

# Studi Kasus Dinamika Psikologis Pasien dengan Gangguan Mental Psikotik Skizoafektif

Santi Tri Wintari

Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya, Indonesia

Email: santi.5130165@gmail.com

## Abstract

This study aims to describe the psychological dynamics and factors that cause one schizophrenic spectrum disorder that is schizoaffective for the symptoms of schizophrenia and affective disorders that stand out at the same time. This research is a qualitative case study with one participant, Joko who is diagnosed with schizoaffective disorder. The examination used interviews, observation, and several psychological tests. The results show that there are internal factors such as personality, coping skills, genetic vulnerability and external factors such as social support and unfulfilled affection and stressors as triggers that contribute to schizoaffective disorders. The results of the study can be a reference to prevent schizoaffective disorders through psychoeducation to families and help people with schizoaffective disorders by providing interventions to train emotional regulation and coping skills.

**Keywords:** external factors, internal factors, psychological dynamics, schizoaffective

## Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan dinamika psikologis dan faktor penyebab salah satu gangguan spektrum skizofrenia yaitu skizoafektif adanya gejala-gejala skizofrenia dan gangguan afektif yang menonjol pada saat yang bersamaan. Penelitian ini merupakan studi kasus yang bersifat kualitatif dengan satu partisipan yaitu Joko yang terdignosa gangguan skizoafektif. Pemeriksaan dilakukan secara mendalam menggunakan metode wawancara, observasi, dan beberapa tes psikologi. Hasil menunjukkan terdapat faktor internal seperti kepribadian, keterampilan *coping*, kerentanan secara genetik dan faktor eksternal seperti dukungan sosial dan afeksi yang tidak terpenuhi dan stresor sebagai pemicu yang berkontribusi memunculkan gangguan skizoafektif. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan mencegah gangguan skizoafektif melalui psikoedukasi kepada keluarga dan membantu penderita gangguan skizoafektif dengan pemberian intervensi melatih regulasi emosi dan keterampilan *coping*.

**Kata kunci:** faktor eksternal, faktor internal, dinamika psikologis, skizoafektif

## 1. Pendahuluan

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang mencakup gejala psikosis yaitu kondisi medis yang terjadi karena disfungsi otak. Psikosis digambarkan dengan kondisi mental seseorang yang tidak berhubungan dengan realitas seperti mendengar suara yang tidak ada atau percaya pada hal-hal yang tidak terbukti kebenarannya. Individu yang mengalami psikosis kesulitan untuk memisahkan kenyataan dengan pengalaman pribadi yang salah serta, mungkin berperilaku dengan cara yang berisiko tanpa menyadari perilaku tersebut adalah sesuatu yang tidak biasa (Compton & Broussard, 2009). Episode psikosis sebagai karakteristik gejala skizofrenia yang dialami individu dapat mengganggu keberfungsian individu baik dalam aspek sosial maupun pekerjaan.

Episode psikosis meliputi dua gejala yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif adalah hal-hal yang tidak seharusnya dilakukan atau dipikirkan orang lain karena merupakan pengalaman abnormal yang ditambahkan ke fungsi mental normal. Gejala positif meliputi halusinasi yaitu pengalaman dari salah satu pancaindra dan delusi yaitu keyakinan salah yang bertahan dalam jangka waktu yang panjang (Compton & Broussard, 2009). Studi pilot yang dilakukan oleh WHO pada tahun 1973 (Barbato, 1998) mengungkapkan bahwa halusinasi pendengaran ditemukan pada sekitar 70% pasien skizofrenia. Gejala negatif adalah hal-hal yang secara normal dilakukan atau dipikirkan orang lain yang meliputi *anhedonia* atau kehilangan minat, *apathy* yaitu tidak peduli terhadap apa yang terjadi dalam hidupnya, afek datar yaitu kurangnya emosi dan nada suara yang tumpul, penarikan emosi yaitu kurang kedekatan emosi dengan orang lain karena merasa tidak terhubung, dorongan energi atau motivasi rendah untuk terlibat dalam kegiatan sosial atau mendapatkan pekerjaan, kurang memperhatikan kebersihan diri, gerakan lambat seperti berjalan atau berbicara lebih lambat dari

biasanya, sebagai individu menunjukkan peningkatan permusuhan atau agresivitas seperti menghancurkan properti atau mengancam orang lain, dan isolasi sosial yaitu ketidakpedulian terhadap hubungan penting sebelumnya dan sulit membentuk hubungan baru sehingga menghabiskan sebagian besar waktu sendirian (Compton & Broussard, 2009).

Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mendapati bahwa terjadi peningkatan prevalensi rumah tangga dengan anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa dari tahun 2013 hingga 2018. Tahun 2018 prevalensi skizofrenia di Indonesia rata-rata 7 (tujuh) per 1000 rumah tangga, hal ini berarti dari 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga yang memiliki anggota mengidap skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Individu dapat mengalami skizofrenia karena dua model utama yang berjalan seiring yaitu melibatkan hubungan antara genetik (80-85%) dan faktor resiko internal (15-20%). Beberapa orang dilahirkan dengan gen yang berisiko memiliki psikosis namun harus terdapat stresor yang memicu seperti *major life event* atau penggunaan narkoba (Compton & Broussard, 2009). Pengalaman yang penuh stres dapat memberikan kontribusi terhadap perkembangan skizofrenia pada individu yang memiliki kerentanan secara genetik (Nevid, Rathus, & Greene, 2005). Umumnya, pemicu adalah peristiwa stres besar atau traumatik seperti konflik keluarga, masalah pekerjaan, kecelakaan, penyakit berat, kematian orang yang dicintai, kehilangan figur yang memberikan dukungan (Ciornei, Bumbu, & Spînu, 2011). Masalah psikososial yang umum diantara orang yang mengalami episode psikosis meliputi: kehilangan pekerjaan, tidak memiliki teman, konflik dengan keluarga, konflik dalam hubungan, sulit mempertahankan perumahan, tidak menjaga kebersihan diri, dan tidak memiliki kegiatan rekreasi (Compton & Broussard, 2009).

Salah satu gangguan spektrum skizofrenia dan psikotik adalah skizoafektif. Diagnosis gangguan skizoafektif dibuat apabila gejala-gejala definit adanya skizofrenia dan gangguan afektif menonjol pada saat yang bersamaan atau dalam beberapa hari yang satu terjadi sesudah yang lain (Maslim, 2013). Diagnosa untuk gangguan skizoafektif berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition/ DSM-5* yaitu (American Psychiatric Association, 2013):

-Periode penyakit tidak terputus yang terdapat episode mayor mood (depresi mayor atau episode manik) bersamaan dengan gejala yang memenuhi kriteria A untuk Skizofrenia (selama periode 1 bulan hadir delusi, halusinasi, berbicara tidak koheren, perilaku tidak teratur, gejala negatif). -Delusi atau halusinasi selama 2 minggu atau lebih tanpa adanya episode mayor mood (depresi atau manik) selama durasi seumur hidup penyakit. -Gejala yang memenuhi kriteria untuk episode mood hadir untuk sebagian besar dari total durasi periode aktif dan sisa penyakit. -Gangguan bukan disebabkan oleh zat (misalnya penyalahgunaan narkoba, obat) atau kondisi medis lainnya.

Tentukan apakah: Tipe bipolar: subtype ini berlaku jika terdapat episode manik. Episode depresi mayor juga dapat terjadi. Atau Tipe depresi: subtype ini berlaku jika hanya episode depresi mayor.

Onset usia gangguan skizoafektif adalah masa dewasa awal, meskipun onset bisa terjadi mulai dari remaja hingga usia lanjut. Gangguan skizoafektif tipe bipolar mungkin lebih sering terjadi pada dewasa muda, sedangkan gangguan skizoafektif tipe depresi mungkin lebih sering terjadi pada orang dewasa yang lebih tua (American Psychiatric Association, 2013).

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dinamika psikologis pada individu dengan gangguan skizoafektif dengan menganalisa faktor biopsikososial sebagai etiologi munculnya masalah yang diformulasikan dalam 5P yaitu *presenting problems* yang didiagnosis berdasarkan DSM, *predisposing factors* yaitu penyebab masalah, *precipitating factors* yaitu pemicu masalah, *perpetuating factors* yaitu yang membuat masalah berkepanjangan, dan *protective factors* yaitu pencegah masalah (Ingham, Clarke, & James, 2008; Macneil, Hasty, Conus, & Berk, 2012).

Penelitian menggunakan desain studi kasus pada satu individu yang bersifat kualitatif untuk membangun representasi berdasarkan pengetahuan kasus yang mendalam dan terperinci. Desain ini memeriksa kedua detail fitur internal setiap kasus serta situasi di sekitarnya (Neuman, 2014). Partisipan penelitian berjumlah satu orang bernama Joko (bukan nama sebenarnya) yang mengalami gangguan skizoafektif. Pemilihan partisipan melalui *purposive sampling* yang juga dikenal sebagai *judgmental sampling* yaitu jenis pengambilan sampel untuk situasi khusus. Dalam *purposive sampling*, kasus-kasus yang dipilih jarang mewakili seluruh populasi (Neuman, 2014). Joko pertama kali terdiagnosa saat berusia 48 tahun yaitu pada tahun 2018 yang diawali dengan perilaku yang

meresahkan warga yaitu memanjat pagar sekolah sehingga dibawa oleh satpol PP ke Rumah Sakit Jiwa. Berikut ini identitas Joko:

**Tabel 1.** Identitas Partisipan

Nama	Joko (bukan nama sebenarnya)
Jenis Kelamin	Laki-laki
Tempat tanggal lahir	Surabaya, 30 Oktober 1970 (49 tahun)
Alamat	Surabaya, Jawa Timur
Pendidikan	SMK Pelayaran
Pekerjaan	Serabutan, Sopir Pasar
Suku Bangsa	Jawa
Latar Belakang Budaya	Jawa Timur
Agama	Islam
Urutan Kelahiran	Anak ke 2 dari 5 bersaudara

Beberapa metode yang digunakan dalam mengungkap dinamika psikologis Joko meliputi wawancara, observasi, beberapa tes psikologi yaitu *Wechsler Bellevue* untuk mengukur fungsi kecerdasan serta kepribadian berdasarkan karakteristik tiap subtes, tes grafis untuk mengungkap kepribadian, *thematic apperception test* untuk mengungkap dinamika kepribadian dalam kaitan dengan fungsi ego saat dalam situasi sosial, MMPI-2 untuk memahami dimensi psikopatologi sebagai penegak diagnosa, BDI untuk menentukan tingkat depresi sebagai penegakan diagnosa, dan Whodas yang mengukur kesehatan dan disabilitas dalam enam level fungsi kehidupan. Wawancara *in-depth* dilakukan kepada partisipan dan keluarga untuk menggali informasi latar belakang keluarga serta riwayat kehidupan partisipan sejak kecil hingga saat ini. Observasi dilakukan untuk mengetahui gambaran perilaku partisipan selama proses pemeriksaan meliputi aspek simptom positif dan negatif dalam episode psikosis.

### 3. Hasil dan Pembahasan

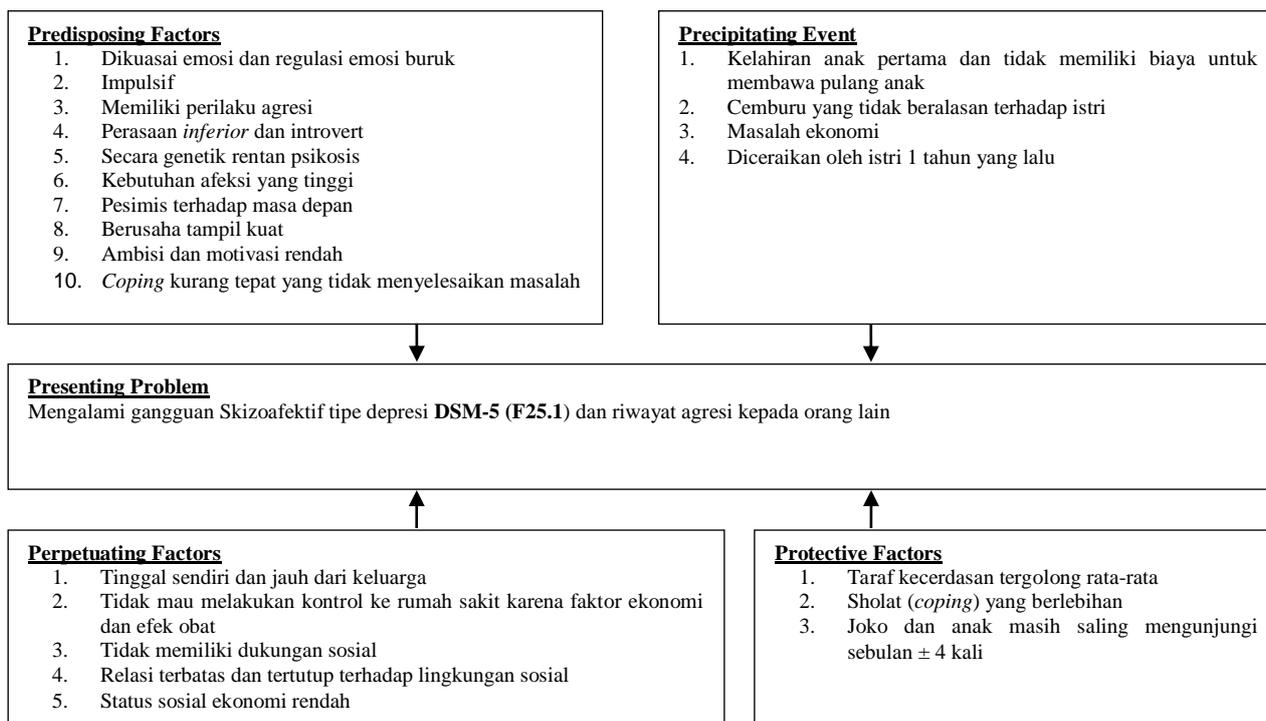
Hasil pemeriksaan menunjukkan partisipan Joko memenuhi kriteria gangguan skizoafektif yang didasarkan simptom pada DSM-5. Berikut ini tabel diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan dan kriteria DMS-5 (American Psychiatric Association, 2013):

**Tabel 2.** Diagnosa Gangguan Skizoafektif Joko

Diagnosa	Data	Sumber Data
A. Periode penyakit tidak terputus yang terdapat episode mayor mood (depresi mayor atau episode manik) bersamaan dengan gejala yang memenuhi kriteria A untuk Skizofrenia (selama periode 1 bulan hadir delusi, halusinasi, berbicara tidak koheren, perilaku tidak teratur, gejala negatif).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengalami halusinasi pendengaran, sering berbicara sendiri sejak <math>\pm 2</math> tahun yang lalu dan hingga saat ini masih mendengarkan suara-suara.</li> <li>▪ Mengalami delusi tipe campuran yaitu kebesaran dan cemburu. Tipe kebesaran yaitu pengetahuannya mengenai planet yang dapat ditinggali menggunakan satelit dan tipe cemburu terhadap mantan istri.</li> <li>▪ Seringkali berbicara tidak sesuai konteks yang sedang ditanyakan</li> <li>▪ Tidak ada minat melakukan hal yang menyenangkan dan hanya berdiam diri/ melamun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Observasi</li> <li>▪ MMPI-2</li> <li>▪ BDI</li> <li>▪ Whodas</li> </ul>
B. Delusi atau halusinasi selama 2 minggu atau lebih tanpa adanya episode mayor mood (depresi atau manik) selama durasi seumur hidup penyakit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak terlibat dalam kegiatan sosial dan menghabiskan waktu sendirian di kosan</li> <li>▪ Kurang memperhatikan kebersihan diri dan tempat tinggal</li> <li>▪ Gerakan lambat dalam berjalan dan berbicara</li> </ul>	
C. Gejala yang memenuhi kriteria episode mood hadir untuk sebagian besar dari total durasi periode aktif dan sisa penyakit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengalami depresi kategori moderate</li> <li>▪ Kehilangan minat dan kegembiraan</li> <li>▪ Kepercayaan diri berkurang dan merasa sebagai penderitaan kepada anak-anaknya</li> <li>▪ Pesimis terhadap masa depan dan merasa dirinya sudah kehilangan segala yang dimiliki sejak bercerai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wawancara</li> <li>▪ Observasi</li> <li>▪ BDI</li> </ul>

- Pola tidur terganggu
  - Mengungkapkan banyak hal yang membuat dirinya tertekan seperti keuangan dan hubungan keluarga
- D. Gangguan bukan disebabkan oleh zat (misalnya penyalahgunaan narkoba, obat) atau kondisi medis lainnya
- Tidak ditemukan penggunaan zat pada partisipasi dan tidak disebabkan kondisi medis lainnya
  - Wawancara

Berdasarkan hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa Joko mengalami gangguan skizoafektif munculnya gejala skizofrenia bersamaan dengan depresi mayor. Gejala positif yang dialami yaitu adanya halusinasi dan delusi yang dialami Joko dan bersamaan dengan episode depresi. Joko mengalami episode depresi mayor yang terlihat dari rendahnya minat untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan dan lebih memilih untuk berdiam diri sendiri. Joko juga kehilangan kepercayaan dan pesimis dalam menghadapi masa depan. Berikut dapat dilihat formulasi kasus 5P Joko yaitu sebagai berikut:



**Bagan 1.** Formulasi 5P Kasus Joko

Berdasarkan bagan formulasi kasus di atas dapat diketahui bahwa terdapat interaksi dari faktor biopsikososial sebagai etiologi munculnya gangguan skizoafektif yang dialami Joko. Joko saat ini terdiagnosa mengalami gangguan Skizoafektif tipe depresi berdasarkan pada terpenuhinya kriteria gangguan yang dapat dilihat pada tabel 2. Gangguan ini tidak terlepas dari berbagai faktor seperti faktor *predisposing* yaitu tipe kepribadian yang merupakan bawaan dari klien, faktor *precipitating* sebagai pemicu atau stresor yang bersifat eksternal seperti masalah ekonomi dan dicerai oleh istri, faktor *perpetuating* yang mempertahankan masalah seperti dukungan sosial yang tidak diperoleh dari orang terdekat, dan faktor yang dapat membantu mencegah munculnya kembali masalah adalah anak yang masih berkunjung walaupun tidak sering.

Joko merupakan anak kedua dari lima bersaudara dengan riwayat kehidupan dalam keluarga yang memiliki status sosial ekonomi rendah. Kedua orang tua Joko menerapkan pola pembiasaan yang tidak konsisten yang diliputi kekerasan fisik. Ibu menerapkan pola otoriter sedangkan ayah cenderung mengabaikan dan kurang kehangatan dalam keluarga karena orangtua sibuk untuk bekerja. Kedua orangtua yang sibuk bekerja membuat kurang terpenuhinya kebutuhan afeksi Joko dan hal ini

membuat kebutuhan afeksi menjadi kebutuhan utama yang hingga saat ini masih diharapkan Joko. Joko memiliki karakteristik introvert yang membuatnya cukup sulit membangun hubungan dengan orang lain dan tertutup terhadap masalah yang dimiliki. Karakter ini membuatnya tidak memiliki minat untuk membangun suatu hubungan baru dan terlibat dalam kegiatan sosial sehingga menghabiskan sebagian besar waktu sendirian yang merupakan salah satu gejala negatif psikosis (Compton & Broussard, 2009). Sikap tertutupnya ketika memiliki masalah didasari pada keyakinannya bahwa sebagai laki-laki harus nampak kuat sehingga selalu berusaha menutupi masalahnya dan dialihkan dengan melakukan ritual sholat berlebih tanpa berusaha mencari penyelesaiannya.

Hasil pemeriksaan juga menunjukkan Joko memiliki karakteristik impulsif dan dikuasai emosi sehingga bertindak sesuai dengan apa yang dipikirkan tanpa mempertimbangkan dampak yang akan terjadi baik kepada diri maupun orang lain. Karakteristik ini membuat Joko melakukan tindakan agresi verbal maupun fisik kepada mantan istri sebagai usaha untuk mendominasi atau mencapai kontrol terhadap orang lain agar tidak kehilangan sumber afeksi. Afeksi atau kasih sayang merupakan salah satu kebutuhan neurotik yang dipuaskan untuk melarikan diri dari ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kecemasan (Schultz & Schultz, 2005). Sebagian orang dengan psikosis memang menunjukkan peningkatan permusuhan atau agresivitas seperti berdebat lebih dari biasanya, menghancurkan properti, atau membuat ancaman terhadap orang lain (Compton & Broussard, 2009). Joko tidak hanya menunjukkan sikap agresi kepada pasangan tetapi juga dapat menyelesaikan masalah secara agresi kepada orang lain seperti contoh saat dirinya memiliki masalah dengan sesama sopir pasar, Joko tidak segan menabrakkan mobilnya ke arah mobil sopir tersebut. Bukti lainnya seperti Joko yang melempari batu ke arah pengemudi ojek online yang mengantar istrinya pulang karena mengira istrinya telah berselingkuh dengan pengemudi ojek online tersebut. Delusi tipe cemburu yang dimiliki Joko muncul karena dirinya memiliki kebutuhan afeksi yang tinggi tetapi juga memiliki perasaan *inferior* yang membuatnya menampilkan sikap dominan dalam keluarga agar selalu memperoleh perhatian. Terlebih lagi, Joko adalah sosok yang introvert ketika di lingkungan sosial sehingga relasi yang dimiliki terbatas dan hanya berhubungan dengan keluarga.

Perilaku agresi yang ditunjukkan Joko kepada orang sekitarnya khususnya keluarga menjadi alasan Joko ditinggalkan oleh keluarga. Joko tidak mampu menjalankan perannya sebagai seorang suami dan ayah yang seharusnya mengayomi dan melindungi keluarga. Agresifitas yang ditunjukkan pasien skizofrenia mungkin terjadi karena kesalahan persepsi psikotik, tindakan impulsif, atau perilaku untuk mengintimidasi orang lain. Pendekatan neurobiologis mengungkapkan bahwa gen yang relevan untuk neurotransmisi dopamin atau serotonin nampaknya berkaitan dengan agresi (Serper, 2011).

Terdapat dua model utama penyebab seseorang mengalami psikosis yang berjalan seiring yaitu hubungan antara genetik dan lingkungan. Beberapa orang dilahirkan dengan gen yang beresiko lebih besar untuk memiliki psikosis namun harus ada stressor memicu episode seperti *major life event* (Compton & Broussard, 2009). Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia tidak mengalami peristiwa yang lebih menegangkan dari populasi normal, tetapi individu dengan skizofrenia dilaporkan memiliki distress subjektif yang lebih besar. Sensitivitas tinggi terhadap stress menjadi salah satu alasan utama untuk kambuhnya gangguan (Khoury & Lecomte, 2012). Joko secara genetik rentan mengalami psikosis karena anggota keluarga dari ayah memiliki riwayat gangguan dan saudara pertama Joko pernah melakukan perawatan sebanyak dua kali di RSJ. Beberapa stresor yang menjadi pemicu lainnya adalah faktor ekonomi yang membuat Joko semakin *inferior* karena belum mampu memenuhi kewajibannya sebagai kepala keluarga untuk menafkahi anak dan istrinya. Stresor lainnya adalah saat istri memutuskan untuk menceraikan Joko yang membuat Joko harus kehilangan sumber afeksi yang merupakan kebutuhan yang mendominasi.

Kemunculan stresor ditambah lagi keterampilan penyelesaian masalah Joko yang cenderung kurang tepat dan tidak menyelesaikan masalah, semakin meningkatkan perasaan tertekan yang dirasakan Joko. Hal ini dikuatkan oleh hasil penelitian Cooke, et al. (2007) yang mengungkapkan bahwa individu yang mengadopsi penyelesaian masalah menghindar/*avoidant* menyebabkan distress yang lebih besar yang dikaitkan dengan depresi. Ketika dihadapkan pada situasi yang penuh tekanan seperti tidak memiliki uang ketika kelahiran anak pertama, masalah dengan pasangan atau masalah dalam pekerjaan, Joko cenderung melakukan *coping* emosional dan menghindari mencari solusi dari masalah yaitu dengan sholat berlebih atau menyelesaikan secara agresif terhadap orang lain. Myin-Germeys & van Os (dalam Khoury & Lecomte, 2012) mengungkapkan bahwa kegagalan mengatur emosi selama

situasi stres dapat meningkatkan reaktivitas emosi dan kerentanan terhadap stres. Penyelesaian masalah yang kurang tepat ditambah lagi buruknya kemampuan dalam mengatur emosi semakin meningkatkan reaktivitas emosi dan distress yang berkaitan dengan depresi.

Dukungan sosial dikenal sebagai kekuatan terbesar yang memfasilitasi strategi penyelesaian masalah yang berhasil dalam mengatasi pemulihan penyakit. Hasil penelitian Mccorkle dkk. (dalam Eweida & Maximos, 2017) mengungkapkan bahwa pasien skizofrenia terutama yang kronis memiliki jaringan dukungan sosial yang buruk dalam hal kuantitas maupun kualitas. Hal ini membuat 60% pasien skizofrenia memerlukan lebih banyak dukungan emosional, saran, dan hubungan yang berbasis kepercayaan (Bronowski & Zaluska, 2008). Joko sejak bercerai dengan mantan istri harus tinggal sendiri jauh dari keluarga karena istri sudah tidak ingin berhubungan dengan Joko yang temperamental dan anak yang diasuh oleh ipar Joko yang secara ekonomi lebih baik. Hal ini membuat Joko semakin terisolasi ditambah lagi tidak adanya kedekatan dengan saudara maupun orangtua Joko. Karakteristiknya yang introvert juga membuat Joko kurang memiliki teman yang dapat menjadi sumber dukungan dan lebih memilih untuk sendiri berdiam diri di kamar kos-an. Dukungan sosial yang tidak terpenuhi, stresor yang tidak diselesaikan, tipe kepribadian, ditambah lagi ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat dari dokter membuat prognosis yang dimiliki Joko lebih ke arah negatif dalam mengurangi kemunculan simptom positif dan negatif gangguan psikotik.

#### 4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pemahaman yang telah dipaparkan sebelumnya, gangguan mental psikotik skizoafektif terjadi karena pengaruh dari interaksi faktor eksternal dan faktor internal. Penelitian ini menemukan bahwa faktor internal seperti karakteristik introvert, impulsif, kemampuan regulasi emosi yang buruk, kerentanan psikotik secara genetik, dan keterampilan *coping* yang kurang tepat menjadi salah satu faktor risiko Joko mengalami gangguan psikotik. Keterampilan *coping* yang digunakan adalah menghindari masalah atau bersikap agresif terhadap orang lain membuat masalah tidak terselesaikan dan hanya menambah masalah baru yang menjadi *stresor* tambahan bagi partisipan. Faktor internal ini berinteraksi dengan faktor eksternal seperti pola pembiasaan dari keluarga yang kurang memenuhi kebutuhan afeksi, dukungan sosial yang tidak diperoleh partisipan, dan berbagai *stresor* yang tidak diselesaikan dengan baik menjadi faktor eksternal yang berisiko terjadinya gangguan psikosis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kerentanan secara genetik, tipe kepribadian, *coping* yang digunakan dalam menghadapi masalah, dukungan sosial dan afeksi yang tidak terpenuhi, dan *stresor* yang tidak diselesaikan dengan *coping* yang tepat dapat berkontribusi menjadi faktor risiko terjadinya psikosis.

Bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita gangguan psikotik diharapkan mampu menjadi sumber dukungan kepada pasien yang dapat dilakukan dengan menerapkan komunikasi yang lebih efektif dalam berinteraksi. Komunikasi yang efektif membantu mengurangi masalah hubungan yang menghasilkan lebih sedikit konflik dan mengurangi tingkat stres keluarga serta sedikit masalah emosional. Komunikasi efektif yang dapat diterapkan kepada anggota keluarga dengan gangguan psikotik seperti: 1) berbicaralah dengan singkat dan tetap pada intinya untuk mengurangi kesalahan pemahaman, 2) bersikap positif saat meminta sesuatu yaitu dengan pernyataan "saya" yang singkat dan spesifik dengan suara tenang dan menyenangkan, 3) berikan umpan balik positif yang membantu menunjukkan bahwa orang lain bangga dan senang terhadap sesuatu yang telah dilakukannya sehingga tidak hanya berfokus pada keterbatasan yang dimiliki, 4) ungkapkan secara singkat dan spesifik secara lisan apa yang menjengkelkan dan tawarkan saran untuk mengoreksinya, 5) pelajari bagaimana mereka berpikir dan merasa dengan menanyakan apa yang bisa dibantu dalam mengatasi perasaan negatif yang dirasakan, 6) hindari bertahan dalam percakapan yang penuh tekanan atau emosional, istirahatlah untuk mencari kesempatan tenang sehingga nantinya dapat diselesaikan dengan lebih baik, 7) berkompromi sehingga mencapai keputusan yang dapat diterima oleh kedua pihak "win-win" (Compton & Broussard, 2009). Bagi penderita gangguan dapat diberikan intervensi yang melatih *coping* dan regulasi emosi sehingga membantu dalam mengurangi gejala stres.

#### Ucapan Terimakasih

Ucapan terima kasih peneliti berikan kepada pihak-pihak yang membantu selama proses penelitian yaitu kepada Dekan, Kaprodi, Dosen, dan karyawan Universitas Surabaya yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan membagikan ilmunya sehingga peneliti mampu menerapkan keterampilan yang

diperoleh untuk berkontribusi secara profesional dalam menganalisa dinamika psikologis partisipan dengan gangguan psikosis. Terima kasih juga peneliti ucapkan kepada partisipan Joko dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu dan mengikuti keseluruhan proses dalam penelitian ini.

### Daftar Rujukan

- [1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- [2] Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Switzerland: World Health Organization.
- [3] Bronowski, P., & Załuska, M. (2008). Social support of chronically mentally ill patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 13-19.
- [4] Ciornei, A., Bumbu, C., & Spînu, R. (2011). Stress and Brief Psychotic Disorder. *Romanian Journal of Psychiatry*, XIII(2), 86-88.
- [5] Compton, M. T., & Broussard, B. (2009). *The First Episode of Psychosis: A Guide for Patients and Their Families*. New York: Oxford University Press.
- [6] Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Aasen, I., Kuipers, E., & Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 12-22. doi:10.1016/j.schres.2007.04.030.
- [7] Eweida, R., & Maximos, M. (2017). The Relation between Coping Strategies and Social Support among Patients with Schizophrenia. *JOJ Nurse Health Care*, 5, 1-7. doi:10.19080/JOJNHC.2017.05.555669.
- [8] Ingham, B., Clarke, L., & James, I. A. (2008). Biopsychosocial Case Formulation for People with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: A Pilot Study of A Training Workshop for Direct Care Staff. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 54 (1), 41-54.
- [9] Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- [10] Khoury, B., & Lecomte, T. (2012). Emotion Regulation and Schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 67-76.
- [11] Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10 (111), 1-3.
- [12] Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkasan dari PPDGJ-III dan DSM 5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.
- [13] Neuman, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches Seventh Edition*. London: Pearson Education Limited.
- [14] Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal Edisi Kelima-Jilid 2*. Jakarta: Erlangga.
- [15] Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *Theories of Personality*. United States of America: Wadsworth.
- [16] Serper, M. R. (2011). Aggression in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 897-898. doi:10.1093/schbul/sbr090.