

## BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR A CLIENT WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER, BIPOLAR TYPE: CASE REPORT

Mariana Foo<sup>1</sup>, Willy Tasdin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Psikologi, Universitas Tarumanagara Jakarta

Email: [mariana.706232010@stu.untar.ac.id](mailto:mariana.706232010@stu.untar.ac.id)

<sup>2</sup>Fakultas Psikologi, Universitas Tarumanagara Jakarta

Email: [willyt@fpsi.untar.ac.id](mailto:willyt@fpsi.untar.ac.id)

Masuk: 20-08-2025, revisi: 15-09-2025, diterima untuk diterbitkan: 20-09-2025

### ABSTRAK

Gangguan Skizoafektif adalah masalah kesehatan mental kronis yang merupakan campuran dari gejala skizofrenia dan gangguan suasana hati. Tingkat kekambuhan yang tinggi semakin diperburuk oleh ketidakpatuhan terhadap pengobatan dan kekurangan dalam kemampuan regulasi emosional. Hal ini merugikan menyebabkan prognosis yang buruk dan kualitas hidup pasien serta menambah beban pada sistem di dalam keluarga dan sistem. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk melaporkan proses perawatan pasien MR (wanita, 40 tahun), yang dirawat di rumah sakit "RSSH", yang mengalami berbagai kekambuhan akibat penggunaan obat yang tidak teratur. Intervensi didasarkan pada 3 sesi psikologis singkat. Evaluasi psikologis dilakukan dengan menggunakan tes berikut seperti MSE, DASS-21, ETISR-SF, BSL-23, SSCT, WZT dan ERQ. Intervensi yang distandarisasi disesuaikan menurut hasil penilaian selama tiga sesi konseling yang mencakup psikoedukasi, keterampilan regulasi emosi, dan peningkatan coping adaptif. Hasil pasca-intervensi menunjukkan bahwa ketidakpatuhan terhadap terapi terutama disebabkan oleh ketidakstabilan suasana hati, kecemasan berat, dan trauma sebelumnya yang belum terselesaikan. Pasien mengalami kemajuan yang mengesankan dalam gejala, mencakup berkurangnya gejala afektif, peningkatan pengetahuan tentang faktor-faktor yang memicu kekambuhan, dan peningkatan motivasi untuk mematuhi pengobatan farmakologis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang berfokus pada regulasi emosi dalam jangka waktu singkat dapat berfungsi sebagai strategi efektif untuk mencegah kekambuhan serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan pada individu dengan Gangguan Skizoafektif. Diperlukan metode yang lebih ketat dengan ukuran sampel yang lebih besar untuk memastikan validitas eksternal dan generalisasi temuan.

**Kata Kunci:** Gangguan Skizoafektif, Ketidakpatuhan Pengobatan, Regulasi Emosi, Intervensi Psikologis Singkat.

### ABSTRACT

*Schizoaffective Disorder is a chronic mental health issue that is a combination of symptoms of Skizofrenia and mood disorders. The high relapse rate is further exacerbated by non-adherence to medication and deficiencies in emotional regulation abilities. This adversely affects the prognosis and quality of life of patients and adds burden to families and the system. The purpose of this case report is to document the treatment process of patient MR (female, 40 years old), who was treated at hospital "X", who experienced multiple relapses due to irregular medication use. The intervention was based on 3 brief psychological sessions. Psychological evaluation was conducted using the following tests: MSE, DASS-21, ETISR-SF, BSL-23, SSCT, WZT and ERQ. Standardized interventions were tailored according to assessment results across three counseling sessions covering psychoeducation, emotional regulation skills, and enhancement of adaptive coping. Post-intervention results showed that non-adherence to therapy was primarily caused by mood instability, severe anxiety, and unresolved past trauma. The patient showed impressive progress in symptoms, including reduced affective symptoms, increased knowledge about relapse triggering factors, and improved motivation to adhere to pharmacological treatment. These findings suggest that short-term psychological interventions focused on emotion regulation may serve as an effective approach to prevent relapse and enhance treatment compliance among individuals with Schizoaffective Disorder. To ensure external validity and the broader applicability of these findings, further research employing more robust methodologies and larger participant groups is warranted.*

**Keywords:** Schizoaffective Disorder, Treatment Non-Adherence, Emotion Regulation, Brief Psychological Intervention.

## 1. PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Skizoafektif Tipe Bipolar (F25.0) adalah gangguan mental kompleks yang ditandai dengan kombinasi gejala skizofrenia (seperti halusinasi auditorik, delusi religius, dan disorganisasi pikiran) dan gejala gangguan bipolar (episode mania dan depresif mayor). Diagnosis ditegakkan ketika gejala psikotik muncul secara independen selama  $\geq 2$  minggu di luar episode mood, menunjukkan bahwa psikosis tidak sepenuhnya bergantung pada fluktuasi emosional (DSM-5-TR). Gangguan ini dibedakan dari skizofrenia atau bipolar dengan psikosis karena pola gejala mood yang dominan dan berlangsung lama, sementara psikosis dapat berdiri sendiri.

Berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia tercatat sebesar 6,7 per 1.000 rumah tangga, dengan angka tertinggi di Bali (11,1) dan DI Yogyakarta (10,4). Walaupun data spesifik mengenai gangguan skizoafektif tidak tersedia, prevalensi tersebut dapat memberikan gambaran karena skizoafektif memiliki gejala gabungan antara skizofrenia dan gangguan suasana hati. Meskipun prevalensi gangguan ini relatif rendah namun berdampak signifikan terhadap fungsi sosial dan emosional individu. Sebagian besar penderita (84,9%) telah mencari pengobatan, namun kepatuhan masih menjadi masalah, di mana hampir setengahnya (48,9%) tidak rutin minum obat, terutama karena merasa sudah sembuh, keterbatasan biaya, atau faktor lain.

Ketidakpatuhan dalam menjalankan farmakoterapi menimbulkan berbagai dampak seperti *relapse* berulang, kualitas hidup menurun dikarenakan pasien tidak dapat bekerja, belajar, bersosialisasi bahkan beraktivitas secara normal. Akibat *relapse* yang berulang juga akan mempengaruhi penurunan fungsi kognitif, peningkatan biaya pengobatan dan menimbulkan risiko kematian (Cloutier et al., 2014; Taipale et al., 2020).

Penanganan umum skizoafektif selain farmakoterapi, psikoterapi, psikoedukasi, terapi keluarga dan dukungan sosial dengan tujuan untuk dapat mengelola gejala psikotik dan gangguan mood mencegah kekambuhan, meningkatkan fungsi sosial, dan mendukung kualitas hidup pasien (Cascade et al., 2009).

Dalam studi ini akan memaparkan kasus MR, perempuan, usia 40 tahun yang dirawat di rumah sakit dengan diagnosis awal skizoafektif. Klien direfer untuk pemeriksaan psikologi dan penanganan karena menunjukkan penolakan minum obat, ketidakpatuhan terhadap aktivitas rehabilitatif yang dijadwalkan, serta memperlihatkan sikap defensif dan kecenderungan bertindak sesuai kehendaknya sendiri.

Klien MR, saat pertama ditemui di bangsal rumah sakit terlihat menyendiri dan menolak untuk melakukan aktivitas rehabilitatif. MR saat diwawancarai berada dalam kondisi total remisi setelah 5 hari di rumah sakit. Berdasarkan keterangan keluarga dan pihak rumah sakit, MR dirujuk setelah ditemukan dalam keadaan bingung, disorientasi, dan berbicara tidak jelas di area umum.

Riwayat menunjukkan bahwa gangguan psikotik MR bersifat episodik dan pertama kali muncul pada usia 25 tahun, ditandai dengan halusinasi, delusi, depresi berat, serta perilaku impulsif yang berulang kali memicu krisis hingga membutuhkan rawat inap. Pada periode tertentu, MR pernah mencapai fase remisi, namun kekambuhan kerap terjadi terutama saat menghadapi tekanan emosional berat. Faktor risiko juga diperkuat oleh kondisi keluarga, di mana beberapa anggota mengalami masalah kesehatan mental serupa.

Kekambuhan terakhir (2024–2025) ditandai oleh gejala halusinasi dan delusi religius, disertai disorientasi, agitasi psikomotor, serta resistensi terhadap pengobatan. Ketidakpatuhan dalam konsumsi obat-obatan tampak menjadi salah satu pemicu utama kambuhnya kondisi. Pola ini menunjukkan adanya keterkaitan erat antara gejala klinis, pengalaman trauma masa kecil, serta dinamika keluarga yang disfungsi, selain faktor biologis dan genetik yang turut memengaruhi kerentanan psikotik MR.

Melihat riwayat klinis MR yang ditandai oleh kekambuhan berulang, keterkaitan dengan trauma masa kecil, serta pola relasi keluarga yang disfungsi, pemahaman kasus ini

membutuhkan kerangka teoritik yang mampu menjelaskan hubungan antara pengalaman perkembangan, dinamika kepribadian, dan gejala psikotik yang muncul.

Kondisi MR dapat dianalisis dengan menggunakan kerangka pemikiran Karen Horney, yang menyoroti bahwa pengalaman masa kanak-kanak yang ditandai oleh penolakan dan ketidakstabilan emosional menghasilkan kecemasan dasar serta pola pertahanan neurotik yang kaku. Dalam kasus MR, kebutuhan kompulsif untuk dicintai, diterima, dan dipandang ideal mencerminkan strategi “*moving toward others*” yang berjalan tidak adaptif dan menimbulkan konflik antara diri nyata yang rapuh dan diri ideal yang sempurna. Ketegangan internal ini memicu self-hate dan memperkuat kerentanan terhadap disintegrasi ego, yang terefleksi dalam gejala psikotik dan afektif episodik. Dengan demikian, teori Horney membantu menjelaskan bagaimana trauma, dinamika keluarga disfungsi, dan pertahanan neurotik yang tidak terintegrasi membentuk dasar psikopatologi kompleks pada MR, sekaligus menegaskan perlunya intervensi yang menarget integrasi emosi dan rekonsiliasi antara diri nyata dan diri ideal.

Kerangka teoritik ini memberikan pemahaman tentang konflik intrapsikis MR, namun untuk memperoleh gambaran menyeluruh, perlu dilakukan pemeriksaan psikologis yang sistematis guna menilai aspek kognitif, emosional, serta dinamika kepribadian secara objektif. Dari uraian tersebut, dapat dirumuskan bahwa klien MR menghadapi masalah regulasi emosi dan adaptasi sosial akibat interaksi antara gejala psikotik, pengalaman traumatis, dan pola pertahanan neurotik.

Berdasarkan hal tersebut, rumusan masalah dari penelitian yang diajukan dalam studi ini adalah sejauh mana intervensi singkat berbasis regulasi emosi efektif dalam membantu klien MR mengendalikan gejala emosionalnya.

## 2. METODE PENELITIAN

Pengukuran dilakukan dengan *mixed method* yang menggabungkan antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif untuk memperoleh gambaran kondisi awal dan perubahan setelah intervensi. Selain wawancara dan observasi klinis, asesmen MR juga menggunakan instrumen psikologi terstandar. *Mental Status Examination* (MSE) alat skrining untuk memahami / menilai kondisi klinis klien (Folstein et al., 1975); *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21) alat skrining untuk memahami tingkat depresi, kecemasan dan stres klien (Henry & Crawford, 2005); *Borderline Symptom List-23* (BSL-23) skrining awal untuk melihat gejala borderline (Bohus et al.,2009); *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form* (ETISR-SF) unruk menilai frekuensi dan karakteristik dari berbagai jenis trauma masa kecil (<18 tahun) (Bremner et al.,2007); *Sack's Sentence Completion Test* (SSCT) sebagai alat proyektif untuk mengungkap dinamika kepribadian (Sack,1950); *Wartegg Zeichen test* (WZT) sebagai alat bantu tes proyektif untuk mengungkapkan dinamika kepribadian (Kinget & Wartegg,1965); dan *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) untuk memahami pola regulasi emosi klien dan mengidentifikasi potensi intervensi (Gross & John,2003).

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan integrasi hasil asesmen, fungsi kognitif klien berada dalam batas normal (MMSE: 30/30). Secara emosional, klien menunjukkan gejala depresi ringan (DASS-21: skor Depresi = 5) yang ditandai dengan kecenderungan menyalahkan diri sendiri, serta dampak trauma masa lalu yang signifikan (ETISR: skor total 5) berupa hipervigilansi dan kesulitan dalam relasi, khususnya dengan figur otoritas. Gejala kecemasan dan stres berada dalam batas normal (masing-masing skor 1 dan 5 pada DASS-21), sementara BSL-23 (skor rata-rata 1.35) mengindikasikan gejala borderline pada tingkat subklinis.

Pada aspek relasional dan konsep diri, tes SSCT mengungkapkan bahwa sekitar 40% respons mencerminkan konflik relasional dalam keluarga, 30% menunjukkan kebutuhan kompulsif akan penerimaan, dan 20% berisi rasa bersalah dan menyalahkan diri, yang memperkuat gambaran konsep diri yang rapuh dan kecemasan akibat trauma perkembangan. Tes WZT menunjukkan bahwa meskipun klien memiliki kapasitas adaptasi dan sumber kekuatan spiritual, ia tetap dibayangi kecemasan dan hambatan emosional dalam konteks relasi.

Riwayat psikosis di luar fase afektif dan faktor kerentanan genetik (riwayat skizofrenia dalam keluarga) memperkuat kecurigaan terhadap gangguan spektrum psikotik. Potensi intelektual yang baik menjadi modal penting untuk intervensi berbasis *insight*. Namun, mengingat kompleksitas faktor biologis, trauma perkembangan, dan dinamika relasional yang saling berkelindan, diperlukan pendekatan terapi yang holistik serta dukungan sistemik berkelanjutan untuk mendukung prognosis yang lebih baik.

Tabel 1. Ringkasan Hasil Asesmen Psikologis Klien MR

Aspek	Instrumen	Hasil	Interpretasi Klinis
Fungsi Kognitif	MMSE Folstein et al., 1975)	30/30	Fungsi kognitif dalam batas normal
Emosi	DASS-21 (Henry & Crawford, 2005)	Depresi=5 (ringan) Kecemasan=1 (normal) Stres=5(normal)	Depresi ringan dengan kecenderungan menyalahkan diri; kecemasan & stres normal
Trauma Masa Kecil	ETISR-SF (Bremner et al., 2007)	Skor total=5	Terdapat pengalaman trauma dengan dampak hipervigilansi dan kesulitan relasi (terutama dengan figur otoritas)
Gejala Borderline	BSL-23 (Bohus et al., 2009)	Skor rata-rata=1.35	Gejala borderline subklinis
Relasi & Konsep Diri	SSCT (Sacks, 1950)	40% konflik relasional keluarga; 30% kebutuhan kompulsif akan penerimaan; 20% rasa bersalah / menyalahkan diri	Konsep diri rapuh, kecemasan akibat trauma perkembangan
Kepribadian & Adaptasi	WZT (Kinget & Wartegg, 1965)	Respons menunjukkan kapasitas adaptasi & kekuatan spiritual, namun dibayangi kecemasan	Ada potensi coping, tetapi hambatan emosional masih signifikan
Faktor Klinis Tambahan	Riwayat Klinis & Genetik	Riwayat psikosis independen & keluarga dengan skizofrenia	Mendukung indikasi gangguan spektrum psikotik; intelektual baik menjadi modal intervensi berbasis <i>insight</i>

**Evaluasi kepribadian MR** menunjukkan struktur yang rapuh dan belum terintegrasi, dibentuk oleh trauma masa kecil serta pola asuh yang tidak konsisten. Strategi neurotiknya didominasi oleh dorongan kompulsif untuk mencari penerimaan dan kasih sayang, dengan citra ideal religius yang sering bertentangan dengan diri nyata yang penuh marah, rasa bersalah, dan ketidaklayakan. Regulasi emosi yang labil membuatnya rentan terhadap kecemasan, ledakan afek,

dan penarikan diri, sementara fungsi kognitif normal–tinggi tidak selalu diimbangi fleksibilitas reflektif saat emosi memuncak. Dalam relasi interpersonal, MR ambivalen: mendambakan kedekatan tetapi mudah tersinggung dan menarik diri saat merasa terancam. Mekanisme pertahanannya (idealisasi, penyangkalan, intelektualisasi, dan withdrawal) bersifat kaku dan rentan kolaps, sehingga dapat memicu gejala psikotik atau perilaku impulsif dalam tekanan tinggi. Keseluruhan temuan menegaskan perlunya intervensi jangka panjang untuk integrasi emosi, penguatan identitas, dan restrukturisasi hubungan interpersonal.

**Dinamika psikologis** MR terbentuk dari trauma masa kecil, pola asuh yang tidak konsisten, dan kebutuhan kompulsif untuk diterima yang berkembang menjadi strategi neurotik “moving toward others” sebagaimana dijelaskan Karen Horney (Horney, 1945/1950). Horney (1945) menjelaskan bahwa upaya kompulsif untuk mendapatkan rasa aman dengan cara “mendekati orang lain, mengakui ketergantungan diri sendiri, dan membuat diri sendiri sedemikian rupa sehingga dicintai dan dibantu” (hlm. 97). Upayanya membangun citra diri ideal sebagai pribadi baik, religius, dan penuh kasih merupakan manifestasi dari “the idealized self-image” yang membuatnya sangat bergantung pada penerimaan orang lain, namun citra ini bertolak belakang dengan “the despised real self” (Horney, 1950) yang terluka, marah, dan merasa tidak layak.

Konflik batin antara diri ideal dan diri nyata—yang oleh Horney disebut sebagai “*the tyranny of the shoulds*” (1950, hlm. 64), di mana dalam kasus MR yang mencoba membangun citra diri ideal sebagai pribadi baik, religius, dan penuh kasih membuatnya sangat bergantung pada penerimaan orang lain, namun citra ini bertolak belakang dengan diri nyata yang terluka, marah, dan merasa tidak layak. Konflik batin antara diri ideal dan diri nyata menimbulkan ketegangan emosional yang sulit dikelola, sehingga saat menghadapi penolakan atau kegagalan relasi, MR mudah mengalami disorganisasi realitas, perilaku impulsif, atau keyakinan delusional. Meskipun memiliki kapasitas intelektual di atas rata-rata, potensi tersebut terhambat oleh instabilitas emosi dan mekanisme pertahanan yang kaku. Secara keseluruhan, dinamika ini menciptakan kepribadian rapuh dengan kerentanan tinggi terhadap kekambuhan psikotik, sehingga pemulihan jangka panjang menuntut integrasi diri nyata dan ideal, penyembuhan luka relasional, serta penguatan regulasi emosi melalui relasi yang aman dan suportif.

**Diagnosis & Prognosis** - Berdasarkan hasil asesmen komprehensif, MR memenuhi kriteria Schizoaffective Disorder, Bipolar Type (F25.0) sesuai DSM-5-TR, ditandai dengan adanya episode mania dan depresif mayor yang dominan, disertai gejala psikotik (halusinasi, delusi, disorganisasi ringan) yang juga muncul di luar fase mood. Diagnosis ini dibedakan dari skizofrenia maupun bipolar dengan fitur psikotik karena adanya tumpang tindih namun juga independensi antara gejala mood dan psikotik. Saat ini MR berada dalam fase remisi klinis, tanpa halusinasi atau delusi aktif, dengan bicara terorganisasi dan hanya tremor ringan akibat pengobatan. Adapun prognosisnya tergolong *dubia ad malam*, mengingat riwayat kekambuhan berulang, ketidakpatuhan minum obat, kepribadian rapuh, serta lingkungan keluarga yang disfungsi dengan tekanan sosial tinggi. Meski kapasitas intelektual dan orientasi spiritual dapat berfungsi sebagai faktor protektif, dominasi faktor risiko biologis, psikologis, dan sosial membuat potensi pemulihan jangka panjang terbatas, dengan risiko kekambuhan dan penurunan fungsi psikososial tetap tinggi tanpa dukungan sistemik dan intervensi yang konsisten.

**Rancangan Intervensi** - Berdasarkan hasil pemeriksaan dan diagnosis, maka rancangan intervensi bagi MR disusun dalam kerangka psikodinamik-humanistik Karen Horney dengan fokus preventif, yaitu mengurangi kerentanan terhadap kekambuhan melalui penguatan kapasitas adaptif klien dan lingkungan sekitarnya. Intervensi mencakup tiga sesi utama: (1) membangun hubungan terapeutik yang aman sekaligus memberikan psikoedukasi mengenai gangguan skizoaektif dan fungsi pengobatan, disertai teknik simbolik (gambar/cerita) untuk menumbuhkan *insight* awal; (2) latihan regulasi emosi melalui teknik pernapasan, mindfulness, dan jurnaling

untuk membantu klien mengenali pola pikir otomatis serta mengembangkan coping yang lebih adaptif; dan (3) psikoedukasi keluarga mengenai kondisi pasien, strategi komunikasi suportif, serta penciptaan batas sehat dalam relasi agar lingkungan lebih stabil. Dengan demikian, intervensi ini diarahkan untuk meningkatkan *insight*, kepatuhan pengobatan, regulasi emosi, serta dukungan sistemik keluarga, sehingga risiko relaps dapat ditekan dan kualitas adaptasi jangka panjang klien lebih terjaga.

**Proses intervensi** terhadap MR berjalan lancar dengan responsivitas tinggi dari klien, ditandai dengan sikap kooperatif, keterlibatan emosional, serta komitmen yang kuat untuk pulih. Pada sesi pertama, penggunaan media gambar membantu MR mengekspresikan pengalaman emosionalnya secara simbolik, memperlihatkan transformasi dari emosi intens bernuansa gelap menuju harapan dengan warna cerah, serta menuliskan kata kunci “working,” “job,” dan “love” sebagai fokus pemulihan. Sesi kedua berfokus pada latihan pernapasan, *mindfulness*, dan *jurnaling*, yang diterima dengan baik oleh MR dan membuatnya merasa lebih tenang; hasil ERQ menunjukkan kecenderungan penggunaan *cognitive reappraisal* cukup baik, meski masih ada pola *expressive suppression*. Sebelum pemulangan, MR dibekali buku saku teknik *grounding* dan *vocal reframing* untuk melanjutkan latihan secara mandiri. Intervensi juga melibatkan keluarga, di mana kakak kandung klien (NC) menerima psikoedukasi dengan baik, memahami dinamika psikologis MR, dan menunjukkan kesadaran preventif dengan inisiatif melakukan pemeriksaan psikologis pada anaknya. Keseluruhan proses menunjukkan keterlibatan positif baik dari klien maupun keluarga, yang menjadi fondasi penting untuk pemeliharaan hasil terapi dan pencegahan kekambuhan.

**Hasil intervensi** menunjukkan bahwa MR merespons secara positif, kooperatif, dan antusias sepanjang sesi, dengan keterlibatan emosional serta kognitif yang memadai. Melalui media gambar, ia mampu mengekspresikan pengalaman traumatis sekaligus memvisualisasikan harapan positif, menandai pergeseran dari emosi intens menuju arah pemulihan. Psikoedukasi mengenai fungsi obat dan pentingnya kepatuhan diterima dengan baik, sementara latihan regulasi emosi, *mindfulness*, dan *jurnaling* diikuti secara fokus dan membuatnya merasa lebih rileks serta lebih mampu mengenali pola pikir dan emosi. Dukungan keluarga juga meningkat setelah psikoedukasi, ditandai dengan kesediaan kakaknya untuk lebih suportif dan bahkan melakukan langkah preventif bagi anggota keluarga lain. Secara keseluruhan, intervensi tersebut berhasil dalam meningkatkan pemahaman MR, memperkuat keterampilan dasar dalam mengatur emosi, serta menciptakan lingkungan dukungan sistemik yang lebih mendukung proses pemulihannya.

**Evaluasi** menunjukkan bahwa dua sesi intervensi yang diberikan kepada MR dan satu sesi untuk keluarga sebagai *support system* berhasil mencapai sebagian besar tujuan yang ditetapkan. MR terlibat secara aktif, emosional, dan kognitif, serta menunjukkan sikap kooperatif dan antusias dalam seluruh kegiatan. Penggunaan media ekspresif seperti menggambar terbukti efektif dalam membantu klien mengekspresikan emosi dan mengakses pengalaman traumatis dengan lebih aman, sekaligus menumbuhkan harapan positif. Psikoedukasi mengenai fungsi obat dan dinamika gejala dipahami dengan baik, sementara latihan regulasi emosi melalui pernapasan dan *mindfulness* sederhana berhasil membuat MR merasa lebih tenang dan termotivasi untuk menerapkannya secara mandiri. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan *insight*, keterampilan regulasi emosi, serta kesiapan klien untuk melanjutkan proses pemulihan secara lebih adaptif.

Tabel 2. Pre dan Post Test dengan ERQ

Skala	Pretest (9/5/25)	Posttest (20/5/25)	Perubahan
<i>Cognitive Reappraisal</i>	6	6.67	Meningkat (+)

Skala	Pretest (9/5/25)	Posttest (20/5/25)	Perubahan
<i>Expressive Suppression</i>	5	5	Stabil, tapi pola berubah

#### 4. KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil asesmen dan intervensi terhadap MR dapat disimpulkan bahwa gangguan skizoafektif bipolar tipe yang dialaminya berakar pada kombinasi faktor biologis, trauma perkembangan, serta dinamika kepribadian neurotik yang kaku, sehingga memicu kerentanan terhadap kekambuhan. Melalui dua sesi intervensi berbasis psikodinamik-humanistik dengan pendekatan regulasi emosi, MR menunjukkan respons positif, peningkatan *insight*, serta keterampilan awal dalam mengelola emosi secara lebih adaptif. Dukungan keluarga, khususnya dari kakaknya, turut menjadi faktor protektif penting dalam keberlanjutan pemulihan. Meskipun prognosis tetap berhati-hati karena adanya riwayat kekambuhan berulang dan lingkungan yang penuh tekanan, keterlibatan aktif klien dan keluarga membuka peluang untuk stabilitas yang lebih baik dengan syarat adanya kepatuhan obat, latihan mandiri yang konsisten, serta tindak lanjut terapi yang berkesinambungan.

Klien MR disarankan untuk konsisten menjalankan keterampilan regulasi emosi yang telah dipelajari, termasuk latihan pernapasan dan mindfulness sederhana dua kali sehari, serta journaling minimal tiga kali seminggu untuk mengenali pola emosi dan pemicu stres. Kepatuhan minum obat menjadi prioritas utama, dengan bantuan pengingat sederhana seperti alarm atau penandaan kalender, serta dukungan keluarga sebagai pengingat tambahan. MR juga dianjurkan menjaga ritme harian yang terstruktur, mencakup aktivitas ringan, istirahat, dan tidur cukup, serta mengikuti dua sesi tindak lanjut dalam dua minggu pertama untuk memantau konsistensi keterampilan dan pengobatan. Dari sisi keluarga, khususnya kakak MR yaitu (NC), diharapkan peran dukungan akan terus berlanjut dengan cara mengingatkan mengenai obat yang harus diminum, melakukan komunikasi yang empatik, serta berupaya untuk menjaga suasana rumah agar tetap stabil dan minim dari konflik. NC juga disarankan melakukan evaluasi informal terhadap kondisi MR setiap beberapa hari, dan bila memungkinkan mengikuti konseling keluarga untuk memperkuat peran pendukung.

#### Ucapan Terima Kasih (*Acknowledgement*)

Penulis mengucapkan terima kasih kepada klien, keluarga dan institusi, khususnya Universitas Tarumanagara yang memberikan dukungan atas terbitnya penelitian ini.

#### REFERENSI

- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): *Development and initial data on psychometric properties*. *Psychopathology*, 42(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>

- Cascade, E., Kalali, A. H., & Buckley, P. (2009). Treatment of schizoaffective disorder. *Psychiatry* (Edgmont), 6(3), 15–17.
- Cloutier, M., Aigbogun, M. S., Guerin, A., et al. (2014). The societal cost of schizophrenia: A systematic review. *Pharmacoeconomics*, 32(8), 741-755.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Kinget, G. M., & Wartegg, E. (1965). *The Wartegg Drawing Completion Test: A standardized guide to its administration and interpretation*. Grune & Stratton.
- Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts*. W.W. Norton & Company.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. W.W. Norton & Company.
- Sack, S. J. (1950). *The Sack Sentence Completion Test*. CPS Company.
- Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2020). Antipsychotic adherence and mortality in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 216, 406-411.