

15

PELAYANAN SOSIAL BAGI PENYANDANG PSIKOTIK**Oleh:****Budi Muhammad Taftazani****ABSTRAK**

Ciri utama dari penyandang gangguan psikotik yaitu mereka mengalami delusi dan halusinasi. Psikotik termasuk gangguan mental yang serius dan dapat membawa dampak kritis baik pada penderita maupun terhadap keluarga dan lingkungan mereka.

Penyebab gangguan psikotik tidak semata-mata disebabkan oleh faktor kekurangan internal individu melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling mempengaruhi. Faktor psikososial seperti stres, gangguan kognitif, adanya relasi dan komunikasi yang buruk, serta kesulitan sosial ekonomi dapat melengkapi kerentanan biologis dalam memunculkan gangguan psikotik.

Para penyandang gangguan mengalami banyak hambatan dan keadaan bermasalah. Mereka mengalami kekacauan pikiran, afek yang dangkal, dan menarik diri. Kondisi lain yang memungkinkan penyandang gangguan berada dalam situasi tidak beruntung adalah ditolak dari keluarga, disembunyikan dari pergaulan masyarakat, dan mengalami berbagai perlakuan lain yang tidak manusiawi.

Penanganan gangguan psikotik terdiri dari tiga domain yang satu sama lain tidak bisa diabaikan untuk menghasilkan efektivitas dan dampak penanganan yang berarti yaitu domain biopsikososial. Penanganan ini terdiri dari medikasi, perawatan, rehabilitasi psikososial, psikoterapi, intervensi keluarga, dan psikoedukasi. Rangkaian intervensi ditujukan untuk pengelolaan simptom, pemulihan sosial dan vokasional, serta edukasi kepada keluarga penyandang gangguan.

Kata Kunci : Psikotik, Penyebab, Penanganan**PENDAHULUAN**

Psikotik adalah gangguan yang dicirikan dengan hilangnya *reality testing* dari penyandangannya yaitu pikiran yang terputus dengan dunia nyata. Penderita tidak bisa membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak nyata. Ciri utama dari penyandang gangguan psikosis yaitu mereka mengalami delusi dan halusinasi.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5 (DSM-5) mengkategorikan

gejala psikotik ke dalam spektrum skizoprenia dan gangguan psikotik lain. Mereka disebut abnormal ketika terlihat satu atau beberapa gejala yaitu adanya delusi, halusinasi, disorganisasi pikiran, perilaku motorik yang abnormal, dan simptom negatif yaitu keadaan abnormal yang berasosiasi dengan skizoprenia namun kurang terlihat pada gangguan psikotik yang lain.

Sampai saat ini dipercaya bahwa penyebab gangguan psikosis seperti

skizoprenia adalah karena faktor biokimia dan patologi otak. Selain itu faktor lingkungan dapat menjadi pemicu gangguan atau memperburuk keadaan gangguan ini.

Psikotik termasuk gangguan mental yang serius dan dapat membawa dampak kritis baik pada penderita maupun terhadap keluarga dan lingkungan mereka. Tulisan Ini akan menggambarkan faktor-faktor penyebab gangguan psikotik dari aspek biopsikososial, serta masalah-masalah yang dialami oleh penyandang gangguan. Selain itu akan digambarkan apa pelayanan yang dibutuhkan bagi mereka dan pelayanan tersebut melibatkan tim multi disiplin/profesi sehingga menghasilkan pelayanan yang komprehensif.

I. Faktor Penyebab Gangguan Psikotik

Pekerjaan sosial melihat penyebab gangguan psikotik tidak semata-mata disebabkan oleh faktor kekurangan internal dari individu melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling mempengaruhi yaitu faktor biologi, psikologi, dan sosial. Kehidupan yang penuh tekanan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti krisis ekonomi, pengangguran, hidup di lingkungan masyarakat yang tidak aman, kegagalan memenuhi peran-peran sosial, pola asuh yang tidak memadai, pengalaman traumatik, rendahnya daya tahan terhadap stress, penggunaan obat-obatan terlarang, atau penataan lingkungan yang semerawut dapat menyebabkan kualitas hidup yang buruk. Jika seseorang dengan resiliensi rendah atau kelompok rentan mengalami beberapa faktor tersebut maka gangguan mental seperti psikotik bisa terjadi.

Faktor genetik dan proses biokimia di dalam tubuh hingga faktor sosial seperti labeling dapat pula menjelaskan bagaimana gangguan psikotik dapat muncul dan faktor seperti labeling dapat memperparah keadaan dari klien-klien psikotik. Perilaku manusia baik yang normal maupun yang tidak normal sesungguhnya dipengaruhi oleh faktor individu dan lingkungannya.

1.1 Faktor Biologi

Banyak gangguan perilaku yang serius merupakan hasil dari penyakit di dalam tubuh serta gangguan pada integrasi antara tubuh dan pikiran. Terdapat pula bukti-bukti yang kuat adanya hubungan antara faktor fisik, psikologis, dan lingkungan sosial yang berpengaruh pada kesehatan mental secara umum. Fungsi-fungsi biologis merupakan hasil dari interaksi yang kompleks diantara semua fungsi biologis yang lain. Tidak ada satu sistem biologi pada tubuh manusia yang bekerja terisolasi dari yang lain (Hutchison, 2003), dan cara kerja sistem biologi ini mempengaruhi buruk atau baiknya kesehatan mental atau perilaku kita.

Salah satu faktor biologi yang dianggap mempengaruhi kemunculan gangguan mental psikotik adalah komponen genetik. Kerentanan genetik adalah konsep yang mengacu pada gen yang meningkatkan resiko seseorang mengalami gangguan mental tertentu. Namun lebih jauh faktor kerentanan genetik ini juga tidak bisa dilepaskan dari pengaruh lingkungan yang mungkin memperburuk potensi dan perkembangan gangguan (Kaplan, dkk, 1996). Selain faktor genetik, ada pula faktor kimia tubuh yang berperan. Gangguan psikotik seperti skizoprenia ditenggarai karena dipengaruhi oleh adanya aktivitas berlebih dari neurotransmitter dopamin. Boyle, dkk, (2006) menyebutkan bahwa dopamin berasosiasi dengan mood. Saat level dopamin terlalu rendah, seseorang mengalami depresi, dan saat kadar dopamin terlalu tinggi seseorang menjadi *manic* dan memunculkan keadaan psikotik.

Selanjutnya penelitian yang lebih maju dalam mengamati faktor biokimia pada manusia memunculkan hipotesa bahwa kelebihan atau terlalu sensitifnya reseptor dopamin adalah faktor yang lebih meyakinkan sebagai faktor-faktor dalam skizoprenia dibanding faktor kadar dopamin yang tinggi (Davison, dkk., 2006).

Ada pula faktor eksternal yang dapat mempengaruhi sistem biokimia tubuh sehingga muncul gangguan psikotik, yaitu karena penggunaan beberapa zat dan obat-

obatan. Beberapa zat adiktif misalnya berasosiasi dengan halusinasi.(Pritchard, 2006). Penggunaan zat seperti alkohol atau kokain dapat membuat seseorang mengalami delusi, halusinasi, atau kebingungan. Seseorang yang mengalami ketergantungan pada obat-obatan terlarang akan memiliki keadaan buruk pada aspek fisiologis, perilaku, dan kognitif mereka.

Selain faktor biokimia, faktor patologi otak juga berkontribusi pada munculnya gangguan psikotik. Beberapa studi secara konsiten menemukan adanya abnormalitas pada beberapa otak klien skizoprenia. Temuan yang paling konsisten dalam melacak penyebab gangguan psikotik akibat dari abnormalitas otak adalah hilangnya beberapa bagian otak sebagai akibat dari pelebaran rongga otak (Davison, dkk., 2006).

Fungsi–fungsi biologi dalam mempengaruhi perilaku manusia tidak bisa diabaikan. Dengan demikian dalam mengkaji gangguan psikotik diperlukan kerangka pengetahuan mengenai adanya interaksi antara tubuh dan fikiran manusia sebagai sebuah mekanisme yang terintegasi seperti topik mengenai kaitan antara neurobiologi dengan emosi manusia, perkembangan otak dan tubuh, biologi interaksi sosial, atau neuroendocrinologi dan stress (Hutchison, 2003).

1.2 Faktor Psikososial Stres dan Gangguan Kognitif

Gangguan stres dapat melengkapi kerentanan biologis untuk memunculkan gangguan psikotik. Stres merupakan reaksi yang muncul akibat seseorang berada dalam lingkungan dengan tekanan yang tidak bisa ditoleransi oleh orang tersebut. Artinya kemampuan orang dalam ketahanan terhadap stres akan sangat berbeda. Saat gangguan psikotik sudah muncul, maka penyandang gangguan menjadi sangat rentan terhadap stres. Mereka lebih reaktif terhadap berbagai stresor yang dihadapi dalam kehidupan keseharian. Hirsch dkk, (1996) menemukan bahwa peningkatan stres kehidupan meningkatkan kekambuhan mereka.

Teori lain yang dapat melengkapi penyebab biologis dari gangguan psikotik adalah pandangan kognitif. Pandangan ini memberi pemahaman bahwa apa yang disebut gejala psikotik tidak selalu disebabkan oleh gangguan organik. Gangguan ini muncul karena adanya distorsi kognitif atau keyakinan-keyakinan irasional dalam fikiran seseorang yang mengakibatkan pada keadaan emosi dan perilaku yang dianggap aneh atau gila.

Adakalanya mereka yang dicap sebagai orang psikotik sesungguhnya tidak benar-benar mengalami gangguan tersebut, namun hanya terlihat sebatas gejala gangguan dan masalahnya bersumber dari kesalahan kognitif tersebut. Hal ini membuat diperlukannya kehati-hatian dan ketelitian asesem atau diagnosa. Label seperti gila, psikotik, atau skizoprenia yang diberikan secara terburu-buru akan membawa pada kesalahan penanganan.

Perilaku kehilangan kontak dengan realitas, disorientasi fikiran, disorganisasi antara fikiran dan perasaan adalah simpton psikotik. Ada kondisi-kondisi tertentu dimana seseorang mengalami keadaan demikian misalnya saat keracunan, dibawah pengaruh obat bius atau obat-obat terlarang jenis halusinogen, atau sangat kurang tidur. Screening, asesmen, atau diagnosa perlu mempertimbangkan kondisi kognitif dari penyandang gangguan. Jika ada seseorang yang dianggap memiliki perilaku yang aneh, harus diingat bahwa sangat penting untuk memahami situasi dari perspektif penyandang masalah dengan mempertimbangkan berbagai keadaan, tekanan-tekanan, nilai-nilai, dan sistem kepercayaan dari penyandang masalah.

Sudah disebutkan sebelumnya bahwa gangguan stres dapat melengkapi kerentanan biologis untuk memunculkan gangguan psikotik dan penyandang gangguan psikotik menjadi sangat rentan terhadap stres. Sementara stres sendiri bisa dipicu oleh kesalahan kognisi. Zastrow (1979, 1993, 2003) berteori bahwa *self talk* (isi kognisi) ikut menjadi bagian dari penyebab stres yang kronis, dan stres yang kronis menyebabkan

beragam gangguan kesehatan. Dengan demikian kerentanan biologis jika dipadukan dengan keadaan stres akan mempermudah munculnya gangguan mental psikotik.

1.3 Faktor Lingkungan Terdekat

Penyebab stres adalah karena adanya stresor (pemicu) yang datang dari lingkungan sekitar. Fenomena stres ini menggambarkan bagaimana aspek psikologis dipengaruhi oleh keadaan lingkungan. Perspektif psikososial dalam pekerjaan sosial dapat menjelaskan bagaimana penyandang gangguan psikotik terlibat dengan keadaan lingkungan yang beresiko sehingga menempatkan mereka pada situasi yang buruk.

Dengan asumsi bahwa keadaan psikologis dianggap tidak bisa berdiri sendiri namun terus berinteraksi dengan sistem biologi dan sistem sosial (Woods & Robinson, dalam Turner, 1996), maka akar permasalahan dapat dilacak dari ketiga faktor tersebut. Jika faktor biologis sudah dijelaskan sebelumnya, maka berikutnya akan dijelaskan situasi lingkungan yang beresiko memunculkan gangguan psikotik.

Faktor lingkungan yang berkaitan dengan gangguan psikotik dapat dikategorikan pada dua kategori yaitu lingkungan pengasuhan (*nurturing environment*) dan struktur sosial yang lebih luas. Pada kondisi lingkungan pengasuhan, lingkungan keluarga merupakan faktor penting dalam berkontribusi pada gangguan ini.

Faktor risiko dari faktor keluarga terkait dengan kemunculan gangguan psikotik adalah masalah penyimpangan komunikasi (Singer & Wayne, 1965) dan ekspresi emosi/EE (Vaughn & Leff, 1976) di dalam keluarga. Riset telah menunjukkan bahwa gangguan dinamika keluarga sebagai faktor yang memberi kontribusi pada skizofrenia baik pada awal munculnya gangguan maupun pada kronsinya gangguan (Nichols, 2006). Beberapa studi telah menemukan hubungan antara penyimpangan komunikasi dengan skizofrenia (Doane, dkk 1989; Goldstein, 1987). Pola komunikasi yang buruk antara anak dan orang tua seperti mencela,

mengabaikan perasaan dan kekhawatiran, membingungkan, ditambah dengan tingkat konflik yang tinggi berperan dalam etiologi skizofrenia.

Studi lain telah menunjukkan ekspresi emosi termasuk di dalamnya komunikasi yang penuh kritik dan nada permusuhan berkontribusi pada skizofrenia (Rosenferb & Miklowitz, 2004), dan ekspresi emosi yang tinggi di dalam keluarga membuktikan secara konsisten berhubungan dengan risiko yang lebih besar pada klien untuk kambuh setelah menjalani *treatment* (Parker & Pavlovic, 1990). Secara umum dapat dikatakan bahwa keadaan relasi di dalam keluarga, kualitas pengasuhan, termasuk di dalamnya pola hubungan orang tua dan anak dapat berkontribusi pada gangguan mental. Ketiadaan empati, kekakuan, kekerasan, penolakan dan pengabaian, pengelolaan konflik yang buruk, dapat menjadi kontributor yang tidak bisa diabaikan.

1.4 Faktor Kesulitan Ekonomi dan Sosial

Berdasarkan strata sosial ekonomi, secara umum gangguan mental terjadi lebih banyak pada strata sosial ekonomi yang rendah. Korelasi yang konsisten antara status sosial ekonomi dengan terjadinya sakit mental telah diungkap oleh banyak hasil riset (Lauer & Lauer, 2002). Meski alasan tingginya kejadian pada strata rendah ini belum secara seksama teridentifikasi, namun hal ini dapat dipahami mengingat orang-orang dari kelompok marginal lebih banyak dihadapkan pada berbagai kesulitan hidup.

Beberapa asumsi kondisi sulit yang dihadapi kelompok sosial ekonomi rendah terkait hubungannya dengan gangguan mental diantaranya adalah mereka lebih banyak memiliki masalah, memiliki tingkat disorganisasi keluarga yang lebih besar, stres karena situasi ekonomi, dan kurang memperoleh akses terhadap berbagai pelayanan (Feinstein, 1993; Esminger, 1995). Mereka juga menghadapi lebih banyak masalah pekerjaan. Sebagian dari mereka tidak hanya stres mengalami keadaan pengangguran, namun juga karena ketidacukupan, dan

mungkin mengalami situasi pekerjaan yang tidak sehat dan berbahaya (Ross & Wu 1995).

Selain dihadapkan pada berbagai kesulitan sosial ekonomi, terjadinya perubahan yang memunculkan keadaan yang tidak dikehendaki juga dapat berkontribusi pada keadaan gangguan mental. Kejadian yang terkait perubahan ini diantaranya pada perubahan peran yang disebabkan seperti oleh kematian pasangan hidup, perceraian dan pernikahan, situasi berhenti dari bekerja atau situasi pekerjaan baru yang penuh tekanan. Hasil riset telah menunjukkan bahwa perubahan yang dianggap besar dan tidak diharapkan dapat mengakibatkan keadaan sakit. Kejadian-kejadian tertentu dapat mengakibatkan keadaan seperti serangan panik, terluka, berkurangnya kemampuan tubuh dalam menangkal penyakit, dan beragam gangguan fisik dan emosi (Lauer & Lauer, 2002).

II. Masalah Yang Dihadapai Penyandang Gangguan Psikotik

Para penyandang gangguan psikotik mengalami banyak keadaan yang tentu bermasalah. Alam pikiran mereka penuh dengan delusi dan halusinasi. Selain itu penyandang gangguan juga mengalami kekacauan pikiran, keadaan afek yang dangkal, dan menarik diri dari lingkungannya. Sheafor & Horesjsi (2012), mengilustrasikan keadaan kekacauan pikiran mereka yaitu : meracau atau adanya pikiran yang tidak berkaitan secara logis antara satu dengan yang lain ; berpindah secara cepat dari satu topik ke topik yang lain; menyimpulkan tidak berdasarkan fakta atau logika, menggunakan suara-suara, kata, atau ritme tertentu yang tidak ada artinya bagi yang lain. Keadaan afek yang dangkal ditunjukkan dengan reaksi emosi yang terbatas atau datar; keadaan emosi atau perasaan yang tidak sesuai dengan situasi, berbicara secara monoton. Pada perilaku menarik diri, ditunjukkan misalnya dengan penarikan diri dari interaksi sosial dan dari keterlibatan dengan berbagai aktivitas kehidupan biasa; prestasi kerja atau sekolah yang buruk, tidak peduli pada penampilan dan perawatan diri.

Kondisi lain yang memungkinkan penyandang gangguan berada dalam situasi tidak beruntung adalah ditolak dari keluarga, disembunyikan oleh keluarga dari pergaulan masyarakat, bahkan mengalami beberapa perlakuan tidak manusiawi seperti dipasung oleh keluarganya sendiri. Ada pula kondisi para penyandang gangguan psikotik ini hidup menggelandang dan tuna wisma karena kemungkinan “dibuang” atau ditolak kehadirannya oleh keluarga atau masyarakatnya. Mereka kadang terlihat berkeluyuran mengembara dan mencari sisa-sisa makanan di tempat sampah atau meminta makan dari orang-orang yang dilewatinya. Hidup mereka tergantung pada belas kasihan orang lain.

Pada kelompok penyandang gangguan dari latar belakang ekonomi yang rendah, mereka tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan baik fisik maupun mental serta perawatan. Hal ini dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka. Keluarga mereka terkena dampak dari keadaan ini. Keadaan yang dialami para penyandang gangguan psikotik menggambarkan terbatasnya keberfungsian sosial mereka. Dengan demikian kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan hidup mereka tergantung pada lingkungan sosial dimana mereka hidup.

III. Kebutuhan Pelayanan Penyandang Masalah Psikotik

Secara garis besar pelayanan yang dibutuhkan bagi klien atau klien psikotik adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Pengobatan Antipsikotik (Farmakologi)
Pada gangguan mental serius seperti psikotik, diperlukan medikasi oleh dokter atau psikiater untuk diberikan pengobatan, dan dilakukan monitoring efek dari pengobatan. Pemberian pelayanan dukungan medikasi seperti pendampingan mengkonsumsi obat-obatan.
2. Pelayanan Konseling/Psikoterapi
 - Terapi Psikososial Penyandang Gangguan

- Psikoedukasi untuk Keluarga
3. Pelayanan Keluarga Klien Akibat dari Keadaan Gangguan
 - Membantu keluarga melalui masa-masa duka cita akibat ada anggota keluarga yang mengalami gangguan psikotik.
 - Memberi informasi terkait gangguan yang dialami anggota keluarga yang sakit. Membicarakan kemungkinan kekhawatiran keluarga seperti terjadinya kekerasan fisik baik yang dilakukan penyandang gangguan atau yang dilakukan orang lain pada penyandang gangguan. Membicarakan kemungkinan kekhawatiran terkait keputusan finansial untuk pembiayaan pengobatan atau perawatan.
 - Mendorong anggota keluarga untuk terlibat dengan kelompok pendukung atau kelompok bantu diri.
 - Menghubungkan keluarga yang tidak mampu secara finansial kepada sistem sumber pembiayaan kesehatan dan memberi informasi yang relevan terkait hal tersebut.
 4. Pelayanan Edukasi Kesehatan Mental Untuk Pendukung (Supportive) Dan Pencegahan (Preventive)
 5. Pelayanan After Care
 6. Pelayanan Sistem Jaminan Kesehatan

Berbagai pelayanan tersebut terorganisir dalam pengelolaan lembaga pelayanan baik itu rumah sakit jiwa atau lembaga pelayanan rehabilitasi mental, rumah singgah dan di rumah. Proses perawatan akan sangat tergantung pada hasil asesmen ataupun evaluasi *treatment* baik itu medis maupun psikososial sehingga penyandang gangguan akan ditempatkan sesuai kebutuhan perawatannya apakah itu rawat inap, rawat jalan, atau rumah singgah.

IV. Model Layanan

4.1 Proses Layanan

Tahapan proses pelayanan terdiri dari tahap identifikasi penyandang, asesmen, *treatment*, terminasi, evaluasi, after care (pelayanan purna rawat).

4.1.1 Identifikasi

Pada kegiatan identifikasi penyandang, dilakukan upaya mencari informasi orang-orang yang dianggap memiliki gangguan mental atau psikotik. Pencarian informasi ini merupakan upaya untuk mengidentifikasi calon klien yang akan atau harus ditangani. Kemungkinan calon klien tersebar di masyarakat, di rumah-rumah dengan anggota keluarga yang memiliki gangguan, atau mereka yang menggelandang di jalanan. Calon klien juga bisa diterima dari lembaga yang mengirimkan rujukan seperti panti, rumah sakit, rumah singgah, atau dinas-dinas sosial.

4.1.2 Asesmen

Jika penyandang gangguan sudah diterima dan berada di lembaga pelayanan, selanjutnya dilakukan tahap asesmen jika itu klien baru atau dilakukan penelaahan catatan-catatan kasus atau kondisi *existing* klien dari lembaga yang mengirimkan rujukan. Dalam asesmen dilakukan wawancara dengan panduan maupun observasi. Informasi juga digali dari orang-orang yang dekat dan terkait dengan masalah klien.

Mengakses gangguan psikotik membutuhkan pemeriksaan yang teliti pada simptom-simptom yang dialami atau teramati. Informasi yang dibutuhkan harus diperoleh dari orang yang mengalami gangguan dan jika memungkinkan dari keluarga penyandang dan teman-teman mereka. Observasi dan hasil dari pemeriksaan status mental akan memperkuat hasil asesmen. Harus ada bukti adanya gangguan yang menunjukkan keterputusan dengan realita, dan ini bisa diamati melalui kekacauan berfikir, berbicara, persepsi, afek, aktivitas psikomotor, fungsi interpersonal, dan kemauan (Austiran, 2000:96)

Beberapa instrumen atau manual yang digunakan diantaranya asesmen status mental klien (*Mental Status Exam*) untuk melihat keadaan mental klien dalam menentukan apakah fikiran dan perilaku klien mengindikasikan gangguan mental yang serius atau tidak serta untuk menentukan rujukan penanganan psikiatrik (Sheafor & Horesjsi,

2012). Asesmen status mental digunakan diantaranya untuk menaksir keadaan klien dalam hal orientasi waktu dan tempat, memori jangka pendek dan panjang, akurasi persepsi, pertimbangan/penilaian, dan ketepatan afek.

Digunakan pula DSM (*Diagnostik and Statsitical Manual of Mental Disorder*). Manual tersebut saat ini sampai DSM 5. DSM digunakan oleh para profesional pertolongan yaitu psikiater, psikolog dan pekerja sosial, selain untuk mengetahui keadaan gangguan mental berdasarkan simptom juga untuk mempermudah komunikasi antar profesi tersebut berdasarkan pemahaman yang sama. Selanjutnya untuk melihat keadaan klien dalam konteks dan relasi dengan lingkungannya, digunakan asesem *Person In Environment* (PIE) atau asesmen Keberfungsian Sosial klien. Kedua asesmen ini didesain berdasarkan konsep pekerjaan sosial yaitu konstruk keberfungsian sosial dan manusia dalam lingkungannya. Instrumen asesmen lain digunakan sesuai dengan kebutuhan untuk memahami situasi penyandang gangguan dan merancang *treatment*.

4.1.3. Penanganan Gangguan Psikotik

Pada penanganan klien psikotik terdapat tiga domain terapi yang satu sama lain tidak bisa diabaikan untuk menghasilkan efektivitas dan dampak penanganan pada penyandang gangguan psikotik yaitu domain biopsikosial. Intervensi ditujukan untuk mengelola simptom, rehabilitasi sosial dan vokasional, serta edukasi keluarga.

1. Medikasi

Terapi obat-obatan antipsikotik bertujuan untuk mengurangi simptom-simptom positif dan mengurangi kekambuhan. Dalam proses pengobatan perlu juga diperhatikan dan diboservasi efek samping dari pengobatan tersebut. Selain terkait efek samping penggunaan obat antipsikotik, penderita gangguan dan keluarganya perlu juga diberi informasi mengenai pentingnya pengobatan ini. Austrian (2000) mencatat bahwa sebagian besar penderita gangguan skizofrenia mengalami kekambuhan karena

mereka tidak mengkonsmsi obat sesuai aturan setelah keluar dari rumah sakit.

Pekerja sosial yang terlibat dengan penanganan klien psikotik harus memahami efek samping dari obat-obatan antipsikotik yang diberikan pskiater. Pekerja sosial dimungkinkan untuk mengamati perkembangan klien termasuk efek samping obat serta memberikan informasi terkait keadaan dan perkembangan mereka kepada psikiater saat pekerja sosial mengases keberfungsian sosial dan vokasional mereka.

Penting juga untuk menjadi perhatian meskipun medikasi terbukti sudah bisa membantu mayoritas klien skizoprenia, namun ada pula diantara klien yang tidak mengalami respon apapun dan simptom mereka tidak membaik (Austrian, 2000).

2. Pelayanan Rawat Inap

Menjalani masa pengobatan merupakan proses yang diikuti dengan perawatan di rumah sakit karena penyandang gangguan masih sering mengalami simptom-simptom psikotiknya. Indikasi penyandang gangguan untuk dirawat inap adalah :

- Penyandang gangguan masih mengalami episode psikotik dengan simptom-simptomnya dan tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri
- Hasil diagnosa medis menetapkan rencana medikasi dan dimulainya proses pengobatan
- Penyandang gangguan memperlihatkan perilaku yang membahayakan baik pada dirinya dan orang lain. Hal ini kmungkinan terjadi karena halusinasi atau delusi mereka.
- Tidak adanya dukungan hidup untuk mereka ditandai dengan berkurangnya keberfungsian untuk kelangsungan hidup atau munculnya simptom psikotik (Austrian, 2000).

Saat penyandang gangguan sudah masuk ke dalam perawatan, dibutuhkan monitoring secara seksama dengan pendekatan yang menenangkan, lingkungan yang kondusif, dengan seting ruang interaksi yang terbatas. Ruang isolasi mungkin diperlukan selama

medikasi untuk menghasilkan efek pengobatan. Pengobatan dan perawatan klien gangguan psikotik dilakukan secara bertahap sehingga klien dapat bergerak dari fase tidak banyak aktif selama pengobatan, maju ke arah kemampuan merawat diri, kemudian ke keberfungsian sosial, dan jika memungkinkan ke arah fungsi vokasional sebagai tingkatan klien yang sudah bisa keluar dari rumah sakit.

Saat simptom positif psikotik sudah berkurang dan dinyatakan sudah tenang oleh psikiater, klien sudah dapat mengikuti rehabilitasi psikososial atau psikoterapi dan aktivitas lain yang terstruktur seperti aktivitas okupasi. Sebelum klien keluar dari perawatan rumah sakit, sistem pelayanan selanjutnya seharusnya disediakan dan di dalamnya termasuk rencana treatment untuk memenuhi kebutuhan sosial dan vokasional klien. Namun mungkin saja setelah perawatan dari rumah sakit ada diantara klien yang langsung kembali ke keluarga atau bekerja. Namun situasi pilihan seperti itu masih menyisakan resiko bagi mereka. Umumnya seringkali mereka masih masuk ke dalam rencana *treatment* lanjutan. Pelayanan lanjutan ini di Indonesia umumnya dikenal dengan pelayanan rehabilitasi sosial penyandang cacat mental eks psikotik.

Pelayanan pasca rawat inap ini menekankan pada kemampuan melakukan aktivitas keseharian, vokasional, dan berbagai keterampilan sosial. Mengidentifikasi, mengkoordinasikan, dan menyediakan atau menyambungkan berbagai kebutuhan pelayanan bagi penyandang gangguan psikotik merupakan fungsi dari *case manager* yang seringkali dijabat oleh pekerja sosial.

3. Rehabilitasi Psikososial

Semua penyandang gangguan psikotik mengalami masalah keberfungsian sosial dan vokasional. Mereka menghadapi kehidupan yang kompleks, menakutkan, beban yang berat serta tidak pasti dengan keberfungsian mereka. Seringkali mereka dilanda ketakutan terkait masa depan serta terhadap perasaan dan pikiran yang mengganggu.

Berdasarkan pada perspektif ekosistem dalam pekerjaan sosial rehabilitasi sosial berfokus pada interaksi antara orang dengan lingkungannya. Rehabilitasi ini menggunakan bentuk perkumpulan yang anggotanya terdiri dari para penyandang gangguan psikotik. Upaya ini juga untuk menghilangkan stigma yang melekat pada diri mereka bahwa mereka adalah “pasien” yang berasosiasi tidak berdaya.

Perkumpulan ini adalah adalah sebuah komunitas (seperti model *therapeutic community*) dan para anggota mengembangkan keterampilan kehidupan keseharian untuk memenuhi kebutuhan komunitas mereka sendiri. Fokus dari model rehabilitasi ini adalah pada kekuatan anggota, bakat, minat, serta kemampuan-kemampuan mereka. Hal ini penting dilakukan agar mereka memperoleh kembali tujuan hidup, kepercayaan diri dan harga diri. Beberapa model penanganan mungkin terbatas hanya kepada penyiapan pekerjaan tertentu. Yang diperlukan sebenarnya lebih dari itu yakni perkumpulan ini adalah ajang kerjasama dan sosialisasi para anggota sehingga mereka terbiasa berinteraksi dengan lingkungan sosial. Di dalam perkumpulan atau kelompok ini mereka dapat belajar berbagai keterampilan interpersonal sebagai kemampuan untuk dapat menyatukan diri mereka dengan kehidupan keseharian dan lingkungan masyarakat.

Pada rehabilitasi ini mereka juga dilatihkan pekerjaan secara bertahap. Mulai dari kemampuan yang sederhana sampai yang lebih kompleks sejauh yang bisa mereka lakukan. Membuat kerajinan, pekerjaan *cleaning service*, pekerjaan klerikal, pekerjaan seni, dan kemampuan pekerjaan atau wirausaha lain yang dapat diprogramkan sejauh yang mereka bisa. Para anggota dibiasakan untuk merasa nyaman dengan dunia kerja dan kesalahan dalam pekerjaan dianggap sebagai hak yang wajar dan bukan sebagai sesuatu yang besar. Program ini idealnya juga disertai dengan pengembangan jaringan untuk mendapatkan sumber kemandirian anggota.

Upaya pemenuhan kebutuhan primer seperti program perumahan juga mesti

diupayakan karena ada diantara mereka yang datang pertama kali ke pusat pelayanan keluarganya tidak teridentifikasi dan tunawisma. Program perumahan bertujuan untuk membantu situasi transisi sampai mereka dapat hidup mandiri. Shelter atau rumah perlindungan sementara disediakan dengan tetap dilakukan bimbingan dan supervisi kepada anggota yang awalnya tunawisma.

4. Psikoterapi

Pelayanan medikasi merupakan layanan penting bagi penyandang gangguan psikotik seperti skizofrenia. Layanan psikoterapi tanpa medikasi dan intervensi psikososial tidak akan efektif menangani orang dengan gangguan psikotik berat. Sebagai pelengkap proses medikasi, bisa dibentuk kelompok untuk memberi kesempatan kepada penyandang gangguan menceritakan apa perasaan dan masalah-masalah yang dialami selama pengobatan. Pekerja sosial bisa memfasilitasi kegiatan ini.

Pada pelayanan konseling atau terapi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan saat bekerja dengan orang dengan gangguan psikotik. Dibutuhkan model terapi yang suportif (tidak terlampau terstruktur dan disiplin) seperti menawarkan saran dan menekankan pada ketenangan. Fokus terapi ditekankan kepada keadaan “di sini dan saat ini” (*here and now*), dengan capaian yang realistis. Perhatian diberikan kepada simptom-simptom serta respon akibat dari medikasi. Pendekatan yang terstruktur/rigid, mendorong munculnya introspeksi dan kesadaran diri tidak tepat digunakan bagi para penyandang psikotik seperti skizofrenia. Pendekatan tersebut dapat membuat klien kewalahan dan dipenuhi dengan kemarahan, kecemasan, dan perasaan lain sebagai bentuk ketidakmampuan mereka kontak dengan realita. Dalam terapi mereka membutuhkan pelepasan kekacauan pikiran yang mungkin mereka alami. Konseling dilakukan dengan setting waktu dan hari yang teratur atau tetap, mendatangi mereka pada ruang yang sama setiap waktu dan membuat

kontak secara konsisten dengan para petugas pelayanan yang sama.

Karena penyandang gangguan psikotik sering mengalami kesulitan dengan relasi yang dekat dan akrab, maka konselor harus menjaga jarak fisik sambil tetap memberi perhatian dukungan. Dibutuhkan waktu untuk membangun hubungan akrab dengan mereka. Lamanya sesi konseling harus flexibel, karena bekerja dengan orang psikotik yang tidak tenang atau gelisah sesi konseling misalnya 50 menit adalah waktu yang terlalu lama dan memunculkan terlalu banyak kecemasan (*anxiety*).

Penggunaan media kelompok homogen juga menjadi cara yang mendukung dalam terapi dan dapat melatih berbagai keterampilan sosial dan pemecahan masalah. Melalui model *social group work* ini, para anggota kelompok dapat berbagi perasaan tentang keadaan sakit mereka dan bagaimana cara mengatasinya. Fokus pada terapi kelompok ini adalah pada kemampuan mengatasi atau menanggulangi situasi saat ini dan anggota kelompok bertukar ide tentang tugas-tugas keseharian mereka, rencana pekerjaan dan kendala-kendalanya, membangun dan memelihara relasi interpersonal. Di dalam kelompok mereka juga dapat mempraktikkan cara berkomunikasi, berbicara dan mendengarkan, juga latihan perilaku asertif dengan tugas yang spesifik. Penggunaan media kelompok dapat membantu mereka mengurangi perasaan terisolasi dan perilaku menarik diri.

5. Intervensi Keluarga

Keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan psikotik mengalami beban yang berat termasuk pada masalah pembiayaan pengobatan. Para orang tua mungkin merasa malu, bersalah, kecewa, terisolasi dan mengalami konflik batin. Anggota keluarga membutuhkan tempat melepaskan segala beban tersebut dan perlu diberi dukungan oleh pekerja sosial serta perlu diidentifikasi kekuatan-kekuatan yang ada baik dari dalam keluarga sendiri maupun pada orang-orang di lingkungan sekitarnya. Keluarga sangat rentan memperoleh stigma buruk terkait anggota

keluarganya yang mengalami gangguan mental.

Para keluarga penyandang psikotik perlu diberikan pemahaman mengenai aspek-aspek genetik dan biologi terkait keadaan sakit anggotanya. Mereka perlu diberi penguatan kemampuan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah yang muncul antara penyandang psikotik dengan anggota keluarganya yang lain.

Saat ada anggota keluarganya yang masuk perawatan sakit mental, adalah saat dimana para anggota keluarga mengalami situasi yang menakutkan dan perasaan bersalah. Akan sangat membatu jika pekerja sosial melakukan kegiatan orientasi melalui kelompok bagi para keluarga terkait masuknya anggota keluarga ke rumah sakit perawatan jiwa, memberikan informasi mengenai rumah sakit dan pasca perawatan, menjawab pertanyaan-pertanyaan mereka, dan memberi kesempatan kepada mereka untuk berbagi pengalaman, perasaan, dan mungkin cara ini dapat mengurangi beban-beban mereka seperti perasaan bersalah, ketakutan, dan terisolasi. Ada pula cara penyesuaian keluarga dengan situasi awal perawatan jiwa dengan bergabung pada kelompok bantu diri (*self help group*)

Program lain yang perlu dilakukan dengan para keluarga penyandang psikotik adalah mengidentifikasi pola komunikasi mereka. Sudah dijelaskan sebelumnya bahwa prediktor dari kekambuhan dan pendukung kerentanan biologis psikotik adalah faktor ekspresi emosi (EE). Riset menunjukkan orang psikotik dari keluarga dengan EE yang tinggi memiliki empat sampai lima kali lebih tinggi mengalami kekambuhan jika mereka menghentikan pengobatan atau melakukan kontak dengan keluarganya (Austrian, 2000).

EE adalah pola komunikasi yang penuh dengan komentar sinis, kritik, permusuhan, keterlibatan yang berlebihan, kekhawatiran yang berlebihan dan penuh gangguan. Pola komunikasi seperti itu menjadi beban yang terlalu berat bagi penyandang psikotik karena keterbatasan perseptual dan kognitif mereka. Penyimpangan komunikasi menghasilkan dua kemungkinan pesan yaitu hilangnya pesan

emosi atau menghasilkan respon emosi yang berlebihan.

Masalahnya kemudian adalah penolakan anggota keluarga terhadap gangguan penderita dan tuntutan kepada penderita untuk bisa berperilaku normal, diikuti dengan ekspresi kekecewaan karena penderita tidak bisa melakukan tuntutan tersebut. Penguatan keterampilan sosial keluarga dengan demikian menjadi penting dan ini merupakan bagian dari upaya edukasi kepada keluarga penyandang psikotik sebagai bagian dari pelayanan psikoedukasi.

6. Psikoedukasi

Psikoedukasi bertujuan untuk mengurangi tingkat EE dan meningkatkan keterampilan berkomunikasi agar memperkecil peluang para penyandang psikotik mengalami kekambuhan. Tujuannya adalah menciptakan lingkungan rumah yang stabil dan kondusif bagi penyandang gangguan melalui penetapan capaian atau target yang realistis, meningkatkan kepatuhan pada aturan medikasi, serta menyediakan dukungan bagi penyandang psikotik dan keluarganya. Kemampuan pengelolaan situasi terkait gangguan psikotik menjadi hal yang sangat penting.

Keluarga harus belajar pola komunikasi yang jelas, penuh dukungan, dan sederhana. Mereka didorong untuk meminimalkan penggunaan kata dan tindakan yang negatif, penolakan, penuh konflik, keterlibatan dan kekhawatiran yang berlebihan, penuh tekanan dan desakan, dan terlalu antusias.

Kebutuhan psikoedukasi bagi keluarga juga mencakup pembelajaran untuk memperluas jaringan dukungan sosial mereka, dan belajar mengalihkan atensi dari perasaan terbebani akibat dari anggota keluarganya yang mengalami gangguan. *Refreshing* atau berbagai aktivitas yang menyenangkan dengan demikian perlu didukung.

Keluarga juga belajar tanda-tanda atau simtom-simptom yang bisa “meledak” dan pentingnya mencari pertolongan dengan segera. Berbagi informasi mengenai berbagai cara untuk bisa mengatasi beragam situasi

akibat dari gangguan psikotik adalah inti dari keberhasilan psikoedukasi.

Program psikoedukasi membantu para keluarga untuk bisa membantu penyandang psikotik. Selain itu juga membantu mengurangi perasaan bersalah dan terstigma. Cara ini membantu mereka meningkatkan kepercayaan diri dan mampu memahami kesakitan yang dialami anggota keluarganya serta memahami rencana intervensi yang dibuat.

7. Tim Multidisiplin

Mengingat gangguan psikotik merupakan masalah dengan penyebab yang tidak tunggal seperti sudah dijelaskan sebelumnya, serta dapat mempengaruhi banyak aspek dari kehidupan penyandang termasuk keluarganya, maka perlu dilibatkan tim multi disiplin dalam penanganannya. Seperti pelayanan untuk rehabilitasi mental pada umumnya, tim ini termasuk psikiater, psikolog klinis, pekeja sosial klinis, perawat, terapis okupasi, dan farmakolog. Setiap anggota tim memiliki pengetahuan, keahlian khusus, dan orientasi profesioanal yang dapat memperluas pemahaman masalah, keluasan asesmen, dan rencana *treatment* yang integratif. Peran yang melakukan koordinasi tim ini dilaksanakan oleh *case manager* sebagai penghubung antara klien, tim, dan sumber pelayanan lain yang biasanya dijabat oleh seorang pekerja sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- APA. 2013. *Diagnositic and Statistical Manual of Mental Disorder 5 (DSM5)*. American Psychiatric Association.
- Austrian, Sonia G. 2000. *Mental Disorders, Medications, And Clinical Social Work*. New York : Columbia University Press.
- Boyle W. Scott, Grafton H. Hull, Jr, Jannah Hurn Mather, Larry Lorenzo Smith, O. William Farley. *Direct Practice in Social Work*. 2006. Pearson Education, Inc.
- Davison Gerald C, John M. Neale, Ann M. Kring. 2006. *Psikologi Abnormal*. RajaGrafindo Persada.

- Hutchison. D. Elizabeth. 2003. *Dimension of Human Behavior : Person and Environment*. Sage Publication.
- Kaplan, Harold I, Bemjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. 1996. *Synopsis of Psychiatry*. Williams & Wilkins.
- Lauer, Robert H & Jeanette C. Lauer. 2002. *Social Problems & the Quality of Life*. Mc Graw Hill.
- Nichols, P Michael. 2006. *Family Therapy : Concepts And Methods*. Pearson Education, Inc.
- Pritchard, Colin. 2006. *Mental Health Social Work : Evidence Based Practice*. Taylor & Francis.
- Sheafor W. Bradford & Charles R Horesjsi. 2003. *Techniques and Guidlines for Social Work*. 2012. Pearson Education, Inc.
- Woods, E Mary, Howard Robinson. *Psychosocial Theory and Social Work Treatment*, dalam Francis J Turner 1996. *Social Work Treatment*. Free Press.
- Zastrow, Charles. 2003. *The Practice of Social Work : Applications of Generaslist and Advanced Content*. Brooks/Cole, Thomson Learning.