



Dinamika Psikologis Dewasa Awal dengan Gangguan Skizofrenia

Zahrani^{1*}, Hilda Rosa Ainiyah²

¹Universitas Syiah Kuala, Indonesia

²Universitas Negeri Malang, Indonesia

*Penulis Korespondensi: zahrani@usk.ac.id

Abstract. *This study aims to examine the psychological dynamics and contributing factors of schizophrenia in early adulthood. A qualitative case study approach was conducted on a 29-year-old male diagnosed with schizophrenia with a history of multiple hospitalizations. Data were collected through in-depth interviews and observations involving the participant and family members. The findings indicate that the participant met most of the DSM-IV-TR diagnostic criteria, including hallucinations, disorganized speech and behavior, and prominent negative symptoms, which significantly impaired social and occupational functioning. The analysis reveals that the disorder emerged through the interaction of psychological and psychosocial factors. Psychologically, the participant demonstrated difficulties in emotional expression, weak ego strength, and reliance on maladaptive coping strategies. Psychosocially, the condition was influenced by early childhood neglect, limited parental attachment, prolonged bullying experiences, loss of significant figures, and interpersonal stressors, including unexpressed romantic feelings and social rejection. These stressors appeared to act as precipitating factors triggering recurrent episodes. Overall, the findings emphasize the importance of understanding schizophrenia through a biopsychosocial perspective and highlight the need for comprehensive interventions addressing emotional regulation, family support, and social functioning to improve long-term outcomes.*

Keyword: *Early Adulthood; Emotional Regulation; Psychosocial Factors; Qualitative Case Study; Schizophrenia.*

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan dinamika psikologis dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Gangguan Skizofrenia pada individu dewasa awal. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus pada seorang laki-laki berusia 29 tahun dengan diagnosis Skizofrenia serta riwayat beberapa kali rawat inap. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi terhadap partisipan serta anggota keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan memenuhi sebagian besar kriteria diagnostik DSM-IV-TR, meliputi halusinasi, pembicaraan dan perilaku yang kacau, serta gejala negatif yang berdampak signifikan pada fungsi sosial dan okupasional. Analisis menunjukkan bahwa gangguan berkembang melalui interaksi faktor psikologis dan psikososial. Secara psikologis, partisipan mengalami kesulitan mengekspresikan emosi, memiliki ego yang lemah, dan menggunakan mekanisme koping maladaptif. Secara psikososial, kondisi ini dipengaruhi oleh pola asuh *neglectful*, kurangnya kelekatan dengan orang tua, pengalaman *bullying* yang berkepanjangan, kehilangan figur signifikan, serta tekanan relasi interpersonal termasuk penolakan sosial. Faktor-faktor tersebut berperan sebagai pemicu kekambuhan. Temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan biopsikososial serta intervensi komprehensif yang mencakup regulasi emosi, dukungan keluarga, dan peningkatan fungsi sosial.

Kata Kunci: Dewasa Awal; Faktor Psikososial; Regulasi Emosi; Schizophrenia (Skizofrenia); Studi Kasus Kualitatif.

1. LATAR BELAKANG

Skizofrenia adalah suatu gangguan psikiatrik mayor yang dicirikan oleh perubahan pada persepsi, pikiran, perasaan, dan perilaku (Sadock, 2003). Stuart & Sundeen (2007) mengatakan bahwa gangguan skizofrenia adalah suatu gangguan otak yang menetap dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan memproses informasi. Skizofrenia merupakan gangguan yang memengaruhi proses berpikir dan komunikasi individu, serta cara mereka menerima dan menafsirkan realitas. Selain itu, gangguan ini juga berdampak

pada kemampuan dalam merasakan, mengekspresikan emosi, dan berperilaku sesuai dengan norma sosial. Individu dengan skizofrenia umumnya mengalami kesulitan dalam menilai realitas secara akurat (*reality testing*) serta memiliki pemahaman diri yang rendah (Hawari, 2007).

Menurut Sadock (2003), skizofrenia dapat dijumpai pada berbagai lapisan masyarakat di hampir seluruh wilayah dunia. Secara umum, prevalensi gangguan ini sepanjang hidup relatif seragam secara global, yakni sekitar 1% dari populasi dewasa, dengan kemunculan gejala yang umumnya terjadi pada akhir masa remaja atau awal dewasa. Pada laki-laki, skizofrenia cenderung muncul lebih awal, yaitu pada rentang usia 15–25 tahun, sedangkan pada perempuan biasanya terjadi lebih lambat, sekitar usia 25–35 tahun. Selain itu, angka kejadian skizofrenia dilaporkan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan serta lebih banyak ditemukan di wilayah perkotaan dibandingkan pedesaan. Sementara itu, Howard et al, (2007) menyatakan bahwa prevalensi seumur hidup skizofrenia secara global relatif seimbang antara laki-laki dan perempuan, dengan kisaran sekitar 0,2% hingga 1,5%.

Gejala yang muncul pada individu dengan skizofrenia melibatkan gangguan pada sejumlah aspek penting, seperti proses berpikir, persepsi, perhatian, perilaku motorik, emosi (afek), serta fungsi kehidupan sehari-hari. Variasi permasalahan yang dialami cukup luas, meskipun pada satu waktu biasanya hanya beberapa gejala yang tampak dominan. Secara umum, gejala utama skizofrenia dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu gejala positif, negatif, dan disorganisasi. Gejala positif merujuk pada adanya penambahan atau distorsi pengalaman normal, seperti halusinasi dan delusi, yang sering muncul pada fase akut. Delusi merupakan keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas, misalnya merasa dikejar, meyakini bahwa pikiran dipengaruhi oleh kekuatan eksternal, merasa pikirannya disiarkan kepada orang lain, dicuri secara tiba-tiba, atau bahwa emosi serta perilakunya dikendalikan oleh kekuatan dari luar (Davison et al., 2004).

Halusinasi merupakan bentuk distorsi persepsi, yaitu pengalaman indrawi yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Kondisi ini terjadi ketika rangsangan yang diterima terlalu kuat sehingga otak tidak mampu mengolah atau merespons pesan tersebut secara tepat (Maramis & Maramis, 2009). Jenis halusinasi yang paling umum dialami adalah halusinasi auditori dibandingkan dengan halusinasi visual (Davison et al., 2004). Sartorius et al, (2004) melaporkan bahwa sekitar 74% individu dengan skizofrenia dalam sampel penelitiannya mengalami halusinasi auditori. Bentuk halusinasi yang sering muncul meliputi mendengar pikiran sendiri seolah-olah diucapkan oleh suara lain, mendengar suara-suara yang

saling berdebat, serta suara yang memberikan komentar terhadap perilaku individu (Davison et al., 2004).

Gejala negatif pada skizofrenia berkaitan dengan berkurangnya atau hilangnya fungsi perilaku yang normal, yang meliputi avolisi, alogia, anhedonia, afek datar, dan asosialitas. Avolisi ditandai dengan menurunnya energi dan motivasi, sehingga individu kesulitan mempertahankan aktivitas sehari-hari yang biasanya rutin dilakukan. Akibatnya, pasien sering mengabaikan perawatan diri, seperti tidak merapikan rambut, jarang membersihkan diri, serta berpakaian tidak rapi, dan dapat menghabiskan banyak waktu tanpa melakukan aktivitas berarti. Alogia merupakan gangguan dalam proses berpikir yang tercermin dari terbatasnya kemampuan berbicara. Hal ini dapat terlihat dari sedikitnya jumlah percakapan atau isi pembicaraan yang minim informasi, cenderung berulang, dan sulit dipahami. Anhedonia mengacu pada ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan, yang tampak dari berkurangnya minat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai, kesulitan membangun kedekatan dengan orang lain, serta rendahnya ketertarikan terhadap hubungan intim. Afek datar ditunjukkan melalui respons emosional yang sangat terbatas, di mana individu tampak kurang ekspresif, dengan tatapan kosong dan intonasi suara yang monoton saat berinteraksi. Sementara itu, asosialitas menggambarkan hambatan serius dalam menjalin hubungan sosial, ditandai dengan sedikitnya relasi pertemanan, keterampilan sosial yang rendah, serta minimnya keinginan untuk berinteraksi atau berkumpul dengan orang lain (Davison et al., 2004).

Gejala disorganisasi meliputi gangguan pada cara berbicara dan perilaku. Disorganisasi dalam pembicaraan mengacu pada kesulitan individu dalam menyusun pikiran serta menyampaikannya secara runtut, sehingga apa yang diucapkan menjadi sulit dipahami oleh orang lain. Sementara itu, disorganisasi perilaku dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti ledakan emosi atau konfrontasi singkat yang tampak tidak jelas penyebabnya, penggunaan pakaian yang tidak lazim, perilaku kekanak-kanakan, kebiasaan menyimpan makanan, hingga mengumpulkan barang-barang tidak terpakai. Kondisi ini menunjukkan bahwa individu mengalami penurunan kemampuan dalam mengendalikan dan menyesuaikan perilaku sesuai dengan norma sosial (Davison et al., 2004).

Etiologi skizofrenia dapat dipahami melalui beberapa pendekatan, yaitu biologis, biokimia, serta psikologis dan sosial. Pendekatan biologis memandang bahwa skizofrenia disebabkan oleh faktor-faktor biologis. Menurut Maramis (2009), faktor genetik berperan penting dalam munculnya skizofrenia, yang dibuktikan melalui penelitian pada keluarga penderita, khususnya studi kembar. Tingkat risiko menunjukkan variasi, yaitu sekitar 0,9–1,8% pada saudara tiri, 7–15% pada saudara kandung, 7–16% pada anak dengan satu orang tua

penderita, dan meningkat menjadi 40–68% apabila kedua orang tua mengidap skizofrenia. Pada kembar heterozigot, risiko berkisar antara 2–15%, sedangkan pada kembar monozigot mencapai 61–86%. Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, yang dikenal sebagai *quantitative trait loci*. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh kombinasi beberapa gen yang tersebar di berbagai lokasi pada kromosom. Hal tersebut juga menjelaskan adanya variasi tingkat keparahan gangguan, mulai dari ringan hingga berat, serta meningkatnya risiko seiring bertambahnya jumlah anggota keluarga yang mengalami skizofrenia (Durand et al., 2007).

Pendekatan biokimia memandang skizofrenia sebagai akibat dari ketidakseimbangan zat kimia di otak, khususnya neurotransmitter yang berfungsi sebagai perantara komunikasi antar neuron. Salah satu penjelasan yang banyak dikemukakan adalah adanya aktivitas dopamin yang berlebihan pada area tertentu di otak atau adanya sensitivitas yang tidak normal terhadap dopamin. Namun demikian, kelebihan dopamin saja dinilai belum cukup untuk menjelaskan munculnya skizofrenia. Neurotransmitter lain, seperti serotonin dan norepinefrin, juga diduga turut berkontribusi dalam perkembangan gangguan ini (Durand et al., 2007).

Sementara itu, pendekatan psikologis dan sosial menekankan peran pengalaman hidup dan lingkungan dalam munculnya skizofrenia, seperti adanya trauma psikologis, pola hubungan orang tua dan anak yang tidak sehat, serta dinamika keluarga yang maladaptif (Wiraminardja & Sutardjo, 2005). Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa interaksi dalam keluarga memiliki pengaruh terhadap kondisi individu dengan skizofrenia. Misalnya, konsep *schizo-phrenogenic mother* digunakan untuk menggambarkan sosok ibu yang bersikap dingin, dominan, dan cenderung menolak, yang diduga dapat berperan dalam perkembangan gangguan pada anak (Durand et al., 2007). Selain itu, Coleman dan Maramis (1994) dalam (Baihaqi et al., 2005) menekankan bahwa lingkungan keluarga pada masa kanak-kanak sangat berpengaruh terhadap pembentukan kepribadian. Dalam hal ini, pola asuh yang tidak seimbang baik terlalu mengontrol maupun kurang memberikan perhatian dan bimbingan dapat menghambat perkembangan anak secara optimal.

Berangkat dari latar belakang tersebut, penulis ingin mengkaji dinamika psikologis pada individu dewasa awal yang mengalami gangguan Skizofrenia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan mengenai faktor-faktor penyebab gangguan dan dinamika psikologis perkembangan gangguan Skizofrenia pada individu dewasa awal.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Tujuan penelitian untuk menggambarkan dinamika psikologis dan faktor-faktor yang menyebabkan individu mengalami Gangguan Skizofrenia. Partisipan pada penelitian ini adalah FA yang merupakan seorang laki-laki berusia 29 tahun dengan diagnosa Skizofrenia. Partisipan belum menikah, tidak tamat SMA dan memiliki Riwayat medis 2 kali rawat inap di Rumah Sakit Jiwa dan 4 kali rawat inap di RSUD bangsal jiwa.

Penelitian ini dilakukan dalam rentang bulan November 2018 sampai Januari 2019 di Surabaya. Pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi dan wawancara. Wawancara dilakukan dengan partisipan dan keluarga partisipan (Ibu dan Kakak FA) bertujuan untuk mengetahui keluhan, riwayat masalah, dan latar belakang FA. Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku FA saat berinteraksi dengan peneliti dan mengetahui gejala-gejala Gangguan Skizofrenia yang dialami oleh partisipan. Data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan mengacu pada kerangka teori serta hasil penelitian sebelumnya yang membahas faktor-faktor penyebab skizofrenia (Yin, 2019).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan, diketahui bahwa partisipan telah didiagnosis menderita skizofrenia sejak masih duduk di kelas X SMA yakni tahun 2005. Keluarga menceritakan bahwa ketika masih sekolah, partisipan tiba-tiba pingsan saat mengikuti upacara bendera. Partisipan pingsan selama 3 jam dan menunjukkan gelagat yang aneh ketika sudah terbangun. Partisipan berbicara sendiri selama 2 minggu tanpa berhenti, ia juga tertawa sendiri, berteriak serta berkata-kata kasar. Ibu mengatakan bahwa partisipan mengoceh mengenai teman-temannya seperti uang partisipan yang diminta oleh temannya ketika dulu ia masih sekolah, partisipan yang disuruh temannya mengambil rokok di toko orang tuanya, dan motor partisipan yang pernah secara sengaja ditabrak oleh temannya. Ibu menambahkan bahwa dulunya uang SPP partisipan pernah diminta oleh temannya dan partisipan memberikannya.

Tidak hanya SPP, namun juga uang jajannya diminta, partisipan akan dipukul kepalanya jika tidak memberikan. Ibu mengatakan bahwa partisipan adalah anak yang pendiam dan sehingga ia menurut ketika diperlakukan demikian oleh temannya. Dulunya, orang tua partisipan pernah mendapati partisipan mengambil satu kardus rokok secara diam-diam di toko untuk diberikan kepada temannya, orang tua partisipan memarahi partisipan namun partisipan diam saja dan tetap memberikannya pada teman-temannya. Ibu mengatakan bahwa selama ini

di rumah partisipan juga pribadi yang pendiam, ia jarang bercerita kepada orang tua dan lebih banyak menghabiskan waktu seorang diri. Ibu mengatakan bahwa partisipan kembali menjadi seperti anak-anak dimana ia bermain dengan mainan-mainannya dan juga pernah masuk ke dalam bak mandi.

Kondisi yang demikian membuat pihak keluarga khawatir sehingga memeriksakan keadaan partisipan dengan membawanya ke dokter saraf dan juga kepada orang pintar. Partisipan sempat beberapa kali mengunjungi orang pintar yang mengatakan bahwa partisipan diikuti oleh Jin. Hal yang berbeda dikemukakan oleh dokter bahwa kondisi partisipan disebabkan oleh adanya masalah pada saraf sehingga disarankan untuk berobat ke Rumah Sakit Dr. Soetomo. Enam bulan setelah sakit, partisipan pun dibawa ke Rumah Sakit Dr. Soetomo dan didiagnosa mengalami skizofrenia sehingga harus menjalani perawatan intensif di rumah sakit. Partisipan akhirnya dirawat inap selama 21 hari di Rumah Sakit Dr. Soetomo.

Sepulangnya dari rumah sakit, ibu mengatakan bahwa keadaan partisipan membaik, ia tidak lagi berbicara sendiri dan juga sudah dapat diajak bicara dua arah. Meskipun begitu, partisipan tetap harus meminum obat yang disarankan dokter secara rutin. Ibu mengatakan bahwa partisipan rajin meminum obat di bulan-bulan pertama sehingga kondisinya tetap stabil dimana ia dapat diajak bicara, partisipan dapat bertanya atau meminta makanan tertentu, dan juga gejala-gejala seperti berteriak atau tertawa sendiri tidak muncul. Ibu mengatakan bahwa ketika itu partisipan sempat menanyakan perihal jodoh, partisipan mengatakan bahwa ia ingin menikah. Ibu menjawab bahwa partisipan dapat menikah jika ia telah sembuh dan sehat seperti semula. Partisipan menurut ketika dinasehati misalnya untuk shalat ataupun makan, namun hal tersebut hanya bertahan sekitar 2 sampai 3 hari sebelum partisipan kembali tidur dan tidak beraktivitas apapun. Ibu mengatakan bahwa partisipan dapat tidur selama 2 sampai 3 hari tanpa makan dan hanya minum.

Setelah 1 tahun, partisipan kembali kambuh dikarenakan ia tidak mau meminum obat. Partisipan mulai menunjukkan kembali gejala-gejala skizofrenia seperti berbicara dan tertawa sendiri dan juga berteriak sambil berkata-kata kotor. Partisipan juga membanting barang-barang. Ibu awalnya tidak mengetahui bahwa partisipan tidak meminum obat dikarenakan ibu selalu rutin mengambil obat untuk partisipan sebulan sekali. Partisipan menyembunyikan obatnya di lemari sehingga ibu mengira obatnya sudah diminum. Hingga suatu hari ibu menemukan sejumlah obat yang disembunyikan di dalam lemari, ibu menduga partisipan tidak mau meminum obat dikarenakan pengaruh dari teman-temannya yang mengatakan kepada partisipan bahwa obat tersebut akan berdampak buruk kepada partisipan. Belakangan

dikarenakan kondisinya membaik, partisipan sudah dapat bersosialisasi kembali dengan teman-temannya, ia sering mengunjungi rumah temannya untuk bermain.

Setelah kondisinya memburuk, partisipan kembali dirawat inap di Rumah Sakit Dr. Soetomo selama 2 minggu. Sepulangnya dari rumah sakit, keadaan partisipan kembali membaik. Ibu mengatakan bahwa kondisinya membaik setiap ia rutin meminum obat dikarenakan obat dari Rumah Sakit Dr. Soetomo cocok untuk partisipan. Kondisinya baik dalam artian partisipan dapat diajak berbicara, ia juga tidak berteriak-teriak sambil membanting barang, meskipun terkadang ia masih tertawa-tawa sendiri.

Pada bulan Agustus tahun 2010, kakak laki-laki partisipan meninggal dunia karena tersengat listrik saat memperbaiki listrik di rumah. Partisipan tidak menangis ketika kakaknya meninggal namun ia menolak untuk makan dan minum selama satu minggu. Partisipan kambuh kembali, ia kembali berbicara sendiri dan berteriak-teriak sambil berkata kasar. Ibu menceritakan bahwa partisipan juga menyelinap masuk ke kamar anak perempuan tetangga dan memegang kaki perempuan tersebut, si perempuan terjaga dan berteriak, namun partisipan hanya diam saja seperti orang linglung. Partisipan hampir dipukuli oleh keluarga perempuan namun keluarga partisipan akhirnya memberi pengertian bahwa partisipan sedang sakit sehingga keluarga perempuan dapat memahami.

Partisipan akhirnya dibawa kembali ke Rumah Sakit Dr. Soetomo dan menjalani perawatan inap selama 20 hari. Setelah keluar dari rumah sakit, keadaan partisipan kembali membaik. Ia kambuh kembali pada tahun 2016 dan akhirnya dilarikan ke Rumah Sakit Lawang dan dirawat selama 1 bulan 11 hari. Ibu mengatakan bahwa selama di rumah sakit lawang, keluarga tidak diizinkan untuk menemui partisipan, disana partisipan tidak hanya mendapat terapi obat namun juga diajarkan melakukan aktivitas sehari-hari. Setelah selesai dirawat di Lawang, kondisi partisipan sangatlah prima, ibu merasa bahwa partisipan benar-benar sembuh. Partisipan sudah dapat mengambil obatnya sendiri dan ia juga dapat mengantar bapak atau ibu ke pasar atau ke rumah sakit untuk berobat.

Pada April 2017, partisipan mengetahui bahwa gadis yang ia sukai, yakni anak tetangga yang kamarnya sebelumnya pernah dimasuki diam-diam oleh partisipan menikah. Ibu mengatakan bahwa partisipan memiliki cinta terpendam yang tidak pernah diungkapkan kepada gadis tersebut. Setelah mengetahui gadis tersebut menikah, partisipan menolak untuk makan dan minum selama 2 minggu. Partisipan akhirnya mengalami demam dan kejang-kejang sehingga ia dilarikan ke Rumah Sakit Jiwa Menur, namun ternyata tidak diterima karena partisipan memiliki sakit lain selain sakit jiwa yakni adanya permasalahan pada ginjal. Partisipan kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Haji dan dirawat disana selama 2 minggu. Ibu

mengatakan bahwa di Rumah Sakit Haji tidak ada ruang rawat inap khusus penyakit jiwa sehingga partisipan disatukan dengan pasien yang mengalami penyakit lainnya. Ibu mengatakan bahwa sejak saat itu partisipan mulai kaku, ia tidak bergerak dalam waktu yang lama dan mempertahankan posisi tidur yang sama selama berjam-jam. Partisipan hanya diam saja dan seringkali tidak menjawab jika diajak bicara. Partisipan juga menolak untuk mandi, ia juga tidak mau bergerak ke kamar mandi sehingga sering buang air di tempat tidur. Partisipan masih berteriak sambil berkata-kata kotor sesekali.

Partisipan terakhir kali dirawat inap 2 bulan lalu yakni tepatnya bulan Oktober 2018 di Rumah Sakit Haji. Hingga saat kondisi partisipan masih sama yakni ia tidak mau berbicara dan tidak menjawab ketika ditanya. Partisipan tidak mau bergerak dari tempat tidur dan mempertahankan posisi tubuh yang sama dalam waktu yang lama. Partisipan juga menolak ke kamar mandi, ia tidak mau mandi dan seringkali buang air di kasur. Partisipan saat ini tinggal bersama kakaknya dan keluarganya yang letak rumahnya tidak jauh dari rumah ibu. Partisipan baru pindah ke rumah tersebut kurang lebih 1 bulan. Selain mengonsumsi obat, partisipan juga menjalani *ruqyah* (metode penyembuhan dengan membacakan ayat-ayat Al-quran pada orang sakit) di Kediri yang dilakukan selama seminggu sekali. Hingga saat ini, partisipan telah menjalani *ruqyah* tersebut sebanyak 3 kali. Keluarga mengatakan bahwa *ruqyah* tersebut memberikan efek yang baik kepada partisipan dimana ia sudah tidak pernah berteriak atau berkata-kata kotor lagi.

Aspek Kepribadian

Partisipan tidak memiliki dorongan atau motivasi apapun sehingga ia cenderung diam saja, tidak bergerak dari tempat tidur, dan tidak mau bicara. Partisipan hanya menggerakkan tangannya ketika menggaruk rasa gatal yang ada di badannya, mengambil remote TV untuk mengganti channel TV, atau memainkan HP untuk mendengarkan musik. Partisipan menggerakkan badannya untuk bangun dari posisi tidur ke posisi duduk di tempat tidur saat ingin makan atau minum. Selebihnya, partisipan tidak memiliki dorongan untuk membersihkan diri sehingga ia menolak untuk mandi dan buang air di tempat tidur. Partisipan jarang merespon ketika diajak bicara namun terkadang ia mau menjawab pertanyaan-pertanyaan singkat seperti, “*makan apa?*” atau “*enak nggak?*”. Partisipan juga terkadang berbicara untuk menyampaikan keinginannya kepada ibu.

Partisipan cenderung memendam dan jarang mengungkapkan emosinya. Kebiasaan ini sudah ada sejak partisipan masih kecil dimana ia jarang menangis dan tidak mengetahui cara mengungkapkan emosinya. Hal ini berlanjut ketika ia sudah duduk di bangku sekolah menengah dimana ia hanya diam saja ketika teman-temannya sering menggangukannya.

Partisipan juga tidak pernah mengekspresikan perasaannya jika ia menyukai seorang wanita. Ibu mengatakan bahwa partisipan dulunya anak yang pintar secara akademis, ia sering mendapatkan peringkat kelas ketika masih duduk di bangku sekolah. Partisipan juga memiliki kemampuan yang baik di bidang musik terutama bermain drum.

Partisipan adalah anak yang pendiam dan pemalu. Di keluarga, partisipan jarang berkumpul dengan keluarga dan lebih memilih untuk masuk ke kamar ketika keluarga sedang berkumpul. Di lingkungan rumahnya, partisipan memiliki banyak teman bermain namun hanya yang berjenis kelamin laki-laki. Partisipan malu kepada wanita dan cenderung menarik diri ketika harus berinteraksi dengan wanita.

Dinamika Psikologis

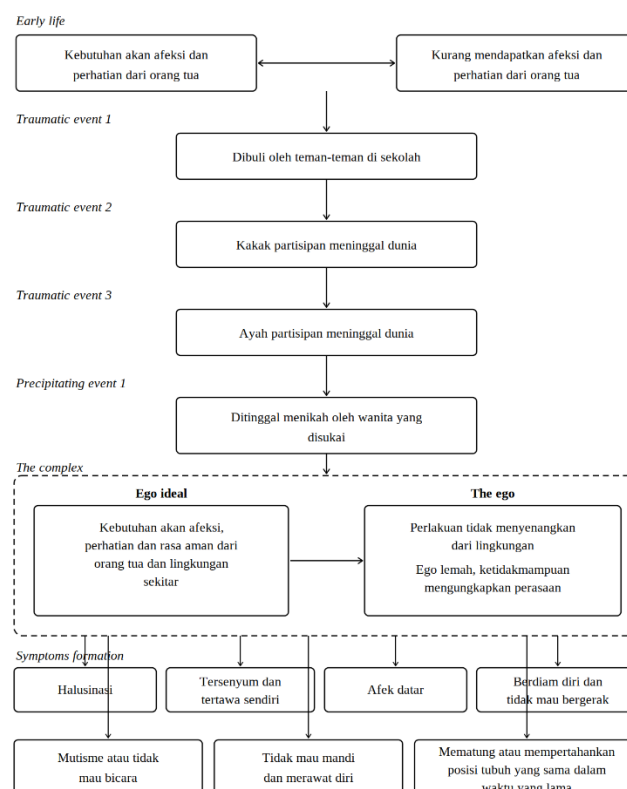
Partisipan adalah seorang laki-laki berusia 29 tahun dan merupakan anak ketiga dari 3 bersaudara. Ketika partisipan kecil, kedua orang tua partisipan sibuk bekerja sehingga jarang memiliki waktu untuk partisipan. Orang tua partisipan bekerja sekitar 15 jam per hari sehingga partisipan sering ditinggalkan sendirian di rumah, sedangkan kedua kakaknya terkadang menghabiskan waktu untuk bermain dengan teman-temannya. Kondisi yang sering ditinggalkan sendiri membuat partisipan kurang mendapatkan kasih sayang dan perhatian dari keluarganya, partisipan juga tidak memiliki figur yang dapat dijadikan panutan dikarenakan orang tua tidak sering berada di rumah. Hal tersebut membuat partisipan memiliki ego yang lemah dikarenakan ia tidak pernah belajar keterampilan-keterampilan sosial yang seharusnya dipelajari dari keluarganya seperti kemampuan pemecahan masalah maupun kemampuan untuk mengekspresikan perasaan.

Hingga tumbuh dewasa, partisipan tidak mengetahui cara mengungkapkan perasaannya. Hal ini menjadi masalah ketika partisipan sering dibuli oleh temannya di sekolah, partisipan tidak berani melawan sehingga ia hanya diam saja dan menerima perlakuan temannya tersebut. Partisipan mendapatkan perlakuan tidak menyenangkan dari teman-temannya selama kurang lebih 6 bulan dan partisipan hanya menerima secara pasif. Hal tersebut menimbulkan kecemasan yang ditekan oleh partisipan karena tidak dapat diungkapkan maupun diselesaikan sehingga memunculkan gejala-gejala skizofrenia dimana partisipan mulai berhalusinasi dan juga berperilaku kacau.

Partisipan didiagnosis skizofrenia oleh dokter 6 bulan setelah ia menunjukkan gejala-gejala tersebut. Partisipan menjalani perawatan intensif di rumah sakit sehingga kondisinya mulai membaik. Partisipan kembali kambuh ketika sang kakak meninggal dunia. Figur kakak menjadi figur yang penting bagi partisipan karena selama ini kakak adalah tempat partisipan untuk berbagi cerita. Partisipan adalah anak yang cenderung pendiam dan pemalu sedari kecil,

namun ia cukup terbuka terhadap kakak. Partisipan juga sering menghabiskan waktu untuk melakukan hobi yang sama dengan kakak. Kehilangan kakak merupakan salah satu peristiwa traumatis bagi partisipan dimana ia kehilangan tempat untuk bercerita atau berbagi kesenangan. Dikarenakan ego partisipan yang lemah, ia kembali tidak mampu mengekspresikan perasaannya dan tidak dapat menyelesaikan konflik perasaannya dengan adaptif sehingga partisipan kambuh kembali. Partisipan kembali mendapatkan perawatan intensif di rumah sakit dan kondisinya kembali membaik setelah keluar dari rumah sakit dan rutin mengonsumsi obat.

Ia kambuh kembali setelah mengetahui wanita yang disukainya menikah. Partisipan sudah lama menyukai wanita tersebut namun ia tidak pernah berani mengungkapkan perasaannya ataupun hanya sekedar menyapa. Hal tersebut dikarenakan partisipan tidak mengetahui cara untuk mengekspresikan perasaan ditambah dengan kemampuan pemecahan masalahnya yang buruk sehingga gejala-gejala skizofrenianya kembali muncul. Terakhir kali, partisipan kambuh setelah ayahnya meninggal. Partisipan menunjukkan adanya pola yang sama setiap kali ia merasakan emosi yang tidak menyenangkan yakni ia akan memendam perasaan tersebut dan tidak mampu menyelesaikannya sehingga muncul sebagai gejala-gejala skizofrenia seperti halusinasi, perilaku kacau, dan afek. Temuan ini sebagaimana dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Diagram Hasil Penelitian.

Pembahasan

Gangguan Skizofrenia ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku (Sadock, 2003). Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, partisipan memenuhi 4 dari 5 kriteria Gangguan Skizofrenia berdasarkan DSM-IV TR. Adapun kriteria yang terpenuhi adalah adanya halusinasi, bicara kacau, perilaku kacau atau katatonik yang nyata dan gejala negatif. Partisipan memiliki riwayat mengalami halusinasi auditori dimana ia mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk membunuh orang lain, bisikan untuk pergi dari rumah, bisikan untuk pergi menemui wanita, atau bisikan untuk membeli sesuatu. Partisipan memiliki Riwayat bicara yang kacau, namun saat ini ia hanya diam saja dan menolak untuk bicara. Ibu mengatakan bahwa jika partisipan sembuh, ia bisa diajak bicara, namun ketika fase kambuh, ia cenderung hanya diam saja.

Partisipan menunjukkan adanya perilaku kacau yakni tersenyum atau tertawa sendiri tanpa adanya stimulus yang mendahului. Gejala negatif dari skizofrenia masih menonjol yakni adanya pendataran afek, partisipan menunjukkan wajah tanpa ekspresi dengan tatapan kosong; alogia dimana partisipan hanya diam saja dan menolak untuk bicara meskipun diberikan stimulus berkali-kali; avolisi yakni ketiadaan minat untuk melakukan apapun sehingga ia hanya berbaring di tempat tidur. Anhedonia yakni yakni tidak mampu merasakan kesenangan sehingga ekspresi partisipan selalu datar; dan asosialitas yakni ketiadaan minat untuk bersosialisasi sehingga partisipan hanya berdiam diri di kamar. Partisipan juga menunjukkan adanya mutisme yang memilih untuk diam saja dan tidak berbicara. Fungsi sosial dan pekerjaan partisipan terganggu. Partisipan tidak dapat bekerja, merawat diri, maupun berinteraksi dengan orang lain.

Partisipan awalnya menunjukkan gejala Skizofrenia ketika berusia 16 tahun. Sejalan dengan penelitian Giordano et al, (2012) dan Velligan et al, (2023) bahwa pria umumnya menunjukkan onset penyakit yang lebih awal, fungsi yang lebih buruk sebelum penyakit tersebut tampak jelas, dan gejala negatif yang lebih menonjol. Penyebab Gangguan Skizofrenia yang dialami partisipan dapat dilihat dari faktor psikologis dan sosial. Ditinjau dari faktor psikologis, partisipan memiliki ego yang lemah dan *coping stress* yang kurang adaptif. Partisipan cenderung kesulitan mengungkapkan emosinya. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa individu yang menggunakan mekanisme koping maladaptif lebih rentan mengalami gangguan mental, karena mereka cenderung menghindari atau mengabaikan permasalahan tanpa melakukan upaya penyelesaian (Rinawati & Alimansur, 2016). Dalam menghadapi stres, partisipan lebih memilih menahan dan memendam perasaan daripada menghadapinya secara langsung. Padahal, masalah yang dibiarkan tanpa penanganan

yang jelas berpotensi berkembang menjadi sumber stres yang lebih berat di kemudian hari (Marselyona et al., 2021). Dengan demikian, hasil ini kembali menegaskan bahwa pola koping yang tidak adaptif dapat meningkatkan risiko munculnya gangguan psikologis akibat tidak terselesaikannya permasalahan yang dihadapi.

Dari sisi psikososial, adanya pengalaman hidup yang sulit semasa kanak-kanak, pengalaman hidup yang menyakitkan, relasi sosial yang buruk, ditinggal orang-orang yang dicintai (ayah dan kakak partisipan), dan pengalaman pernah menjadi korban *bullying* serta ditolak cintanya menjadi pemicu munculnya Gangguan Skizofrenia pada partisipan. Partisipan diketahui kurang memperoleh perhatian dan kasih sayang dari orang tua sedari kecil, dengan pola asuh yang cenderung *neglectful*. Sejalan dengan temuan Sari (2019), pola asuh *neglectful* atau pengabaian dapat menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap munculnya skizofrenia pada masa dewasa. Pola asuh ini ditandai dengan rendahnya keterlibatan orang tua dalam kehidupan anak, sikap yang cenderung dingin dan kurang memberikan dukungan, tidak adanya aturan yang jelas, serta minimnya perhatian terhadap kebutuhan dan perkembangan anak (Tamba, 2021). Kondisi tersebut berdampak pada munculnya perasaan tidak dipedulikan pada anak (Desmita, 2016). Lemahnya kelekatan orang tua dengan anak berkontribusi pada berkembangnya perilaku maladaptif dalam merespons stres (Nur & Damayanti, 2021). Selain itu, lingkungan keluarga yang gagal berfungsi sebagai sistem pendukung ditandai dengan konflik dan minimnya kehangatan turut meningkatkan risiko berkembangnya skizofrenia (Mäki et al., 2010; Artika et al., 2021).

Kehidupan yang penuh tekanan seperti adanya pengalaman *bullying* dan ditinggalkan oleh orang-orang yang dicintai memicu stress kronis pada partisipan. Stres psikososial kronis dikenal sebagai faktor penting dalam memicu psikosis dan skizofrenia (Aas et al., 2020; Howes et al., 2017; van Winkel et al., 2008). Paparan terhadap beberapa peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dalam waktu relatif singkat, seperti konflik relasional atau kehilangan orang terdekat, terbukti berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan tersebut (Jenkins et al., 2010; Shishkov et al., 2012). Peristiwa traumatis dalam kehidupan selama masa kanak-kanak dapat meningkatkan sensitivitas individu terhadap ancaman sosial dan stres di masa dewasa, sehingga memperbesar kerentanan terhadap gangguan psikosis (Agorastos et al., 2019; Fogelman & Canli, 2019; Popovic et al., 2019; Varese et al., 2012). Hubungan antara stres dan gejala psikotik dipahami sebagai interaksi antara faktor kerentanan biologis dan pemicu lingkungan, di mana stres berperan sebagai pencetus munculnya ekspresi kerentanan tersebut (van Winkel et al., 2008; Green et al., 2014). Pada partisipan, kondisi tersebut semakin

memburuk akibat adanya konflik sosial yang dialami, seperti konflik dalam hubungan dengan keluarga, teman, hingga pengalaman penolakan dalam hubungan romantis.

Secara keseluruhan, terdapat dua kondisi psikososial yang berpengaruh terhadap munculnya gejala Gangguan Skizofrenia pada partisipan yakni masalah dengan *primary support group* dan masalah dengan lingkungan sosial. Masalah yang dialami terkait *primary support group* yaitu kurangnya perhatian dari orang tua ketika partisipan kecil dan adanya pengalaman ditinggalkan oleh keluarga inti yang dicinta. Selain itu, partisipan juga memiliki masalah dengan lingkungan sosial berupa adanya riwayat menjadi korban *bullying* di sekolah.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, partisipan memenuhi sebagian besar kriteria diagnostik Gangguan Skizofrenia menurut DSM-IV-TR. Gejala-gejala tersebut berdampak signifikan terhadap penurunan fungsi sosial dan okupasional partisipan, sehingga ia tidak mampu menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri maupun menjalin interaksi sosial yang adaptif. Munculnya gangguan pada partisipan tidak dapat dilepaskan dari interaksi kompleks antara faktor psikologis dan psikososial. Dari sisi psikologis, kesulitan dalam mengekspresikan emosi, serta penggunaan mekanisme koping yang maladaptif berkontribusi terhadap kerentanan individu dalam menghadapi stres. Sementara itu, dari sisi psikososial, pengalaman masa kanak-kanak yang tidak mendukung, pola asuh *neglectful*, kehilangan figur signifikan, serta pengalaman traumatis seperti *bullying* dan penolakan sosial menjadi faktor pemicu yang memperberat kondisi partisipan.

Temuan ini menegaskan bahwa Gangguan Skizofrenia pada partisipan berkembang melalui interaksi antara kerentanan individu dan paparan stres lingkungan yang kronis. Oleh karena itu, penanganan yang komprehensif perlu mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, dan sosial secara terpadu, termasuk intervensi yang berfokus pada peningkatan keterampilan koping, dukungan keluarga, serta rehabilitasi fungsi sosial untuk meningkatkan kualitas hidup partisipan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aas, M., Vecchio, C., Pauls, A., Mehta, M., Williams, S., Hazelgrove, K., ... & Dazzan, P. (2020). Biological Stress Response in Women at Risk of Postpartum Psychosis: The Role of Life Events and Inflammation. *Psychoneuroendocrinology*, 113, 104558.
- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Baker, D. G. (2019). Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 118.

- Artika, Y., Utami, S., & Jumaini. (2021). Gambaran Lingkungan Keluarga Pasien Skizofrenia: *Literature Review. Ilmu Keperawatan*, 9(1), 30–43.
- Baihaqi et al. (2005). *Psikiatri: Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Desmita. (2016). *Psikologi Perkembangan (Kesepuluh)*. PT Remaja Rosdakarya.
- Durand, V. M., Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (2007). *Essentials of Abnormal Psychology*. USA: Cengage Learning.
- Fogelman, N., & Canli, T. (2019). Early Life Stress, Physiology, and Genetics: A Review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1668.
- Giordano, G. M., Bucci, P., Mucci, A., Pezzella, P., & Galderisi, S. (2021). Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons with Schizophrenia: A Mini Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 789179.
- Green, M. J., Girshkin, L., Teroganova, N., & Quide, Y. (2014). Stress, Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Behavioral Neurobiology of Stress-Related Disorders*, 217–235.
- Hawari, D. (2003). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa: Skizofrenia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Gaya Baru.
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J., & Murray, R. M. (2017). The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 81(1), 9–20.
- Jenkins, R., Mbatia, J., Singleton, N., & White, B. (2010). Prevalence of Psychotic Symptoms and Their Risk Factors in Urban Tanzania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6), 2514–2525.
- Mäki, P., Riekk, T., Miettunen, J., Isohanni, M., Jones, P. B., Murray, G. K., & Veijola, J. (2010). Schizophrenia in the Offspring of Antenatally Depressed Mothers in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: Relationship to Family History of Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 70–77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010133>.
- Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2009). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Marselyona, D. R., Hakim, M. Z., & Rasalwati, U. H. (2021). Coping Strategy Pasien Skizofrenia di Layanan Rehabilitasi Wisma Laras Asri. *Jurnal Ilmiah Pekerjaan Sosial*, 20(2), 151–166.
- Nur, F., & Damayanti, E. (2021). Kelekatan Mempengaruhi Hasil Belajar Mahasiswa. *Psikostudia: Jurnal Psikologi*, 10(2), 122–132. <https://doi.org/10.30872/psikostudia>.
- Popovic, D., Schmitt, A., Kaurani, L., Senner, F., Papiol, S., Malchow, B., ... & Falkai, P. (2019). Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 274.
- Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 34. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/8050/pdf>.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sari, P. (2019). Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid yang Sering Mengalami Relapse. *Psikoislamedia: Jurnal Psikologi*, 4(2), 124–136. <https://doi.org/10.22373/PSIKOISLAMEDIA.V4I2.5751>.
- Shishkov, R., Georgieva, M., & Nikolova, L. (2012). Life Events with Stressful Effect on Patients With Schizophrenia According to Sex and Age. *Journal of International Medical Association Bulgaria*, 18, 280–283. <https://doi.org/10.5272/jimab.2012183.280>.
- Stuart, G. W., & Laraia. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Missouri: Mosby Publishing.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (Edisi 5). Jakarta: EGC.
- Tamba, E. M. D. (2021). The Influence of Parenting Style on the Character of Discipline, Responsibility, and Respect for Middle Childhood Age Children. *Journal of Creativity Student*, 6(2), 167–186. <https://doi.org/10.15294/jcs.v7i2.38493>.
- Velligan, D. I., & Rao, S. (2023). The Epidemiology and Global Burden of Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1).
- Van Winkel, R., Stefanis, N. C., & Myin-Germeys, I. (2008). Psychosocial Stress and Psychosis: A Review of the Neurobiological Mechanisms and the Evidence for Gene-Stress Interaction. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1095–1105.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-Analysis of Patient-Control, Prospective, and Cross-Sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671.
- Wiraminaradja, & Sutardjo. (2005). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yin, R. K. (2019). *Studi Kasus Desain & Metode* (16th ed.). Raja Wali Press.