



PANDUAN SKIZOFRENIA UNTUK KELUARGA

oleh
dr. Irmansyah, SpKJ(K)



info.kpsi@gmail.com

Sekretariat: Jl. Limo No. 26 A, Kelurahan Balimester,
Jatinegara, Jakarta Timur.

KATA PENGANTAR

Kehadiran sisoFren di tengah keluarga sering menimbulkan kebingungan pada penderita dan anggota keluarga lain. Sikap dan perilaku



penderita yang selama ini baik dan bahkan membanggakan berubah menjadi perilaku agresif, membahayakan, aneh dan menjadi penyendiri serta sulit dimengerti oleh keluarga.

Penderita (orang dengan sisoFren = ODS) dan keluarga sering tidak menyadari bahwa sisoFren adalah penyakit medis

yang bisa diobati dengan cara-cara medis kedokteran. Banyak yang masih percaya bahwa gejala yang timbul pada penderita adalah akibat sesuatu yang gaib, akibat diguna-guna atau akibat masalah spiritual. Pemahaman ini membawa keluarga mengobati penderita dengan cara spiritual tradisional seperti ke dukun atau ke orang pintar. Untuk jangka waktu yang cukup lama keluarga dan penderita mengabaikan pengobatan medis.

Penderita sisoFren akhirnya datang ke psikiater atau dokter setelah waktu yang cukup lama. Tentu ini menyulitkan proses kesembuhan penderita. Seperti penyakit medis pada umumnya sisoFren akan lebih mudah diobati serta lebih besar kemungkinan sembuh bila diobati sedini mungkin. Membiarkan penderita mengalami berbagai gejala sisoFren untuk jangka waktu yang lama menimbulkan banyak kerugian terutama menurunkan mutu kehidupan penderita serta kehilangan kesempatan untuk berkembang.



Pengobatan yang terlambat lebih banyak disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat umum tentang penyakit ini. Bahkan bagi yang telah sampai pada pengobatan dengan psikiater atau dokter, penderita tetap mencoba jalan penyembuhan yang berliku dengan tetap pergi ke berbagai pengobatan alternatif.

Penulisan leaflet/buku ini ditujukan untuk mempersingkat proses penemuan jalan menuju pemulihan bagi penderita *sisoFren*. Tulisan ini dibuat sesederhana mungkin untuk memudahkan bagi orang awam, terutama keluarga dan penderita, untuk mengerti dan memahami penyakit ini. Pengertian yang benar tentang penyakit ini akan membawa pada proses pengobatan yang tepat dan mempercepat proses pemulihan.

Tujuan penggunaan istilah *sisoFren* yang dalam buku ini adalah untuk mempermudah penyebutan dan memberikan kesan yang baik. Kata asli penyakit ini adalah *schizoprenia* dan diindonesiakan menjadi *skizofenia*, yang tetap saja terasa susah untuk diucapkan. Kata *sisoFren* lebih mudah diucapkan dalam bahasa Indonesia dan tetap mengacu pada kata asli. Selain itu *sisoFren* dalam bahasa tidak resmi dapat juga berarti seseorang yang sangat bersahabat. Karenanya penggunaan istilah ini dapat juga menimbulkan pandangan yang baik tentang ODS (orang dengan skizofrenia).

dr. Irmansyah, SpKJ(K)





I. MENGENAL SISOFREN (SKIZOFRENIA)

SisoFren (skizofrenia) telah dikenal sejak satu abad yang lalu dan merupakan salah satu penyakit medis. SisoFren adalah gangguan pada otak yang menimbulkan gejala kejiwaan berupa sikap, pikiran dan perilaku yang menyimpang. Ini adalah penyakit yang serius, dapat berlangsung lama serta sering terjadi kekambuhan. Bila dibiarkan, penyakit ini dapat mengakibatkan kemunduran dalam berbagai aspek kehidupan sosial penderita. Meski serius, penyakit ini dapat disembuhkan, terutama bila diobati dengan sungguh-sungguh.

Penyakit ini menyebar merata di seluruh dunia. Satu dari 100 populasi beresiko menderita sisoFren dalam seluruh masa hidupnya. SisoFren menyerang semua kelompok masyarakat tanpa pandang bulu. Laki-laki–wanita, kaya–miskin, ras Barat–Timur, pendidikan tinggi–rendah mempunyai resiko yang sama untuk menderita skizofrenia. Di Indonesia dapat diduga jumlah penderita mencapai lebih dari 2 juta.

Gejala penyakit ini mulai nampak pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Pada laki-laki biasanya muncul lebih awal (15-25 tahun) sedang pada wanita bisa muncul pada usia yang lebih lanjut (25-35 tahun). Banyak penderita yang memiliki kemampuan pesonal dan intelektual yang baik pada masa kecil dan remaja sebelum ia mengalami gejala sisoFren. Ini membuat keluarga dan orang di sekitar kehidupan penderita menjadi bingung dan tidak percaya akan perubahan keadaan penderita, dari periang dan penuh keceriaan menjadi individu yang aneh, galak dan penyendiri.





II. TANDA DAN GEJALA

Gejala penyakit ini sangat beragam dan dapat dikenali dengan beberapa perilaku, pikiran dan emosi yang aneh atau ‘berbeda’ dari orang kebanyakan.

Secara umum dapat dibedakan dua kelompok gejala yang terkait dengan periode penyakitnya. Pada periode aktif muncul gejala-gejala yang tidak dimiliki oleh orang pada umumnya seperti halusinasi, delusi, agresivitas dan pembicaraan yang kacau. ini disebut gejala positif. Sementara pada periode lanjut atau kronik penderita mengalami gejala negatif, yaitu tidak memiliki perilaku yang umumnya ada pada orang kebanyakan. Penderita nampak tidak memiliki semangat, tidak memiliki ketertarikan atau hobi, tidak ingin bersosialisasi serta kadang memiliki pola pikir yang ruwet dan menyimpang.

Gejala positif dan negatif dapat terjadi bersamaan. Meski secara umum gejala negatif dijumpai pada keadaan kronis, namun dalam awal penyakit gejala ini juga bisa ada bersamaan dengan munculnya gejala positif.

Perlu diingat semua gejala dihayati oleh penderita dengan sungguh-sungguh. Penderita sungguh-sungguh mengalami dan merasakan gejala-gejalanya. Gejala-gejala tersebut tidak dibuat-buat dan merupakan bagian dari penyakit yang diderita.

A. BEBERAPA GEJALA POSITIF DAN NEGATIF

1. Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi indera yang salah. Panca indera pasien menangkap rangsang atau stimulus yang sesungguhnya tidak ada. Jadi penderita mendengar suara-suara yang tidak ada (halusinasi auditorik), melihat yang tidak nyata (halusinasi visual), merasakan sensasi raba





tanpa stimulus (halusinasi taktil), mencium bau yang tidak nyata (halusinasi olfaktorik) serta merasakan rasa yang aneh (halusinasi pengecap).

Jenis halusinasi yang sering ada pada penderita adalah halusinasi suara. Penderita mendengar suara-suara (halusinasi) yang mengajak bicara, memerintah, menghasut atau memaki atau pasien seperti menjadi objek dari suara-suara yang membicarakannya. Halusinasi ini pada akhirnya dapat menimbulkan sikap dan perilaku yang menyimpang. Pasien terlihat tertawa atau berbicara sendiri (sebagai respon dari halusinasinya), menjadi pemarah karena merasa terganggu oleh halusinasinya atau bisa berkembang pemikiran yang keliru (delusi) karena pasien sangat percaya dengan apa yang didengarnya.

2. Delusi atau waham

Delusi atau waham adalah kepercayaan atau pemikiran yang salah, tidak sesuai dengan budaya setempat serta sulit dikoreksi. Penderita tetap mempertahankan keyakinannya meskipun tidak didukung oleh bukti apapun atau bahkan bukti-bukti menunjukkan hal sebaliknya. Contoh, penderita yakin ada orang atau kelompok orang yang ingin membunuhnya, sedang dimata-matai atau menjadi korban persekongkolan (waham kejar); penderita merasa dirinya sebagai orang yang sangat penting atau memiliki kekuasaan luar biasa besar, orang terkenal atau sangat dicintai (waham kebesaran); atau merasa dirinya sangat berdosa tidak memiliki apapun di dunia ini sehingga tidak ada gunanya hidup (waham nihilistik).





Waham bisa tersusun sangat sistematis sehingga nampak seolah-olah benar dan membuat keluarga atau orang lain kadang menjadi ikut percaya. Namun banyak waham yang tersusun dengan sangat aneh dan sangat tidak masuk akal, misalnya sebagai ratu dari jagat raya. Dalam menghadapi waham apapun, keluarga harus tetap bijak dan tidak terpancing untuk terprovokasi, menjadi marah atau menganggap penderita sebagai orang yang menyebarkan. Waham adalah gejala penyakit, bukan keyakinan penderita yang sesungguhnya. Bila sisoFren membaik, maka gejala waham ini juga menghilang.

Seperti juga halusinasi, waham pada akhirnya dapat menimbulkan sikap dan perilaku yang menyimpang. Penderita menjadi curiga, bersikap bermusuhan dan menjadi agresif (karena merasa yakin bahwa keluarga atau orang lain bermaksud jahat padanya). Pada penderita dengan waham nihilistik, merasa yakin dirinya tidak memiliki apapun dan tidak berguna dapat menimbulkan tindakan bunuh diri.

3. Gangguan proses pikir

Berbagai sensasi dan pikiran yang tidak biasa yang dialami penderita membuat ia menjadi bingung dan kemudian gagal berpikir dengan baik. Dalam keadaan lanjut sering dijumpai cara pasien berbicara menjadi ngawur. Pembicaraan mereka menjadi susah dimengerti, melompat dari satu topik ke topik lain yang tidak saling berhubungan. Atau pasien seperti tiba-tiba berhenti berbicara dan sulit menyelesaikan kalimat yang telah dimulai.





4. Perilaku agresif

Dalam periode akut sering terjadi penderita menjadi pemarah tanpa sebab atau dengan sebab yang sepele. Biasanya pada penderita yang memiliki waham kejar, yang merasa yakin ada orang yang bermaksud jahat terhadapnya, merasa tidak nyaman sehingga suasana perasaannya juga menjadi kacau. Perilaku agresifnya ini dilakukan untuk mempertahankan diri dari rasa tidak nyaman dan rasa tidak aman. Penderita nampak marah-marah, merusak barang, hingga perilaku menyerang dan melukai diri sendiri.

5. Emosi yang datar

Dalam berinteraksi dengan orang lain, nampak kedangkalan emosi penderita. Saat merespon peristiwa atau topik yang lucu misalnya, penderita nampak tidak tertawa dan terlihat biasa saja. Demikian juga saat penderita dihadapkan pada peristiwa yang menyedihkan, emosinya tetap nampak datar. Kondisi ini sering dijumpai pada keadaan lanjut.

6. Menarik diri

Penderita menjadi menarik diri dalam kehidupan sosial serta tidak memiliki motivasi atau inisiatif untuk melakukan sesuatu. Minat dan hobi menurun. Penderita tidak tertarik terhadap kegiatan yang sebelumnya sangat senang dilakukan, terhadap kejadian sehari-hari termasuk terhadap berita-berita yang aktual. Ia nampak asyik dengan dirinya sendiri. Akibatnya terjadi kemunduran dalam mutu kehidupan sosial penderita. Kualitas





pekerjaan dan kinerja di sekolah menjadi turun. Dalam keadaan lanjut penderita terpaksa berhenti dari sekolah dan pekerjaannya.

6. Tidak peduli dengan perawatan diri dan kesehatan

Kemampuan penderita dalam merawat diri menjadi berkurang. Penderita malas mandi dan membersihkan diri, tidak peduli dengan pakaian yang dikenakan. Ia bahkan tidak peduli dengan kesehatannya. Banyak merokok (sebagai usaha untuk menenangkan diri), kurang bergerak, makan dan minum serta tidur menjadi tidak teratur, mengakibatkan penderita menjadi rentan menderita penyakit fisik. Tidak heran bila umur harapan hidup penderita sisoFren jauh lebih rendah dari umur harapan hidup populasi umum.

7. Postur badan yang aneh

Memperlihatkan gerakan-gerakan motorik yang aneh. Atau mempertahankan tubuh pada posisi tertentu untuk jangka waktu yang lama.

B. GEJALA AWAL (PRODROMAL)

Sebelum muncul episode penyakit yang jelas yaitu adanya halusinasi, waham dan perubahan perilaku yang dramatis, perjalanan penyakit sisoFren sering didahului dengan gejala-gejala awal yang biasanya dengan kualitas yang lebih ringan. Beberapa contoh gejala awal ini adalah; perubahan tingkah laku, menarik diri, mempunyai ide-ide yang aneh, kecurigaan ringan, kadang dengan halusinasi yang tidak begitu jelas dan tidak terus





menerus. Perilaku pasien bisa nampak sebagai perilaku pembangkangan, marah-marah dan menentang orang tua atau guru, mudah marah dan urung-urungan. Tidak heran pada periode ini banyak penderita yang mengalami penurunan dalam prestasi di sekolah dan pekerjaan.

Gejala-gejala di atas serupa dengan gejala yang dialami seseorang yang sedang merasa tidak nyaman, atau gejala anak remaja yang sedang mengalami masalah. Pada kondisi seperti ini memang sulit untuk menentukan penyakit pasien. Karenanya meski belum jelas menderita sisoFren, individu dengan gejala di atas dianjurkan untuk menemui dokter/psikiater untuk dapat ditentukan jenis gejalanya serta bila terdapat indikasi sisoFren dapat diobati dengan segera. Pengobatan awal akan meningkatkan harapan kesembuhan.

Tidak semua penderita mengalami periode gejala awal ini. Hanya penderita yang mengalami awitan (onset = awal datangnya gejala) yang lambat yang mengalami gejala prodromal ini. Sebagian penderita mengalami onset yang tiba-tiba (akut) yaitu datangnya gejala sisoFren yang jelas dalam periode waktu pendek, misalnya 1-7 hari.

Jenis-jenis

Gejala sisoFren dapat sangat bervariasi karenanya dalam klasifikasi resmi penyakit dikenal beberapa tipe sisoFren.

1. Tipe paranoid

Ini tipe yang paling sering dijumpai. Gejala utama dari tipe ini adalah halusinasi dan waham yang sangat dominan. Waham bisa lebih dari satu, misalnya pasien merasa dirinya dimatai-matai, sekaligus merasa sebagai orang penting dan berkuasa. Halusinasi bisa terkait





dengan wahamnya, misalnya penderita mendengar suara-suara yang mengatakan bahwa ia harus hati-hati karena ada yang berniat membunuhnya. Pada tipe ini jarang dijumpai adanya pikiran yang kacau atau emosi yang mendatar.

2. Tipe *disorganized* (kacau)

Gejala yang dominan adalah pembicaraan dan perilaku yang kacau, emosi yang mendatar dan kadang sangat sulit dimengerti, misalnya tertawa ‘cekikikan’ tanpa sebab. Kekacauan perilaku membuat keluarga atau orang di sekelilingnya menjadi tidak bisa mengerti dan sulit berkomunikasi dengan penderita.

3. Tipe katatonik

Pada tipe ini perilaku/sikap penderita seperti ‘patung’. Penderita nampak diam, memojok dalam posisi tertentu. Sering nampak pasien tidak bergerak sama sekali untuk jangka waktu yang lama. Pasien sering terlihat berada di tempat tidur, namun jelas tidak sedang tidak tertidur. Pembicaraan sangat sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali.

4. Tipe tak tergolongkan

Pada tipe ini tidak dijumpai gejala-gejala yang khas atau yang menonjol. Penderita dapat mengalami halusinasi atau delusi namun dengan kualitas dan kuantitas yang rendah. Halusinasi yang didengar tidak jelas, muncul kadang-kadang dan/atau tidak mempengaruhi perilaku penderita. Begitu juga waham yang ada, tidak terlalu mempengaruhi perilaku penderita serta kadang-kadang





penderita juga tidak terlalu yakin dengan apa yang dipikirkannya.

5. Tipe residual

Biasanya dialami oleh penderita yang telah melewati fase akut. Semua gejala utama sisoFren tidak menonjol. Yang ada hanya sisa-sisa dari gejala. Kebanyakan adalah gejala negatif seperti menarik diri, menurunnya minat dan pendataran emosi.

III. PENENTUAN DIAGNOSIS PENYAKIT

Tidak ada gejala fisik maupun pemeriksaan laboratorik dan pencitraan atau *imaging* (seperti *CT scan*, *MRI* dan sejenisnya) yang digunakan dokter/psikiater untuk menentukan diagnosis sisoFren. Penegakkan diagnosis murni berdasarkan pengamatan klinis atas gejala dan riwayat penderita. Di Indonesia diagnosis ditegakkan berdasarkan kriteria yang telah disepakati yaitu Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa yang saat ini edisi 3 (PPDGJ-III).

Bila menemukan keluarga dengan gejala-gejala di atas segeralah menemui psikiater atau dokter anda untuk memastikan diagnosisnya. Penentuan diagnosis yang tepat dan cepat akan memperbesar peluang kesembuhan.

Meski tidak ditemui gangguan fisik yang mendasari sisoFren, psikiater atau dokter yang merawat juga akan melakukan pemeriksaan fisik standar dan berbagai pemeriksaan laboratorium serta pencitraan, untuk menyingkirkan kemungkinan berbagai penyakit yang mungkin muncul bersama dengan sisoFren.





IV. BEBERAPA PENYAKIT YANG MIRIP

Gejala kekacauan perilaku tidak saja milik sisoFren, tetapi dapat juga dijumpai pada beberapa penyakit lain, termasuk penyakit fisik. Seperti diketahui pusat perilaku, pikiran dan emosi ada di otak karenanya kelainan fisik yang mengganggu fungsi otak dapat menimbulkan gejala perilaku yang mirip dengan sisoFren. Misalnya infeksi pada otak, trauma atau benturan keras pada otak, penyakit metabolisme, keracunan zat tertentu hingga keracunan atau pengaruh dari beberapa obat psikotropik (narkoba).

Beberapa gangguan psikiatrik lain juga dapat memunculkan gejala yang sama, misalnya pada depresi psikotik, gangguan manik depresif, demensia dengan psikotik dan lainnya.

Bantuan psikiater atau dokter sangat penting untuk memastikan diagnosis sisoFren dan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Terutama harus disingkirkan adalah adanya gangguan atau penyakit fisik, karena gangguan fisik yang menyerang otak dan menimbulkan gejala-gejala yang mirip sisoFren biasanya gangguan yang serius dan memerlukan pengobatan segera.

V. PENYEBAB SISOFREN

Hingga kini penyebab pasti sisoFren belum diketahui. Namun dari berbagai penelitian dipercaya bahwa sisoFren adalah penyakit dengan penyebab yang kompleks. Artinya penyakit ini bisa disebabkan oleh beberapa keadaan sekaligus, baik yang berasal dari lingkungan fisik dan psikologis maupun akibat keadaan dari dalam diri penderita sendiri.





Secara umum dalam ilmu kedokteran jiwa dikenal tiga faktor utama sebagai penyebab gangguan psikiatrik, yaitu biologi dalam hal ini faktor-faktor fisik; psikologi melihat ke dalam keadaan psikologis yaitu pikiran, perasaan, perilaku dan kepercayaan; dan sosial yaitu faktor-faktor sosial di sekitar penderita, mulai dari keluarga, lingkungan masyarakat sekitar hingga pada lingkungan budaya yang lebih luas.

Faktor keturunan (genetik) kini dipercaya merupakan sebagai faktor resiko yang paling kuat dalam menyebabkan sisoFren. Ini dapat dilihat dari lebih seringnya dijumpai penderita sisoFren di dalam silsilah keluarga penderita dibandingkan dengan silsilah keluarga dari individu normal. Meski demikian genetik bukanlah satu-satunya faktor. Beberapa faktor lain, meskipun tidak terlalu kuat, diduga dapat berperan menjadi faktor resiko, di antaranya: komplikasi saat proses kelahiran, infeksi saat dalam kandungan, riwayat trauma kepala, serta infeksi pada masa kecil, tekanan dan pengalaman tramatis serta pengaruh penyalahgunaan obat psikotropik (narkoba).

Perlu diingat bahwa sisoFren *bukan* disebabkan oleh guna-guna, kutukan, keprbadian ganda, kesalahan dalam pengasuhan, terlalu banyak membaca buku agama atau terlalu banyak mengikuti kegiatan keagamaan, putus pacar, terlalu banyak onani atau karena keinginan yang tidak terkabul. Ini adalah sebagian dari dugaan yang disampaikan oleh keluarga kepada dokter pada saat memeriksakan penderita.

Beberapa kejadian yang disampaikan keluarga di atas lebih sering sebagai pencetus munculnya gejala-gejala awal, namun bukan sebagai penyebab. Yang terjadi adalah penderita sudah memiliki bakat (kecenderungan biologis) untuk menderita





sisoFren dan gejalanya menjadi lebih jelas saat penderita mengalami peristiwa yang menekan atau menimbulkan perasaan tidak tenang dan kekecewaan dalam kehidupannya.

VI. PERJALANAN PENYAKIT SISOFREN

Seperti gejalanya, perjalanan penyakit sisoFren juga beragam. Ada penderita yang hanya mengalami satu kali episode sisoFren dan kemudian kembali pada fungsi normal. Penderita lain mengalami beberapa episode, namun kondisi kesehatannya di antara episode penyakitnya nampak baik dan bisa berfungsi normal. Bentuk perjalanan penyakit yang lain adalah penderita mengalami penyakit dengan episode yang berulang serta juga mengalami kemunduran dalam fungsi sosial saat ia dalam keadaan tenang. Di Indonesia jenis perjalanan penyakit seperti ini lebih sering dijumpai, oleh karena banyak penderita yang tidak mendapatkan pengobatan yang cukup saat mengalami serangan penyakit. Tambahan lagi banyak juga keluarga dan penderita sendiri malu dan menjadi tidak percaya diri karena pernah mengalami sisoFren. Keadaan ini membuat potensi penderita menjadi tidak berkembang bahkan akhirnya mengalami kemunduran. Dengan pengobatan dan penanganan yang optimal, penderita dapat mencapai kondisi yang lebih baik.

Dalam jumlah yang lebih sedikit, ada penderita yang mengalami episode penyakit yang terus menerus dengan sedikit atau tanpa episode tenang. Terjadi kemunduran yang sangat nyata pada fungsi sosial sehari-hari. Pada kelompok ini dukungan yang terus menerus dari rumah sakit ataupun layanan kesehatan jiwa lain sangat diperlukan.





Secara umum terlihat sisoFren merupakan penyakit yang cenderung kambuh dan menjadi menahun atau kronis. Dalam perjalanan penyakitnya penderita dapat terlihat benar-benar sembuh. Namun pengobatan tidak boleh dihentikan begitu saja karena bisa menimbulkan kekambuhan. Jadi perjalanan penyakit sisoFren tipe 1 (hanya satu kali episode) bisa berubah menjadi tipe 2 (beberapa episode dengan kesembuhan yang baik di antaranya). Kemudian tipe 2 bila terus menerus mengalami episode penyakit bisa berkembang jadi tipe 3 dan seterusnya. Apabila sering terjadi kekambuhan kualitas hidup penderita akan bertambah buruk. Fungsi-fungsi sosial akan menurun dan akhirnya menurunkan kepercayaan diri, membuat penderita makin mengisolasi diri. Seperti lingkaran setan, kondisi penderita dapat semakin bertambah parah. Lingkaran setan ini dapat dicegah dengan mengurangi atau mencegah kekambuhan.

VII. FAKTOR-FAKTOR YANG DAPAT MENCETUSKAN KEKAMBUHAN

Berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dapat mencetuskan kekambuhan, di antaranya:

Faktor biologis:

1. Mengkonsumsi obat-obat yang dapat merusak otak seperti narkotik dan obat berbahaya (narkoba).
2. Mengalami trauma kepala, infeksi atau tumor pada otak.
3. Menghentikan minum obat tanpa persetujuan psikiater/dokter.

Faktor psikologis



- 
4. Mendapatkan masalah yang berat yang membebani pikiran penderita.
 5. Menurunnya rasa percaya diri.
 6. Tidak melakukan konseling atau konsultasi dengan profesional sesuai anjuran.

Faktor lingkungan

7. Kritikan atau tuntutan dari keluarga yang berlebihan.
8. Perlakuan atau sikap keluarga yang dirasakan tidak adil.
9. Dukungan dan penerimaan dari keluarga dan masyarakat yang kurang.

A. TANDA DAN GEJALA KEKAMBUHAN

Bila kekambuhan terjadi penderita harus segera dibawa berobat ke psikiater/dokter untuk mencegah timbulnya gejala-gejala lanjut yang lebih menyulitkan (misalnya agresivitas) atau gejala menjadi lebih parah yang dapat mengakibatkan perlunya pengobatan yang lebih intensif hingga perawatan. Berikut adalah beberapa tanda awal datangnya kekambuhan yang perlu dikenal oleh keluarga, di antaranya:

1. Mulai menarik diri dari pergaulan; tidak mau bergaul, mengurung diri di kamar, asyik dengan kegiatan individu.
 2. Mengabaikan perawatan diri; tidak mau mandi atau membersihkan diri, malas ganti baju, membiarkan rambut, kumis dan jenggot tidak terawat, jauh dari kebiasaan sehat (menolak olah raga atau makan dengan teratur)
 3. Perilaku yang aneh dan tidak biasa; berbicara atau tertawa sendiri, seperti mendengar suara yang tidak ada sumbernya, timbulnya ide-ide atau pikiran-pikiran yang tidak biasa atau aneh.
- 

- 
4. Sulit tidur, atau tidur tidak pada waktu yang tepat; malam lebih banyak terjaga, mondar-mandir mengerjakan sesuatu yang tidak jelas dan banyak tidur di siang hari.
 5. Keadaan emosi yang berubah; mudah marah, kasar, ketakutan dan gelisah.
 6. Malas mengerjakan hal-hal yang biasanya rutin dilakukan; tidak mau membantu, tidak ada inisiatif, kehilangan semangat.

B. PERAN KELUARGA UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN

Di Indonesia hampir semua penderita sisoFren yang tidak sedang dirawat hidup dengan keluarga. Karenanya keluarga dapat berperan besar dalam mencegah terjadinya kekambuhan. Berikut beberapa hal yang dapat dilakukan keluarga:

1. Memastikan penderita minum obat dengan teratur.
 2. Memotivasi dan membawa penderita untuk kontrol ke dokter secara teratur.
 3. Memberi dukungan, kehangatan dan perhatian pada penderita.
 4. Menerima keadaan penderita apa adanya, tidak selalu menyalahkan atau mengucilkan penderita.
 5. Melibatkan penderita pada kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan kemampuan penderita.
 6. Menyerahkan beberapa tanggung jawab yang sesuai dengan keadaan penderita
 7. Sedapat mungkin menghindari terjadinya masalah kehidupan yang terlalu berat bagi penderita yang dapat menimbulkan tekanan (stres) pada penderita.
- 



Hal-Hal yang Harus Dihindari oleh Keluarga

Hal sebaliknya bisa terjadi, yaitu keluarga dapat menjadi sumber tekanan dan pencetus kekambuhan. Karenanya beberapa hal di bawah ini harus dihindari:

1. Membebani kondisi emosional penderita yang sudah rapuh dengan melontarkan kritikan atau memarahi penderita.
2. Terlalu dominan dan tidak memberi kesempatan penderita untuk berkembang. Banyak keluarga yang merasa penderita sudah tidak mempunyai kemampuan apapun hingga membuat keluarga mengambil alih tugas keseharian penderita, misalnya melarang penderita melakukan hal apapun, memanjakan penderita dan memberikan apapun yang diinginkan, selalu berada bersama penderita sepanjang waktu (dengan maksud untuk mengawasi).
3. Memaksakan penderita untuk melakukan sesuatu yang sulit dilakukan.
4. Mengubah dosis obat, cara pemberian atau menghentikan pengobatan tanpa berkonsultasi dengan dokter
5. Mengucilkan penderita dari kehidupan sosial, misalnya tidak mengikutkan penderita pada acara keluarga, melarang penderita untuk menerima tamu.
6. Menyalahkan penderita, diri sendiri, atau pihak lain sebagai penyebab terjadinya penyakit yang diderita. Ini dapat menimbulkan kemarahan atau menimbulkan beban psikologis pada penderita.





VIII. PENGOBATAN SISOFREN

Sesuai prinsip bio-psiko-sosial, maka pengobatan sisoFren juga mengikuti prinsip tersebut. Pada episode akut pengobatan yang utama adalah pengobatan biologis melalui pemberian obat-obatan. Tujuannya adalah mengatasi gejala sisoFren (terutama gejala positif) secepatnya. Tentu sejak awal pengobatan tetap tidak mengabaikan pendekatan psikologis dan sosial. Hanya pengobatan psikologis dan sosial akan lebih bisa diterapkan dan akan lebih efektif bila penderita telah lebih tenang dan gejala positif telah mereda.

A. OBAT-OBATAN

Salah satu penyebab sisoFren adalah adanya ketidakseimbangan zat neurokimia (yang berfungsi sebagai neurotransmitter) di otak. Telah lama dipercaya bahwa pada ODS terjadi hiperaktivitas dari neurokimia dopamin, sehingga obat yang telah lama dikenal berkerja dengan cara menurunkan aktivitas dopamin ini sering disebut sebagai obat tipikal. Namun kini dipercaya bahwa terdapat neurotransmitter lain yang terlibat di antaranya serotonin dan glutamat. Dengan demikian obat-obat yang lebih baru, selain bekerja di sistem dopamin, juga bekerja di sistem neurotransmitter lain dengan tujuan membuat semua sistem neurotransmitter menjadi seimbang (sering disebut sebagai obat atipikal).

Saat ini telah banyak obat-obat yang tersedia untuk pengobatan sisoFren. Sangat dianjurkan bagi ODS dan keluarga untuk mengetahui obat yang diresepkan dokter. Pengetahuan yang baik dari ODS dan keluarga tentang obat-obatan akan





membantu dalam mengantisipasi efek penyembuhan maupun efek samping dari obat-obat yang diresepkan. Kerjasama yang baik dari ODS dan keluarga dengan dokter sangat penting untuk meningkatkan keteraturan atau kepatuhan dalam mengkonsumsi obat-obatan, hal yang sangat penting untuk menuju pemulihan.

Tiap ODS memiliki gejala yang unik. Karenanya obat yang diberikan, dosis, cara pemberian dan lamanya obat yang diberikan bisa unik dan berbeda untuk tiap ODS. Pada fase akut serta fase penstabilan gejala, dosis dan pemberian obat harus dimonitor dengan ketat dan disesuaikan dengan keadaan hingga dicapai dosis obat dan jenis obat yang dapat menghilangkan gejala dan dengan efek samping yang ringan (dapat ditoleransi). Sama seperti pengobatan penyakit kronik yang lain, proses pencarian obat yang tepat sering berdasar pada usaha coba-coba (*trial and error*) sebelum ditemukan komposisi obat yang pas. Ini adalah proses yang normal dan bahkan diperlukan.

Ketika menerima resep dokter ODS dan keluarga sebaiknya mengetahui dengan persis beberapa hal di bawah ini:

1. Nama obat (nama dagang maupun nama generik)
2. Cara pemberian
3. Dosis obat dan frekuensi pemberian
4. Di mana obat tersebut bisa diperoleh
5. Jangka waktu pemberian obat tersebut
6. Efek samping yang mungkin terjadi.





B. BEBERAPA PRINSIP DASAR PEMBERIAN OBAT

Banyaknya obat yang tersedia serta luasnya keragaman gejala sisoFren membuat dokter memberikan obat dengan berbagai variasi, berdasarkan pada keadaan penderita serta pengalaman dokter sendiri. Namun dalam meresepkan obat untuk sisoFren dokter biasanya mengikuti beberapa pedoman di bawah ini:

1. Pemberian obat merupakan komponen penting untuk hampir semua ODS.
 2. Pendekatan psikologis bekerja bersama dengan obat untuk mendukung kepatuhan pengobatan serta kemampuan menjalani kehidupan sosial di masyarakat.
 3. Obat-obatan harus disesuaikan dengan kebutuhan tiap ODS. Tiap ODS dapat memberi respon yang berbeda. Keadaan ODS saat ini, riwayat pengobatan yang lalu serta efek samping yang timbul harus diperhitungkan. Pada ODS yang mengalami gejala untuk pertama kali biasanya memerlukan obat dengan dosis yang rendah. Kondisi yang sama untuk ODS lanjut usia.
 4. Pasien dan keluarga harus terlibat dalam pemilihan obat. Karenanya mereka harus mendapat informasi yang cukup tentang risiko dan manfaat pemberian obat. Dokter harus merekomendasikan dengan sangat penggunaan obat-obatan hingga mendapatkan persetujuan dari ODS dan keluarga.
 5. Efek samping yang timbul dapat bervariasi tergantung pada kesehatan fisik penderita, kemajuan gejala, serta lamanya pengobatan diberikan.
- 

- 
6. Memberikan obat dengan cara yang sesederhana mungkin. Bila perlu pemberian satu kali sehari akan mempermudah pasien patuh pada pengobatan.
 7. Dosis harus dijaga dalam batas yang normal. Dokter harus melakukan pencatatan yang diperlukan terhadap alasan pemberian dosis yang di luar batas normal.
 8. Tidak ada bukti yang mendukung manfaat penggunaan lebih dari satu obat untuk waktu yang bersamaan.
 9. Monitoring yang teratur dan terus menerus sangat diperlukan untuk menilai apakah obat dapat memberikan efek yang diharapkan, atau tidak memberikan respon pengobatan sama sekali, atau munculnya efek samping obat.

Tujuan pengobatan yang utama adalah mengontrol gejala sisoFren. Karena penyebab gangguan ini belum diketahui dengan pasti, maka pengobatan bukan untuk menyembuhkan namun sekali lagi untuk mengendalikan gejala-gejala sehingga memungkinkan penderita hidup normal dan aktif dalam kegiatan sehari-hari di tengah masyarakat.

Lama pengobatan sangat bervariasi, tergantung dari berat ringannya gejala. Pengobatan dapat berlangsung beberapa bulan hingga tahunan dan bahkan dapat berlangsung seumur hidup. Karena tujuan pengobatan adalah untuk mengontrol dan mengendalikan gejala maka obat biasanya tetap terus diberikan meskipun gejala-gejala sudah jauh berkurang atau bahkan telah hilang sama sekali, dengan tujuan untuk mencegah kembalinya gejala sisoFren.

Kontrol teratur sesuai dengan anjuran dokter sangat penting untuk diikuti. Dari waktu ke waktu dokter akan melakukan penyesuaian baik jenis maupun dosisnya berdasarkan perkembangan gejala. Bila keadaan membaik misalnya, maka





dokter akan menurunkan dosis secara bertahap hingga mencapai dosis terkecil yang mampu mengendalikan gejala sisoFren. Pada beberapa penderita memungkinkan bagi dokter untuk mencoba menghentikan pemberian obat. Bila dokter memutuskan untuk mencoba menghentikan obat, maka tugas keluarga dan ODS adalah terus menjaga kondisi kesehatan mental ODS dan mendeteksi timbulnya gejala kekambuhan. Karenanya meskipun obat telah dihentikan, kunjungan teratur ke dokter tetap diperlukan, untuk terus mendukung dan menjaga kesehatan mental ODS serta bersama keluarga mendeteksi kekambuhan sedini mungkin.

Dokter dengan keahliannya dan pengalamannya dapat menentukan obat apa yang dipilih, cara penggunaannya serta kapan menghentikannya. Kepatuhan keluarga dan ODS dalam mengikuti petunjuk dokter sangat penting. Keraguan atau pertanyaan apapun yang muncul dalam benak keluarga dan ODS harus didiskusikan dengan dokter yang meresepkan obat tersebut.

Sediaan obat yang diberikan bisa berupa tablet, sirup, obat tetes atau obat suntik dengan cara pemberian yang bervariasi dari satu hingga tiga kali pemberian per hari. Untuk mempertinggi kepatuhan diskusikan dengan dokter kemungkinan untuk memberikan obat dengan frekuensi serendah mungkin. Yang ideal pemberian obat hanya dilakukan satu kali sehari, namun tentu tidak bisa diterapkan pada semua ODS. Frekuensi pemberian obat suntik pun juga bisa bervariasi. Dalam keadaan akut biasanya diberikan obat suntik sebagai pengganti obat yang diminum untuk efek penyembuhan yang segera. Dalam keadaan yang lebih tenang kini terdapat juga obat suntik yang bisa diberikan tiap 2 minggu atau tiap bulan sesuai kebutuhan.





Di bawah ini adalah daftar obat untuk sisoFren yang ada di Indonesia:

Nama generik	Nama dagang
<u>OBAT TIPIKAL</u>	
Klorpromazin	Largactil,
Haloperidol	Haldol, Serenace, Lodomer
Trifluoperazin	Stelazine
Pherfenazin	Trilafon
Tioridazil	Meleril
<u>OBAT ATIPIKAL</u>	
Risperidon	Risperdal, Neripros, Zofredal, Noprenia
Olanzapin	Zyprexa
Klozapin	Clozaril, Luften, Sizoril
Quetiapin	Seroquel
Aripiprazol	Abilify
Ziprazidon	Zeldox (belum tersedia di Indonesia)





C. KOMPLIKASI DAN EFEK SAMPING PEMBERIAN OBAT

Semua obat untuk sisoFren yang telah beredar telah terbukti dapat mengurangi dan kemudian mengontrol gejala sisoFren. Namun diakui, obat-obat ini juga dapat menimbulkan efek samping pada sebagian individu. Efek samping umumnya ringan dan dapat ditoleransi dengan baik. Meski demikian efek samping ini perlu diketahui dan diantisipasi sehingga dapat dihindari atau ditekan serendah mungkin. Pada sebagian kecil kasus dapat dijumpai efek samping yang lebih berat. Segera laporkan dan diskusikan efek samping yang dirasakan oleh ODS saat mengkonsumsi obat. Keluarga, ODS dan dokter dapat memutuskan bersama-sama tindakan apa yang dilakukan untuk mengurangi atau meniadakan efek samping ini tanpa menurunkan efek pengobatan yang dihasilkan.

Pada obat tipikal (yang bekerja hanya pada neurotransmitter dopamin) bisa dijumpai efek samping yang terkait pada penurunan aktivitas dopamin yang berlebihan, yang biasanya terkait pada 2 kelompok gejala yaitu gejala motorik dan hormonal. Berikut adalah beberapa efek samping yang umumnya terjadi pada pemberian obat tipikal:

- Ngantuk
- Otot kaku
- Mulut kering
- Sulit buang air besar
- Gemetar (tremor)
- Kehilangan keseimbangan
- Pandangan kabur
- Gelisah
- Penurunan seksual



- Menstruasi tidak teratur

Untuk mengatasi efek samping pada sistem motorik seperti tremor, badan kaku dan gelisah dokter biasanya akan memberikan triheksifenidil (contoh; artane, hexymer).

Sementara obat-obat atipikal jarang atau lebih sedikit menimbulkan beberapa efek samping di atas. Namun beberapa data terakhir memperlihatkan adanya efek samping yang berbeda. Misalnya peningkatan berat badan serta risiko mendapatkan diabetes melitus (pada pemberian olanzapin, risperidon dan seroquel), terjadinya kelainan darah (pada pemberian clozapin). Risperidon sendiri tetap dapat menimbulkan beberapa efek samping dari obat tipikal meski dengan gejala yang lebih ringan.



Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI)

Selayang Pandang

facebook

Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia

twitter



@kpsi_jkt



Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia adalah sebuah komunitas tempat berbagi pengetahuan dan pengalaman penderita skizofrenia dan keluarganya. Komunitas ini berawal dari pengalaman Bagus utomo dan keluarganya berjuang menghadapi salah seorang kakak lelakinya yang mengalami skizofrenia. Tanpa dibekali pengetahuan, keluarga seperti



menghadapi musuh yang tidak terlihat.

Ketika akhirnya ia menemukan sejumlah situs di internet tentang skizofrenia, jawaban itu mulai terlihat. Ia mulai menerjemahkan sejumlah artikel yang menjadi modal untuk melakukan edukasi pada anggota keluarganya. Dengan pengetahuan yang tepat, musuh yang tadinya tidak terlihat, mulai tampak wujudnya sehingga langkah-langkah pemulihan dapat ditentukan dengan jelas. Perjuangan bersama keluarga mendorong Bagus Utomo untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman. Ia tidak ingin ada keluarga lain yang harus melalui jalan berat dan panjang seperti ia sekeluarga lewati.

Tahun 2001 Bagus Utomo membentuk sebuah milis (*mailing list*) di internet bernama *schizophrenia-l@yahoogroups.com*. Cukup banyak anggota yang bergabung, sekitar 600 anggota. Namun 10 tahun yang lalu, literatur di internet tentang gangguan jiwa berbahasa Indonesia masih sangat sedikit sehingga diskusi tidak terlalu berkembang.

Kemudian pada tahun 2009, anggota milis tersebut dipindahkan ke aplikasi facebook dengan bentuk facebook group *Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia*. Di sinilah komunitas berkembang pesat hingga akhir bulan Oktober 2012 telah mencapai lebih dari 6500 orang anggota. Anggota tersebut datang dari penderita dan keluarganya, kalangan medis serta masyarakat umum. Hal yang menarik dari forum diskusi pada komunitas tersebut adalah adanya golongan remaja yg rentan yang sudah merasakan gejala awal dan membutuhkan dukungan. Hal lain yang membahagiakan adalah terbentuknya suasana saling terbuka, mendukung, mencerahkan baik antar sesama ODS, keluarga, kalangan medis, dan publik yang secara





umum mendukung pemulihan.

Kegiatan produktif tidak sekedar terjadi di dunia maya. Komunitas tersebut telah melakukan kegiatan Kopi Darat secara teratur sebagai sarana silaturahmi dan berbagi pengetahuan serta pengalaman nyata antar-sesama anggota. Kegiatan ini juga mulai digagas oleh rekan-rekan di daerah dengan menyelenggarakan kegiatan Kopi Darat KPSI di Yogyakarta, Surabaya, Malang, Bandung, Jember, Solo, dan Medan. Dalam kegiatan tersebut, hembusan semangat untuk belajar dan bangkit dari gangguan yang mendera dapat dirasakan secara positif.

KPSI juga menyelenggarakan kegiatan kreatif berupa latihan melukis bagi anggota yang berminat. Kegiatan yang baru mulai diselenggarakan tahun 2011 ini cukup mendapat sambutan positif. Harapannya, semangat untuk dapat berkarya dan produktif kembali dapat tumbuh kembali. Keluarga-keluarga juga dirangsang untuk dapat memecahkan masalah kurangnya kegiatan positif bagi ODS (Orang dengan Skizofrenia) selama masa pemulihan di rumah dengan menciptakan kegiatan yang disenangi.

Untuk menggugah semangat keluarga dalam pendampingan ODS, KPSI telah menerbitkan sebuah buku yang berjudul *Mozaik: Kisah Inspiratif tentang Mereka yang Hidup bersama Orang dengan skizofrenia*, kumpulan kisah nyata keluarga-keluarga anggota KPSI dalam menghadapi skizofrenia yang disertai ulasan sejumlah psikiater. Buku ini tidak hanya berupa penghiburan dan semangat bahwa mereka tidak sendiri dalam menghadapi skizofrenia, namun juga memperkaya pengetahuan tentang aspek medis gangguan jiwa skizofrenia.

Dalam usahanya mengubah stigma negatif terhadap





gangguan jiwa, di bulan Oktober 2010, KPSI bersama Kementerian Kesehatan RI terlibat dalam penyelenggaraan pameran lukisan dan foto karya Orang dengan Skizofrenia yang bertajuk *Sentuh Hati Sepenuh Jiwa*. Masih dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Jiwa Sedunia 2010, bersama RS Jiwa Soeharto Heerjan, Grogol-Jakarta Barat, KPSI juga menyelenggarakan kegiatan melukis bersama di atas kanvas sepanjang 130 meter. Kegiatan ini diikuti oleh sejumlah penderita gangguan jiwa Skizofrenia dari sejumlah rumah sakit di Jakarta. Pada bulan kesehatan jiwa, tahun 2011, KPSI menyelenggarakan pameran lukisan dan berbagai kegiatan lainnya yang berkaitan dengan kreativitas yang bertajuk *Hospital without Wall* di Taman Ismail Marzuki (TIM) Jakarta. Pameran ini dikunjungi oleh sekitar 600 orang pengunjung.

Pada peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia Tahun 2011, KPSI mendapat penghargaan dari Menteri Kesehatan atas perannya dalam edukasi publik, dan pada bulan Oktober 2012 Bagus Utomo, sebagai ketua KPSI mendapat penghargaan internasional dr. Guislain Award atas peranannya dalam memutus mata rantai stigma.

Semoga saja komunitas ini terus berkembang baik tidak hanya di dunia maya namun juga kegiatan-kegiatan di dunia nyata sehingga kesadaran ini terus menyebar kepada banyak orang untuk ikut mengembangkan komunitas pendukung ODS dan keluarganya di masing-masing daerah.

Bantu kami menyampaikan fakta bahwa skizofrenia sama dengan penyakit biasa lainnya seperti diabetes dan hipertensi yang dapat dikelola dengan baik dengan bantuan medis. Stigma, pandangan negatif, dan mitos seputar gangguan jiwa adalah yang membuat gangguan skizofrenia terlihat mustahil untuk





dikalahkan. Ayo hapus stigma!

Semangat dan salam sehat jiwa! ■



