

**STUDI KASUS SKIZOFRENIA
DENGAN PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KELURAHAN MS
KECAMATAN KEMBANGAN, KOTAMADYA JAKARTA
BARAT PROVINSI DKI JAKARTA
PERIODE 3 AGUSTUS 2013 – 28 AGUSTUS 2013**

oleh:

Ernawati¹, Tri Mulyati¹, Andri Wanananda¹, Ronald Wilmar Antonius¹, Minarni Eka
Dewi¹, Saputri Dwillistanti¹, Krisma Kristiana¹

ABSTRACT

A case study on Schizophrenia with Family Medicine Approach in Puskesmas MS, Kembangan, West Jakarta, DKI Jakarta period 3 to 28 August 2013

Schizophrenia is a psychiatric case and a severe mental disorder, which affects about 7 out of 1,000 adult population and mostly occurs at age 15-35 years. Although the incidence is low, but the prevalence is increasing because its chronic condition. There were 10 schizophrenia patients in urban village Puskesmas MS out of 30,000 total population. To handle this case, continuous great support is needed. The family medicine approach will greatly assist the process of understanding the disease, control and optimize the patients relapse therapy so that patients can perform daily functions optimally. This case study was carried out on Ms. N, 28 years old, overweight had not been to school, didn't work and not married, who suffered from schizophrenia since 10 years ago when his mother died and now patients more often raved. The factors that cause led in Ms. N and often recurred, based on Mandala of health approach were genetic/human biology, family, personal behavior, psycho-socio-economic environment and culture. Holistic comprehensive management conducted in the completion of this case. The result were management with pharmacotherapy, explaining about everything associated with schizophrenia, educate and motivate the regular treatment for patients, encourage patients to eat balance diet, exercise, motivate patient to ignore her visual and auditoric hallucinations, motivate the family to support the patient in the treatment as well as developing the ability to socialize and develop her talents and visit psychiatrist regularly. The results were patient had taken her medicine regularly, her sister focused more on monitoring the medication, her visual and auditoric hallucinations had been reduced, she took a bath independently but patient still didn't want to socialize and the her sister didn't bring her to psychiatrist. These proved that treatment in the primary health care with family medicine approaches brought positive result. So it is important to remind every primary health care to implement this method for taking care especially in schizophrenia cases and generally to other health cases.

Keywords: Schizophrenia, family medicine, mandala of health, holistic, comprehensive

ABSTRAK**Studi kasus skizofrenia dengan pendekatan kedokteran keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan MS, Kecamatan Kembangan, Kotamadya Jakarta Barat, Provinsi DKI Jakarta periode 3 – 28 Agustus 2013**

Kasus kejiwaan skizofrenia adalah bentuk gangguan mental berat yang mengenai sekitar 7 dari 1.000 populasi dewasa, sebagian besar terjadi pada rentang usia 15 – 35 tahun. Walaupun insiden ini rendah, namun angka prevalensi meningkat karena penyakit ini termasuk kronis. Di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan MS terdapat 10 orang pasien mengalami skizofrenia dari sekitar 30.000 jumlah seluruh penduduk di wilayah tersebut. Penanganan kasus ini memerlukan dukungan yang besar dari keluarga dan lingkungan sekitar secara terus menerus, holistik dan komprehensif. Dengan melakukan pendekatan kedokteran keluarga, akan sangat membantu proses pengendalian kekambuhan pasien dan pengoptimalan terapi sehingga pasien dapat menjalankan fungsi kesehariannya secara optimal. Studi kasus dilakukan pada Nn. N, usia 28 tahun, tidak bersekolah, tidak bekerja, tidak menikah, menderita skizofrenia sejak 10 tahun yang lalu saat ibunya meninggal dunia dengan status gizi *overweight* dan sekarang pasien lebih sering meracau. Faktor-faktor yang menyebabkan Nn. N menderita skizofrenia dan sering kambuh berdasarkan *Mandala of health* adalah *genetik/human biology, family, personal behaviour, psycho-socio-economic environment* dan *culture*. Penatalaksanaan holistik komprehensif yang dilakukan dalam penyelesaian ini dan hasilnya adalah dengan farmakoterapi, menjelaskan tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan skizofrenia, mengedukasi dan memotivasi keteraturan berobat pada pasien dan keluarga, menganjurkan pasien makan makanan dengan gizi seimbang, olahraga, memotivasi pasien untuk mengabaikan halusinasi visual dan auditoriknya, memotivasi keluarga untuk mendukung pasien dalam pengobatan maupun pengembangan kemampuan dalam bersosialisasi dan mengembangkan bakat dan berkonsultasi dengan dokter ahli jiwa secara teratur. Hasilnya pasien sudah mau minum obat dan kakaknya sudah lebih fokus memantau pasien minum obat, halusinasi visual dan auditorik pasien sudah berkurang, pasien sudah mau mandi sendiri tetapi masih belum mau bersosialisasi dan kakak pasien belum membawa pasien ke dokter ahli jiwa. Terbukti bahwa penanganan di tingkat layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga mampu memberikan hasil yang positif. Ini penting untuk diingatkan pada semua layanan tingkat primer menerapkan metode ini dalam penanganan kasus skizofrenia khususnya dan kasus-kasus kesehatan lain pada umumnya.

Kata-kata kunci: Skizofrenia, kedokteran keluarga, *mandala of health*, holistik komprehensif

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara.

¹ dr. Ernawati, M.S,
¹ dr. Tri Mulyati, S.K.M,
¹ dr. Andri Wanananda, M.S,
¹ Ronald Wilmar Antonius,
¹ Minarni Eka Dewi,
¹ Saputri Dwilistanti,
¹ Krisma Kristiana,

Correspondence to:

dr. Ernawati, M.S,
 Department of Health,
 Faculty of Medicine,
 Tarumanagara University,
 Jl. Letjen S. Parman No. 1
 Jakarta 11440
 Email: dr.ernawati@gmail.com

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikiatrik mayor, gangguan mental berat yang ditandai dengan adanya perubahan persepsi, pikiran, efek dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemam-

puan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemudian defisit kognitif tertentu dapat berkembang.¹⁻³

Tujuh dari 1.000 populasi dewasa mengalami skizofrenia dengan rentang usia 15– 35 tahun. Walaupun

insiden ini rendah (3/10.000), namun angka prevalensi meningkat karena penyakit ini termasuk penyakit kronis. Berdasarkan sensus yang dilakukan Badan Pusat Statistik, banyaknya penderita skizofrenia di Indonesia berdasarkan prevalensi sebesar 1-2 % dari 237 juta populasi penduduk Indonesia.⁴ Di wilayah

Kerja Puskesmas MS terdapat 10 orang pasien mengalami skizofrenia dari sekitar 30.000 jumlah seluruh penduduk di wilayah ini.⁵

Dalam layanan primer, program kunjungan kasus merupakan salah satu pelayanan kedokteran keluarga. Batasan dokter keluarga menurut Ikatan Dokter Indonesia (IDI) adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga. Dokter tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi juga sebagai bagian dari unit keluarga. Dokter keluarga tidak hanya menanti secara pasif tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya. Salah satu ruang lingkup pelayanan dokter keluarga menyangkut sasaran kepada siapa pelayanan dokter keluarga ditujukan. Alasan mengapa sasaran pelayanan dokter ini adalah keluarga karena keluarga merupakan suatu kelompok yang mempunyai peranan penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi, dan memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga. Dengan demikian, bila

pemahaman tentang keluarga berhasil dimiliki, akan dapat dimanfaatkan dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi, dan memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga atau masyarakat secara keseluruhan.^{6,7,8}

Merujuk pada penjelasan di atas, dokter keluarga dalam melihat kasus skizofrenia harus memberikan perhatian yang besar dan melakukan pendekatan yang holistik dan komprehensif salah satu kegiatannya adalah dengan melakukan kunjungan kasus ke rumah pasien, agar teridentifikasi apa masalah penyebab kekambuhan yang terjadi dan ketidakteraturan berobat. sehingga nantinya menimbulkan masalah yang lebih besar lagi baik bagi pasien, keluarga dan masyarakat sekitarnya. Adapun alasan dipilihnya pasien ini karena pasien telah mendapatkan pengobatan, namun beberapa bulan terakhir ini muncul gejala-gejala kejiwaan yang semakin memburuk.

Tujuan yang ingin dicapai dari studi kasus ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang menyebabkan skizofrenia, diketahuinya faktor-faktor internal dan eksternal yang membuat kondisi pasien makin sering kambuh dan diketahuinya alternatif jalan keluar untuk mengatasi masalah tersebut. Tujuan akhir yang ingin dicapai adalah mengurangi kekambuhan dan pasien dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri serta dapat membantu ekonomi keluarga.

METODE

Metode yang digunakan dalam program kunjungan kasus dokter keluarga ini adalah dengan studi kasus menggunakan pendekatan *Mandala of Health*. Analisis masalah penyebab atau faktor risiko dengan menggunakan *Mandala of health* dan penatalaksanaan dilakukan dengan cara yang holistik dan komprehensif berdasarkan masalah penyebab yang ditemukan.

Kunjungan dilakukan pada tanggal 3, 5 dan 9 Agustus 2013. Intervensi dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2013 dan hasilnya diamati pada tanggal 19, 23 dan 26 Agustus 2013

HASIL dan DISKUSI

Hasil pada kunjungan diketahui bahwa Nn.N berusia 28 tahun, tidak bersekolah, tidak bekerja, tidak menikah, menderita skizofrenia sejak 10 tahun yang lalu saat ibunya meninggal dunia dengan status gizi *overweight* dan sekarang pasien lebih sering meracau.

Identifikasi Masalah Penyebab/ Faktor Risiko dengan *Mandala of Health*

Pada komponen ***Body, Mind, and Spirit*** didapatkan pasien Nn. N penderita skizofrenia dengan masalah tambahan berupa *overweight*. Pasien tidak merasa sakit, tidak menyadari pentingnya minum obat dan tidak menjalankan ibadah. **Level pertama** untuk *human biology* adalah paman pasien menderita penyakit yang sama,

untuk komponen *family* diketahui pasien tinggal bersama 2 orang kakak yang tidak paham tentang skizofrenia, sehingga tidak teratur memberikan obat pada pasien dan tidak membawa pasien ke dokter ahli jiwa. Level pertama untuk *personal behavior* diketahui bahwa pasien menolak minum obat secara teratur karena mendengarkan bisikan yang melarangnya minum obat, sering berbicara dan bermain dengan teman halusinasinya. Pada *psycho-socio-economic environment* diketahui status sosial-ekonomi keluarga pasien rendah sehingga tidak mampu berobat ke dokter ahli jiwa, status pendidikan keluarga pasien rendah dan pengetahuan keluarga pasien tentang skizofrenia kurang. Sedangkan komponen *physical environment* tidak berkaitan langsung dengan kasus pasien.

Level kedua meliputi *sick care system* diketahui tidak terdapat poli kesehatan jiwa di puskesmas, kurangnya edukasi tentang skizofrenia karena dokternya belum mendapat pelatihan, komponen *work* belum bekerja dan *life style* tidak ada yang spesifik.

Level ketiga untuk *the community* diketahui masyarakat sosial ekonomi rendah tetapi tidak mengucilkan pasien hanya pasien saja yang menutup diri, *the human made environment* memperlihatkan lingkungan tempat tinggal yang padat, *culture* yang terdapat adalah tidak berobat ke puskesmas jika keluhan tidak berat atau obat belum

habis dan komponen *biosphere* tidak ada yang berkaitan langsung dengan kasus ini.

Diagnosis Holistik

Diagnosa holistik dibuat berda-sarkan axis. Pada **axis I (personal)**, pasien akan mual muntah apabila disuruh minum obat; **axis II (klinis)** mempunyai diagnosis utama skizofrenia paranoid dengan *overweight*; **axis III (internal)** didapatkan pasien mengonsumsi obat tidak sesuai dengan anjuran dokter puskesmas, pasien sering mendengar bisikan-bisikan orang disekitarnya yang sebenarnya tidak ada dan menyuruhnya untuk memuntahkan obat yang diminum, pasien sering melihat anak-anak berlarian di rumahnya dan mengajak bermain pada malam hari sehingga kualitas tidurnya terganggu, pasien tidak mengembangkan bakat dan kemampuannya yang dapat membantunya dalam bersosialisasi, mandiri dan menambah pemasukan keluarga serta pasien kurang aktivitas fisik sehingga berat badannya berlebih; **axis IV (eksternal)** didapatkan status pendidikan pasien yang tidak sekolah dan status pendidikan kakaknya yang rendah, pengetahuan tentang skizofrenia yang kurang, status ekonomi yang rendah serta pemberian obat yang tidak sesuai anjuran dokter; **axis V (status fungsional)** adalah terdapat sedikit hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Penatalaksanaan Holistik dan Komprehensif serta Hasilnya

Melihat aspek personal (*axis I*) dan aspek klinis (*axis II*) diberikan terapi farmakologis berupa Risperidone 2 mg diminum 2 kali sehari 1 tablet setelah makan. Pasien diminta untuk tidak memuntahkan obat yang diberikan dan meminumnya secara teratur. Makan dengan gizi seimbang dan olahraga teratur seperti jalan pagi 30 menit setiap hari. Hasilnya pasien sudah minum obat teratur, kakak pasien sudah rutin memantau, sudah kontrol secara teratur, halusinasi visual dan auditoriknya sudah berkurang dan sudah dapat tidur dengan baik tetapi belum mau melakukan olahraga jalan pagi 30 menit setiap pagi.

Penatalaksanaan berdasarkan aspek internal (*axis III*) dilakukan dengan memberi dukungan dan motivasi pada pasien untuk mengembangkan bakat dan kemampuan diri untuk mandiri dan membantu ekonomi keluarga serta mendorong pasien untuk melakukan sosialisasi. Hasilnya baru mau mandiri sendiri tetapi belum mau bersosialisasi dan belum membantu ekonomi keluarga.

Penatalaksanaan aspek eksternal (*axis IV*) dengan memberikan penyuluhan tentang skizofrenia kepada kakak pasien, memotivasi agar kakaknya memberikan obat sesuai anjuran dokter dan membawa pasien kontrol teratur, melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari serta membawa

pasien ke pengobatan lanjut ke dokter spesialis jiwa. Hasilnya kakak pasien sudah memahami tentang skizofrenia, mulai melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari tetapi pasien masih belum mau ikut terlibat dalam kegiatan sehari-hari dan belum dibawa ke dokter ahli jiwa. Aspek fungsional (*axis V*) Dengan melatih pasien untuk mandiri dalam kegiatan sehari-hari. Hasilnya sudah mau mandi sendiri.

Dari hasil intervensi yang diberikan terbukti bahwa penanganan di tingkat layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga mampu memberikan hasil yang positif. Maka ini penting untuk diingatkan pada semua layanan tingkat primer menerapkan metode ini dalam penanganan kasus skizofrenia khususnya dan kasus-kasus kesehatan lain pada umumnya.

KESIMPULAN

Kunjungan kasus dokter keluarga yang telah dilakukan kepada pasien Nn. N 28 tahun, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- Autoanamnesa dan alloanamnesa serta kunjungan rumah yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pasien mengalami gangguan skizofrenia. Faktor-faktor yang menyebabkan munculnya gangguan ini pada pasien yaitu adanya faktor genetik dan trauma karena kehilangan ibunya.
- Faktor internal dan eksternal yang membuat keluhannya sering

kambuh adalah: ketidak-patuhan pasien minum obat (dimuntahkan), pengetahuan keluarga pasien tentang skizofrenia kurang sehingga menimbulkan ketidakpatuhan kakak pasien dalam memberikan obat, pasien belum dibawa ke pengobatan lanjut dokter spesialis jiwa, status ekonomi keluarga pasien yang kurang, pasien kurang dilibatkan pada kegiatan sehari-hari di rumah dan di lingkungan tempat tinggalnya.

- Alternatif jalan keluar untuk mengatasi masalah adalah dengan melihat:
 - aspek personal (*axis 1*) yaitu dengan cara: memotivasi pasien agar tidak memuntahkan obat yang diberikan, memberitahu pasien agar tidak menghiraukan bisikan-bisikan yang di dengarnya dan mengabaikan anak-anak yang mengajaknya bermain (halusinasi visual dan auditorik).
 - aspek klinis (*axis II*) secara farmakologis dengan pemberian Risperidon 2 mg diminum 2 kali sehari, secara non farmakologis berupa kontrol ulang setiap 1 minggu, memotivasi kakak pasien agar memantau pasien untuk meminum obat secara teratur sesuai dosis serta, makan makanan gizi seimbang dan

- olahraga jalan pagi 30 menit setiap hari
- aspek internal (*axis* III) dengan cara mengajak pasien untuk terlibat dalam aktifitas sehari-hari, mengembangkan bakat dan kemampuan agar dapat membantu ekonomi keluarganya, mendorong pasien untuk bersosialisasi dan mengikuti kegiatan keagamaan serta, memotivasi pasien agar kontrol dan minum obat secara rutin.
- aspek eksternal (*axis* IV) dilakukan dengan cara memberikan edukasi kepada kakak pasien mengenai gangguan skizofrenia, memberitahukan kakak pasien agar memberikan obat sesuai anjuran dosis dari puskesmas, mengikut sertakan pasien dalam kegiatan sehari-hari dan mengajak pasien untuk bersosialisasi, melatih pasien untuk dapat mandiri, dan mencoba melakukan pengobatan lanjutan ke dokter spesialis jiwa.
- aspek status fungsional (*axis* V) dengan cara memotivasi

pasien untuk meningkatkan kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari supaya dapat lebih mandiri dan tidak bergantung dengan kakaknya, serta memberitahu kakak pasien agar melatih pasien untuk dapat lebih mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Saran

- Saran intervensi yang dapat dilakukan dengan segera adalah memotivasi pasien dan keluarga pasien untuk tetap melakukan kontrol secara rutin, memotivasi pasien dan keluarga pasien agar tetap secara rutin minum obat sesuai dengan aturan dan anjuran yang telah diberikan, dan memberi edukasi kepada keluarga pasien, agar pasien tetap dilatih kemandirian dan kemampuan bersosialisasi dengan lingkungan.
- Saran bagi puskesmas adalah melakukan penyuluhan tentang gangguan skizofrenia di wilayah kerja puskesmas, mengirim dokter atau petugas kesehatan untuk mengikuti pelatihan kesehatan jiwa, dan menyediakan poli kesehatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry*, tenth edition, Vol.1 Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007: 467-497.
2. Maslim R. *Diagnosis gangguan jiwa*, Cetakan 1, Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya, 2001: 46 – 48.

3. Anonymous. *Mental health*. (diakses 14 Agustus 2013), diunduh dari http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
4. Depkes RI. *Profil kesehatan Indonesia*. 2011 (diakses 14 Agustus 2013), diunduh dari <http://www.depkes.go.id>.
5. Puskesmas Kelurahan MS. Data laporan kasus jiwa tahun 2012. Jakarta: Puskesmas Kelurahan MS.
6. Goh LG, Azwar A, Wonodirekso S. A primer on family medicine practice. Singapore: Singapore International Foundation, 2004: 23-76.
7. Lipsky MS, King MS. Blue print family medicine, second edition. Massachusetts: Backwell publishing, 2006: 2-22
8. Yosep I. Keperawatan jiwa. Bandung: Refika Aditama, 2007: 59-75