis, S., Satiadarma, M.P. (2004). Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kesembuhan Ibu yang Mengidap Penyakit Kanker Payudara. *Jurnal Ilmiah Psikologi "ARKHE"*, Th.9 no.1

Dukungan keluarga diungkap melalui skala dukungan keluarga yang disusun berdasarkan aspek dukungan keluarga dari House (dalam Smet, 1994, h.136), yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan normative (Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan Jakarta* : Grasindo)

konsekuensi negatif. Hal ini menunjukkan, bahwa sikap baik yang bersumber dari keluarga sangat berguna untuk mencegah dan mengurangi stress serta meningkatkan kesehatan emosi pada penderita skizofrenia.¹⁷ Pada kenyataannya, sampai saat ini masih banyak masalah yang sering muncul berkait dengan perawatan penyandang skizofrenia sesudah perawatan di rumah sakit/Panti. Pemulangan penyandang skizofrenia pada keluarga seringkali dapat menimbulkan permasalahan baru. Masalah ini terjadi karena keluarga tidak siap dan kurang memiliki informasi yang memadai, sehingga kehadiran penyandang skizofrenia dalam keluarga menjadikan suasana rumah seringkali menjadi tidak nyaman dan menimbulkan dampak stress berat bagi keluarga.¹⁸ Beberapa masalah yang dihadapi keluarga penyandang antara lain ketidakmampuan untuk merawat diri, ketidakmampuan menanganii keuangan, kebiasaan pribadi yang aneh, dan ancaman bunuh diri, serta ketakutan atas keselamatan penyandang dan anggota keluarga,¹⁹ dan stigma masyarakat. Berbagai istilah banyak ditemukan di masyarakat yang digunakan untuk menyebut atribut skizofrenia seperti orang gila, sakit gila, sakit jiwa, semua ini tidak menggunakan istilah psikiatri. Berkait dengan hal tersebut perlu dilakukan asesmen dan dukungan yang dilakukan keluarga terhadap penyandang skizofrenia.

Permasalahan penelitian adalah bagaimana faktor terjadinya skizofrenia, kondisi penyandang skizofrenia dan dukungan keluarga mengatasi masalah tersebut pasca pelayanan medik/panti? Penelitian ini bertujuan untuk mengasesmen faktor penyebab terjadinya skizofrenia pada subjek, mengetahui dukungan, yang dihadapi keluarga mengatasi masalah tersebut pasca pelayanan medik. Diharapkan hasil penelitian ini bermanfaat sebagai salah satu referensi empirik dalam mengatasi

¹⁷Fitri Sri Lestari dan Kartinah. Hubungan Persepsi Keluarga Tentang Gangguan Jiwa dengan Sikap Keluarga Kepada Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstre>. Diunduh tanggal 23 Februari 2015.

¹⁸Iman Setiadi Arif. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Badung: Refika Aditama.

¹⁹Torrey. (208). *Surviving Skizofrenia*. 2nd editions. New York: Harper and Row. Inc.

masalah kesejahteraan sosial penyandang skizofrenia pasca pelayanan medik, khususnya bagi Direktorat jendral Rehabilitasi Sosial Kementerian Sosial.

B. Metode Penelitian

Sebagai studi kasus, penelitian ini memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena²⁰. Dalam hal ini realitas kedalaman pemahaman dan pengungkapan masalah dalam lingkup yang sempit, yaitu kehidupan penyandang skizofrenia dan dukungan keluarga dalam mengatasi masalah. Studi kasus yang dipilih penelitian adalah bersifat *intrinsic case study*, yang lebih menekankan pada kedalaman masalah dan informasi pada kasus tertentu ketimbang banyaknya subjek yang diteliti. Pengumpulan data berupa data/informasi kasus diperoleh dari pihak penyandang skizofrenia yang melibatkan lima orang sebagai sumber data. Yaitu informan satu orang (sebagai penyandang skizofrenia), satu orang anggota keluarga (ayah), dan satu orang tetangga terdekat sebagai key informan, serta pemerhati dan pengasuh-terapis penyandang skizofrenia sebagai key person dua orang. Pengambilan data dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dan observasi, maupun dokumentasi yang saling melengkapi. Lokasi pengumpulan data dilakukan di Perumahan Jambu Sari, Condong Catur, Kabupaten Sleman dan Panti Sosial Bina Karya (PSBK) Tegalrejo, Yogyakarta.

Analisis dilakukan dari berbagai sudut pandang (*multi-perspektives analyses*). Artinya peneliti tidak hanya memperhatikan data/informasi dari subjek penelitian (informan:penyandang skizofrenia), tetapi juga pihak lain yang relevan berinteraksi dengan subjek. Aspek ini merupakan titik penting dari ciri dari penelitian studi kasus²¹. seperti keluarga penyandang skizofrenia, petugas panti

²⁰Dr. H. Muhammad Anis, M.A. *Studi Kasus (Case Studies) Sebagai Metode Penelitian*. Mata Kuliah: Metodologi Penelitian Pendidikan Islam. Program Pascasarjana. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta. 2011.

²¹Zainul Arifin dan Ari Susanto (2011). *Studi Kasus Sebagai Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pascasarjana UIN.

dan tetangga sekitar tempat tinggal keluarga penyandang.

C. Hasil dan Pembahasan: Riwayat dan Dukungan Keluarga terhadap Penyandang Skizofrenia

Namanya AS (nama inisial), seorang laki-laki yang lahir di Jakarta pada bulan November 1978 adalah anak pertama dari dua saudara dari pasangan suami-istri LS dan SR (bukan nama sesungguhnya). Saat penelitian AS berusia 33 tahun dengan tinggi badan 165 cm, berat badan sekitar 64 kg, berkulit coklat muda dengan rambut pendek berikal, berasal dari Suku Jawa, dan belum menikah. Kesehariannya ia suka mengenakan kaos warna gelap dan celana pendek. Pada masa waktu kecil dan remaja, di lingkungan pergaulan teman sebaya, sekolah, masyarakat sekitar, dan lingkungan keluarga AS mempunyai nama panggilan akrab Ar pertama kali menerima perawatan dari psikiater, mendapatkan diagnose skizofrenia tipe disorganized²² dan paranoid²³ selanjutnya memperoleh pengobatan psikis, dan medik²⁴. Ia pernah sempat menyelesaikan pendidikan formal sekolah menengah atas (SLTA) negeri di Kota Sleman.

AS dibesarkan dalam keluarga yang berkecukupan secara materi dan termasuk keluarga yang disegani di lingkungan tempat tinggalnya. Sejak kecil AS dan adiknya sudah terbiasa sering ditinggal pergi ayah LS di luar kota

²² Skizofrenia disorganized adalah salah satu dari beberapa kriteria yang terdapat dalam skizofrenia. Pasien yang mengalami disorganized skizofrenia ini memiliki cara bicara yang disorganisasi dan sulit dipahami oleh pendengar. Pasien dapat berbicara secara tidak runut, menggabungkan kata-kata yang terdengar sama dan bahkan menciptakan kata-kata baru, sering kali disertai kekonyolan atau tawa. Perilaku pasien secara umum tidak terorganisasi dan tidak bertujuan. Pasien kadang kala mengalami kemunduran sampai ke titik yang tidak pantas, buang air besar dimana saja dan kapan saja

²³ Skizofrenia paranoid adalah salah satu dari beberapa jenis skizofrenia, yaitu suatu penyakit mental yang kronis di mana seseorang kehilangan kontak dengan kenyataan/ realitas (psikosis). Gambaran umum dari skizofrenia paranoid adalah adanya delusi (waham) dan mendengar hal-hal yang tidak nyata

²⁴Gejala schizofrenia baru akan mereda setelah beberapa minggu pengobatan. Obat-obatan digunakan untuk mengontrol gejala schizofrenia yang muncul. Dokter mungkin akan memberikan jenis atau dosis obat yang berbeda-beda, bergantung pada perkembangan pasien.

dan ibu SR bekerja sebagai wiraswasta. Pada waktu masih aktif bekerja di sebuah perusahaan minyak milik Negara (Pertamina), ayah AS sering pulang larut malam sehingga jarang berkomunikasi, dan interaksi intens jarang terjadi di rumah, demikian juga yang terjadi dengan ibu yang mempunyai kesibukan berdagang. AS dibesarkan di rumah yang cenderung kurang kasih sayang dari orangtuanya.

Waktu untuk membangun relasi mendalam (*centered relating*) dengan keluarga mulai dari ayah, ibu dan saudara sangat kurang. Hal ini tampak pada kesibukan di luar rumah menyebabkan orangtua cenderung kurang *care* terhadap kondisi AS meskipun kebutuhan ekonomi tercukupi. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan keluarga (dan lingkungan sekitar) dalam mengetahui gejala dan cara menangani schizofrenia berdampak pada gejala kurang terdeteksi sehingga terapi menjadi terlambat. Kondisi AS yang terlambat disadari, karena keluarga berasumsi, bahwa masalah yang dihadapi anak (penyandang) sebagai remaja menjelang dewasa merupakan bagian dari tahap penyesuaian diri dan masa peralihan yang penuh dengan stresor

Pada tahun 1999 saat usia menjelang 21 tahun, penyakit gangguan jiwa mulai dirasakan dan berkembang saat duduk di bangku kelas III Sekolah Menengah Atas (SLTA)²⁵. Saat itulah kesejahteraan dan masa depannya mulai pupus pelan-pelan terampas oleh skizofrenia. Pria lajang ini merasakan gejala halusinasi serta melihat bayangan, mendengar sesuatu atau ada sesuatu yang membisikkan ke telinganya. Emosinya meletup dan perubahan modd yang ekstrim, berupa sikap kekanak-kanakan dan terkadang emosinya meledak-ledak atau marah tanpa sebab (gejala primer). Sering mengalami perasaan gelisah, gangguan cara berfikir yang mengakibatkan kesulitan berkonsentrasi belajar, dan kekurangan waktu untuk tidur. Kehilangan minat pada aktivitas yang pernah menjadi sumber hobby atau kesenangannya. Lebih memprihatinkan terkadang ia berbicara dalam

hati sendiri, suka menyendiri, menjadi pemalu, tertutup, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang siapa saja termasuk orangtua tanpa alasan jelas, mengganggu dan tidak disiplin serta menarik diri dari lingkungan sosial. Penyandang merasa dirinya selalu dicurigai orang lain dan dimusuhi orang lain karena merasa dirinya memiliki kepandaian, kekayaan yang lebih, dan mempunyai kelebihan fisik karena jarang sakit, serta mempunyai keyakinan sangat tinggi (*very high confidence*) mampu meraih segala sesuatu yang diimpikan.

Gejala seperti di atas tidak disadari subjek dan keluarga selama bertahun-tahun (1999-2010), khususnya orangtua yang mempunyai kesibukan kerja di luar rumah. Menurut pengakuan orangtua, gejala ini pada mulanya tampak sebagai persoalan biasa karena kebetulan bersamaan dengan adanya ujian kelulusan sekolah. Kekurangpahaman orangtua tentang gejala skizofrenia mengakibatkan keluarga terlambat menyadari kondisi mental AS. Pada akhirnya orangtua tidak melakukan deteksi dini sehingga berkembang, berlangsung bertahun-tahun dibiarkan, dan sering relapse sebelum akhirnya didiagnosa oleh dokter jiwa dan psikiater, bahwa penyandang mengalami skizofrenia, yaitu gangguan kejiwaan yang mempengaruhi fungsi normal kognitif, emosional, dan tingkah laku. Pada tahun 2011 mendapat perawatan medis dan psikis secara teratur di Rumah Sakit (RSJ) Jiwa Grasia, di lanjutkan di Panti Sosial Bina Karya Yogyakarta. Kegiatan pelayanan di panti meliputi terapi suportif, kognitif dan perilaku, kelompok, keluarga, musik, okupasi, dan terapi keterampilan mengelola gejala. Sejak itu kondisinya jauh lebih baik sekalipun proses rehabilitasi yang dijalannya menyita waktu cukup lama, yaitu mulai tahun 2011 sampai 2012.

Pada saat dirujuk dari Rumah Sakit Jiwa Grasia (RSJ Grasia, Yogyakarta) dan selanjutnya di bina ke Panti Sosial Bina karya (PSBK), tahun 2011 AS masih berusia 33 tahun. Keluarga bapak LS tinggal di Perumahan Jambu Sari, Condong Catur, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Sebagaimana lazimnya perumahan di kota, rumah keluarga ini terdiri dari bangunan tembok seluruhnya, ada beberapa kamar tidur, ruang keluarga, satu ruang tamu dan satu ruang dapur, serta lantai rumah terbuat keramik.

²⁵Gejala *schizofrenia* hampir serupa dengan penyakit kejiwaan lain. Pada laki-laki, gejalanya biasanya muncul saat remaja atau umur 20-an tahun. Sementara, pada perempuan umumnya terlihat pada umur 20-an tahun atau awal 30. Sangat jarang sekali anak-anak atau mereka di atas umur 40 tahun yang didiagnosis dengan schizofrenia.

Lingkungan di sekitar rumah mereka berada di sebuah jalan cukup besar beraspal yang cukup padat penghuninya. Kondisi lingkungan dengan tetangga berbatas dengan pagar tembok. Kondisi ini memperlihatkan bahwa kehidupan di lingkungan perumahan cenderung kurang didasari relasi kemasyarakatan yang bersifat mekanik²⁶ tetapi lebih didasari oleh relasi atau hubungan masyarakat yang bersifat organik (relasi yang terjadi karena saling membutuhkan)²⁷. Pendidikan AS hanya sampai Sekolah Lanjutan Atas, meskipun pernah mendaftar Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 1999-2000, sedang adiknya, TS saat ini sedang menempuh pendidikan tinggi di salah satu perguruan tinggi ternama di Yogyakarta.

Bapak LS saat ini merupakan pensiunan pegawai Pertamina. Sejarah pekerjaan Bapak LS dimulai ketika ia bekerja di bagian penjualan avtur pesawat di Yogyakarta. Sedangkan Istri LS (ibu SR) saat ini bekerja sebagai pedagang/wirausaha di Pasar Manggung, Sleman, berjualan sembako dan alat-alat kecantikan (kosmetik). Ibu SR bekerja dari pagi sampai sore, bahkan sampai malam hari. Pada tahun 1991, bersama keluarga, bapak LS dipindahtugaskan di Kota Padang Sumatera Barat. Keluarga ini berada di Padang selama lima tahun sebelum dipindahkan di Propinsi Papua tahun 1995.

²⁶Solidaritas mekanis, terjadi dalam masyarakat yang diciri-khaskan oleh keseragaman pola relasi sosial, yang dilatarbelakangi kesamaan pekerjaan dan kedudukan semua anggota. Jika nilai-nilai budaya yang melandasi relasi mereka menyatukan mereka secara menyeluruh, maka akan memunculkan ikatan sosial diantara mereka kuat sekali yang ditandai dengan munculnya identitas sosial yang demikian kuat. Individu meleburkan diri dalam kebersamaan, hingga tidak ada bidang kehidupan yang tidak diseragamkan oleh relasi sosial yang sama. Singkatnya, solidaritas mekanis mengacu pada suatu "kesadaran kolektif" (*collective consciousness*) yang dipraktikkan masyarakat dalam bentuk kepercayaan dan sentimen total diantara para warga masyarakat. Individu dalam masyarakat seperti ini cenderung homogen dalam banyak hal. Keseragaman tersebut berlangsung terjadi dalam seluruh aspek kehidupan, baik social, politik bahkan kepercayaan atau agama.

²⁷Kelompok yang solidaritasnya lebih ditentukan oleh ikatan fungsional/profesional. Atau solidaritas yang mengikat masyarakat yang sudah kompleks dan telah mengenal pembagian kerja yang teratur sehingga disatukan oleh saling ketergantungan antar anggota. Contoh kelompok solidaritas organik yaitu masyarakat yang modern yang telah mengenal adanya system kerja sama untuk memenuhi hidup.

Selama di Padang, AS masih duduk di bangku sekolah dasar (SD) dan belum menunjukkan sejumlah gejala psikotik, bahkan di sekolah ia termasuk murid yang cukup cerdas. Pada tahun 1995 Bapak LS dan istrinya dipindahtugaskan ke Papua, Namun AS dan adiknya tetap tinggal di Yogyakarta dengan alasan pada saat itu AS masih Kelas II SMP. Apabila mengikuti orangtua pindah ke Papua dikhawatirkan pendidikannya terbelengkalai dan harus menyesuaikan diri dengan lingkungan sekolah di Papua. Akhirnya AS dan adiknya memutuskan tetap tinggal di Yogya ditemani oleh seorang pembantu rumah tangga.

Sebelum pindah ke Papua, oleh orangtuanya, AS dipindahkan ke SMP Yogyakarta. Kepindahan ke SMP favorit Yogyakarta dengan alasan dekat dengan rumah dinas Pertamina dan mudah dicapai. Orangtua AS tidak mengetahui, bahwa SMP tersebut merupakan sekolah favorit dan unggulan. Pada saat itulah AS mulai menunjukkan masalah gejala awal psikotik, ia kelihatan tertekan, dan merasa kurang sanggup menyesuaikan diri dengan lingkungan SMP barunya, padahal saat sekolah di Padang, ia termasuk siswa yang cukup berprestasi. Gejala ini disebabkan oleh ketidakmampuan intelektual (pelajaran sekolah) dan dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan sekolah (guru dan teman-teman sekolah), akibatnya dalam banyak mata pelajaran, AS mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan menimba ilmu di SMP meskipun orangtuanya sudah berusaha membantu dengan membelikan sejumlah buku mata pelajaran.

Setelah lulus SMP, AS berminat masuk Sekolah Teknik Menengah (STM) dan diterima di jurusan Teknik Listrik di STM Jetis, di Sleman pada tahun 1994. Sebelum akhir pendaftaran, AS berubah pikiran ingin mendaftarkan diri di Sekolah Menengah Umum (SMU/SMA,). Menurut beberapa informasi, perubahan sikap dan minat AS lebih banyak disebabkan oleh ketidakstabilan pendirian dan pengaruh kuat dari sejumlah teman. Pada waktu mendaftarkan ke SMU Swasta di Jalan Kapas Yogyakarta, AS lulus seleksi dan diterima dengan membawa persyaratan tertentu. Salah satu persyaratannya adalah menyerahkan ijazah asli SMP. Namun karena sudah terlanjur diterima di STM di Jetis, upaya menarik kembali ijazah SMP-nya

dipersulit oleh petugas, sehingga akhirnya AS gagal diterima di SMU swasta dan tetap terdaftar sebagai siswa STM di Jetis.

Pada tahun pertama pelajaran sekolah, AS masih stabil dan dapat mengikuti pelajaran dengan baik. Pada tahun ke dua (1994-1995), AS mulai goyah pikiran dan jiwanya. Kondisi ini kurang diketahui dan disadari orangtuanya yang masih bertugas di Papua. Kondisi kalut semakin memuncak pada tahun 1995 karena ia sering mengalami kesulitan berkomunikasi dengan rekan, dan dengan beberapa guru karena factor tidak suka dengan mata pelajaran di STM tersebut. Faktor lain yang mempengaruhi ketidakstabilan emosi, jiwa dan pikiran AS berasal dari lingkungan luar adalah pengaruh dari teman sepergaulan (kebetulan droup out/tidak lulus) sehingga dengan mudah mendorongnya melakukan perbuatan yang tidak semestinya, misalnya membolos, *kluyuran* di mall, nongkrong di pinggir jalan sambil merokok, atau hura-hura. Pengaruh pergaulan yang tidak baik dari teman menyebabkan AS menjadi tidak fokus belajar, atas anjuran, bujukan, dan rayuan teman, AS diajak untuk mencoba mencari pengalaman kerja. AS memutuskan bekerja serabutan sambil tetap sekolah, sebagai penyablon. Dampak dari kejadian ini, sekolah AS menjadi "keteteran" karena sulit mengikuti pelajaran sehingga banyak nilai pelajaran yang kurang dan merah. Saat duduk di kelas III, ia dikeluarkan dari sekolah. Mengetahui hal ini, orangtua menyarankan agar AS tetap melanjutkan sekolah di STM lain. Pada akhirnya AS sekolah kembali di STM, yaitu STM Swasta di daerah Brebah, Sleman, namun turun kelas menjadi kelas II.

Pada tahun 1997/1998 saat mulai duduk di kelas III, karena merasa bersalah dan tidak ingin mengecewakan orangtua, AS ingin menebusnya dengan belajar giat dan sungguh-sungguh. Ia belajar tanpa mengenal waktu (*over belajar*), terus memaksakan diri untuk belajar. Apabila kelelahan atau mengantuk, AS melakukan "dopping" dengan minum-minuman suplemen seperti Kratindeng yang dicampur dengan kopi. Dopping ini dianggap dapat memberi rasa kuat mengurangi rasa mengantuk, dan lelah. Setelah mengkonsumsi berulang-kali dan berlangsung cukup lama, maka suatu malam hari pada bulan Mei 1997, di kamarnya,

tiba-tiba AS tanpa sebab berteriak-teriak dan mengamuk serta merusak barang-barang yang ada di sekitarnya. Ia juga mengalami halusinasi dan delusi. Dalam halusinasinya, AS seolah-olah dikerubungi oleh kelelewar yang jumlahnya sangat banyak, sedangkan dalam pengalaman delusinya, menerima bisikan-bisikan terus-menerus di sekitar telinga, juga mengalami delusi (kesalahan menilai diri sendiri)

Upaya perawatan secara medik psikiatri AS dirujuk ke dokter jiwa (psikiater) dan dirawat di Rumah Sakit PKU Yogyakarta selama sepuluh hari. Setelah dianggap sembuh, AS diperbolehkan pulang ke rumah dan harus mengkonsumsi obat setiap hari. Tampak bahwa konsumsi obat secara rutin tersebut mampu mengakibatkan dampak kejiwaan-mental, psikologis yang membahayakan termasuk pengalaman halusinasi dan delusi.

Setelah lulus STM, AS ingin melanjutkan kuliah di fakultas ekonomi. Orangtua menganjurkan agar melanjutkan kuliah sesuai dengan jurusan yang sesuai dengan sekolah sebelumnya. Anjuran ini sulit diterima oleh AS dan akhirnya ia kecewa dan tertekan, baginya kuliah di fakultas ekonomi adalah golongan elit yang lebih mampu menjamin masa depannya. Dalam suasana kecewa dan selama di kelas III STM tidak teratur meminum obat karena merasa sudah sehat dan nyaman, penyakit psikotiknya kambuh kembali. Pada saat itu, Orangtua AS bertugas di Surabaya Jawa Timur selama beberapa bulan, karena itu AS berobat di Kota Surabaya dan diupayakan melalui dua jalur pengobatan, yaitu jalur medis dan jalur alternatif. Pengobatan melalui jalur medis dilakukan dengan terapi obat dan psikoterapi oleh psikiater²⁸, sedangkan pengobatan alternatif, AS harus menjalani terapi alternatif

²⁸Gejala dari skizofrenia dibagi menjadi dua kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses berfikir, emosi, kemauan, gejala psikomotor) dan gejala sekunder (delusi dan halusinasi). Pengobatan harus secepat mungkin dilakukan, Karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan yang lebih besar, bahwa penderita menuju kemunduran mental. Pengobatan yang dilakukan harus komprehensif, multimodal (biaya besar), dan dapat diterapkan secara empiris terhadap pasien. Salah satu terapi yang diberikan, yaitu psikoterapi. Psikoterapi biasanya dikombinasikan dengan tindakan farmakologis agar meningkatkan tingkat kesembuhan yang maksimal (Widyawati Sehendro. 2012. Psikoterapi pada Penyakit Skizofrenia. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia)

energi dan spiritual kepada seorang Kyai di Kota Jombang.²⁹

Pada tahun 1999-2000, kondisi kejiwaan AS sudah mulai membaik, bahkan sempat bolak-balik antara Surabaya dan Yogyakarta untuk keperluan mendaftar ke Universitas Muhammadiyah (UMY) Yogyakarta. Selama satu bulan di Surabaya, AS jarang minum obat, penyakitnya kambuh lagi, dan berobat lagi sehingga akhirnya usaha masuk UMY-pun gagal pula. Pada tahun 2000, orangtua AS dipindah ke Kota Balikpapan, Kalimantan Selatan. Di Balikpapan, AS sempat kuliah di Akademi Bahasa Asing (ABA) tetapi hanya bertahan selama satu tahun karena selama itu AS sering merasa pusing-pusing.

Setelah pensiun dari Pertamina tahun 2004, orangtua AS kembali ke Yogyakarta, di Perumahan Jambu Sari Condong Catur Sleman. Pada tahun itu pula, AS kembali kambuh penyakitnya, kemudian di rujuk ke RS PKU Muhammadiyah dan ditangani Dokter Jiwa, jalur alternatifpun ditempuh untuk kesembuhan AS. Melalui Jalur alternatif, terjadi perkembangan signifikan, sehingga obat dari dokter yang biasanya diminum 2 x 1 sehari berkurang menjadi ¼ setiap hari. Melihat perkembangan ini, pengobatan dokter pada akhirnya dihentikan. Pada tahun 2008 pengobatan alternatif ini dilakukan di daerah Cangkringan, Wukirsari Sleman dan berlangsung sampai tahun 2010. LS sebagai orangtua merasa sedih dan cemas akan masa depan anaknya yang kemungkinan besar tidak dapat hidup mandiri. Biaya perawatan dan pengobatan selama ini cukup menguras keuangan keluarga, dan setelah LS pensiun siapa yang akan merawat dan menanggung biaya hidup anaknya.

Sejalan dengan hasil penelitian ini, Torrey menguraikan, bahwa kehadiran skizofrenia dalam keluarga merupakan stressor sangat berat yang harus ditanggung keluarga. Keluarga

²⁹Terapi energi ini dapat berupa : Akupunktur , Akupresur, Shiatsu, Do-in, Shaolin, Qigong., T'ai chi ch'uan, Yoga, Meditasi, Terapi polaritas, Refleksiologi, Metamorphic technique, Reiki, Metode Bowen, Ayurveda, Terapi tumpangan tangan. Terapi spiritual antara lain terapi psikoterapi, psikoanalitik, terapi kognitif, terapi humanistik, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi autogenik, biofeedback, visualisasi, hipnoterapi, dreamwork, terapi dance movement , terapi musik, terapi suara, terapi seni, terapi cahaya, biorhythms, terapi warna

sebagai suatu metric relasi, dimana seluruh anggotanya terhubung satu sama lain akan terkena dampak yang besar. Keseimbangan keluarga sebagai suatu system mendapatkan tantangan besar.³⁰

Pada tahun 2010, AS mengalami kecelakaan, akibat dari kecelakaan tersebut, kepala AS terbentur dan ada bagian tubuh yang patah sehingga harus dirawat di Rumah sakit. Mengingat masih dalam kondisi labil jiwanya dan masih menjalani terapi pengobatan alternatif, maka AS pada bulan Januari 2011 dirujuk dan dirawat beberapa hari di RSJ Grasia, Yogyakarta untuk berobat dan diterapi. Di RSJ tersebut, AS tidak siap secara sosial bergaul dengan penyandang lain di RSJ tersebut. Akhirnya pada Bulan Mei 2011, AS dikembalikan ke rumah. Di rumah, ternyata AS mengalami *relapse* (kembuh kembali), ia sering ngomong sendiri, tertawa sendiri, jika diajak bicara tidak “nyambung” jawabannya, dan bicaranya tidak “karu-karuan” atau ngawur, mudah marah dan sering mengamuk. Kekambuhan AS juga ditandai dengan tindakan mengancam pada anggota keluarga lain, sering berteriak, dan memukul-mukul benda di rumah. Bahkan pada suatu hari, ia sempat menyatakan pertanyaan ancaman kepada bapaknya, “ Pak, jika bapak mati saja gimana?”, dan merusak barang-perabot yang ada di rumah dan sekitarnya. Melihat kejadian ini, kedua orangtua AS merasakan ketegangan emosional dan menjadi khawatir, serta takut jika terjadi sesuatu yang tidak diharapkan.

Pada saat penelitian masih berlangsung, orangtua AS juga merasa, bahwa, mereka secara finansial masih mampu membiayai pengobatan anaknya meski beban keuangan terus bertambah, tetapi karena factor lain kurangnya pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan merawat, serta factor kelelahan karena hampir seluruh waktu di rumah tersita untuk merawat menjadi pertimbangan AS diinapkan ke PSBK. Permasalahan lain yang dirasakan orangtua AS adalah stigma dan perlakuan negative dari lingkungan sekitar, mengingat AS pernah ketahuan bicara dan berteriak-teriak sendiri di luar rumah. Akibatnya keluarga LS merasa malu dan merasa lebih aman mengurung AS di rumah, demikian juga dengan keluarga LS lebih

³⁰Torrey. (1988). *Surviving Skizofrenia*. 2 and editions. New York: Happer and Row, Inc

merasa aman mengurangi aktifitas interaksi sosial dengan lingkungan sekitar. Atas alasan tersebut, dengan membawa rujukan dari RSJ Grasia, AS kemudian dikirim untuk direhabilitasi sosial di Panti Sosial Bina Karya Yogyakarta (PSBK) pada bulan Mei 2011.

Hal lain yang perlu diketahui dari penyandang adalah AS pernah mengalami masalah biologis dalam kandungan dan beberapa kali mengalami benturan organik. Pertama pada saat dalam kandungan AS memasuki usia sebelas bulan. Kedua, pada usia kandungan lima bulan bayi AS tidak dapat memutar. Ketiga, pada waktu masih bayi sekitar umur satu tahun, ia pernah jatuh dari tempat tidur saat ibunya sedang mencuci pakian. Keempat ia juga pernah mengalami kecelakaan sepeda motor yang mengakibatkan benturan di kepala. Sejumlah hasil penelitian menemukan, bahwa gangguan perkembangan pada otak janin mempunyai peran bagi timbulnya skizofrenia kelak di kemudian hari. Gangguan ini muncul, misalnya karena kekurangan gizi, infeksi, trauma atau benturan, toksin, dan kelainan hormonal.³¹

Berkait dengan aspek genetik atau keturunan (genetic) memperbesar resiko AS mengalami skizofrenia. Diindikasikan, bahwa adik dari ibu AS dan adik mertua dari bapak LS diinformasikan pernah mengalami "stress". Pernah terjadi suatu peristiwa yang dipandang merupakan gambaran riil dari kondisi stress tersebut. Pada suatu hari adik dari ibu klien yang berprofesi sebagai pedagang tiba-tiba di suatu tempat melakukan perbuatan atau perilaku yang dianggap "aneh" bagi masyarakat. Perilaku tersebut adalah menyebarkan atau membuang uang di jalan. Berdasarkan informasi sementara yang diperoleh, perilaku tersebut akibat kegagalan dalam berdagang yang tidak dapat diterima. Harapan orangtua, AS dapat dibina mental psikologisnya, dan dibekali keterampilan produktif di PSBK, sehingga pada saat keluar dari PSBK sudah sembuh,

dapat bekerja sebagaimana layaknya orang hidup di masyarakat. Dalam teorinya, Neale, Davidson, dan Haaga (1996), mengungkapkan gen yang diwariskan seseorang sangat kuat mempengaruhi resiko seseorang mengalami skizofrenia.³² Penelitian pada keluarga telah menunjukkan, bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, semakin besar resikonya untuk mengalamai penyakit tersebut.

Di PSBK tersebut AS bersama rekan senasip lainnya menerima kegiatan rehabilitasi sosial melalui berbagai terapi atau treatment diantaranya: (1) Treatment biologis seperti terapi obat pemberian obat-obatan anti psikotik/ farmakoterapi, dan minyak ikan. Bagi non-klinis di panti bekerja secara profesional merawat penderita skizofrenia untuk memahami jenis farmakologi yang biasanya diberikan pada penderita, menumbuhkan kelekatan penyandang pada pengobatan farmakologi, ataupun menjawab pertanyaan penyandang atau keluarga penyandang seputar pengobatan farmakologi (2) Treatment sosial dan psikologis, intervensi perilaku, kognitif, dan sosial diantaranya melatih keterampilan berbicara, keterampilan mengelola diri sendiri, keterampilan mengelola gejala, terapi kelompok, melatih keterampilan kerja, dan terapi musik dan gerak (3) Terapi keluarga untuk melatih keluarga bagaimana menghadapi perilaku anggotanya yang menderita skizofrenia agar tidak kambuh (*relapse*) dengan menggunakan skala ekspresi emosi (3) Program treatment komunitas asertif/ ACT, dengan menyediakan layanan komprehensif bagi penyandang skizofrenia dengan dokter ahli, pekerja sosial, dan psikolog yang dapat mereka akses setiap saat (4) Treatment lintas budaya penyembuhan tradisional, dilakukan dengan doa-doa, upacara adat, dan jamu sesuai budaya setempat penyandang (5) Dukungan, merawat penyandang yang mengalami episode akut dengan memberikan empati dan perhatian pada tekanan dan gangguan yang dirasakan oleh pasien dan keluarga akibat gejala psikotik yang dialami pasien. Berempati dan mengajak penyandang untuk mampu menyadari realita dan fakta sedini mungkin. Selama AS menerima

³¹Faktor Penyebab Harga diri rendah akibat Skizofrenia paranoid. blogspot.com. 12 Juli 2012. Diakses tanggal 24 Maret 2014. Lihat Coleman Jamest C. *Abnormal Psychology and Modern Life*, (Sevent Edition, Foresman and Comani, London-England, 1985). Kartini Kartono, *Patologi Sosial 3; Gangguan Kejiwaan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2002). A. Supratiknya, *Mengenal Perilaku Abnormal*, (Kanisius, Yogyakarta, 1995).

³²Iman Setiadi Arif. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama. Halaman 25-26

rehabilitasi sosial, PSBR juga menyediakan dukungan dan penenangan bagi keluarga supaya beban pada mereka yang diakibatkan merawat anggota keluarga yang psikotik dapat terbagi dan menjadi relatif lebih ringan. Panti setiap hari juga melakukan asesmen individu pada AS, dan menyediakan akses kesehatan secara profesional, serta membantu menyelesaikan masalah sehari-hari yang dialami penyandang selama menerima rehabilitasi di panti. Tujuannya adalah pemulihan, mengembalikan atau mengoptimalkan kembali kualitas hidup penyandang skizofrenia.

D. Penutup

Kesimpulan. Hasil penelitian menemukan, bahwa gangguan skizofrenia AS mulai tampak pada masa awal dewasa, yaitu pada usia sekitar 20 tahun saat duduk di bangku kelas III SLTA. Penyakit kejiwaan skizofrenia berupa kekalutan (gangguan) mental yang ditandai dengan adanya disintegrasi (kepecahan pada struktur) kepribadian, depersonalisasi, dan terputusnya hubungan klien dengan dunia nyata, seperti yang dialami AS disebabkan oleh faktor multi kausal yang saling berinteraksi, baik psikis, fisik/organik, maupun genetic dari saudara orangtua. Faktor lain adalah kondisi pra-kelahiran juga memberi kontribusi terhadap terjadinya skizofrenia. Saat dalam kandungan, AS mengalami berbagai benturan fisik. Bila sudah ada faktor genetik, biasanya gejala awal skizofrenia akan terlihat, seperti sangat pemalu, penakut, tidak hangat, hingga menarik diri dari orang lain. Umumnya lingkungan sekitar akan merespon dia dengan tidak baik, sehingga kondisi kesehatan jiwanya jadi semakin parah.

Faktor lain adalah berkaitan dengan masalah kesehatan karena penggunaan obat yang berlebihan. Dalam hal ini AS sering mengkonsumsi minuman suplemen (*dopping*) yang dicampur dengan kopi yang berlangsung cukup lama. Hal ini sering dilakukan AS saat masih duduk di bangku STM), sehingga mengakibatkan *delier*. *Dopping* juga dapat menyebabkan keracunan dan penderita mengalami banyak halusinasi dan delusi, rasa sangat cemas dan sering berputus asa. Delusi ini kemungkinan juga disebabkan oleh beban yang harus dipikul atau pengalaman traumatik pada masa lampau seperti perasaan berdosa

AS terhadap orangtua dan rasa bersalah pada keluarga, dan/atau harapan yang tidak atau belum tercapai.

Beban yang dipikul atau pengalaman traumatis tidak hanya berlangsung pada aspek fisik, tetapi juga berdampak pada aspek psikis. Jadi terdapat beban psikis dan kekuatan psikis untuk memikul beban psikis tersebut. Jika klien terlalu banyak menanggung beban dan/atau pengalaman traumatis, maka fisik tidak mampu memikul beban tersebut, maka terjadilah proses dekompensasi, yaitu kegagalan dalam melakukan kompensasi. Dekompensasi juga dapat berlangsung pada aspek psikis. Selanjutnya dekompensasi psikis dapat berkembang menjadi psikosa dengan proses dekompensasi psikotik.

Benturan fisik, khususnya di kepala klien pada saat bayi dan remaja juga dapat mengakibatkan kerusakan pada sistem syaraf di otak. Selanjutnya dimungkinkan dapat menimbulkan gangguan perubahan karakter, tingkah laku, dan menurunnya tingkat kesadaran. Sebab psikis, disebabkan pengalaman individu yang diderita AS, misalnya gagal masuk SMA atau Universitas di jurusan ekonomi dan rasa bersalah yang mendalam terhadap orangtua, serta relasi kurang harmonis dengan orangtua karena orang tua (faktor keluarga) yang kurang memenuhi kebutuhan psikis anak, khususnya ayah yang tidak serumah karena mengemban tugas, menjadi peristiwa psiko-traumatis. Pengalaman ini menimbulkan dekompensasi psikotik³³ pada AS dengan predisposisi psikis yang lemah dan labil.

Kondisi ini semakin parah, ketika AS memiliki faktor genetik dari keluarga pihak ibu, yang dapat menimbulkan komplikasi faktor psikis dan genetik atau warisan. Kondisi semakin parah ketika masyarakat sekitar di perumahan cenderung menstigmatisasi dan melakukan tindakan diskriminasi dengan menjauhkan diri dari interaksi dengan pergaulan AS dan mengalaminya untuk berbaaur/berintegrasi dengan rekan sebaya. Faktor ini merupakan stressor tersendiri bagi AS dan keluarganya sehingga dapat membatasi bahkan menghalangi AS memperoleh hak-hak memenuhi kebutuhan sosial sebagai anggota masyarakat.

³³ Sakit (terganggu) jiwa/mental

Dukungan keluarga terhadap penyandang secara finansial dan psikis berlangsung baik karena adanya empati mendalam terhadap salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia. Keluarga menyadari, sebagai suatu system, maka adanya gangguan pada salah satu bagian system (dalam hal ini AS sebagai penyandang skizofrenia) dapat mengakibatkan gangguan pada seluruh keluarga, khususnya dampak negatif yang dirasakan. Dampak tersebut menjadi beban (*burden*), finansial, sosial, dan psikologis mengingat AS mengalami perubahan kepribadian dan ketidaksesuaian sosial yang berat sehingga dikhawatirkan pada masa mendatang mengalami ketergantungan pada orang lain dan keberfungsian sosial gagal dilakukan karena penyandang sulit diterima dan berinteraksi dengan masyarakat setempat. Beban sosial keluarga menjadi lebih berat ketika diketahui adanya persepsi negatif dan pengalaman sebagian masyarakat yang menyatakan, bahwa banyak penyandang skizofrenia yang dirawat di rumah sakit jiwa sulit untuk kembali pada kondisi normal. Pada saat tertentu mengalami kambuh (*relapse*) dan akhirnya dirawat kembali di rumah sakit atau panti rehabilitasi.

Sebaliknya dukungan orangtua sebagai *caregiver* bagi AS kurang maksimal. Selain disebabkan oleh kesulitan keluarga melakukan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi, khususnya kekurangsiapan menerima kehadiran AS sebagai penyandang skizofrenia. Kehadiran skizofrenia di tengah-tengah anggota keluarga menjadi stressor sangat berat yang harus ditanggung bagi keluarga LS, terutama stressor psikis dan sosial. Ketangguhan keluarga dalam merespon kehadiran skizofrenia dalam jangka waktu cukup lama masih lemah, sehingga dari titik ini keluarga mencari bantuan dari pihak luar terkait seperti psikiater, Rumah sakit jiwa, ahli pengobatan alternative, dan panti sosial rehabilitasi psikotik.

Dukungan kurang maksimal dari keluarga, juga sebagai dampak dari kurangnya pengetahuan, pemahaman, keterampilan dan informasi (psikoedukasi) yang akurat tentang gejala, perjalanan penyakit, bantuan medis-psikologis, serta bagaimana tata laksana mengupayakan rehabilitasi sosial penyandang

skizofrenia. Dalam keluarga AS ini, kurangnya informasi di atas menyebabkan AS harus mengalami skizofrenia selama dua belas tahun (1999-2011) sebelum dirawat di RSJ dan PSBK. Sebelumnya AS hanya diobati dengan berganti-ganti dokter medis, dokter jiwa (psikiater), dan pengobatan alternative yang tidak semuanya bermanfaat bagi kesejahteraan dirinya.

Rekomendasi. Sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan dan memperbaiki kondisi kesejahteraan sosial penyandang skizofrenia dalam keluarga. Perlu diupayakan adanya peningkatan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan anggota keluarga dalam mengetahui gejala penyakit, cara merawat, cara mengakses bantuan medis-psikis dan pengenalan gejala psikotik yang tepat. Pengenalan ini sangat penting untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman (*holding environment*), yang di dalamnya terjadi relasi mendalam antara orangtua dan anak (*centered relating*), sehingga mencegah atau mengurangi kekambuhan penyandang.

Bagi keluarga yang mempunyai anggota penyandang skizofrenia, seyogyanya bergabung bersama dengan membentuk kelompok *support group*. Mereka bisa mengadakan pertemuan rutin dengan mendatangkan pihak terkait. Kelompok tersebut juga dapat digunakan untuk berbagi informasi bahkan menggalang dana bersama untuk keluarga yang belum mampu.

Memperhatikan, bahwa penyandang skizofrenia pada umumnya tidak mampu menjalankan peran sesuai dengan fungsi keluarga sehingga menimbulkan beban dan masalah, maka untuk mendukung agar penyandang mampu memulihkan kembali fungsi sosialnya, setiap anggota keluarga perlu berperan sebagai *caregiver* yang mampu memahami masalah dan kebutuhan hidup penyandang skizofrenia.

Program rehabilitasi sosial di RSJ, rumah sakit, maupun di panti sebaiknya tidak hanya difokuskan penyelesaian masalah penyandang skizofrenia saja, tetapi juga diarahkan dan diintegrasikan dengan kebutuhan keluarga penyandang. Hal ini perlu dipertimbangkan mengingat dukungan dan peran keluarga sentral dalam proses rehabilitasi dapat menurunkan prevalensi kekambuhan, dan meningkatkan kepatuhan, serta meningkatkan taraf hidup

penyanggung pasca rawat inap di RSJ, rumah sakit dan/atau menjalani rehabilitasi di panti rehabilitasi sosial.

Salah satu unsur penting dari kesejahteraan penyanggung skizofrenia adalah kualitas relasi sosial dengan masyarakat sekitar. Dalam konteks tersebut perlu dibangun kesadaran yang lebih baik dalam masyarakat melalui penyebarluasan informasi yang adekuat sehingga skizofrenia tidak mengalami perlakuan diskriminasi.

PUSTAKA ACUAN

- Aston Geda. (2012). *Masalah Skizofrenia Paranoid*. blogspot.com/2012/04/makalah-skizofrenia-paranoid.html
- Atkinson, J.M., & Coia, D.A. (1999). *Families Coping with Schizophrenia : A Practitioner's Guide to Family Groups*. England : John Wiley & Sons, Ltd
- Dadang Hawari. (2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*
- Davison, C., & Neale, J., Kring, A. (2010). *Psikologi Abnormal*. (Ed. Ke-9). Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Fitri Sri Lestari dan Kartinah. *Hubungan Persepsi Keluarga Tentang Gangguan Jiwa dengan Sikap Keluarga Kepada Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstre>. Diunduh tanggal 23 Februari 2015.
- Francis, S., Satiadarma, M.P. (2004). *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kesembuhan Ibu yang Mengidap Penyakit Kanker Payudara*. *Jurnal Ilmiah Psikologi "ARKHE"*, Th.9 no.1
- Irmansyah. (2006). *Pencegahan dan Intervensi Dini Skizofrenia*. <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0410/19/ilpeng/1331282.htm>. Diunduh pada tanggal 23 Februari 2015
- Iman Setiadi Arif. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama
- John Farrell. (2006). *Paranoia and Modernity: Cervantes to Rousseau*. Cornell University Press.
- Kartini Kartono. (2002). *Patologi sosial 3*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Muhammad Anis, M.A. *Studi Kasus (Case Studies) Sebagai Metode Penelitian. Mata Kuliah: Metodologi Penelitian Pendidikan Islam. Program Pascasarjana. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta*. 2011.
- Muhammad Fauzi. (2014). *Skizofrenia Gejala Psikotik Bipolar Disorder*. Depok: Papis Sinar Sinanti
- Nora Jusnita Nainggolan dan Lidia L. Hidajat. *Profil Kepridian dan Psychological Well-Being Caregiver Skizofrenia*. *Jurnal Soul*, Vol. 6, No.1, Maret 2013
- Salma, Apakah Skizofrenia?. *Majalah Kesehatan*. 4 Juli 2012.
- Schulz & Quittner, 1998; Swanson, dkk. (2009). *Psikoterapi pada Penyakit Skizofrenia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo
- Torrey. (2008). *Surviving Skizofrenia*. 2nd editions. New York: Harper and Row. Inc.
- Zainul Arifin dan Ari Susanto (2011). *Studi Kasus Sebagai Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pascasarjana UIN.
- <http://doktersehat.com>.
- <http://www.abualbanicentre.com/artikel/halusinasi-dan-waham-adalah-gejala-positif-pada-skizofrenia#sthash.E339ZHOT.dpuf>