# PENGGUNAAN *SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE* UNTUK MENGURANGI EMOSI NEGATIF PADA PENDERITA *SCHIZOPHRENIA PARANOID* PASCA RAWAT INAP

# TUGAS AKHIR

**Diajukan Sebagai Persyaratan**
**Memperoleh Gelar Magister Profesi Psikologi**
**Mayoring Psikologi Klinis**

UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

**Diajukan Oleh :**

**ARI YUDHA KARTIKA**
**090610529 M**

**Program Profesi Magister Psikologi**
**Fakultas Psikologi**
**Universitas Airlangga**
**Surabaya**

**Semester Gasal 2007/2008**

# HALAMAN PERSETUJUAN

Tugas Akhir ini telah disetujui untuk diujikan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir

Pembimbing Kedua

**Dra. Woelan Handadari, M.Si.**
NIP. 131 570 354

Pembimbing Pertama

**Prof. DR. Endang Ekowarni**
NIP. 130 519 458

# HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir ini telah dipertahankan pada
Sidang Ujian Tugas Akhir pada
hari Senin tanggal 11 bulan Februari tahun 2008
dengan susunan Dewan Penguji :

Anggota

**Prof. DR. Endang Ekowarni**
NIP. 130 519 458

Anggota

**Dra. Woelan Handadari, M.Si.**
NIP. 131 570 354

Anggota HIMPSI

**Drs. EMA. Subekti, M.Kes., M.Psi., psi.**
NIP. 130 937 723

Ketua

**Drs. Sudaryono, SU.**
NIP. 130 873 455

Sekretaris

**Dra. Enggawati T., psi.**

Program Profesi Magister Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
Ketua Program

**Drs. Duta Nurdayanandaru, M.S., psi.**
NIP. 131 411 101

# LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tugas Akhir yang saya susun ini merupakan hasil karya tulis saya sendiri. Adapun bagian-bagian tertentu dalam Tugas Akhir yang saya peroleh dari hasil karya orang lain, telah saya tuliskan sumbernya dengan jelas, sesuai dengan kaidah penulisan ilmiah.

Apabila pada kemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam Tugas Akhir saya, maka saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik dan sebutan profesi yang telah saya sandang, beserta segala konsekuensinya, sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Surabaya, 11 Februari 2008

**Ari Yudha Kartika**
NIM. 090610529 M

# UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah hirobbil alamin dan puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT atas semua rahmat dan hidayah-Nya serta berkat ijin-Nya jua, maka penyusunan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

Suatu pengalaman spritual yang sangat nikmat, ketika penulis berada diujung penyelesaian penulisan Tugas Akhir ini. Sebuah perjalanan rohani, dalam proses panjang penulisannya, telah menghantarkan penulis pada titik nadir akan makna kehidupan. Tiada kekuatan dan daya selain milik-Nya. Tiada ilmu yang pasti, kecuali ilmu-Nya. Semoga spirit ini tetap tumbuh subur dalam qolbu penulis, agar semakin bijak menjalani fitrah sebagai khalifah dimuka bumi-Nya dalam upaya mencari bekal menuju surga-Nya.

Penulis berharap Tugas Akhir ini dapat berguna. Baik dari sisi materi yang kasat mata maupun materi yang hanya tertangkap dengan kehalusan budi, kejernihan jiwa dan kebijakan sebagai hamba-Nya.

Penulis sangat menyadari atas keterbatasan yang dimiliki, sehingga tanpa motivasi, dukungan, kepercayaan dan bantuan dari semua pihak, akan mustahil tugas ini akan selesai. Semoga Allah SWT. membalas berlipat ganda atas ketulusan jerih payah itu. Maka dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat yang tulus, penulis sampaikan terima-kasih yang teramat dalam kepada :

1. Bapak Prof Dr. Muhammad Zainuddin, selaku Pembantu Rektor I, sebelumnya sebagai Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.

2. Bapak DR. Drs. Seger Handoyo, M.Si. selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
3. Bapak Drs. EM.A. Subekti, M.Kes., M.Psi. selaku mantan Direktur Program Profesi Magister Psikologi Universitas Airlangga.
4. Bapak Drs. Duta Nurdibyanandaru, M.S., selaku Direktur Program Profesi Magister Psikologi Universitas Airlangga.
5. Ibu Prof. Dr. Endang Ekowarni selaku pembimbing pertama yang memberikan kepercayaan begitu besar pada penulis untuk mencurahkan ide-ide dalam penulisan ini.
6. Ibu Dra. Woelan Handadari, M.Si. selaku Koordinator Mayoring Klinis Program Profesi Magister Psikologi Universitas Airlangga sekaligus pembimbing ke-dua yang dengan caranya yang unik telah mendorong penulis untuk berbuat lebih baik, memandang dunia dari sudut yang berbeda.
7. Seluruh staf pengajar dan pengelola Program Profesi Magister Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga atas perhatian dukungan baik moril maupun materiil.
8. Seluruh karyawan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, yang dengan caranya tersendiri menunjukkan kebijakan sederhana yang fundamental.
9. Bapak Kolonel Laut (KH) Drs. Bachtiar Susanto, MBA., selaku Sekretaris Dinas Psikologi TNI AL, sebelumnya sebagai Kepala Lembaga Psikologi TNI AL yang memberikan kepercayaan dan kemudahan kepada penulis untuk menimba ilmu lagi.

10. Bapak Mayor Laut (K) dr. Tirka SP.Kj. selaku Kasubdep Poli Jiwa RSAL. Drs. Ramelan Surabaya, yang telah memfasilitasi penulis untuk melakukan eksplorasi pada subyek penelitian, saat subyek masih melaksanakan rawat inap.
11. Bapak Letkol Laut (K) Kristanto, selaku Danyonkes 1 Mar Karang Pilang, yang telah memberi kebebasan penulis untuk berinteraksi dengan Subyek di wilayah kerjanya.
12. Seluruh rekan kerja di Dinas Psikologi TNI AL, yang sekian lama menjadi muaranya uneg-uneg.
13. Kedua orang-tua penulis, yang tiada kering do'anya untuk kebahagiaan penulis. Kedua mertua penulis atas kepercayaan dan kesabarannya menemani perjuangan penulis.
14. Istri tercinta, Ida, yang tetap setia mendampingi penulis dan dengan keikhlasannya menyediakan diri sebagai tempat bersandar penulis tatkala penat bergelayut dalam benak. Dia juga selalu siap memberikan yang terbaik buat kehidupan keluarga. Dia adalah anugrah terbesar bagi penulis. Terima kasih Tuhan.... Alhamdulillah ya Allah....
11. Akbar dan Akmal, dua jagoan penulis, sumber inspirasi dan motivasi yang mampu menghapus duka dan kelelahan penulis. Jadilah anak yang baik nak. Dewasalah dengan sempurna. Sempurna didunia juga sempurna untuk akhirat, sehingga esok kita dapat berkumpul lagi di surga Allah.

12. Mbak Dindin, mbak Diah, mbak Ratna, mas Agus dan mbak Warih, sahabat baik, senasib-seperjuangan, yang telah menjalani kehidupan akademisi bersama dalam program non reguler yang 'luar biasa' ini. Kita telah lalui dengan canda ria, celoteh dan tangisan yang terasa bermakna sangat dalam.
13. Mas Ahmad Faiz Zainuddin, selaku SEFT founder yang memberi inspirasi spiritual sangat halus namun *powerful*. Juga kepada Logos Institut, institusi yang mewadahi training SEFT.
14. Subyek penelitan, mas FRVL, yang akhirnya cukup kooperatif, meskipun harus menguras kesabaran penulis untuk bisa mengikuti alur berfikirnya.
15. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Akhirnya, dengan sepenuh kesadaran akan kekurang-sempurnaan sebagai manusia biasa, seperti yang digambarkan Nabi Khidir, ketika berdialog dengan Nabi Musa, bahwa ilmu manusia hanya sebanyak air yang mengisi paruh burung camar, sementara ilmu Allah seluas samudra, maka untuk meningkatkan kesempurnaan, penulis membuka lebar-lebar pintu kritik dan saran yang konstruktif. Semoga penulisan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat. Amin.

Surabaya, 11 Februari 2007

Penulis.

# DAFTAR ISI


Halaman Persetujuan ..... ii
Halaman Pengesahan ..... iii
Lembar Pernyataan ..... iv
Ucapan Terima Kasih ..... v
Daftar Isi ..... ix
Daftar Tabel ..... xi
Daftar Gambar ..... xii
Daftar Lampiran ..... xiii
Abstrak ..... viv

BAB I PENDAHULUAN ..... 1
I.1. Latar Belakang ..... 1
I.2. Rumusan Masalah ..... 18
I.3. Tujuan Penulisan ..... 18

BAB II TINJAUAN TEORITIK ..... 19
II.1. *Schizophrenia* ..... 19
II.1.1. Pengertian *Schizophrenia* ..... 20
II.1.2. Sejarah Singkat *Schizophrenia* ..... 22
II.1.3. Simtom-simtom *Schizophrenia* ..... 26
II.1.4. Tipe – tipe *schizophrenia* ..... 31
II.1.5. Penyebab *Schizophrenia* ..... 39
II.1.6. Prognosis *Schizophrenia* ..... 45
II.2. Asesmen Psikologi ..... 47
II.2.1. Wawancara Klinis ..... 47
II.2.2. Observasi Klinis ..... 48
II.2.3. Tes Psikologi ..... 49
II.3. Desain Intervensi yang Relevan ..... 51
II.3.1. Pendekatan Biologis ..... 51
II.3.2. Terapi Psikodinamika ..... 52
II.3.3. Terapi Berdasarkan Belajar ..... 54
II.3.4. Rehabilitasi Psikologi Sosial ..... 54
II.3.5. Program Intervensi Keluarga ..... 55
II.3.6. Terapi Psikoreligius ..... 56
II.3.7. SEFT (*Spiritual Emotional Freedon Technique*) ..... 56
II.3.7.1 Sejarah Singkat SEFT ..... 58
II.3.7.2. Sains di balik SEFT ..... 60
II.3.7.2.1. *Spiritual Power* ..... 60
II.3.7.2.2. *Energy Psychology* ..... 66
II.3.7.2.3. Efektifitas SEFT ..... 71
II.3.7.3. Cara Melakukan SEFT ..... 74

BAB III DESAIN INTERVENSI ..... 81
III.1. Intervensi yang Digunakan ..... 81
III.1.1. Alasan Teoritis Atas Pilihan Intervensi yang Digunakan ..... 81
III.1.1.1. Kondisi Subyek ..... 83
III.1.1.2. Metode Terapi ..... 86
III.1.1.3. Bukti Penggunaan SEFT ..... 91
III.1.2. Kompetensi Peneliti ..... 99
III.2. Kerangka Konseptual ..... 100
III.3. Rancangan Kegiatan Intervensi ..... 106
III.4. Rancangan Kegiatan Evaluasi ..... 109

BAB IV HASIL INTERVENSI ..... 111
IV.1. Deskripsi Kasus ..... 111
IV.1.1. Identitas Subyek ..... 111
IV.1.2. Identitas Keluarga ..... 111
IV.1.3. Identitas Penulis ..... 112
IV.1.4. Keluhan ..... 112
IV.1.5. Tujuan Penulisan ..... 112
IV.1.6. Riwayat Keluhan ..... 112
IV.1.7. Kesan Awal ..... 115
IV.1.8. Observasi ..... 116
IV.1.9. Anamnesis ..... 124
IV.1.9.1. Autoanamnesis ..... 124
IV.1.9.2. Heteroanamnesis ..... 125
IV.1.10. Kesimpulan Awal ..... 134
IV.1.11. Interpretasi Fragmental ..... 136
IV.1.12. Dinamika Kepribadian ..... 137
IV.1.13. Diagnosis ..... 140
IV.1.14. Prognosis ..... 142
IV.2. Laporan Kegiatan Intervensi ..... 144
IV.3. Hasil Observasi selama Intervensi ..... 156
IV.4. Evaluasi Intervensi ..... 158
IV.4.1. Dinamika intervensi SEFT dalam mengangani Emosi Negatif pada mantan penderita *Schizophrenia Paranoid* pasca rawat inap ..... 164

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN ..... 172
V.1. Kesimpulan ..... 172
V.2. Saran ..... 174

Daftar Pustaka ..... 177

Lampiran 1. Data Asesmen ..... 181
Lampiran 2. Sertifikasi Pelatihan SEFT ..... 188

# DAFTAR TABEL


| | | |
|---|---|---|
| Tabel I.1. | Riwayat Rawat Inap di Poli Jiwa ..... | 16 |
| Tabel I.2. | Riwayat Rawat Jalan di Poli Jiwa ..... | 16 |
| Tabel II.1. | Prognosis *schizophrenia* ..... | 47 |
| Tabel II.2. | Perbedaan SEFT dengan Akupuntur atau Akupresur ..... | 73 |
| Tabel III.1. | Rancangan Kegiatan Intervensi ..... | 106 |
| Tabel III.2. | Rancangan Kegiatan Evaluasi ..... | 109 |
| Tabel IV. 1. | Identitas Keluarga ..... | 111 |
| Tabel IV. 2. | Aspek Dorongan / Motivasi ..... | 136 |
| Tabel IV. 3. | Aspek Emosi ..... | 136 |
| Tabel IV. 4. | Aspek Kognitif ..... | 137 |
| Tabel IV. 5. | Aspek Relasi Sosial ..... | 137 |
| Tabel IV. 6. | Tahapan Pelaksanaan Intervensi ..... | 145 |
| Tabel IV. 7. | Laporan Kegiatan Intervensi 1 ..... | 146 |
| Tabel IV. 8. | Laporan Kegiatan Intervensi 2 ..... | 148 |
| Tabel IV. 9. | Laporan Kegiatan Intervensi 3 ..... | 150 |
| Tabel IV. 10. | Laporan Kegiatan Intervensi 4 ..... | 152 |

# DAFTAR GAMBAR


| | | |
|---|---|---|
| Gambar II.1. | Resiko terkena schizophrenia dari faktor genetik ..... | 42 |
| Gambar II.2. | Perbandingan aktivitas metabolik otak pada orang normal dan penderita schizophrenia ..... | 44 |
| Gambar II.3. | Perbandingan struktur otak pada orang normal dan penderita schizophrenia ..... | 44 |
| Gambar II.4. | Kolaborasi Spiritual dengan Energi Psikologi ..... | 57 |
| Gambar II.5. | 12 *energy meridian* utama ..... | 69 |
| Gambar II.6. | Proses terjadinya Emosi Negative ..... | 70 |
| Gambar II.7. | Titik Tapping versi EFT ..... | 76 |
| Gambar III.1. | Air danau Fujiwara sebelum dan setelah di beri do'a ..... | 89 |
| Gambar III.2. | Hasil Scan Otak setelah 12 sesi Energy Therapy pada Penderita Gangguan Kecemasan Parah ..... | 93 |
| Gambar III.3. | Sebelum melakukan EFT (Sel darah masih menggumpal disebabkan oleh *Lectin* yang didapat dari alergi ayam & alpukat) ..... | 94 |
| Gambar III.4. | Sesudah EFT (sel darah merah jadi normal) ..... | 95 |
| Gambar III.5. | Kondisi Darah saat Sedih (Sel darah bergerak cepat dan berbentuk air mata) ..... | 95 |
| Gambar III.6. | Kondisi darah saat merasakan "cinta" (sel darah bergerak pelan dan cenderung berkumpul) ..... | 96 |
| Gambar III.7. | Kondisi darah saat merasa takut (sel darah bergerak cepat tidak teratur) ..... | 97 |
| Gambar III.8. | Kondisi darah saat berdo'a (timbul substansi putih berkilau dan darah bergerak pelan dan sangat teratur) ..... | 98 |
| Gambar III.9. | Kerangka konseptual ..... | 105 |

# DAFTAR LAMPIRAN


| | | |
|---|---|---|
| Lampiran 1 | Data Asesmen ..... | 181 |
| Lampiran 2 | Sertifikasi Pelatihan SEFT ..... | 188 |

# ABSTRAK

Universitas Airlangga Fakultas Psikologi
Program Magister Profesi Psikologi
Mayoring Psikologi Klinis

Ari Yudha Kartika. 090610529-M. Penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique* Untuk Mengurangi Emosi Negatif Pada Penderita *Schizophrenia Paranoid* Pasca Rawat Inap.

176 halaman, 2 lampiran

Gangguan jiwa selalu membawakan sisa, yakni berupa kekambuhan. Dari beberapa literatur mengutarakan bahwa gangguan jiwa, khususnya yang sudah tergolong berat, seperti *schizophrenia*, memang memiliki tingkat kesembuhan total hanya sebesar 25 % dari populasi. Sementara itu, diseluruh dunia, mengacu pada prediksi WHO hampir 1 % dari populasi terkena gangguan jiwa. Penderita gangguan jiwa akhirnya memang terpisah, baik memisahkan diri atau justru dipisahkan dengan lingkungan karena terputusnya kesadaran dengan realita.

Terapi yang dilakukan sejauh ini banyak tergantung pada pendekatan psikofarmaka, yang memang telah teruji secara klinis mampu menekan gejala *schizophrenia*, namun obat-obatan itu tidaklah menyembuhkan, karena itu diperlukan penanganan yang menyeluruh. Terapi holistik mencakup aspek psikofarmaka, psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligi. Karena dimensi kehidupan manusia memang tidak akan pernah terlepas dari unsur-unsur tersebut.

Diagnosis *Schizophrenia Paranoid* ditegakkan hingga Subyek keluar dari RSAL. *Schizophrenia Paranoid* yang diderita Subyek, memiliki ciri adanya waham kejar, halusianasi suara dan gangguan afektif. Penggalian data diperoleh melalui asesmen yaitu observasi, wawancara dan tes psikologi berupa ART, SSCT, Eysenk III, Grafis. Pelaksanaan program intervensi dilakukan sebanyak 4 sesi. Satu Tahap Persiapan, agar Subyek dapat lebih kooperatif mengerjakan asesmen dan 3 tahap lainnya adalah Intervensi. Setiap sesi intervensi telah disusun program dan target yang ingin dicapai. Intervensi yang diberikan berupa SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*).

Hasil dari penerapan program ini menunjukkan bahwa SEFT cukup efektif untuk mengurangi emosi negatif yang muncul, dengan asumsi akan menurunkan peluang kekambuhan. Hanya dalam satu kali sesi terapi, emosi negatif subyek dapat berkurang dan mampu bekerja sama mengerjakan asesmen. Hingga sesi terakhir terapi SEFT, semakin terlihat efektifitasnya dalam menghilangkan emosi negatif subyek. SEFT mudah dalam pelaksanaannya, bisa dilakukan sendiri oleh subyek, tidak perlu bergantung kepada terapis, tidak perlu membuka dan menelusuri kembali pengalaman traumatis, tidak membutuhkan biaya yang mahal dibandingkan bentuk terapi konvensional lainnya.

Saran yang bisa diberikan adalah mengajak subyek agar mampu melaksanakan self SEFT untuk menurunkan emosi negatifnya. Untuk terapis lain diharapkan lebih terbuka pada perkembangan ilmu, seperti SEFT. Sedangkan untuk lembaga kedinasan Subyek agar mampu menerapkan kebijakan terkait dengan keterbatasan fisik maupun mental anggota, dengan mencari kelebihan-kelebihan yang ada.

Daftar Pustaka, 58 (1976-2007)

# BAB I

# PENDAHULUAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA
PERPUSTAKAAN

## I.1. Latar Belakang

Pepatah yang berbunyi "Kesehatan bukanlah segalanya namun tanpa kesehatan, semuanya tidak akan berarti", mengisyaratkan bahwa betapa pentingnya kesehatan itu. Kenikmatan hidup akan sirna apabila keadaan fisik, mental maupun interaksi sosial dan religi mengalami gangguan. Kondisi demikian yang akan mengakibatkan seseorang dikategorikan sakit, tidak sehat. Hal ini senada dengan definisi kesehatan, menurut WHO, adalah suatu keadaan sejahtera meliputi fisik (biologik), psikologik, sosial dan spiritual atau disingkat dengan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual (Hawari, 2006).

Berangkat dari angka-angka penelitian, prediksi APA (*American Psychiatric Association*) pada tahun 1994, jumlah penderita gangguan jiwa di tempat/negara lain serupa dengan yang ada di Amerika Serikat, yakni sekitar 1% – 2% dari populasi, baik yang sudah terkena gangguan maupun yang diprediksikan akan mengalami gangguan kejiwaan (Alloy dkk, 1996). Dalam laporan *The World Health Report 2001,* antara lain mengatakan bahwa 25% penduduk dunia pernah mengalami gangguan jiwa pada suatu masa dalam hidupnya. Kemudian sejalan dengan hal tersebut, Departemen Kesehatan dan Universitas Indonesia melakukan penelitian di Jawa Barat pada tahun 2002 dan menemukan 36% pasien yang berobat ke Puskesmas

mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa mulai dari yang ringan hingga yang berat, mulai dari gangguan afektif, cemas, depresi, hingga yang terberat, *Schizophrenia* (Kompas, 29 November 2007).

Gejala gangguan kesehatan mental mulai dari gangguan kecemasan, depresi, panik, gangguan jiwa yang berat seperti *schizophrenia* hingga pada tindakan bunuh diri, semakin mewabah di tengah masyarakat. Masalah gangguan jiwa yang menyebabkan menurunnya kesehatan mental ini ternyata terjadi hampir di seluruh negara di dunia. WHO (World Health Organization) badan dunia PBB yang menangani masalah kesehatan dunia, memandang serius masalah kesehatan mental dengan menjadikan isu global WHO. WHO mengangkat beberapa jenis gangguan jiwa seperti *Schizophrenia*, *Alzheimer*, *epilepsy*, keterbelakangan mental dan ketergantungan alkohol sebagai isu yang perlu mendapatkan perhatian.

Membahas *schizophrenia*, berarti juga membahas seluruh aspek kehidupan penderita, apakah aspek genetik, individu maupun lingkungan. Leo Goldberger dan Shlomo Breznitz dalam bukunya *Handbook of Stress, Theoritical And Clinical Aspect* (1982) mengatakan bahwa kondisi lingkungan yang penuh dengan ketegangan *(stressful)*, lebih mudah memicu munculnya *schizophrenia*, bila dibandingkan dengan kondisi lingkungan yang normal. Hawari (2006) juga menegaskan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa adalah *stressor* psikososial. *Stressor* psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang

tersebut terpaksa mengadakan adaptasi (penyesuaian diri) untuk menanggulangi *stressor* yang timbul. Namun tidak semua orang mampu mengadakan adaptasi dan mampu menanggulanginya. Stressor psikososial ini terjadi akibat dari perubahan perubahan sosial yang serba cepat (*rapid social changes*), seperti yang telah disinggung diatas.

Keadaan serba tegang, yang oleh sebagian ahli disebut *high culture tension,* akan membentuk dua kemungkinan, kemungkinan pertama menjadi masyarakat yang berkepribadian matang dan kemungkinan kedua, masyarakat yang mengalami kemunduran (*regresi*) kemudian mengalami gangguan jiwa atau perilaku yang menyimpang. Kemunduran yang dialami masyarakat dapat terjadi secara fisik dan psikologis. Secara psikologis, kemunduran *(regresi)* berwujud dalam suatu gangguan jiwa dan perilaku yang menyimpang (Pikiran Rakyat, 18 Desember 2005 dalam Ambarini, 2006). Saat ini jumlah orang yang mengalami gangguan psikologis meningkat persentasenya. Gangguan psikologis tersebut mulai dari kadar yang paling ringan sampai kadar yang paling berat. Mulai stress akibat rutinitas sehari-hari sampai pada depresi dan skizofrenia.

Nevid dkk (2005) juga berpendapat bahwa gangguan jiwa yang paling berat adalah *schizophrenia,* karena mungkin merupakan sindrom klinis yang paling membingungkan dan melumpuhkan. *Schizophrenia* menimbulkan hendaya berat bagi penderita, karena terganggunya fungsi kehidupan secara menyeluruh. Afeknya terganggu, mengakibatkan relasi sosial juga akan terganggu. Produktifitas yang makin menurun dan ketidak mampuan

menjalani hidup secara normal, seolah-olah memisahkan kehidupan penderita dengan dunia disekitarnya. Terlebih lagi prognosa untuk *schizophrenia* pada umumnya kurang menggembirakan. Secara umum, prognosis *schizophrenia* menurut Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang bekerja sama dengan RSUD Dr. Soetomo dalam *Pedoman Diagnostik dan Terapi Bag/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa* (2004), tergantung pada : usia pertama kali timbul (onset); mulai timbulnya akut atau kronik; tipe/jenis *schizophrenia*; cepat, tepat serta teraturnya pengobatan; ada tidaknya faktor keturunan; ada atau tidak ada faktor pencetus; kepribadian pre-psikotik; keadaan sosio-ekonomi; jenis kelamin; status pekawinan; gejala positif/negatif.

Begitu kompleks dan membingungkan permasalahan tentang *schizophrenia* (Nevid dkk, 2005), sehingga sampai saat ini penanganan penderita *schizophrenia* belumlah memuaskan, terutama di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Contohnya, jumlah orang gila yang ditampung di Liponsos Surabaya semakin hari semakin bertambah, ini disebabkan oleh semakin gencarnya Satpol PP dan Kepolisian mengadakan razia. Orang gila yang saat ini ditampung di Liponsos Keputih - Surabaya sebanyak 730 orang. Padahal kapasitas Liponsos hanya 150 sampai 200 orang saja. Itupun ditangani hanya oleh 2 (dua) orang dokter. Dengan jumlah yang jauh diatas kapasitas normal, memaksa pihak Liponsos memiliki pengeluaran yang juga tidak sedikit. Katerbatasan anggaran ini juga dapat memunculkan masalah baru, bahkan Kepala Dinas Sosial Pemkot

Surabaya, Mochammad Munief, pada hari Senin tanggal 11 Juni 2007, menegaskan bahwa pihak Liponsos dengan terpaksa akan melepaskan orang gila yang sekarang ditampung di Liponsos, bila dana PMKS (Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial) benar-benar tidak ada (www.Surya Online.com).

Mengenai terbatasnya jumlah tenaga medis yang menangani, juga dirasakan oleh RSJ. Menur – Surabaya. Menurut Sekretaris RSJ Menur Surabaya, Hendro Riyanto, pada hari Rabu tanggal 25 Juli 2007, mengatakan, bahwa idealnya, dokter jiwa yang bertugas sehari-hari berjumlah 8 orang, dengan rincian di poliklinik butuh 3 orang, rawat inap 5 ahli jiwa dan 3 dokter spesialis rawat jalan. Kenyataannya dari 8 ahli jiwa yang ada di RSJ Menur, 3 ahli menjabat di struktural, 3 orang fungsional dan 2 orang hendak pensiun pada bulan September dan Oktober (www. detiksurabaya.com)

Terlepas dari cara penanganan penderita *schizophrenia* yang belum memuaskan dan keterbatasan sarana-prasarana yang ada, sudah barang tentu tetap perlu adanya upaya untuk membantu melepas penderitaan *schizophrenia,* dengan melaksanakan terapi yang menyentuh semua aspek kehidupan penderita. Dengan demikian untuk memahami *schizophrenia* perlu pemahaman utuh pada semua aspek kehidupan. Perlu melihat dari aspek biologis, kognitif, teori tentang keluarga, psikodinamika, humanistik eksistensial, behavior maupun teori-teori tentang stress (Alloy dkk, 1996). Seperti yang dijelaskan juga oleh Coleman (1976), bahwa *treatment* yang

diberikan pada penderita *schizophrenia* perlu mempertimbangkan tingkat ke-akut-an dan seberapa besar ke-kronis-annya. *Treatment* yang dapat diberikan adalah *chemotherapy, psychosocial approach, community treatment.* Sejalan dengan Coleman, bahwa pendekatan eklektik diperlukan untuk menangani penderita *schizophrenia* adalah Fausiah, dalam *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa* (2007), mengatakan bahwa diperkirakan 90% lebih penderita *schizophrenia* membutuhkan berbagai pendekatan dinamis, termasuk farmakoterapi, terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga dan perawatan rumah-sakit. Penatalaksanaan pengobatan secara holistik juga ditegaskan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang bekerja sama dengan RSUD Dr. Soetomo dalam *Pedoman Diagnostik dan Terapi Bag/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa* (2004), bahwa perlu melakukan pengobatan secara somatoterapi, psikoterapi dan manipulasi lingkungan. Nevid dkk (2002) yang pesimis terhadap kesembuhan penderita *schizophrenia*, dengan mengatakan bahwa *schizophrenia* tidak akan dapat sembuh, juga menegaskan bahwa penanganannya mencakup banyak segi, menggabungkan pendekatan farmakologis, psikologis dan rehabilitatif. Secara lebih spesifik, manipulasi lingkungan seperti terapi individu, kelompok, keluarga dan komunitas, yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan sosialisasi, stimulisasi persepsi, stimulasi sensoris dan orientasi realitas, dapat dirangkum dalam terapi Aktifitas Kelompok, yang dikembangkan oleh Budi Anna Keliat dan Akemat (2005).

Gejala-gejala klinis yang timbul dari *schizophrenia,* dapat berupa gangguan fisik atau bahkan sosial mudah terlihat, sehingga relatif tidak terlalu sukar mengurai pangkal musababnya. Akan tetapi bila gangguannya pada keadaan psikologis maupun spiritual, maka perlu kiranya pendekatan yang lebih arif, menyeluruh dan terbuka terhadap segala kemungkinan. Kemungkinan disini termasuk hal-hal yang tidak selalu dapat dijelaskan secara inderawi, yakni pendekatan spiritual yang dewasa ini mendapat porsi yang memadai dalam usaha mencari kebaikan, termasuk kebaikan secara fisik dan sosial maupun psikis. Spiritual dalam Kamus Lengkap Psikologi karangan Chaplin (1989) adalah hal yang berkaitan dengan roh, semangat, jiwa. Religius, yang berhubungan dengan agama, keimanan, kesalehan, menyangkut nilai-nilai transendental. Bersifat mental, sebagai lawan dari material, fisikal atau jasmaniah.

Hawari (2006) menyatakan bahwa saat ini telah dikembangkan terapi yang komprehensif dan terpadu untuk membantu penderita *Schizophrenia* agar tidak lagi mengalami diskriminasi. Terapi yang dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius. Seiring dengan koleganya yang psikiater, Danardi Sosrosumihardjo, dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (www.pdskji.com) dalam konferensi pers Konvensi Nasional Kesehatan Jiwa ke-2, yang bertema "Kesehatan Jiwa Masyarakat, Kesehatan Jiwa Bangsa", menegaskan bahwa dengan membuat lingkungan yang sehat, menyenangkan dan kondusif dalam melakukan interaksi dengan seluruh

lapisan masyarakat, termasuk dengan sang Pencipta, yang terkait dengan kebutuhan spiritual, diprediksikan mampu meningkatkan kesehatan mental bangsa.

Senada dengan wacana tersebut, Djamaudin Ancok, dalam memoar Bahril Hidayat Lubis (2007) juga menggaris bawahi bahwa pendekatan agama dan pendekatan ilmu pengetahuan semakin perlu dipadukan untuk peningkatan kualitas kehidupan dan kemaslahatan umat manusia. Bahkan Lubis (2007) juga mengajukan Teknik Terapi Identifikasi, yaitu tehnik terapi yang disusun Lubis berdasarkan pengalamannya sendiri dalam menundukkan keangkuhan psikosis. Terapi Identifikasi ini sarat dengan pendekatan spiritual dan dirasakan oleh Lubis sangat efektif untuk mengimbangi serangan psikosis yang dideritanya.

Kondisi ini mendapat dukungan oleh pemikiran Larry Dossey, dalam buku *The Healing Words : The Power of Prayer and Practice of Medicine* (1994). Dossey mengatakan bahwa do'a dan spiritualitas, terbukti dalam penelitian ilmiah ternyata memiliki kekuatan yang sama besar dengan pengobatan dan pembedahan. Hal serupa juga di sampaikan oleh Tung Desem Waringin, dalam buku karya Masaru Emoto, yang berjudul *The True Power of Water* (2007). Tung mengatakan bahwa buku ini (*The True Power of Water*) secara meyakinkan dan ilmiah telah menyambungkan *missing link* tentang bagaimana do'a, pikiran dan kata-kata positif berdampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Do'a dan kata-kata positif dibuktikan secara ilmiah oleh Masaru Emoto, yaitu dengan membuat kristal

air menjadi bagus sehingga manusia –yang terdiri atas 70% air- menjadi bagus.

Memperhatikan permasalahan diatas, bahwa penderita *schizophrenia* banyak yang belum tertangani secara maksimal dan waktu terapi yang panjang, bahkan memerlukan tatap muka secara teratur selama sembilan tahun (www.info-sehat.com) serta tidak jarang harus 'membuka luka lama', dengan berusaha memetakan kondisi-kondisi masa lalu subyek. Upaya seperti ini tentu saja tidak salah, karena terapi yang diberikan telah melewati proses kajian yang panjang dan benar-benar teruji secara ilmiah. Akan tetapi seiring dengan berjalannya waktu, ilmu juga mengalami kemajuan yang cukup signifikan, dengan menemukan methode singkat dengan konsep *here and now*, jadi benar-benar mendekati masalah yang nyata saat ini, bukan masa lalu atau masa yang akan datang. Tidak lagi berkutat pada masa lalu yang sangat mungkin memang tidak ingin diingat-ingat lagi oleh subyek. Metode itu adalah SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*), yang bersendikan pada spiritual, energi psikologi, akupuntur dan metode / psikoterapi lain yang dijadikan landasan dalam melakukan terapinya (Zainuddin, 2006).

SEFT merupakan metode baru dalam melakukan EFT (*Emotional Freedom Technique*) yang ditemukan oleh Ahmad Faiz Zainuddin (Zainuddin, 2006). SEFT adalah pengembangan dari EFT (Emotional Freedom Technique) yang dikenalkan oleh Craig Gary dari USA, dimana faktor "S" adalah faktor spiritual. Hal ini sangat penting karena seringkali

faktor ini sangat berperan tatkala terapi EFT konvensional kurang maksimal memberikan hasil. Faktor Spiritual sangat penting karena merupakan hal esensial dan hubungan vertikal "paling tulus" antara hamba dan penciptanya. Tidak ada perbedaan agama dalam pemberian terapi SEFT. Apapun kepercayaan atau agama, bisa menerima terapi ini (www.seftcenter.com).

Sejauh ini terapi SEFT memang belum terlalu populer, khususnya untuk menagani kasus *schizophrenia,* karena baru dikenalkan pertama kali di Indonesia pada 17 Desember 2005 oleh Ahmad Faiz Zainuddin (2006). Akan tetapi sudah cukup banyak kasus yang berhasil ditangani (tingkat keberhasilan sekitar 95%, seperti yang dilaporkan oleh Zainuddin dalam bukunya, *SEFT, Cara Tercepat Dan Termudah Mengatasi Berbagai Masalah Fisik dan Emosi,* 2006). Kasus itu antara lain mahasiswi yang tidak pernah makan nasi, seorang bapak yang detak jantung tidak teratur, mahasiswa yang takut ulat, kecoa. Psikolog yang takut pada biji-bijian, *phobia* kucing, *stress* karena diputus pacar, sakit kepala, ***migrain***, nyeri leher, nyeri punggung, nyeri menstruasi, mual waktu hamil, ibu hamil yang mengalami halusinasi dan *obsesive compulsive disorder,* anak yang sulit tidur, kaki terklilir, balita 3,5 tahun yang kecanduan rokok, trauma setelah bencana alam, meningkatkan motivasi karyawan dan bahkan suami yang selingkuh dan masih banyak kasus lain. Sesuai saran Gary, "*Try it on everything*", maka metode EFT dapat berlaku pada semua masalah. Demikian pula dengan SEFT. Akan tetapi SEFT lebih efektif dibandingkan

dengan EFT karena menghubungkan segala tindakan dengan Allah SWT, maka kekuatannya akan berlipatganda (Zainuddin, 2006).

Patricia Carrington, Ph.D., dalam situs resmi EFT, www.emofree.com, melaporkan bahwa EFT dapat juga digunakan untuk menangani gejala-gejala tertentu dari *schizophrenia* atau yang berhubungan dengan psikosis.

Menurut Faiz, melalui terapi SEFT, diharapkan agar orang-orang yang mengalami gangguan jiwa bisa kembali berinteraksi dengan masyarakat lagi. Terapi ini menetralisir gangguan energi dan menghilangkan energi negatif (www.detiksurabaya.com). Bahkan dengan teknik tertentu SEFT dapat digunakan untuk menyembuhkan penyakit dari jarak jauh (Radar Metro, 5 November 2007).

Tidak hanya praktisi SEFT yang memberikan *testimoni*, namun juga yang baru mengikuti pelatihan maupun *workshop* SEFT. Salah satu peserta pelatihan SEFT, Ratna Eliyawati (dalam Zainuddin, 2006), psikolog klinis yang menjadi staf edukatif Psikologi Untag dan kolumnis Perkembangan Anak - Tabloid Nurani, memberikan komentar :

> "Dengan SEFT banyak orang bisa ditolong dengan cara sederhana, mudah dan tidak banyak biaya dari permasalahan psikologis yang mengganggu manusia".

Salah seorang peserta *workshop*, EMA. Subekti D. (dalam Zainuddin, 2006), psikolog, Ketua Program Magister Psikologi fakultas Psikologi Unair dan Ketua Himpunan Psikologi Indonesia wilayah Jawa Timur, juga mengatakan bahwa :

ADLN – Perpustakaan Universitas Airlangga



PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

> "SEFT merupakan metode yang dimanfaatkan untuk meningkatkan *Spiritual Quotient (SQ)* seseorang, sehingga dapat menyatukan dirinya dengan kuasa Ilahi yang memungkinkan manusia lebih bahagia, lebih memiliki kepastian hidup dan tidak mudah stress. Secara psikologis SEFT bisa dimaknai sebagai suatu metode untuk mengelola potensi bawah sadar secara sistematik, sehingga dapat dimanfaatkan untuk *multiple purpose* dalam meningkatkan kesejahteraan jiwa dan kesehatan tubuh. Kami sangat menghargai dan mendukung bila SEFT dimasyarakatkan dan dikembangkan dalam koridor ilmiah".

Penggunaan SEFT untuk penyandang psikosis sudah mulai dilakukan dan menunjukkan efektifitasnya, seperti yang dilaporkan oleh media massa koran harian Jawa Pos, Minggu, 19 Agustus 2007.

> Di Liponsos (Lingkungan Pondok Sosial) Keputih terdapat 653 gelandangan psikosis. Hampir semuanya tak mengenal diri mereka sendiri. Pihak Liponsos berupaya membantu mereka untuk menggali memorinya lagi dengan terapi SEFT *(Spiritual Emotional Freedom Technique).*

Syarif, selaku koordinator Bakti Sosial SEFT-er (praktisi SEFT yang telah mendapat pelatihan tehnik SEFT) di Liponsos Keputih Surabaya, mengatakan bahwa setelah beberapa kali terapi keadaan gelandangan psikosis yang ditampung di Liponsos mulai membaik. Pada awalnya tidak responsif, diam, tertawa-tawa, berlarian kesana kemari atau bahkan ada yang tidak mengenakan baju, berubah menjadi tanggap terhadap pertanyaan yang diajukan padanya. Tingkah polah mereka pun juga mulai berubah. Masih menurut Syarif, terapi SEFT digunakan untuk mengatasi gangguan fisik dan emosi. Terapi tersebut merupakan gabungan antara spiritual, energi psikologi dan akupuntur.

Manfaat dari pelaksanaan Bakti Sosial SEFT-er ini dirasakan oleh M. Munif, kepala Dinas Sosial Surabaya yang membawahi Liponsos. Munif mengatakan, ada tiga orang gelandangan psikotik yang telah "lulus" terapi ini dan dipulangkan kembali ke keluarganya. Keadaan ini dirasakan cukup membantu mengurangi beban Liponsos. Terapi tersebut mampu membantu Dinas Sosial mendapatkan data nama dan alamat pasti para gelandangan tersebut. Dengan demikian, mereka dapat dipulangkan sehingga mengurangi beban Dinsos.

Penanganan penderita *schizophrenia* memang membutuhkan kesabaran dan waktu. Bisa jadi saat ini dinyatakan sembuh dan dipulangkan, namun bukan berarti dapat sembuh secara total. Sekitar 25% penderita dapat pulih dari episode awal dan fungsinya dapat kembali ketingkat *premorbid* (sebelum munculnya gangguan tersebut). Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Sekitar 50% berada diantaranya, ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidak-mampuan berfungsi dengan efektif (Arif, 2006). Begitu pula dengan data yang diperoleh dari Poli Jiwa RSAL. Dr. Ramelan Surabaya, tercatat selama tahun 2007 (periode 2 Januari 2007 hingga 18 Desember 2007) ada 75 kunjungan rawat inap oleh 59 orang pasien dan 611 kunjungan rawat jalan oleh 184 pasien dinas. Yang berulang, kambuh dan kembali melakukan perawatan inap di Pav VI sebanyak 15 (2 kali rawat inap ada 14 orang dan 3 kali rawat inap 1 orang). Dengan demikian ada 25.42% pasien yang mengalami kekambuhan secara periodik. Sementara itu, pasien yang

melakukan kontrol ulang tercatat sebanyak 103 orang dari 184 orang yang pernah berobat di Poli Jiwa, dengan demikian ada 55.98% pasien yang memerlukan rawat jalan.

Besarnya persentase kekambuhan inilah yang mendorong penulis untuk terus mendampingi subyek, setelah dirawat di Poli Jiwa RSAL Dr. Ramelan. Subyek, FRVL adalah penderita *schizophrenia paranoid.* Subyek adalah anak bungsu dari 2 bersaudara. Setahun setelah tamat SMA, subyek diterima menjadi anggota TNI AL, sementara kakaknya masih belum bekerja. Orang tuanya wiraswasta, dan seringkali pindah-pindah rumah. Tempat pendidikan formal subyek juga menjadi pindah-pindah dari satu-kota ke kota lain, karena mengikuti orang tuanya. Dengan demikian, lingkungan pergaulannya juga selalu berganti. Untuk SD diselesaikan di Semarang, kota kelahirannya. SMP di Tegal dan SMU di Slawi.

Menurut subyek, dalam anamnesa, subyek adalah anak yang pendiam dan agak tertutup. Sahabatnya tidak banyak. Ia tidak mau terikat pada sebuah ikatan persahabatan yang erat. Dalam hal prestasi belajar, tidak pernah masuk dalam 10 besar namun juga tidak pernah tinggal kelas. Ia ingin sebuah pekerjaan yang mapan, tidak seperti orang tuanya yang selalu berpindah-pindah untuk dapat mencari penghidupan.

Kemudian Subyek melaksanakan Pendidikan Pembentukan Pertama di Kodikal selama 7 bulan dan pendidikan kecabangan sekitar 3 bulan. Saat pendidikan kecabangan Marinir, Subyek mengalami kecelakaan, ia jatuh terduduk, yang mengakibatkan keluhan nyeri pada tulang ekornya, sehingga

harus dirawat di RS. Setelah kecelakaan ini, korps subyek yang awalnya Marinir, di alihkan korpsnya menjadi APM (Asisten Para Medis).

Sejak kejadian ini, subyek menjadi rentan terhadap *stressor*. Baik berupa fisik maupun psikis. Ia takut bila melihat atau ditegur sapa oleh seniornya. Ia takut pada keramaian dan sejak penempatan tugas pertama di Yonkes (Batalyon Kesehatan), subyek jarang sekali pesiar. Ia lebih banyak tinggal di mess, melakukan pembersihan dan interaksi sosial yang terbatas hanya dengan teman se-angkatan.

Beberapa kali Subyek ke RS, karena keluhan pundaknya yang sakit, kakinya kesemutan dan karena alasan lainnya. Pada tanggal 6 Juni 2007, Subyek dirawat di Pav VI hingga tanggal 29 Juni 2007. Pukul 14.30 WIB subyek KRS (Keluar Rumah Sakit) lalu dibawa pulang ke mess. Namun selama perjalan pulang dan hingga sampai di mess, subyek menunjukkan sikap ketakutan bila bertemu orang lain, hingga bersembunyi dibalik lemari, menangis dan badannya gemetar. Ia mendengar suara' "Kamu akan saya bantai!" berulang-ulang, hingga ia ketakutan. Pada malam hari itu juga ia kembali di bawa ke RSAL.

Berikut riwayat kesehatannya di Poli Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya.

Tabel I.1.
Riwayat Rawat Inap di Poli Jiwa

| NO | TANGGAL | KELUHAN |
|---|---|---|
| 1 | 6 – 29 Juni 2007 | - Tidak sadarkan diri (pingsan di mess)<br>- Kejang-kejang<br>- Subyek ketakutan saat melihat orang lain, terutama bila melihat atau disapa senior. Ia merasa dipojokkan, melihat dirinya, mereka seakan melotot dan merencanakan sesuatu yang berbahaya.<br>- Diagnosis Psikosa Tidak Khas |
| 2 | 29 Juni 2007 – 10 Agustus 2007 | - Ketakutan bila bertemu dengan senior / orang lain. Ia merasa dipojokkan, melihat dirinya, mereka seakan melotot dan merencanakan sesuatu yang berbahaya.<br>- Mendengar suara bisikan "Kamu mau saya bantai!"<br>- Subyek merasa bingung, tanpa sebab yang jelas.<br>- Diagnosis akhir *Schizophrenia Paranoid* |

Daftar kontrol (rawat jalan) FRVL di Poli Jiwa RSAL Dr. Ramelan Surabaya, setelah keluar Rawat Inap.

Tabel I.2.
Riwayat Rawat Jalan di Poli Jiwa

| NO | TANGGAL |
|---|---|
| 1 | 22 Agustus 2007 |
| 2 | 17 September 2007 |
| 3 | 23 November 2007 |

"Setelah keluar dari perawatan RSAL Dr. Ramelan, subyek tidak diberi tugas sebagaimana layaknya seorang prajurit militer yang dinas di Batalyon Kesehatan. Hal ini adalah kebijakan Satuan atas dasar rekomendasi dari RSAL".

Demikian penjelasan Komandan Batalyon Kesehatan Marinir, atas tugas Subyek yang hanya dibebani untuk pembersihan di sekitar markas saja. Seyogyanya, seperti dalam aturan yang dimuat dalam (www.marinir.mil.id), tugas prajurit Yonkesmar adalah:

Tugas Pokok : Yonkesmar yang memiliki motto "Setia Waluya Utama" ini mempunyai tugas pokok membina dan menyediakan kekuatan serta membina kemampuan unsur-unsur Kesehatan guna pelaksanaan tugas-tugas bantuan kesehatan dalam rangka pelaksanaan operasi pendaratan amfibi, operasi oleh satuan tugas dan atau tugas-tugas operasi lainnya.

Dharma Bhakti : Seperti kesatuan-kesatuan lain di lingkungan Korps Marinir, Yon Kesmar juga terlibat dalam berbagai penugasan antara lain Operasi Trikora/Dwikora, Operasi Seroja di Tim Tim, Operasi Rajawali Aceh, Operasi Rencong Sakti Aceh, Pengamanan Laut Wiltim, Bencana Alam Aceh, Operasi Bakti Kesehatan di seluruh wilayah Indonesia baik seperti di Poso dan lain sebagainya serta Munuc PBB Congo.

Saat ini subyek tidak dilibatkan sama sekali dalam melaksanakan Tugas Pokok maupun Dharma Bakti Yonkesmar. Beban yang diberikan hanya pembersihan di sekeliling markas Yonkesmar. Kondisi seperti ini memang dilematik. Satu sisi, subyek menyatakan sangat ingin bergabung dengan teman-temannya melaksanakan kewajiban sebagai seorang prajurit. Akan tetapi disisi lain, kebijakan satuan membatasi ruang geraknya dengan alasan kesehatan subyek sendiri dan tentunya kelancaran pelaksanaan tugas satuan. Kesenjangan ini dirasakan oleh subyek sebagai masalah baru yang

terkadang membuatnya frustrasi dan merasa tidak berguna. Kondisi ini bila tidak mendapat penanganan yang tepat, dikhawatirkan akan memicu kekambuhan subyek.

## I.2. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* dapat mengurangi Emosi Negatif pada penderita *schizophrenia paranoid* pasca rawat inap?

## I.3. Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan laporan ini adalah untuk mengetahui bagaimana hasil penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* dalam upaya mengurangi Emosi Negatif pada penderita *schizophrenia paranoid* pasca rawat inap.

# BAB II

# TINJAUAN TEORITIK

## II.1. *Schizophrenia*

Penyakit mental telah dikenal selama ratusan tahun. Teoritikus pada masa itu mengemukakan bahwa gangguan mental disebabkan oleh kekuatan jahat yang dimiliki tubuh dan treatment yang tepat dengan membebaskan dari roh jahat atau mengusir setan melalui berbagai cara, berkisar dari *treatment* yang tidak berbahaya seperti mengungkapkan diri pasien melalui tipe-tipe musik tertentu sampai dengan treatment berbahaya bahkan dapat mematikan seperti mengeluarkan *spirit* setan dengan mengebor atau membuat lubang pada tengkorak pasien (Maramis, 2005).

Kondisi *schizophrenia* memang sulit dipahami dan dijelaskan secara tegas, antara predisposisi maupun faktor-faktor stres yang menyulut munculnya gangguan. Tidak ditemukan adanya teori yang baku, semua sifatnya sangat individualistik. Kondisi ini yang menyebabkan penderita *schizophrenia* menjadi pasien rawat jalan menahun. Seperti yang dijelaskan oleh Maramis (2005), bahwa *schizophrenia* merupakan bentuk psikosa yang dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab musabab dan patogenesanya sangat kurang. Sehingga muncul pemikiran bahwa penderita *schizophrenia* akan menjalani perawatan seumur hidup (Nevid dkk, 2005).

### II.1.1. Pengertian *Schizophrenia*

*Schizophrenia* adalah suatu nama umum untuk kelompok reaksi psikotik, dicirikan dengan *withdrawal*, gangguan kehidupan emosional afektif dan tergantung pada typenya, adanya halusinasi, delusi, perilaku negativistic dan kemunduran atau kerusakan yang progresif (Chaplin, 1989).

*Schizophrenia* adalah sebuah kata yang berasal dari bahasa Yunani; "*schizein*" yang berarti "terpisah" atau "pecah" dan "*phrenia*" yang berarti "jiwa". Arti dari kata-kata tersebut menjelaskan tentang karakteristik utama dari gangguan *schizophrenia*, yaitu adanya pemisahan antara pikiran, emosi dan perilaku dari orang yang mengalaminya. Gangguan *schizophrenia* tergolong pada gangguan psikotik, yang ciri utamanya antara lain adalah kegagalan dalam *reality testing* (Fausiah, 2007).

Coleman (1976) menjelaskan bahwa *Schizophrenia* adalah gangguan psikosa yang ditandai oleh *split/disorganisasi personality*. Mengalami disharmoni psikologis secara menyeluruh, pendangkalan/kemiskinan emosi dan proses berpikir yang memburuk. Menghilangnya kesadaran sosial, adanya delusi, halusinasi, sikap/perilaku yang aneh dan emosinya inkoheren dimana bila terdapat kejadian yang menyenangkan bisa saja penderita malah menjadi bersedih hati, demikian pula sebaliknya.

Menurut Mandal dalam Nevid dkk (2005), *schizophrenia* menyentuh setiap aspek kehidupan orang yang terkena. Episode akut dari *schizophrenia* ditandai dengan adanya waham, halusianasi, pikiran yang tidak logis, pikiran yang tidak koheren dan perilaku yang aneh. Diantara episode-episode akut, orang yang

mengalami *schizophrenia* mungkin tetap tidak dapat berfikir secara jernih dan mungkin kehilangan respon emosional yang sesuai terhadap orang-orang dan peristiwa dalam hidupnya. Mereka mungkin berbicara dengan nada mendatar dan menunjukkan sedikit – jika ada – ekspresi.

*Schizophrenia* dideskripsikan sebagai sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau '*deteriorating*') yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maslim, 2001).

*Schizophren* atau yang disebut "gila" oleh orang awam merupakan puncak penderitaan manusia yang mencerminkan ketidakberdayaan seseorang membedakan realitas. Penderitaan tersebut tentulah sangat dalam dan panjang sehingga seseorang dapat mengalami keadaan waham. Diawali dengan munculnya pikiran yang menakutkan dan mengancam yang mengakibatkan dunia di sekitar penderita "terkunci" (*fase trema*), secara tidak sengaja merasakan lingkungan di luar dirinya tidak ramah terhadapnya (*fase apophany*) dan diakhiri dengan *fase apocalyptis*, perasaan dan keterpisahan dengan dunia sekitarnya (Etty, 2002).

Pada penderita *schizophrenia* ada disintegrasi pribadi dan kepecahan pribadi. Tingkah laku emosional dan intelektualnya jadi *ambigous* (majemuk) serta mengalami gangguan serius dan mengalami regresi atau *dementia* total. Dia

melarikan diri dari kenyataan hidup dan berdiam dalam dunia fantasinya. Tampaknya dia tidak bisa memahami lingkungannya dan responnya selalu maniak atau kegila-gilaan. Perasaannya selalu tidak cocok, mengalami gangguan intelektual berat sehingga pikirannya melompat-lompat tanpa arah (Kartono, 1989).

Dari beragam pengertian tentang *schizophrenia* diatas dapat disarikan, bahwa *schizophrenia* adalah bentuk gangguan jiwa yang memiliki ciri utama adanya halusinasi, delusi (waham), bentuk pikiran yang abnormal dan tingkah laku yang aneh. Dengan kondisi seperti tersebut, maka penderita *schizophrenia* menjadi terisolasi dari lingkungannya dan gangguan *schizophrenia* telah merubah kepribadian serta menghancurkan hubungan penderita dengan dunia luar.

### II.1.2. Sejarah Singkat *Schizophrenia.*

Banyak pendekatan sejarah yang menceritakan tentang perjalanan perkembangan *schizophrenia*. Namun menurut Nevid dkk (2005), ada tiga tokoh yang dianggap penting dan memberikan kontribusi besar dalam memetakan *schizophrenia*. Tokoh tokoh tersebut adalah :

#### 1. Emil Kraepelin

Kraepelin (1856-1926), salah seorang bapak psikiatri modern, menyebut gangguan *schizophrenia* sebagai *dementia praecox*. Istilah ini diambil dari bahasa Latin *dementis*, yang berarti "di luar" (*de-*) jiwa seseorang (*mens*), dan akar yang membentuk kata *precocious*, berarti "sebelum" tingkat "kematangan" dari

seseorang. *Dementia praecox* selanjutnya mengacu pada hendaya prematur (*premature impairment*) dari kemampuan mental. Kraepelin meyakini bahwa *dementia praecox* adalah sebuah proses penyakit yang disebabkan oleh patologi yang spesifik di dalam tubuh, meskipun tidak diketahui.

Kraepelin menulis bahwa *dementia praecox* melibatkan "hilangnya kesatuan di dalam (diri) antara pemikiran, perasaan dan tindakan". Sindrom dimulai pada masa awal kehidupan dan proses deteriorasi yang terjadi sering kali menghasilkan "disintegrasi dari kepribadian" yang menyeluruh. Deskripsi Kraepelin tentang *dementia praecox* meliputi bentuk-bentuk perilaku seperti waham, halusinasi, dan perilaku motorik yang aneh-bentuk-bentuk perilaku yang biasanya menjadi karakteristik gangguan tersebut saat ini.

**2. Eugen Bleuler**

Pada tahun 1911, Psikiater Swiss Eugen Bleuler (1857-1939) mengganti nama *dementia praecox* menjadi *schizophrenia*, dari kata Yunani *schistos*, yang berarti "terpotong" atau "terpecah," dan *phren*, berarti "otak." Dalam melakukan hal ini, Bleuler memfokuskan pada karakteristik utama dari sindrom, yaitu terpisahnya fungsi otak yang mempengaruhi kognisi, respons-respons perasaan atau afektif dan tingkah laku. Seseorang yang menderita *schizophrenia*, misalnya, mungkin tertawa dengan cara yang tidak sesuai ketika membicarakan peristiwa yang menyedihkan atau tidak menunjukkan emosi yang sesuai dalam menghadapi tragedi.

Bleuler meyakini bahwa *schizophrenia* dapat dikenali berdasarkan empat ciri atau simtom primer. Saat ini disebut sebagai empat A (*four A's*):

1. Asosiasi (*associations*) atau hubungan antara pikiran-pikiran, menjadi terganggu. Sekarang kita menyebut jenis gangguan seperti ini sebagai "gangguan pikiran" (*thought disorder*) atau "asosiasi longgar" (*looseness of association*). Asosiasi longgar berarti ide saling terangkai dengan sedikit atau tanpa hubungan antara hal tersebut dan tampaknya pembicara tidak menyadari ketiadaan hubungan tersebut. Pembicaraan orang tersebut bagi orang lain tampak seperti melantur dan membingungkan.
2. Afek (*affect*) atau respons emosional, menjadi datar atau tidak sesuai. Penderita mungkin menunjukkan hilangnya respons terhadap peristiwa yang tidak menyenangkan atau tertawa terbahak-bahak setelah mendengar anggota keluarga atau teman meninggal dunia.
3. Ambivalensi (*ambivalence*). Orang yang menderita *schizophrenia* memiliki perasaan ambivalen atau konflik terhadap orang lain, seperti mencintai dan membenci mereka pada saat yang sama.
4. Autisme (*autism*) adalah istilah yang menjelaskan penarikan diri ke dunia fantasi pribadi yang tidak terikat oleh prinsip-prinsip logika.

Dalam pandangan Bleuler, halusinasi dan waham mewakili "simtom sekunder," simtom-simtom yang menyertai simtom-simtom primer namun tidak menjelaskan gangguan. Namun demikian, pada tahun-tahun berikutnya, teoritikus

Kurt Schneider pada tahun 1957, mengatakan bahwa halusinasi dan waham adalah ciri-ciri kunci atau primer dari *schizophrenia*. Bleuler sangat dipengaruhi oleh teori psikodinamika. Dia yakin bahwa isi halusinasi dan waham dapat dijelaskan sebagai usaha untuk menggantikan dunia luar dengan sebuah dunia fantasi.

**3. Kurt Schneider**

Ahli lain yang berpengaruh dalam mengembangkan konsep modern tentang *schizophrenia* adalah psikiater Jerman, Kurt Schneider (1887-1967). Schneider meyakini bahwa kriteria dari Bleuler (empat A) terlalu samar untuk tujuan diagnostik dan kriteria itu gagal untuk membedakan secara adekuat antara *schizophrenia* dengan gangguan lainnya. Kontribusi Schneider yang paling penting adalah membedakan antara ciri-ciri *schizophrenia* yang diyakininya sebagai inti untuk diagnosis, yang disebutnya simtom peringkat pertama (*first rank symtomps*) dan simtom peringkat kedua (*second rank symptoms*), yang diyakininya tidak hanya ditemukan pada *schizophrenia*, namun juga pada gangguan psikosis lain dan pada beberapa gangguan nonpsikosis, seperti gangguan kepribadian. Dalam pandangan Schneider, apabila simtom peringkat pertama muncul dan tidak disebabkan oleh faktor organik, maka diagnosis *schizophrenia* dapat ditegakkan. Halusinasi dan waham adalah simtom peringkat pertama yang utama. Gangguan *mood* dari kekacauan pikiran dianggap sebagai simtom peringkat kedua. Meskipun peringkat Schneider untuk perilaku yang terganggu membantu membedakan *schizophrenia* dan gangguan lainnya, sekarang kita mengetahui bahwa simtom peringkat pertama terkadang juga dijumpai pada

orang yang mengalami gangguan lain, terutama gangguan bipolar. Meskipun simtom peringkat pertama secara jelas diasosiasikan dengan *schizophrenia*, simtom ini tidak unik pada gangguan tersebut.

### II.1.3. Simtom-simtom *Schizophrenia.*

Ciri-ciri klinis Utama *Schizophrenia*, menurut *DSM-IV-TR* (APA, 2005):

1. Dua atau lebih dari hal-hal berikut harus muncul dalam porsi yang signifikan selama munculnya penyakit dalam waktu 1 bulan :
   (a) waham/delusi
   (b) halusinasi
   (c) pembicaraan yang tidak koheren atau ditandai oleh asosiasi longgar
   (d) perilaku tidak terorganisasi atau katatonik
   (e) ciri-ciri negatif (misalnya afek datar)

2. Fungsi pada bidang-bidang seperti hubungan sosial, pekerjaan, atau perawatan diri selama perjalanan penyakit secara nyata berada di bawah tingkatan yang dapat dicapai sebelum munculnya gangguan. Apabila gangguan muncul pada masa kanak-kanak atau remaja, terdapat suatu kegagalan untuk mencapai tingkat perkembangan sosial yang diharapkan.

3. Tanda-tanda gangguan terjadi secara terus-menerus selama masa setidaknya 6 bulan. Masa 6 bulan ini harus mencakup fase aktif yang berlangsung setidaknya satu bulan di mana terjadi simtom psikotik (terdaftar pada 1), yang merupakan karakteristik *schizophrenia*.

4. Gangguan tidak dapat diatribusikan sebagai dampak zat-zat tertentu (misalnya, penyalahgunaan zat atau pengobatan yang diresepkan) atau pada kondisi medis umum.

Pedoman Diagnostik untuk menegakkan diagnosis *schizophrenia* menurut Maslim (2001) yang mengacu pada PPDGJ III, adalah :

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :

   (a) - "*thought echo*"

   isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda atau

   - "*thought insertion or withdrawal*"

   isi pikiran yang asing dari luar, masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*) dan

- "*thought broadcasting*"

isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umun mengetahuinya. Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

(b) - "*delusion of control*"

waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

- "*delusion of influence*"

waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

- "*delusion of passivity*"

waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar

(tentang "dirinya" = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus)

- "*delusional perception*"

pengalaman inderawi yang tak wajar yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat

(c) halusinasi auditorik :

- suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien.

- mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara)

- jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

(d) waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan mahluk asing dari dunia lain).

2. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :

(e) halusinasi yang menetap dari panca-indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus

(f) arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau *neologisme*

(g) perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau *fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme* dan *stupor*.

(h) gejala-gejala "negatif', seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

3. Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik prodromal).

4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

Pedoman Diagnostik tambahan untuk menegakkan diagnostik *Schizophrenia Paranoid,* menurut Maslim (2001) yang mengacu pada PPDGJ III, adalah :

1. Memenuhi kriteria umum diagnosis *schizophrenia.*
2. Sebagai tambahan :

- halusinasi dan/atau waham harus menonjol;

  (a) suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*).

  (b) halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh; halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

  (c) waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau "*passivity*" (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas.

- gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/ tidak menonjol.

### II.1.4. Tipe-tipe *schizophrenia.*

DSM-IV TR (APA, 2005) dan juga Hawari (2006), menggolongkan *Schizophrenia* kedalam 5 kelompok besar, yaitu :

1. *schizophrenia disorganized,*
2. *schizophrenia katatonik,*
3. *schizophrenia paranoid,*
4. *schizophrenia residual,*
5. *schizophrenia undifferentiated.*

Sementara Maramis (2005) yang mengacu pada pendekatan Kraeplin, membagi tipe *schizophrenia* menjadi 7, yakni :

1. *Schizophrenia Simplex*

   Seringkali muncul pertama kali saat penderita berada pada usia pubertas yang ditandai dengan gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Awalnya penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan setelah itu penderita makin lama makin mengalami kemunduran dalam pekerjaannya atau pelajaran sekolahnya dan akhirnya menjadi pengangguran. Keadaan ini bila tidak segera tertangani dengan baik, maka penderita mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau bahkan penjahat.

2. *Schizophrenia Hebefrenik*

   Sering timbul pada masa remaja atau tepatnya pada usia antara 15-25 tahun. Gejala menyolok yang muncul adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya *double personality*. Selain gejala tersebut muncul pula gangguan psikomotor seperti *mannerism, neologisme* atau perilaku kekanak-kanakan serta waham dan halusinasi.

3. *Schizophrenia Katatonik*

   Muncul pertama kali saat penderita berusia antara 15 - 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional.

   Ada dua macam *Schizophrenia Katatonik*, yaitu :

a. *Stupor katatonik* ; penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali pada terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Gejala penting yang muncul adalah gangguan psikomotor seperti *manerisme* yang kadang-kadang disertai dengan mata tertutup; muka tanpa ekspresi seperti topeng; *stupor* atau tidak bergerak sama sekali dalam waktu yang lama; negativisme atan penderita menentang bila posisinya diganti; menolak makanan bahkan tidak mau menelan air ludahnya sendiri, serta menahan air seni dan *feses*, terdapat *grimas* dan *katalepsi* pada penderita.

b. *Gaduh-gelisah katatonik*; penderita mengalami hiperaktivitas motorik tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsang atau stimulus dari luar. Gejala yang muncul adalah : terus berbicara atau bergerak saja, muncul *stereotipi*, *manerisme* dan *neologisme*. Penderita tidak bisa tidur, tidak makan dan tidak minum sehingga mungkin sekali mengakibatkan penderita mengalami dehidrasi dan kolaps bahkan kematian.

*4. Schizophrenia Paranoid*

Sering mulai pada saat penderita berusia sesudah 30 tahun. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan sebagai *skizoid*, dimana mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak sombong dan kurang percaya pada orang lain. Gejala utama yang

muncul adalah waham primer yang disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Selain itu melalui pemeriksaan yang teliti, pada penderita juga ditemukan ada gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

5. *Episode Schizophrenia Akut*

Gejala *Schizophrenia* timbul mendadak dan penderita seperti dalam keadaan mimpi karena kesadarannya mungkin berkabut. Keadaan ini disebut sebagai *oneiroid* dimana timbul perasaan seakan-akan dumia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan mempunyai arti khusus bagi penderita. *Schizophrenia* jenis ini mempunyai prognosa yang cukup baik, dalam beberapa minggu atau kurang dan 6 bulan, penderita berangsur membaik. Kadang saat kesadaran penderita yang berkabut tersebut hilang, maka timbul gejala salah satu jenis *Schizophrema* yang khas.

6. *Schizophrenia Residual*

*Schizophrenia* residual adalah keadaan *Schizophrenia* dengan gejala-gejala primernya Bleuler. tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan *Schizophrenia.*

7. *Schizophrenia Skizo-Afektif.*

*Schizophrenia* jenis ini ditandai dengan munculnya beberapa gejala *schizophrenia* yang umum juga disertai dengan munculnya gejala-gejala depresi (*skizo-depresif*) atau gejala-gejala mania (*skizo-manik*)

Jenis *schizophrenia* ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa *defek*, tetapi ada kemungkinan akan muncul serangan lagi.

Berikut beberapa tipe *schizophrenia* menurut Neale (1996) dan Sutatminingsih (2002), terbagi dalam 5 kelompok, yakni :

a. *Tipe Paranoid*

Ciri utama *schizophrenia* tipe ini adalah adanya waham yang menyolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran atau keduanya. Waham dengan tema lain, seperti waham kecemburuan, keagamaan atau somatisasi mungkin juga muncul. Halusinasi juga terkait dengan tema wahamnya.

Kriteria diagnostik untuk *schizophrenia paranoid* adalah :

1. Adanya preokupasi dengan salah satu delusi atau lebih: atau halusinasi akustik yang sering
2. Gejala berikut tidak menonjol : bicara yang kacau, perilaku yang kacau atau katatonik, afek yang mendatar atau tidak wajar (*inappropriate*)

b. Tipe *Disorganized* / Kacau

Ciri utama *schizophrenia* tipe ini adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek datar atau *inappropiate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat

berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku, seperti kurangnya orientasi pada tujuan, dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

Kriteria diagnostik *schizophrenia* disorganized, sebagai berikut:

1. Semua gejala berikut menonjol : bicara kacau, perilaku kacau, afek tidak memadai/wajar atau mendatar
2. Tidak memenuhi criteria untuk type *katatonik*

c. Tipe *Katatonik*

Ciri utama pada *schizophrenia katatonik* adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidak bergerakan motorik (*immobilitas motorik*), aktivitas motorik berlebih, *negativisme* yang berlebihan, *mutisme*, gerakan-gerakan yang tidak terkendali, *ekolalia* dan *ekopraksia*.

Berikut kriteria diagnostik tipe katatonik :

1. *Immobilitas motorik* : sebagai *catalepsy* (termasuk *waxy flexibility*) atau *stupor*
2. Aktivitas motorik yang berlebihan, tak bertujuan dan tidak berkaitan dengan stimuli external
3. Negativisme yang mencolok (resistensi tanpa motif terhadap semua instruksi, atau mempertahankan posisi tubuh secara kaku terhadap usaha untuk mengubahnya), atau *mutisme* (diam seribu bahasa)

4. Kejanggalan dalam gerakan-gerakan sadar, misalnya posturing (secara sadar mengambil posisi tubuh yang tidak wajar atau *bizzare*), gerakan- gerakan *stereotypik*, *mannerisme* yang mencolok, atau senyum-senyum tak wajar (*prominent grimacing*)
5. *Echolalia* (latah) atau *echopraxia* (latah gerakan)

d. Tipe *Residual*

Diagnosis *schizophrenia* tipe *residual* diberikan bila pernah ada paling tidak satu kali episode *schizophrenia*, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya simtom negatif atau simtom positif yang lebih halus.

Kriteria diagnostik tipe residual sebagai berikut :

1. Tidak dijumpai delusi, halusinasi, bicara yang kacau, dan perilaku yang amat kacau atau *katatonia*.
2. Secara kontinu menunjukkan adanya gangguan, misal : gejala-gejala negatif, atau adanya 2-3 gejala tipe A dalam derajat lebih lemah.

e. *Schizophrenia Onset Dini (Early-Onset)*

Sebagian pasien mulai mendapat *schizophrenia* pada masa kanak-kanak, kadang-kadang sulit dibedakan dengan *mental*

*retardation* atau *autistic disorder*. Diagnosis berdasarkan gejala-gejala yang sama dengan *schizophrenia* pada orang dewasa.

Schizophrenia, dalam PPDGJ III, dibagi kedalam 10 kelompok, yaitu :

F20.0 *Skizofrenia paranoid*

F20.1 *Skizofrenia hebefrenik*

F20.2 *Skizofrenia katatonik*

F20.3 Skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*)

F20.4 *Depresi pasca-skizofrenia*

F20.5 Skizofrenia *residual*

F20.6 Skizofrenia *simpleks*

F20.8 Skizofrenia *lainnya*

F20.9 Skizofrenia YTT

Nevid dkk (2005), lebih menyederhanakan pengelompokan tipe *schizophrenia,* menjadi tiga kelompok besar. Kelompok itu adalah :

a. Tipe tidak terorganisasi

Dengan ciri kebingungan dan perilaku yang aneh, pembicaraan tidak koheren, halusinasi nyata, afek datar atau tidak sesuai dan waham yang tidak terorganisasi.

b. Tipe Katatonik

Ciri-cirinya gangguan yang nyata dalam aktifitas motorik, dimana perilaku mungkin melambat menjadi *stupor* namun secara tiba-tiba berubah menjadi keadaan yang sangat teragitasi.

c. Tipe Paranoid

Ciri-cirinya waham (biasanya bertema kebesaran, persekusi atau kecemburuan) dan sering halusinasi auditoris.

### II.1.5. Penyebab *Schizoprenia.*

Penyebab *Schizophrenia* melibatkan banyak faktor, masih menjadi suatu misteri. Ada pendapat bahwa faktor genetis sangat berpengaruh, karena lebih mungkin untuk mendapat penyakit jiwa ini jika mempunyai suatu orangtua, saudara atau saudari dengan penyakit yang serupa. Hal senada diungkapkan oleh Semiun (2006), bahwa penyebab *schizophrenia* tetap terus diselidiki dan menghasilkan beragam pandangan dan tetap menjadi masalah yang kontroversial. Namun secara garis besar dapat dilakukan dengan beberapa pendekatan, yaitu : pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, pendekatan ekseistensial-humanistik, pendekatan kognitif dan pendekatan fisiologis.

Menurut Heriani, seorang dokter ahli jiwa dari RSCM Jakarta (dalam www.fiorenz.com) menjelaskan bahwa ada tiga faktor gangguan kejiwaan, yakni biologis, *psychoeducational* dan sosial budaya.

> "Ketiga hal ini secara umum menjadi *basic* timbulnya gangguan jiwa pada seseorang. Gangguan jiwa akan langsung muncul

apabila terpicu oleh beberapa sebab, *stressor*, misalnya tertimpa musibah, mengidap penyakit maupun faktor sosial lain".

Sejalan dengan pendapat diatas, Nevid dkk (2005) dan Arif (2006) merangkum pendapat ahli, dengan ringkasan sebagai berikut :

1. Perspektif psikodinamika.

   a. Pandangan Sigmund Freud

   Freud berbicara soal perkembangan kepribadian dari fase oral-genital. Dari *primary narcissism* ke *object relation*, dari *infantile sexuality* ke *genital supremacy*. Freud bicara bagaimana libido dari tidak terarah dan mentah menjadi terarah dan tersublimasi. Hambatan di fase-fase perkembangan, terutama di fase awal akan membuat pertumbuhan ini terhambat dan pribadi yang bersangkutan terpaku pada fase perkembangan tersebut. Ini yang disebut fiksasi. Bila terjadi fiksasi, maka perkembangan kepribadian seseorang akan terhambat. Ia menjalani kehidupannya dengan keprihadian yang rentan dan dengan energi mental yang makin lama makin lemah dan dengan demikian menjadi rentan terhadap stres. Bilamana ia mengalami kesulitan penyesuaian diri dan mengalami stress di masa remaja atau dewasa maka ia akan mengalami regresi ke fase perkembangan di mana ia mengalami fiksasi.

   Akan tetapi ada kritik terhadap pandangan Freud, bahwa perilaku *schizophrenia* dan perilaku *infantile* tidak sepenuhnya sama, sehingga *schizophrenia* tidak dapat dijelaskan dengan regresi. Ahli psikoanalisis tidak pernah dapat menunjukkan bahwa hipotesis tentang pengalaman masa

kanak-kanak awal atau pola-pola keluarga menyebabkan *schizophrenia* (Nevid dkk, 2005)

b. Pandangan Harry Stack Sullivan

Menurut Sulivan, kegagalan pengasuhan oleh ibu menghasilkan diri yang cemas pada bayi dan membuat anak tidak dapat atau kurang dapat memuaskan kebutuhannya. Aspek pengalaman diri ini kemudian mengalami disosiasi, tetapi kerusakan pada *self esteem* cukup besar. Onset *schizophrenia* menurut Sullivan adalah tampilnya kembali self yang terdisosiasi itu yang mengakibatkan panik dan disorganisasi psikotik.

2. Perspektif Belajar

Meskipun teori belajar mungkin tidak dapat menjelaskan tentang *schizophrenia,* namun prinsip *conditioning* dan belajar observasi mungkin memegang peranan penting dalam perkembangan bentuk perilaku schizophrenia. Dari pandangan ini, orang belajar untuk 'menghasilkan' perilaku *schizophrenia* ketika terdapat lebih banyak kemungkinan untuk diberi imbalan daripada perilaku normal. Pendekatan tentang *operant conditioning, modelling, reinforcement* merupakan tema pokok dalam perpektif belajar.

3. Perspektif Somatogenesis / Biologis

Pendekatan *somatogenesis* berusaha memahami kemunculan *schizophrenia* sebagai akibat dari berbagai proses biologis dalam tubuh. Berikut beberapa teori tentang teori *somatogenesis*.

a. Faktor-Faktor Genetik

Studi pada keluarga menunjukkan, semakin dekat relasi seseorang dengan penderita *schizophrenia*, makin besar resikonya untuk mengalami gangguan tersebut. Gottesman (1987), dalam www.molbio.princeton.edu dan Nevid dkk (2005) menjelaskan dalam gambar dibawah ini.

Gambar II.1.
Resiko terkena *schizophrenia* dari faktor genetik

b. *Biochemistry* (ketidakseimbangan kimiawi otak)

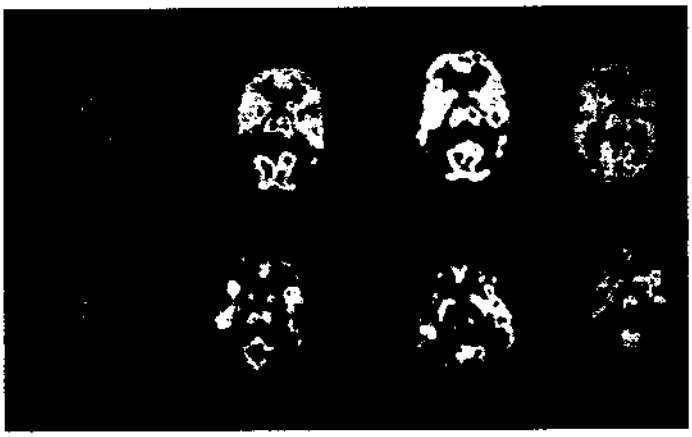
Beberapa bukti menunjukkan bahwa *schizophrenia* mungkin berasal dari ketidak seimbangan kimiawi otak yang disebut *neurotransmitter*, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan

neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa *schizophrenia* berasal dari aktivasi dopamin di neurotransmitter yang berlebihan di bagian-bagian terentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamin. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivasi dopamin yang berlebihan saja tidak cukup untuk *schizophrenia*. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin atau nonepineprin tampaknya juga memainkan peranan.

c. Neuroatanomi (abnormalitas struktur otak)

Berbagai teknik MRI (Magnetic Resonance Imaging) dan PET (Positron Emission Topography) telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktural spesifik pada otak pasien *schizophrenia*.

Pasien *schizophrenia* menunjukkan aktivitas metabolik yang relatif lebih sedikit pada lobus frontalis otak (diindikasikan dalam warna kuning dan merah yang lebih sedikit). Pada gambar dibawah ini, menggunakan PET untuk 4 orang normal yang ada di deret atas dan 4 orang penderita *schizophrenia* dibagian bawah.



Gambar II.2.
Perbandingan aktivitas metabolik otak pada orang normal dan penderita *schizophrenia*

Pasien *schizophrenia*, yang kronis cenderung memiliki hipokampus yang mengecil (warna kuning) dan vertikel otak yang lebih besar dan berisi cairan (abu-abu). Mereka juga memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada orang normal. Otak pasien *schizophrenia* menunjukkan pembesaran vertikel namun tidak semua pasien *schizophrenia* menunjukkan abnormalitas ini. MRI menunjukkan perbedaan struktural antara otak orang dewasa normal di sebelah kanan dengan otak pasien *schizophrenia* di sebelah kiri.

Gambar II.3.
Perbandingan struktur otak pada orang normal dan penderita *schizophrenia*

4. Tambahan

Selain disebabkan oleh faktor biologis, Nevid dkk (2005) dan Neale dkk (1996), melihat ada beberapa faktor lain yang dianggap ikut menyebabkan *schizophrenia*, yaitu :

a. Adanya infeksi virus saat prenatal. Kelainan neurologis atau saraf dapat disebabkan oleh adanya virus yang menyerang otak dan merusaknya, seperti virus *Rubela*. Beberapa fakta menunjukkan bahwa infeksi virus pada masa prenatal dapat menyebabkan *schizophrenia* ketika anak telah dewasa.

b. Status ekonomi yang rendah. Stres yang muncul karena hidup di dalam kondisi ekonomi yang terdesak ataupun hidup pada kelas bawah dapat memicu munculnya *schizophrenia* pada seseorang.

c. Interaksi keluarga yang bermasalah. Interaksi keluarga yang kurang positif memiliki kecenderungan untuk mengekspresikan emosi dengan cara yang destruktif, sehingga dapat memperburuk seorang penderita *schizophrenia.*

### II.1.6. Prognosis *Schizophrenia.*

Prognosis merupakan ramalan hasil atau akibat suatu penyakit atau gangguan/penyakit mental. Beberapa indikasi mengenai lamanya penyakit yang didugakan, kerasnya penyakit dan status akhir yang mungkin terjadi, merupakan bagian dari prognosa tersebut (Chaplin, 1989).

Prognosis dari *schizophrenia* bervariasi (www.*schizophrenia*.com dan www.merck.com) dan faktor yang menentukan dalam prognosis yang baik atau positif adalah :

1. Pasien relatif mampu berfungsi secara baik (*good premorbid functioning*)
2. Bukan onset dini *schizophrenia* atau terjadi secara tiba-tiba
3. Riwayat keluarga lebih kepada gangguan suasana perasaan (*mood disorders*) bukan *schizophrenia*
4. Menikah akan meningkatkan prognosis
5. Gangguan kognitif yang minimal
6. Tipe *paranoid* atau *nondefisit*

Sedangkan, faktor yang menentukan prognosis yang buruk atau negatif adalah :

1. Onset dini
2. *Poor premorbid functioning*
3. Adanya riwayat keluarga penderita *schizophrenia*
4. *Disorganized* atau *deficit* dengan banyak simptom negatif
5. Lelaki memiliki prognosis yang lebih buruk daripada wanita karena wanita merespon terapi atau obat antipsikotik dengan lebih baik.

Jiwa (1994 dan 2004), menjelaskan bahwa prognosis *schizophrenia* secara umum tergantung pada :

Tabel II.1.
Prognosis *schizophrenia*

| ASPEK | PROGNOSA BAIK |
|---|---|
| Onset (usia pertama kali timbul) | Makin tua |
| Mula timbul akut atau kronis | Akut |
| Tipe *schizophrenia* | *Schizophrenia* akut dan katatonik |
| Kecepatan, ketepatan dan ketraturan pengobatan | Makin cepat, makin tepat dan makin teratur |
| Ada tidaknya faktor pencetus | Ada |
| Ada tidaknya faktor keturunan | Tidak ada |
| Kepribadian prepsikotik | Ekstrovert |
| Keadaan sosial ekonomi | Tinggi |

**II.2. Asesmen Psikologi.**

Asesmen psikologi digunakan untuk mengidentifikassi permasalahan subyek, agar diketahui gambaran psikologis yang utuh dan digunakan untuk menentukan langkah selanjutnya. Asesmen adalah sekelompok proses yang digunakan oleh seseorang atau beberapa orang untuk mengembangkan impresi dan gambaran, membuat keputusan dan menguji hipotesis tentang karakteristik orang lain agar dapat menentukan perilakunya dalam berinteraksi dengan lingkungan. Asesmen dilakukan untuk memperoleh gambaran yang menyeluruh tentang seseorang dan untuk memprediksi serta menjelaskan perilakunya (Sundberg, 1977 dan Neale, 1996).

**II.2.1. Wawancara Klinis**

Wawancara adalah percakapan tanya jawab yang diarahkan utnuk mencapai tujuan tertentu. Dengan wawancara akan diperoleh data/informasi dari subyek, yang dilakukan secara terstruktur. Menurut Ambarini (2006), melalui wawancara

klinis, dapat diperoleh data berupa permasalahan yang dirasakan, lamanya permasalahan itu muncul, sejarah penyakit dan data pribadi. Penggunaan wawancara klinis oleh psikolog maupun psikiater biasanya meliputi 6 topik utama, yaitu : *mental content, sensorium* dan *inteligensi, insight* dan penampilan, *attittude.*

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara yang mengajukan pertanyaan dengan yang diwawancarai yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong, 2006).

Bahkan wawancara dapat digolongkan sebagai alat utama untuk memahami dan memprediksi kondisi klien berdasarkan data yang diperoleh. Teknik wawancara ini merupakan teknik paling dasar dan paling mudah untuk digunakan (Trull dan Phares, 2001).

### II.2.2. Observasi Klinis

Observasi berarti mengamati, dengan melakukan pengujian sesuai dengan maksud atau tujuan tertentu mengenai sesuatu, khususnya dengan tujuan untuk mengumpulkan fakta (Chaplin, 1989).

Observasi pada subyek dengan gangguan *schizophrenia*, akan sangat membantu mengingat observasi tidak membutuhkan *self report* sehingga penderita tidak harus berbicara terlalu banyak. Pada penderita *schizophrenia,* adanya gangguan persepsi menghambat mereka untuk mengungkapkan pikiran secara verbal dengan lancar (Ambarini, 2006).

Observasi klinis dilakukan sejak subyek masih di rawat inap, Pav VI poli Jiwa RSAL. Dr. Ramelan hingga subyek dinyatakan membaik dan diperbolehkan pulang, sehingga observasi dilanjutkan di kantor subyek.

### II.2.3. Tes Psikologi

Tes psikologi dilakukan atas dasar kebutuhan, menjawab pertanyaan untuk tujuan apa dan apakah sudah benar menggambarkan yang yang seharusnya diungkap. Agar mendapat hasil yang standar, maka perlu adanya standarisasi alat. Sundberg (1977) menjelaskan bahwa tes adalah suatu metode untuk mendapatkan sampel perilaku dari sescorang dalam situasi yang standard. Alat tes yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

#### 1. Tes Kecerdasan

Pengukuran kapasitas kecerdasan subyek dilakukan dengan alasan untuk mengetahui apakah kondisi inteligensi subyek mengalami perubahan setelah terkena gangguan *schizophrenia*. Alat tes yang digunakankan adalah ART (*Abstract Reasoning Test*), dengan alasan bahwa alat ini juga digunakan pada saat subyek seleksi masuk menjadi anggota di TNI AL. Sehingga dapat dilihat konsistensinya. Juga waktu pelaksanaan yang singkat, mengingat subyek menolak melakukan tes.

**2. Tes Proyektif**

Tes proyektif diambil untuk mengungkap dinamika kepribadian subyek, dengan memberikan stimulus umum untuk direspon. Diharapkan dengan tes ini dapat digali informasi yang lebih kaya, untuk melengkapi data dari observasi dan wawancara maupun dari alat tes yang lain (Sundberg, 1977). Alat tes proyektif yang digunakan adalah :

1. Tes Grafis, meliputi DAM dan Baum

   Tes DAM digunakan untuk mengetahui bagaimana individu memandang dirinya adapun tes menggambar pohon (Baum) digunakan untuk mengetahui bagaimana pola hubungan individu dengan lingkungannya.

2. *SSCT* (*Sack's Sentence Completion Test*)

   SSCT merupakan tes dimana pasien diminta melengkapi kalimat-kalimat yang belum sempurna. Kalimat-kalimat tidak sempurna dapat merangsang seseorang untuk memproyeksikan keadaan atau isi psikisnya sesuai dengan rangsang yang berkaitan dengan isi kalimat tersebut (Sundberg, 1977).

3. Tes Eysenk - III

   Tes ini digunakan untuk mengungkap stabilitias emosi subyek. Subyek diberikan pilihan jawaban 'ya', 'tidak' atau 'ragu-ragu' sebanyak 210 soal.

### II.3. Desain Intervensi yang Relevan

Masing-masing penderita *schizophrenia* akan mengalami gejala yang tidak selalu sama, maka dituntut adanya intervensi yang spesifik untuk masing-masing penderita.

### II.3.1. Pendekatan Biologis

Sebuah pendekatan medikasi, dengan obat-obatan. Terapi ini dimaksudkan untuk mempengaruhi dopamin, serotonin dan noradrenalin di otak, sehingga kemampuan kogitif masih terjaga, emosi dan perilaku juga terkendali (Hawari, 2006).

Suatu terapi yang menggunakan obat antipsikotik, seperti Thorazine, Mellaril, Stelazine, Prolixin dan Haldol. Efek dari pengobatan ini adalah untuk menghambat aktivitas dopamin di otak, untuk menghilangkan tanda-tanda *schizophrenia* yang menyolok, seperti halusinasi dan waham. Resiko penggunaan jangka panjang dari obat neuroleptik diatas adalah *Tardive Dyskinesia,* gerakan tidak disengaja pada wajah dan anggota tubuh.

Kemunculan obat antipsikotik generasi baru yang disebut dengan antipsikotik atipikal, seperti clozapine, riperidon dan olanzapine, berusaha menekan efek neurologis pada obat jenis yang lama. Obat ini hanya membantu mengendalikan ciri-ciri yang lebih menonjol atau aneh dari penderita *schizophrenia* namun tidak menyembuhkan (Nevid dkk, 2005).

### II.3.2. Terapi Psikodinamika

Freud tidak yakin bahwa psikoanalisis tradisional sesuai untuk penanganan *schizophrenia*. Tindakan menarik diri ke dalam dunia fantasi yang merupakan ciri *schizophrenia* mencegah penderita untuk membentuk hubungan yang bermakna dengan psikoanalisis. Teknik psikoanalisis spesifik yang dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Frieda Fromm-Reichmann, juga tidak berhasil untuk merawat *schizophrenia*. Akan tetapi, pengembangan psikoanalisis dalam teknik *Personal therapy*, cukup menjanjikan untuk merawat kasus *schizophrenia* (Nevid, 2005).

Beberapa psikoterapi yang dapat diberikan menurut Hawari (2006) adalah :

a. Psikoterapi Suportif

   Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dlan semangat juangnya (fighting spirit) dalam mengahadapi hidup ini tidak kendur dan rnenurun.

b. Psikoterapi Re-edukatif

   Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memberikan pendidilkan ulang yang maksudnya memperbaiki kesalahan pendidikan di waktu lalu dan juga dengan pendidikan ini, dimaksudkan mengubah pola pendidikan lama dengan yang baru, sehingga penderita lebih adaptif terhadap dunia luar.

c. Psikoterapi re-konstruktif

   Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan kembali konstruksi kepribadian yang telah mengalami keretakkan menjadi kepribadian utuh seperti semua sebelum sakit.

d. Psikoterapi kognitif

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat) rasional sehingga penderita mampu membedakan nilai-nilai moral etika, mana yang baik dan buruk, mana yang boleh dan tidak, mana yang halal dan haram dan lain sebagainya (*discriminative judgment*).

e. Psikoterapi psiko-dinamik

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan sescorang jatuh sakit dan upaya untuk mencari jalan keluarnya. Dengan psikoterapi ini diharap kan penderita dapat memahami kelebihan dan kelemahan dirinya dan mampu menggunakan mekanisme pertathanan diri (*defense mechanism*) dengan baik.

f. Psikoterapi perilaku

Psikoterapi ini dimaksudkan untuk mengggantikan perilaku yang terganggu (*mal adaptive* menjadi perilaku yang *adaptive*. Kemampuan adaptasi penderita perlu dipulihkan agar penderita mampu berfungsi kembali secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari, baik dirumah, di sekolah/kampus, di tempat kerja dan lingkungan sosialnya

g. Psikoterapi keluarga

Jenis psikoterapi ini dimaksudkan untuk memulihkan hubungan penderita dengan keluarganya. Dengan psikoterapi ini diharapkan keluarga dapat memahami mengenai gangguan jiwa Skizofrenia dan dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penderita.

### II.3.3. Terapi berdasarkan prinsip Belajar

Meskipun sedikit terapis perilaku yang meyakini bahwa belajar yang salah dapat menyebabkan *schizophrenia*, namun intervensi yang menggunakan pendekatan pembelajaran, menunjukkan hasil cukup efektif untuk membantu memodifikasi perilaku *schizophrenia* dan mengembangkan perilaku yang lebih adaptif (Nevid, 2005).

Metode terapi ini meliputi teknik-teknik seperti :

1. *Reinforcement Selective*
2. *Token Ekonomi*
3. *Social Skill Training*

Namun belakangan ini, dikembangkan CBT (*Cognitive Behavior Therapy*), yang ternyata mampu menghilangkan halusinasi dan waham. Namun masih perlu dikembangkan banyak penelitian untuk membuktikannya.

### II.3.4. Rehabilitasi Psikologi Sosial

Orang yang menderita *schizophrenia* biasanya mengalami kesulitan untuk berfungsi dalam peran-peran sosial ataupun pekerjaan. Sejumlah kelompok *self-help* (dikenal dengan *clubhouse*) membantu penderita untuk menemukan tempat di masyarakat, sesuai dengan peran sosialnya. Materi pelatihan yang diberikan dalam *clubhouse* ini dapat berupa pendekatan ketrampilan yang membantu pasien mempelajari keuangan, memecahkan perselisihan dengan anggota keluarga, membangun persahabatan, naik bus, memasak makanan sendiri, berbelanja dan lain-lain (Nevid dkk, 2005).

Seiring dengan pendapat Nevid dkk (2005), Hawari (2006) juga mengemukakan hal serupa akan perlunya terapi psikososial. Terapi ini membimbing penderita untuk kembali mampu beradaptasi dan berperan dalam kelompok sosialnya. Dengan terapi psikososial dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita selama menjalani terapi psikososial ini hendaknya masih tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagai-mana juga halnya waktu menjalani psikoterapi. Kepada penderita diupayakan untuk tidak menyendiri, tidak melamun, banyak kegiatan dan kesibukan dan banyak bergaul (silaturahmi/sosialisasi).

### II.3.5. Program Intervensi Keluarga

Penderita *schizophrenia* memerlukan perhatian dan empati, namun keluarga perlu menghindari reaksi yang berlebihan seperti sikap terlalu mengkritik, terlalu memanjakan dan terlalu mengontrol yang justru bisa menyulitkan penyembuhan. Intinya adalah melibatkan keluarga dengan di beri peran dan tanggung jawab yang besar untuk membangun lingkungan yang kondusif bagi penderita *schizophrenia.* Dengan keluarga yang *supportif,* dapat mengurangi friksi dalam keluarga, meningkatkan fungsi sosial dan bahkan dapat mengurangi rata-rata kekambuhan (Nevid, 2005).

### II.3.6. Terapi Psikoreligius.

Hawari (2006), menutup berbagai ikhtiar penanganan *schizophrenia* dengan terapi psikoreligius. Dengan terapi ini, penderita dilibatkan dalam kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdo'a, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan dan kajian kitab suci dan sebagainya.

Sebagaimana telah diuraikan di muka bahwa pemahaman dan penafsiran yang salah terhadap agama dapat mencetuskan terjadinya gangguan jiwa *schizophrenia*, yang dapat diamati dengan adanya gejala gejala waham (*delusi*) keagamaan atau jalan pikiran yang patologis dengan pola sentral keagamaan. Dengan terapi psikoreligius ini gejala patologis dengan pola sentral keagamaan tadi dapat diluruskan dengan demikian keyakinan atau keimanan penderita dapat dipulihkan kembali di jalan yang benar.

Pendekatan intervensi Hawari tersebut diatas, merupakan salah satu literatur yang dengan berani menyatakan bahwa faktor spiritual keagamaan dapat mempengaruhi proses perjalanan penyakit. Pandangan ini diperkuat juga pendapat Ancok (dalam Lubis, 2007), yang menginginkan penggabungan ilmu dengan agama untuk meningkatkan kemaslahatan umat.

### II.3.7. SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*)

SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) adalah teknik pemberdayaan spiritual dan penyelarasan sistem energi tubuh untuk mengatasi masalah fisik (seperti sakit kepala berkepanjangan, nyeri punggung, alergi, asma, *heart arythmia*, mudah letih dan lainnya) dan emosional (trauma, depresi, phobia,

stres, sulit tidur, bosan, malas, gugup, cemas, tidak percaya diri dan lainnya), sehingga dapat memaksimalkan potensi dalam diri individu agar dapat mencapai performa yang maksimal, baik dalam dunia kerja, rumah tangga, atau hubungan antar individu, termasuk permasalahan anak-anak (Zainuddin, 2006).

SEFT merupakan penggabungan antara spiritualitas (melalui doa, keikhlasan dan kepasrahan) dan *energy psychology*. Teknik ini telah dibuktikan oleh berbagai macam riset ilmiah. Tidak ada unsur supranatural lain atau klenik dalam SEFT. SEFT dilakukan dengan cara men-*tapping* (mengetuk) pada beberapa titik tubuh dengan dua jari dalam waktu singkat (5-50 menit, umumnya 15 menit). Titik tubuh yang diketuk hampir sama dengan titik akupuntur, namun SEFT hanya menggunakan 18 titik tubuh saja. SEFT juga sering disebut *psychological version of acupuncture* (Zainuddin, 2006).

SEFT merupakan metode baru dalam melakukan EFT (*Emotional Freedom Technique*). SEFT adalah pengembangan dari EFT yang dikenalkan oleh Gary Craig dari USA, dimana faktor "S" adalah faktor spiritual. Hal ini sangat penting karena seringkali faktor ini sangat berperan tatkala terapi EFT konvensional kurang maksimal memberikan hasil. Faktor Spiritual sangat penting karena merupakan hal esensial dan hubungan vertikal "paling tulus" antara hamba dan penciptanya. Tidak ada perbedaan agama dalam pemberian terapi SEFT. Apapun kepercayaan atau agama, bisa menerima terapi ini (www.seftcenter.com).

Gambar II.4.
Kolaborasi Spiritual dan Energi Psikologi

### II.3.7.1. Sejarah Singkat

Pada 1980 dunia psikologi dikejutkan dengan temuan Roger Callahan, seorang dokter dan *hypnoterapist* yang bisa menyembuhkan Mary yang sejak kecil mengeluh *intense aqua phobia* (sangat takut air). Callahan hanya mengetuk titik-titik akupunktur di bawah kelopak mata pasien sekitar satu setengah menit. Padahal sebelumnya Mary telah pergi dari *therapist* ke *therapist* selama beberapa tahun tanpa hasil. Callahan pun sudah mencoba membantunya dengan berbagai metode psikoterapi konvensional selama satu setengah tahun tanpa ada perkembangan berarti (Zainuddin, 2006).

Setelah sukses mengobati Mary, Callahan lalu mengembangkan teknik *Thought Field Therapy* (TFT), yang kemudian disederhanakan salah seorang muridnya, Gary Craig menjadi EFT (*Emotional Freedom Technique*). EFT adalah gabungan dari ilmu psikologi, kinesiologi dan akupunktur ditambah dengan sistem energi tubuh manusia.

EFT melakukan *short cut*, dengan memberi intervensi pada bagian proses antara yang dinamakan *disruption of body energy system* (terganggunya sistem energi tubuh), karena bagian inilah yang sebenarnya menyebabkan gangguan emosi. Dengan melancarkan aliran sistem energi tubuh yang tergangu, berarti menekan gangguan emosi. Hal ini dilakukan tanpa perlu mengusik masa lalu. EFT langsung menangani gangguan sistem energi tubuh tersebut untuk menghilangkan emosi negatif. Dengan begitu, proses membongkar pengalaman traumatis masa lalu dalam proses penyembuhan tidak perlu dilakukan. Cukup menyelaraskan kembali sistem

energi tubuh, maka emosi negatif yang dirasakan akan hilang dengan sendirinya. Caranya sederhana, hanya dengan mengetuk ringan bagian-bagian tubuh tertentu dengan dua ujung jari (tapping). Dengan begitu, aliran energi yang tersumbat di beberapa titik kunci di tubuh akan bebas dan kembali mengalir dengan lancar dan selaras (Zainuddin, 2006).

Sebagaimana televisi, kadang mengalami gangguan pada gambar, cahaya dan lain-lain, tetapi ketika diperbaiki komponen di dalamnya atau posisi antena dan seterusnya, maka gambar dan suara televisi menjadi (kembali) normal. Itulah analog antara energi tubuh dan energi elektromagnetik yang diterima pesawat televisi.

Langkah perbaikan sistem energi tubuh untuk menyembuhkan berbagai macam gangguan emosi melalui EFT akan semakin efektif jika digabungkan dengan doa dan laku spiritual.

Bukti ilmiah tentang efektifitas doa dan laku spiritual ini adalah hasil penelitian Larry Dossey, dokter ahli penyakit dalam dari Amerika. Penelitian yang sempat mengguncang dunia kedokteran Barat ini dijelaskan secara rinci dan meyakinkan dalam bukunya *The Healing Words*: *The Power of Prayer and The Practice of Medicine*. Inti pesan yang ingin disampaikan Dossey adalah bahwa doa dan spiritualitas ternyata memiliki kekuatan yang sama besar dengan pengobatan dan pembedahan (Zainuddin, 2006).

Mengingat bukti-bukti ilmiah tentang keampuhan energi psikologi serta doa dan spiritualitas dalam penyembuhan, maka Zainuddin (dalam

www.seftcenter.com) menggabungkan kekuatan keduanya menjadi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*). Efek dahsyat dari penggabungan dua kekuatan ini disebut *the amplifiying effect*; efek pelipat-gandaan. Ahmad Faiz Zainuddin adalah Sarjana Psikologi lulusan Universitas Airlangga Surabaya, Master HRD dari Universiti Teknologi Malaysia. Zainudin belajar langsung dari Pendiri EFT, Gary Craig (USA), Pendiri Bodymind Integration, John Hartung (USA), EFT for Peak Performance, Steve Wells (Australia), serta Ketua Asosiasi Energy Psychology wilayah Asia-Pasifik, Joseph Guan (Singapore).

### II.3.7.2. Sains dibalik SEFT

SEFT adalah gabungan antara *spiritual power* dengan *energi psychology*. Oleh karena itu perlu kiranya pembahasan dari aspek ilmiah mengenai peran spiritual maupun energi psikologi dalam penyembuhan.

#### II.3.7.2.1. Spiritual Power

Spiritual yang dibicarakan disini adalah *spiritual* seperti tertera dalam Kamus Lengkap Psikologi karangan Chaplin (1989), adalah hal yang berkaitan dengan roh, semangat, jiwa. Religius, yang berhubungan dengan agama, keimanan, kesalehan, menyangkut nilai-nilai transendental. Bersifat mental, sebagai lawan dari material, fisikal atau jasmaniah. Dengan demikian, spiritual ini memiliki nilai universal, umum. Tidak mengikuti pendekatan suatu ajaran agama tertentu dan tidak bermaksud untuk mengubah nilai universalitas spiritual disini

kedalam kerangka suatu agama apapun. Kalaupun ada kajian dengan pendekatan agama Islam, hal ini lebih dikarenakan oleh agama yang dianut penulis. Keadaan ini hanya untuk memberikan gambaran dari sudut pandang spiritual Islam dan penulis yakin bahwa nilai universalitas yang termaktub didalamnya juga berlaku bagi ajaran agama lain.

Reynolds (2005) mengatakan bahwa kebutuhan spiritual yang bersifat abstrak, datang ketika menghadapi kondisi kekosongan atau kehampaan. kebutuhan akan spiritual merupakan kemampuan yang alamiah, seperti halnya kemampuan untuk tertawa atau menangis. Pada intinya, manusia, memiliki dua kebutuhan yang paling mendasar, yaitu kebutuhan fisik (seperti makan dan tempat tinggal) dan kebutuhan emosi atau psikologi (seperti kebutuhan untuk mencintai dan seksual). Namun ada kebutuhan yang oleh sebagian besar manusia diabaikan, yaitu kebutuhan spiritual (kebutuhan untuk meyakini sesuatu dan kebutuhan untuk merasa bermakna dalam hidup). Oleh karena itu, ketika manusia sudah berada di ujung usaha fisik dan psikologis, maka yang dituju adalah kebutuhan spiritualnya. Hal ini pula yang mendasari *Sedona Method.* Sebuah metode yang ditemukan secara tidak sengaja oleh Lester Levenson, mengajak manusia untuk kembali pada Tuhan dengan segala kepasrahan secara utuh, "*to letting go of all any inner limitation*" (www.sedona.com).

Dengan akalnya, manusia akan selalu mencari jawaban untuk memuaskan dahaganya dalam upaya memahami kehidupan. Sehingga dalam upaya lanjutan, manusia akan sampai pada wilayah spiritual dan terkuak dalam beberapa penelitian, seperti air yang di do'akan dapat membentuk molekul (kristal) yang

lebih indah, sempurna (heksagonal) bila dibandingkan dengan air yang tidak dido'akan (pentagonal) dan akan memberikan efek pada kesehatan (Emoto, 2007 dan Mahani, 2007). Pasien-pasien yang mengidap penyakit yang sama, akan lebih cepat sembuh bila pengobatannya disertai dengan pemanjatan doa bagi pasien. Hal ini terungkap dalam buku "*The healing words : The Power of Prayer and the Practice of Medecine*", karya Larry Dossey (dalam Zainuddin, 2006). Begitu pula pengakuan Ox, yang seringkali memperkenalkan diri sebagai seorang dokternya Amerika, dalam acara Oprah Winvrey Show, mengatakan bahwa kedokteran Timur, dengan pendekatan spiritual seperti meditasi, gerakan senam tertentu, akupuntur dan energi psikologi, mampu meningkatkan efektifitas pendekatan pengobatan Barat yang hanya mengandalkan *repair or replace*. Seiring dengan fakta diatas, pada akhirnya banyak penelitian yang mengatakan bahwa do'a dan spiritualitas memang berpengaruh terhadap kesehatan (www.officeofprayerresearch.org).

Hasil penelitian yang menyandarkan pada kekuatan spiritual, do'a sebenarnya telah mendapat jaminan mutlak dari sang Khalik bahwa Dia akan memperkenankan do'a hamba-Nya, seperti yang tertuang dalam surat Al Mu'min (40) : 60, yang artinya : "Berdo'alah kepada-Ku, niscaya akan Kuperkenankan bagimu".

Dari uraian diatas, memunculkan kesadaran bahwa dengan berdo'a akan mendatangkan jawaban hakiki atas permasalahan manusia dan memunculkan efek yang mampu membuat kedamaian hati/tentram. Seperti yang tertulis dalam surat At Taubah (9) : 103, yang artinya : "Ambillah zakat dari sebagian harta mereka,

dengan zakat itu kamu membersihkan dan mensucikan mereka dan berdo'alah untuk mereka. Sesungguhnya do'a kamu itu ketenteraman jiwa bagi mereka. Dan Allah Maha Mendengar lagi Maha Mengetahui".

Sejalan dengan keterangan diatas, Djamaudin Ancok dalam memoar Lubis (2007) juga menggaris bawahi bahwa pendekatan agama dan pendekatan ilmu pengetahuan semakin perlu dipadukan untuk peningkatan kualitas kehidupan dan kemaslahatan umat manusia. Masih menurut Ancok (2001), tak jarang ditemukan pandangan-pandangan psikologi berbeda bahkan bertentangan dengan pandangan Islam. Sebagai misal, Psikologi Aliran Perilaku (*behavioristik*) dipengaruhi oleh filsafat materialisme dan empirisme. Menurut teori ini, terjadi perilaku semata-mata berdasarkan hukum ganjaran dan hukuman (*reward and punishment*). Disini nampak ada pengingkaran terhadap potensi alami yang dipunyai manusia. Manusia dianggap tidak memiliki jiwa, tak memiliki kemauan dan kebebasan untuk menentukan tingkah-lakunya sendiri. Teori Psikoanalisis Freud, mengungkapkan bahwa satu-satunya hal yang mendorong kehidupan manusia adalah id (libido seksualita). Dalam libido seksualita, seseorang berusaha mempertahankan eksistensinya karena bermaksud memenuhi hasrat seksualnya. Sementara Super Ego (hati nurani) terbentuk karena adanya interaksi individu dengan lingkungan sosialnya. Teori Freud mengalami kesulitan untuk menjelaskan kebutuhan akan aktualisasi diri atau juga kebutuhan untuk beragama. Aliran psikoanalisis ini memandang orang yang percaya pada Allah dan menyembah-Nya sebagai orang mempunyai gangguan kejiwaan delusi (menghayal). Kemudian kelompok aliran Humanistik, aliran ini sangat

menghargai keunikan pribadi, penghayatan subyektif, kebebasan, tanggung-jawab dan terutama kemampuan beraktualisasi diri pada setiap individu. Akan tetapi pandangan aliran ini sangat optimistik, dan bahkan terlalu optimistik terhadap upaya pengembangan SDM, sehingga manusia dipandang sebagai penentu tunggal yang mampu melakukan *play-God* (peran Tuhan). Padahal menurut pandangan Islam, perilaku beragama seseorang lebih didorong oleh keinginannya untuk mendapat ridha Allah.

Atas kesadaran ini, lalu manusia menyandarkan diri secara spiritual pada zat yang Maha Agung, yakni Allah SWT dalam keikhlasan yang mendalam dan kepasrahan total pada Nya. Fokuskan perhatian pada tujuan yang akan diraih dengan cara khusu' (menghadirkan hati dan pikiran serta merendahkan hati pada-Nya). Menurut Zainuddin (2006), Ikhlas adalah *ridho, legowo,* menerima kondisi dengan sepenuh hati. Sedangkan pasrah adalah menyerahkan apa yang akan terjadi pada Allah. Sentanu (2007) merangkum ikhlas dan pasrah ini menjadi satu dalam Quantum Ikhlasnya, yaitu ketrampilan penyerahan diri secara total kepada Tuhan untuk meraih puncak sukses dan kebahagiaan dunia dan akhirat. Itu juga sebabnya dalam kalimat *set up* dari SEFT, menenkankan pentingnya khusu', ikhlas dan pasrah.

Karena memang sudah fitrahnya bahwa manusia itu adalah makhluk spiritual, maka tidaklah heran bila banyak ragam upaya manusia untuk mencapai kearah spritiual yang lebih baik. Salah satunya adalah meditasi. Meditasi sementara ini diyakini mampu meredam gejolak jiwa yang tidak mendapat tempat

di lingkungan dengan mendapat ketenangan bathin. Dengan meditasi, manusia akan semakin santun menjalani kehidupan sebagi makhluk-Nya.

Seiiring dengan meningkatnya tekanan hidup, akan menyebabkan orang mudah stres dan emosional, banyak orang yang mulai melirik dan mengikuti latihan meditasi untuk mendapatkan ketenangan jiwa dan juga kesehatan. Metode meditasi secara medis diyakini menjadi salah satu cara untuk menangani masalah kejiwaan. Dengan meditasi dimungkinkan seseorang dapat memperoleh ketenangan, kestabilan emosi, sehingga secara psikis keadaannya akan lebih baik. Menurut Heriani (www.pdskji.com) orang yang mengalami gangguan jiwa, kendali napasnya tidak bagus, napas terburu-buru. Dengan latihan pernapasan yang benar maka akan diperoleh kestabilan napas, lebih tenang dan terkendali.

Sebenarnya gangguan jiwa muncul secara psikologis dan sifatnya sangat individualistik, karena orang mempunyai daya tahan atau kekuatan mental yang berlainan. Kekuatan mental ini yang membedakan tingkat gangguan jiwa dalam membentengi diri dari "musuh" jiwa. Musuh di sini misalkan saja semacam kecemasan, depresi, kepanikan yang akan menyebabkan keadaan *stressing*, keadaan jiwa yang tergoncang. Di sinilah peran meditasi memiliki kemampuan dalam mengendalikan psikologi orang. Sebab pada dasarnya orang yang mengalami masalah kejiwaan, sisi psikisnya terganggu, ini dapat tersembuhkan dengan cara mengembalikan sisi psikis atau mental kepada keadaan normal.

Pengobatan dengan metode meditasi juga dipercaya oleh Danardi Sostrosumihardjo (*www.fiorenz.com*). Menurutnya, pada dasarnya di samping dengan menggunakan obat-obatan medis, ada dua tahapan psikologis dalam

proses penyembuhan pasien mengalami gangguan kejiwaan, yakni relaksasi dan meditasi. Relaksasi bermanfaat untuk mengendurkan ketegangan saraf-saraf, urat-urat yang terpacu dalam aktivitas sehari-hari.

> "Relaksasi merupakan proses atau tahapan awal, organ-organ tubuh membutuhkan istirahat agar memperoleh kesegaran kembali"

Hal yang sama ditegaskan oleh Luh Ketut Suryani (www.fiorenz.com), seorang guru besar di Universitas Udayana Bali. Meditasi diyakini mampu berperan dalam mencapai keschatan yang lebih baik. Menurutnya, meditasi merupakan jembatan yang menghubungkan konsep pemahaman kemampuan spiritual dengan ilmu kedokteran. Kedua konsep tersebut tidaklah bertentangan. Pengetahuan spiritual berpandangan bahwa spiritual adalah kekuatan manusia yang tertinggi yang mengatur *mind* dan *body* dalam otak. Sedangkan ilmu psikiatri modern mengajarkan kemampuan manusia yang tertinggi terletak pada otak yang mengatur fisik dan mental. Secara medis dapat dikatakan bahwa meditasi yang dilakukan secara teratur akan merangsang tubuh untuk menyembuhkan diri sendiri. Dengan meditasi dimungkinkan terjadinya hemeostatik atau kesemimbangan dalam otak. Hipotalamus sebagai sentral otak akan bereaksi untuk meningkatkan fungsi kerja hormon. Dalam kondisi dan keadaan yang demikian antibodi tubuh akan bekerja secara optimal.

### II.3.7.2.2. *Energy Psychology*

Energi Psikologi menurut David Freinstein (dalam Zainuddin, 2006), adalah :

> "Energi psikologi adalah seperangkat prinsip dan teknik yang memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran, emosi dan perilaku"

Lebih lanjut Zainudin (2006), menjelaskan bahwa ketidakseimbangan kimia dalam tubuh ikut berperan dalam menimbulkan berbagai gangguan emosi seperti depresi, stress, cemas (itulah sebabnya para psikiater memberikan obat anti depresan untuk penderita depresi dan para pencandu narkoba mengkonsumsi ecstacy untuk menimbulkan *fly* (bahagia). *Neuropsychologist* yang radikal bahkan berkesimpulan bahwa semua perasaan baik positif maupun negatif bisa direkayasa dengan cairan kimia).

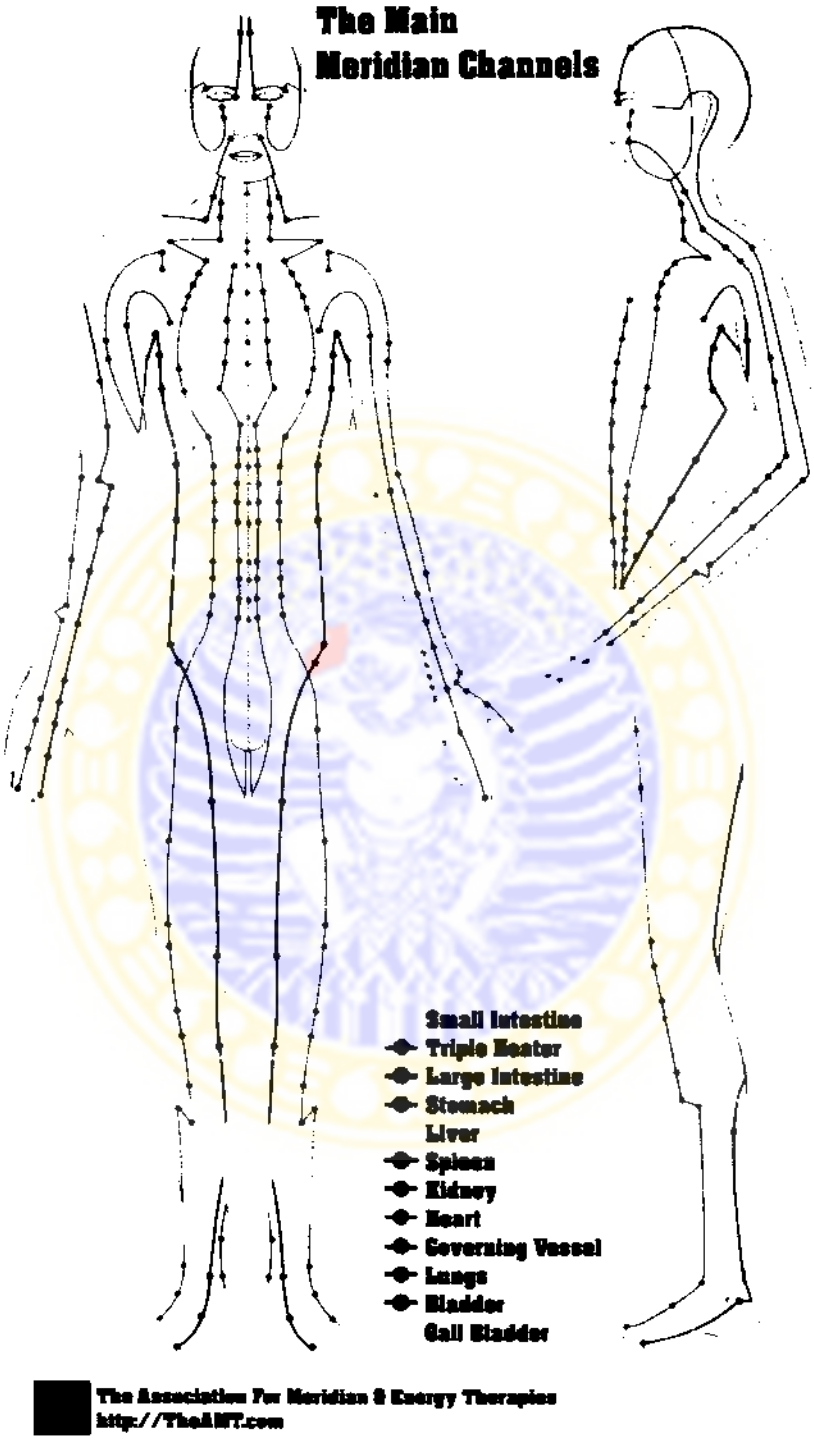
Gangguan "energi tubuh" ternyata juga berpengaruh dalam menimbulkan gangguan emosi dan bahwa intervensi pada sistem energi tubuh dapat mengubah "kondisi kimiawi otak" yang selanjutnya akan mengubah kondisi emosi. Energi ini juga termasuk energi elektromagnetik yang mengalir pada sel, organ tubuh lainnya dan juga dalam system saraf. Begitu pula satu bentuk energi yang melingkupi organ tubuh maupun seluruh tubuh manusia. Dalam ilmu akupuntur aliran energi ini disebut dengan *chi* sedangkan dalam yoga, menyebutnya *prana.* Energi *chi* ini sangat penting peranannya dalam kesehatan. Ia mengalir dalam 12 jalur energi yang disebut dengan *energi meridian.* Jika aliran ini terhambat atau kacau, maka timbullah gangguan emosi atau penyakit fisik. Karena mengalir pada semua bagian tubuh, maka tangan juga mengandung energi elektromagnetik. Melalui media tangan, energi elektromagnetik yang ada di tangan dapat membantu menyelaraskan simpul-simpul energi pada titik tertentu di garis

meridian. Itulah sebabnya SEFT menggunakan media tangan (ujung jari) untuk melakukan *tapping* (Zainuddin, 2006).

Penggambaran dari *law of attraction* tersebut, seperti yang disampaikan oleh Zainudin (2006) tentang frekuensi gelombang TV. Bila ingin acara pada saluran tertentu, maka ubahlah *channel* TV agar sesuai dengan frekuensi yang sedang menyiarkan acara yang diinginkan. Itulah hukum ketertarikan. Kesamaan akan menarik kesamaan. Dan pikiran manusia adalah magnet besar, yang akan menarik segalanya dari semesta. Hukum ketertarikan ini seperti hukum alam lainnya, hukum gravitasi, misalnya. Percaya atau tidak, diakui atau tidak, hukum alam ini akan tetap berlaku. Inilah energi maha besar yang disediakan alam (Allah) bagi umat manusia.

Di tubuh manusia, aliran energi ini mewujud dalam 12 aliran *energi meridian*. Aliran energi inilah yang mewakili kondisi fisik maupun psikis manusia. Gangguan pada aliran energi inilah yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan fisik maupun emosi.

Dalam ilmu *accupuncture* dan *accupressure*, titik-titik sepanjang 12 alur utama tersebut berperan sangat penting untuk penyembuhan pasien. Hampir segala macam penyakit dapat diobati dengan merangsang kombinasi dari titik-titik akupuntur yang berjumlah 361. SEFT menyederhanakan 361 menjadi 18 titik utama yang mewakili 12 jalur *energy meridian*.




Gambar II.5.
12 *energy meridian* utama

Berbeda dengan psikoterapi konvensional, *energy psychology* berasumsi bahwa memang benar beberapa ingatan (sadar maupun bawah sadar) tentang masa lalu dapat membangkitkan gangguan psikologis tetapi proses ini tidak berlangsung secara langsung melainkan ada "proses antara" yang dinamakan "*Disruption of Body Energy System*". Terganggunya sistem energi tubuh inilah yang sebenarnya secara langsung menyebabkan gangguan emosi. Proses ini bisa digambarkan sebagai berikut (Zainuddin, 2006):

Gambar II.6.
Proses Terjadinya Emosi Negative

SEFT langsung berurusan dengan "gangguan sistem energi tubuh" untuk menghilangkan emosi negatif itu (tidak perlu membongkar ingatan traumatis masa lalu). SEFT melakukan "*short cut*" dengan memotong mata rantai di atas tepat ditengah-tengahnya. Dengan menyelaraskan kembali sistem energi tubuh, maka emosi negatif yang dirasakan akan hilang dengan sendirinya.

### II.3.7.2.3. Efektifitas SEFT

SEFT sangat *powerfull*, sederhana dan mudah. Ia juga tidak memiliki efek samping. Yang lebih hebat lagi, dengan SEFT, waktu terapi dapat dipotong secara luar biasa, hanya membutuhkan 5 – 50 menit (Zainuddin, 2006).

SEFT menjadi efektif, karena dalam terapi ini menggabungkan antar pendekatan spiritual dan energi psikologi. Dalam pelaksanaannyapun juga melibatkan banyak metode terapi, seperti : *NLP* (*Neuro Linguistic Programming*), *Behavioral Therapy, Psychoanalisa, Logotherapy, EMDR* (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*), *Sedona Method, Ericksonian Hypnosis, Sugesty and affirmation, visualization, provocative therapy, trancendental relaxation and meditation, gestalt therapy, energy therapy* dan *powerful prayer* (Handout 3 days Training SEFT, tanpa tahun)

Sejauh ini terapi SEFT memang belum terlalu populer, khususnya untuk menagani kasus *schizophrenia,* karena baru dikenalkan pertama kali di Indonesia pada 17 Desember 2005 oleh Ahmad Faiz Zainuddin (2006). Akan tetapi sudah cukup banyak kasus yang berhasil ditangani (tingkat keberhasilan sekitar 95%, seperti yang dilaporkan oleh Zainuddin dalam bukunya, "*SEFT cara tercepat dan termudah mengatasi berbagai masalah fisik dan emosi*", 2006). Kasus itu antara lain mahasiswi yang tidak pernah makan nasi, seorang bapak yang detak jantung tidak teratur, mahasiswa yang takut ulat, kecoa. Psikolog yang takut pada biji-bijian, *phobia* kucing, *stress* karena diputus pacar, sakit kepala, migrain, nyeri leher, nyeri punggung, nyeri menstruasi, mual waktu hamil, ibu hamil yang mengalami halusinasi dan *obsesive compulsive disorder,* anak yang sulit tidur,

kaki terklilir, balita 3,5 tahun yang kecanduan rokok, trauma setelah bencana alam, meningkatkan motivasi karyawan dan bahkan suami yang selingkuh dan masih banyak kasus lain. Seiring dengan banyaknya pertanyaan, "SEFT dapat dipakai untuk kasus apa saja?", maka Gary Craig (penemu EFT) mengemukakan jawaban singkat, "*Try it on everything*", karena begitu beragamnya permasalahan manusia. Patricia Carrington, dalam situs resmi EFT, www.emofree.com, melaporkan bahwa EFT dapat juga digunakan untuk menangani gejala-gejala tertentu dari *schizophrenia* atau yang berhubungan dengan psikosis. SEFT lebih efektif dibandingkan dengan EFT karena menghubungkan segala tindakan dengan Allah SWT, maka kekuatannya akan berlipatganda (Zainuddin, 2006).

Bahkan SEFT memiliki beberapa keunggulan dibandingkan dengan Acupuncture dan Acupressure (www.seftcenter.com), diantaranya adalah :

Tabel II.2.
Perbedaan SEFT dengan Akupuntur atau Akupresur

| ***Spiritual Emotional Freedom Technique*** | ***Acupuncture dan Acupressure*** |
|---|---|
| Menggunakan 18 titik kunci disepanjang 12 energy meridian | menggunakan 361 titik |
| Menggunakan ketukan ringan (tapping) | menggunakan jarum dan tekanan yang kuat |
| Menambahkan kekuatan dengan doa yang disertakan keikhlasan dan kepasrahan untuk menguatkan efek terapi | mengandalkan factor teknis pengobatan |
| Kombinasi titik-titik sama untuk setiap masalah | Kombinasi titik-titik berbeda untuk setiap penyakit yang berbeda |
| Tanpa melakukan prosedur diagnosis yang rumit | memerlukan prosedur diagnois yang lebih rumit |
| Proses belajar sangat cepat | diperlukan waktu yang cukup lama untuk dapat menguasai |
| Hanya karena dengan tapping sehingga hampir tidak ada efek samping | menggunakan jarum dapat menimbulkan efek samping |
| Dapat meningkatkan prestasi/kinerja dan kedamaian hati | terbatas pada penyembuhan penyakit fisik |
| Hasil penyembuhannya dapat dirasakan secara instant (*one minute wonder*) | seringkali dibutuhkan waktu yang cukup lama |
| Tidak tergantung pada penterapi kerena si pasien bisa melakukan sendiri | ketergantung dengan penterapi sangat tinggi |
| Dalam jangka panjang biaya relatif murah | kerena membutuhkan waktu yang lama maka membutuhkan biaya yang lebih mahal |
| Memberikan efek spiritual yang kuat bagi si pasien untuk selalu ikhlas dan pasrah | hanya efek fisik saja |
| Anak anak dapat melakukan SEFT | tidak efektif karena dibutuhkan ilmu dan tenaga yang cukup untuk melakukannya |
| Bisa dilakukan secara jarak jauh (*surrogate SEFT*) | tidak bisa untuk jarak jauh |

### II.3.7.3. Cara Melakukan SEFT

Cara melakukan SEFT (Zainuddin, 2006) adalah :

1. *The Set-Up*
2. *The Tune-In*
3. *The Tapping*

1. ***The Set-Up***

Bertujuan memastikan agar aliran energi tubuh terarahkan dengan tepat. Langkah ini dilakukan untuk menetralisir "perlawanan psikologis" biasanya berupa pikiran negatif spontan atau keyakinan bawah sadar negatif.

Set Up sebenarnya ada dua aktivitas, pertama, mengucapkan kalimat do'a kepasrahan (*the set up words*) dengan khusu', ikhlas dan pasrah sebanyak 3 kali, Yang kedua, menekan atau menggosok titik *The Sore Point* (Titik nyeri, daerah disekitar dada atas, yang jika ditekan terasa agak sakit) atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian *Karate Chop*.

*Set-Up Words*, yaitu beberapa kata yang perlu diucapkan dengan penuh perasaan untuk menetralisir keyakinan dan pikiran negatif, dalam bahasa religiusnya disebut dengan "doa kepasrahan" manusia kepada Allah SWT bahwa apapun masalah dan rasa sakit yang dialami saat ini kita ikhlas menerimanya dan dipasrahkan kesembuhannya pada Allah SWT. Saat melakukan set-up, sikap yang diperlukan adalah khusyu', yaitu konsentrasi penuh pada Yang Maha Kuasa dan dalam kepasrahan total.

*The set up words* sesuai dengan kondisi fisik atau emosi yang sedang dirasakan pada saat itu dan ingin dinetralisir, seperti misalnya :

> ***"Ya Allah, meskipun saya merasa sedih karena tidak dilibatkan dalam tugas dinas operasi, saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrah pada-Mu sepenuhnya".***

Kalimat *set up* tersebut diucapkan sebanyak tiga kali.

**2. *The tune-in***

Untuk masalah fisik, subyek melakukan *tune-in* dengan cara merasakan rasa sakit yang dialami lalu mengarahkan pikiran ketempat rasa sakit dan sambil melakukan hal tersebut, hati dan mulut mengatakan

"Yaa Allah… saya ikhlas…. Saya pasrah…"

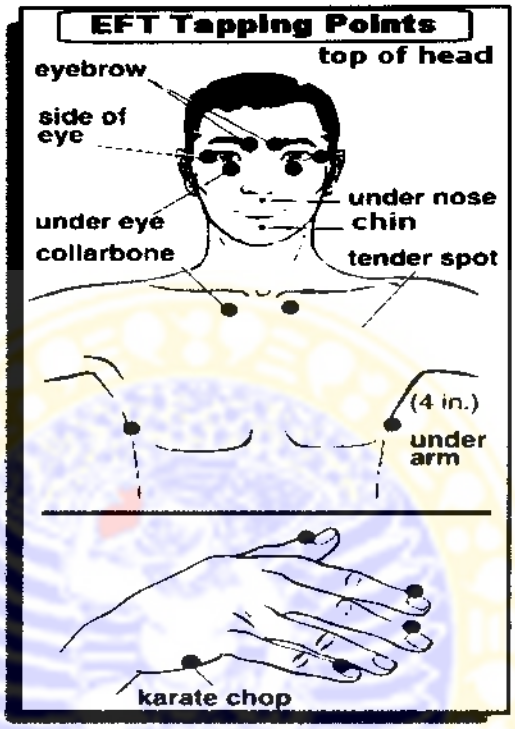
Untuk masalah emosi, maka subyek melakukan *tune-in* dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin dihilangkan. Ketika terjadi reaksi negatif (marah, sedih, takut, dsb), hati dan mulut mengatakan

"Yaa Allah… saya ikhlas…. Saya pasrah…"

**3. *The tapping***

*Tapping* adalah mengetuk ringan dengan kedua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh sambil terus melakukan *tune in.* Titik-titik ini adalah titik kunci *"The Major Energy Meridians"*, yang bila diketuk beberapa kali akan berdampak menetralisir gangguan emosi atau rasa sakit yang

dirasakan. Karena aliran energi akan berjalan dengan normal dan seimbang kembali. Titik-titik yang di *tapping* adalah :




Gambar II.7.
Titik Tapping versi EFT

Gambar diatas, adalah titik-titik *tapping* versi EFT. Pada SEFT, ada penambahan 5 titik *tapping*, yakni di titik dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara **(BN= Bellow Nipple),** titik di dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan **(IH= Inside of Hand),** titik di luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan **(OH= Outside of Hand),** di titik di jari manis di samping luar bagian kuku yang menghadap ibu jari **(RF= Ring Finger)** dan di Titik *Gamut Spot*, dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan jari kelingking **(GS).**

Secara lengkap, titik-titik *tapping* versi SEFT itu adalah :

1. Titik dibagian atas kepala **(Cr=Crown)**
2. Titik pada permulaan alis mata **(EB=Eye Brow)**
3. Titik di atas tulang disamping mata **(SE= Side of the Eye)**
4. Titik 2 cm dibawah kelopak mata **(UE= Under the Eye)**
5. Titik di bagian bawah hidung **(UN= Under the Nose)**
6. Titik diantara dagu dan bawah bibir **(Ch= Chin)**
7. Titik diujung tempat bertemunya tulang dada dan tulang rusuk pertama **(CB= Collar Bone)**
8. Titik dibawah ketiak, sejajar dengan putting susu **(UA= Under the Arm)**
9. Titik dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara **(BN= Bellow Nipple)**
10. Titik di dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan **(IH= Inside of Hand)**
11. Titik di luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan **(OH= Outside of Hand)**
12. Titik di ibu jari samping luar bagian bawah **(Th= Thumb)**
13. Titik di jari telunjuk di samping luar bagian kuku yang menghadap ibu jari **(IF= Index Finger)**
14. Titik di jari tengah di samping luar bagian kuku yang menghadap ibu jari **(MF= Middle Finger)**

15. Titik di jari manis di samping luar bagian kuku yang menghadap ibu jari **(RF= Ring Finger)**
16. Titik di jari kelingking di samping luar bagian kuku yang menghadap ibu jari **(BF= Baby Finger)**
17. Titik *karate chop*, disamping telapak tangan bagian yang biasanya dibunakan untuk mematahkan balok saat karate ***(KC)***
18. Titik *Gamut Spot*, dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan jari kelingking. **(GS)**

Khusus untuk titik terakhir, *Gamut Spot (Point)*, sambil men-*tapping* dilakukan *the 9 Gamut procedures*. Ini adalah 9 gerakan yang merangsang bagian otak tertentu. Ke sembilan gerakan itu adalah :

1. Menutup mata dengan keras
2. Membuka mata dengan lebar
3. Mata digerakkan dengan kuat kearah kanan bawah
4. Mata digerakkan dengan kuat kearah kiri bawah
5. Memutar bola mata searah jarum jam
6. Memutar bola mata berlawanan arah jarum jam
7. Bergumam dengan berirama selama 3 detik (misal bergumam dengan lagu Happy Birthday To You atau irama Sholawat Nabi)
8. Menghitung 1, 2, 3, 4, 5
9. Bergumam lagi selama 3 detik

Ini adalah langkah yang terlihat paling lucu tetapi beberapa kasus yang tidak dapat dituntaskan dengan versi inti langkah ini terbukti efektif. Dalam teknik psikoterapi kontemporer, ini disebut teknik EMDR (*Eye Movement Desensitization Reproccessing*).

Setelah menyelesaikan *the gamut procedures,* langkah terakhir adalah mengulang lagi *tapping* dari titik pertama hingga titik ke-17. Diakhiri dengan menarik nafas panjang dan menghembuskannya sambil mengucap rasa syukur (Alhamdulillah…" ).

***SURROGATE SEFT***

*Surrogate SEFT* adalah pelaksanaan terapi SEFT jarak jauh. Dengan teknik *surrogate,* akan memungkinkan melaksanakan terapi SEFT dari jarak jauh untuk orang lain. Jadi terapi ini dapat diterapkan untuk pada klien tanpa perlu tatap muka secara langsung. Langkah-langkah yang perlu dilakukan adalah :

1. *Set-Up* pertama dengan niat mewakili orang yang akan diterapi jarak jauh. Kalimat *Set-Up* nya : "Yaa… Allah… saya mewakili (si Fulan)"
2. *Set-Up* kedua, konsentrasikan pikiran ke orang yang akan diterapi, mencoba untuk berempati dengan rasa sakit yang dialami orang tersebut.

   Kalimat *Set-Up* nya : "Yaa… Allah… meskipun saya (si. Fulan) sakit ……, saya ikhlas… saya pasrah pada-Mu".
3. *Tune-In* dengan cara mengkonsentrasikan pikiran pada orang yang akan diterapi dari jarak jauh, berusaha berempati dengan keadaannya, sambil hati

dan mulut berdo'a : "Yaa... Allah... saya (si Fulan) ikhlas dan saya pasrah pada-Mu"

4. *Tapping* seperti biasa.
5. Akhiri dengan menggosok *sore spot* lagi sambil berdo'a, "Yaa... Allah... sekarang saya sudah tidak mewakili (si Fulan) lagi, saya menjadi diri saya sendiri. Semoga Kau karuniai (si Fulan) kesembuhan dan kesehatan".

# BAB III

# DESAIN INTERVENSI

## III.1. Intervensi yang digunakan

Tidak ada kesembuhan untuk *schizophrenia*. Penanganan biasanya mencakup banyak segi, menggabungkan pendekatan farmokologis, psikologis dan rehabilitatif (Nevid dkk, 2005). Nevid melanjutkan, ringkasnya tidak ada pendekatan penanganan tunggal untuk memenuhi kebutuhan orang yang menderita *schizophrenia*. Konsep bahwa *schizophrenia* sebagai *disability* sepanjang hidup, menggaris bawahi kebutuhan untuk perawatan intensif jangka panjang yang menggabungkan pengobatan antipsikotik, terapi keluarga, terapi suportif, terapi kognitif behavior, pelatihan vokasional, penyediaan rumah yang layak serta pelayanan dukungan sosial lainnya. Intervensi seharusnya dikoordinasikan dan diintegrasikan dalam model perawatan yang menyeluruh agar lebih efektif dalam membantu individu meraih penyesuaian sosial secara maksimal. Segala upaya ini dilakukan untuk mengurangi tingkat kekambuhan pada penderita *schizophrenia*.

### III.1.1. Alasan teoritis atas pilihan intervensi yang digunakan

Untuk mengetahui dan memahami perjalanan *schizophrenia,* diperlukan pendekatan yang bersifat holistik, yaitu dari sudut pandang organobiologi, psikodinamik, psikoreligius dan psikososial. Hal ini penting diketahui agar dalam memberikan terapi juga dilakukan pendekatan holistik, yaitu dengan obat-obatan

(psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius atau agama (Hawari, 2006).

Masih merujuk pada Hawari (2006), bahwa intervensi dalam bentuk psikoterapi untuk penderita *schizophrenia* pada dasarnya dapat diberikan apabila subyek telah memiliki RTA (RTA = Reality Testing Ability) yang baik dan memiliki insight yang memadai. Psikoterapi dilaksanakan namun psikofarmaka harus tetap terus berjalan.

Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Larson dkk (dalam Hawari, 2006). Larson membandingkan keberhasilan terapi terhadap 2 kelompok penderita *schizophrenia*. Kedua kelompok mendapat terapi konvensional (psikofarmaka, psikoterapi dan terapi psikososial), yang membedakan adalah pada kelompok kedua mendapat tambahan terapi keagamaan. Kedua kelompok ini dirawat pada Rumah Sakit Jiwa yang sama. Hasil perbandingannya ternyata cukup bermakna pada kelompok kedua (terapi konvensional dengan tambahan terapi keagamaan), yaitu :

1. Gejala klinis gangguan jiwa lebih cepat hilang
2. Waktu perawatan lebih pendek
3. *Impairment* (hendaya) lebih cepat teratasi
4. Kemampuan adaptasi lebih cepat

Penanganan holistik akan memberikan hasil optimal untuk menekan sekecil mungkin tingkat kekambuhan pada penderita *schizophrenia*. Oleh karena itu, untuk menjawab pertanyaan "Intervensi mana yang lebih efektif?", butuh

penelitian eksperimen dengan kontrol yang ketat. Dengan demikian akan diketahui efektifitas intervensi mana yang lebih besar pengaruhnya dalam upaya menekan tingkat kekambuhan.

Saat ini penulis melakukan pengamatan berkelanjutan pada subyek sejak ia masih dirawat di Poli Jiwa. Intervensi yang diberikan pada subyek juga bersifat eklektif, menggunakan berbagai pendekatan intervensi. Akan tetapi, bila dibandingkan dengan pasien lain yang di rawat di Poli Jiwa, hanya subyek yang mendapat tambahan intervensi dengan SEFT. Penulis barharap bahwa penelitian awal tentang penerapan SEFT pada penderita *schizophrenia,* dapat menjadi inspirasi bagi penelitian lanjutan.

Ada beberapa pertimbangan teoritis penulis, dalam memilih metode SEFT untuk mengurangi emosi negatif pada subyek yang menderita *schizophrenia paranoid.* Alasan yang dapat dikemukakan adalah sebagai berikut :

**III.1.1.1. Kondisi Subyek.**

Kondisi subyek pasca rawat inap di Pav VI (poli Jiwa) RSAL. Dr. Ramelan Surabaya, digambarkan sebagai berikut :

a. Semenjak kecelakaan, subyek merasa kondisi kesehatannya merosot. Ia jadi sering sakit-sakitan, akibatnya subyek merasa sedih.
b. Keadaan emosi dirasakan kurang stabil, karena secara fisik subyek juga mengalami cedera, jatuh pada saat pendidikan. Akibatnya adalah panjang tungkai kaki berbeda. Kaki kiri mengalami *atropi*, sehingga

ada selisih lebih panjang kaki kanan sekitar ± 3 cm. Keadaan ini mempengaruhi saat berjalan apalagi untuk berlari. Subyek telah dibuatkan sepatu khusus, ketinggian sol nya diatur berbeda, agar dapat mengurangi kepincangan subyek. Kondisi ini membuat Subyek menjadi malu, rendah diri.

c. Subyek ingin ikut melaksanakan aktifitas sebagaimana layaknya seorang prajurit yang dinas di Yonkesmar, seperti yang tercantum dalam Tugas Pokok dan Darma Bakti Prajurit Yonkesmar. Akan tetapi dengan alasan kesehatannya dan demi kelancaran pelaksanaan tugas kesatuan secara keseluruhan, maka subyek tidak dilibatkan secara langsung. Subyek hanya diberi tugas untuk melaksanakan tugas kebersihan lingkungan di sekitar markas. Hal ini membuat subyek merasa tidak berarti dan saat ini perasaan ini menjadi sangat dominan.

d. Kemampuan membaca dirasakan subyek menurun. Bila membaca koran, ia hanya mampu melihat judul-judul berita saja, karena akan menjadi pusing bila dilanjutkan membaca isi berita yang tulisannya lebih kecil dan dirasakan hurufnya berkejar-kejaran. Dengan demikian, ia jadi tidak pernah mengikuti pelajaran (penyegaran) yang dilaksanakan di Yonkesmar pada anggota tentang materi kesehatan lapangan, karena ada kegiatan tulis menulis dan membaca. Subyek menjadi minder dan merasa keberadaannya hanya menjadi beban.

e. Demikian pula bila subyek menonton televisi, menurutnya ia hanya mampu menonton tidak lebih dari 5 menit, karena ia merasa gambarnya

jadi goyang dan membuatnya pusing. Akibatnya, subyek memilih menghindari televisi.

f. Subyek melaporkan bahwa dirinya tidak dapat mengikuti dan terlibat dalam percakapan bersama lebih dari 2 (dua) orang. Subyek merasa bingung dengan arus pembicaraan yang simpang siur. Kebingungan ini membuatnya pusing dan tidak tahu harus berbuat apa. Oleh karena itu, subyek cenderung menghindari komunikasi dengan banyak orang, ia lebih banyak menyendiri.

g. Pasca perawatan dari poli jiwa di RSAL. Dr. Ramelan Surabaya, subyek melaporkan sudah tidak mendengar halusinasi (suara-suara yang akan membantainya). Begitu pula dengan waham (keyakinan bahwa ia adalah harimau), juga sudah tidak muncul lagi.

h. Saat ini subyek hanya menjalani terapi psikofarmaka saja, sambil berobat jalan di RSAL dr. Ramelan. Akan tetapi karena obat oral yang diberikan menyebabkan rasa kantuk, maka subyek cenderung enggan meminumnya. Kalaupun diminum, hanya pada malam hari saja.

i. Terkait dengan kondisinya yang sulit membaca, menulis, melihat gambar, berfikir, konsentrasi dan mudah mengantuk, subyek menolak untuk melaksanakan asesmen.

j. Heteroanamnesa hanya digali dari rekan kerjanya di kesatuannya, pimpinannya dan psikiater yang merawatnya. Data yang sebenarnya memiliki makna sangat penting dalam penegakan diagnosis dari orang tua tidak dapat digali, karena S tidak mengizinkan penulis menemui

orang tuanya. S berupaya melindungi orang tuanya, khususnya ibu, yang katanya tidak tegar, bila mengetahui kondisi kesehatannya.

**III.1.1.2. Metode Terapi.**

Terapi dengan teknik SEFT di pilih penulis karena secara teoritis cukup efektif. Didalamnya banyak didukung oleh terapi lain. SEFT juga menggabungkan kekuatan spiritual dan energi psikologi. Dalam pelaksanaannya, SEFT lebih mengutamakan konsep *here* and *now*. Teknik yang digunakan sederhana, namun *powerfull*. Waktu pelaksanaannya singkat. Karena waktunya singkat, metodenya sederhana, maka juga dapat menekan biaya.

*Spiritual Power* adalah kekuatan yang tidak terbatas, karena mengandalkan kekuatan dari Allah SWT. Sumber kekuatan dan pelajaran tentang penyembuhan bagi penyakit berasal dari Allah, maka sudah selayaknya bila dikembalikan dalam kepasrahan total kepada-Nya. Sebagaimana ditegaskan Allah dalam surat Yunus (10) : 57, yang berarti "Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman".

Saat ini sudah banyak intervensi yang mengembalikan fitrah manusia dengan pendekatan secara spiritual, antara lain :

a. Spiritualitas manusia, pada dasarnya sudah ada sejak lahir. Sentanu (2007), menggambarkan seperti dalam bentuk *'Default factory setting'*. Selama perjalanan hidup, pengalaman dan pemaknaan atas kejadian yang berbeda membuat kemampuan ini kadang bergeser.

b. Spiritualitas, adalah kemampuan bawaan, yang memberikan kekuatan pada manusia untuk mengurangi kecenderungan berbuat salah, berusaha untuk hidup dalam keseimbangan, berkreasi, menjadi sumber welas asih pada sesama, sehingga tidak hanya mencapai kesempurnaan tapi juga tentang upaya untuk hidup dengan pribadi yang terintegrasi (Reynolds, 2005).

c. Didalam *Emotional Spritual Qoutient* (Agustian, 2005), menyebutkan adanya God Spot dalam otak manusia.

d. Begitu pula menurut Ancok (dalam Lubis, 2007), bahwa pendekatan agama dan pendekatan ilmu pengetahuan perlu dipadukan untuk meningkatkan kualitas kehidupan dan kemaslahatan umat manusia.

e. Hal senada juga diungkapkan oleh Hawari (2005), bahwa pemisahan (dikotomi) antara ilmu pengetahuan dan agama tidak lagi dianut, bahkan justru diintegrasikan. Hawari juga mengutip pendapat Snyderman (1996), bahwa terapi medik saja, tanpa disertai do'a dan zikir tidaklah lengkap; sebaliknya do'a dan zikir saja tanpa disertai terapi medik, tidaklah efektif.

f. Dossey (2007), mengatakan bahwa do'a yang dipanjatkan, sangat berpengaruh bagi kesembuhan. Dalam penelitiannya, Dossey membagi dua kelompok penderita penyakit jantung. Satu kelompok mendapat terapi konvensional (psikofarmaka) dan kelompok lain ditambah dengan do'a. Khusus tentang do'a, pasien tidak tahu kalau dido'akan

agar tidak muncul sugesti dan yang mendo'akan juga tidak mengenal pasien (metode *double blind*). Ternyata hasil yang didapat, pada kelompok ke-dua lebih responsif terhadap terapi psikofarmaka, perasaannya lebih tenang dan lebih damai, emosinya juga lebih stabil, sehingga pada kelompok ini menjadi lebih cepat sembuh dibandingkan dengan kelompok satu.

g. Bahkan air yang di do'akan, akan membentuk kristal yang indah (heksagonal) dan memberikan efek kesehatan, seperti yang dilaporkan oleh Mahani (2007) dan Masaru Emoto (2007).

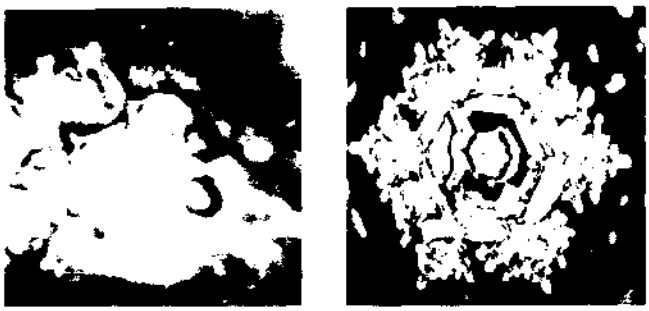
Mahani (2007), menerangkan bahwa dengan air heksagonal (bersudut enam) dalam tubuh, akan memberikan keuntungan sebagai berikut :

i. Zat nutrisi dan oksigen menjadi lebih mudah larut.
ii. Metabolisme sel berlangsung sempurna
iii. Pembuangan sampah yang bersifat toksin lebih optimal

Menurut Mahani, beberapa cara untuk membuat air heksagonal, yakni :

i. Dengan bantuan alat.
   a. Alat dengan sistem filtrasi
   b. Alat dengan sistem rotasi
   c. Alat dengan sistem rendam
ii. Dengan Do'a.

Masaru Emoto (2007) berhasil membuktikan bahwa dengan do'a, molekul air membentuk menjadi kristal yang indah setelah dibekukan.



Gambar III.1.
Air danau Fujiwara sebelum dan setelah di beri do'a

h. EFT menjadi lebih ampuh, *powerfull (the amplifying effect),* setelah di perkaya dengan Spiritual (Zainuddin, 2006).

i. Energi psikologi yang dimaksud disini adalah 12 jalur utama energi meridian yang ada discluruh tubuh manusia. Kedokteran Timur yang diwakili oleh China, mengenal akupuntur maupun akupresur sudah cukup lama. Menurut pandangan akupuntur, terdapat 361 titik yang tersebar di 12 jalur energi meridian. Dengan merangsang kombinasi dari titik-titik itu, dipercaya dapat menyembuhkan gangguan fisik maupun emosi. Oleh EFT, ke 361 titik akupuntur itu disederhanakan menjadi 18 titik utama, yang berlaku secara umum, untuk segala macam keluhan. Oleh karena itu tidaklah berlebihan bila Gary Craig (penemu EFT) mengatakan, "*try it on everything*". Kesederhanaan EFT ini diperkuat dengan Spiritual oleh Zainuddin (2006), menjadi SEFT. Energi ini dikenal dengan sebutan "chi" dalam frame akupuntur. "Prana" menurut pandangan Yoga. Juga ada yang menyebut Bio Energi Power dalam olah gerak pernafasan yang dikembangkan oleh seorang

dokter di Unpad - Bandung, Harry J. Angga (www.bioenergipower.com). SEFT bekerja di jalur energi ini melalui *tapping*. SEFT melakukan *cut off* pada proses antara, untuk mengurai dampaknya. (Zainudin, 2006). Energi psikologi adalah cabang baru dari ilmu psikologi yang mempelajari akibat berbagai sistem energi tubuh terhadap perasaan dan kelakuan / tingkah laku. Tubuh manusia merupakan bidang energi yang terdiri dari berbagai jalan energi (meridian), dengan demikian adanya gangguan pada sistem energi tubuh juga akan mempengaruhi fisik maupun emosi manusia (www.psikotronika.com).

k. SEFT dapat digunakan untuk intervensi jarak jauh, *surrogate SEFT*. Intervensi ini digunakan untuk membuat S lebih kooperatif dalam proses pengambilan asesmen dan menyiapkan mental S sesaat sebelum pulang dari Pav VI dan kembali ke kesatuannya, di Yonkesmar – Karang Pilang.

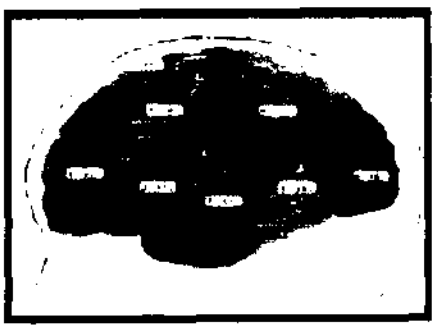
l. Pengambilan data asesmen dan heteroanamnesa ini sebenarnya penting dalam konteks penelitian ilmiah, agar diagnosis dapat ditegakkan dengan sempurna. Akan tetapi dari aspek praktisi, sesungguhnya data tersebut tidak mutlak diperlukan dalam terapi SEFT, karena pendekatan yang dilakukan SEFT adalah langsung pada gangguan energi psikologi.

### III.1.1.3. Bukti Penggunaan SEFT.

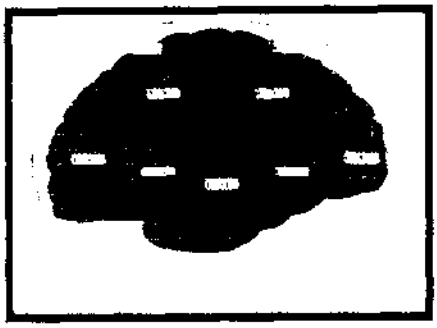
Bukti tentang penggunaan SEFT untuk menangani gangguan jiwa, meskipun belum banyak data hasil penelitiannya, namun tetap ada laporan-laporan yang mendukung penggunaan SEFT untuk mengatasi persoalan gangguan jiwa. Beberapa laporan ini, dapat diacu sebagai pengantar kajian lebih lanjut.

a. SEFT dapat mengurangi halusinasi pada wanita hamil (Zainuddin, 2006).
b. Menurut M. Munif, kepala Dinas Sosial Surabaya, terapi SEFT mampu membantu mendapatkan data nama dan alamat pasti para gelandangan psikotik yang ditampung di Liponsos – Keputih, Surabaya. (Harian Jawa Pos, 19 Agustus 2007).
c. Francesca Hamon, ahli gizi dan energi terapist dari Inggris, menggunakan EFT pada kliennya yang mengindap *schizophrenia paranoid* (www.emofree.com). Dia melaporkan pada sesi pertama, kliennya (Richard) mampu mengurangi teriakan-teriakan yang tidak berarti dari 25 – 30 kali sehari menjadi hanya 1 atau 2 teriakan saja. Richard menjadi lebih tenang. Perasaan takut pada ruang terbuka, curiga pada lingkungan asing mulai berkurang dan perasaan bersalah karena melukai anak kecil menjadi hilang.
d. Joaquin Andrade dan David Feinstein, dalam Zainuddin (2006), menjabarkan tentang penelitian berskala luas yang terkait dengan Energy Psychology (meliputi TFT, EFT dan puluhan teknik lain). Hasil dari penelitian itu menunjukkan bahwa terdapat bukti yang mengejutkan dari ratusan *therapist* yang di survey. Sample diambil dari *Association for*

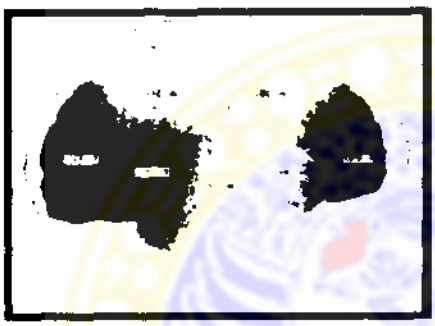
*Comprehensive Energy Psychology* yang beranggotakan 700 orang lebih. Para *therapist* itu melaporkan terdapat total lebih dari 5.000 kasus yang dapat mereka sembuhkan secara efektif dengan sangat cepat (jika dibandingkan dengan *therapy* standard). Para psikoterapis konvensional memang sulit menerima kenyataan ini karena berada diluar asumsi Ilmiah mereka tentang bagaimana menyembuhkan gangguan psikologis. Tetapi bukti yang diambil dari alat ukur objektif (EEG - pengukur aktivitas otak) sulit terbantahkan.



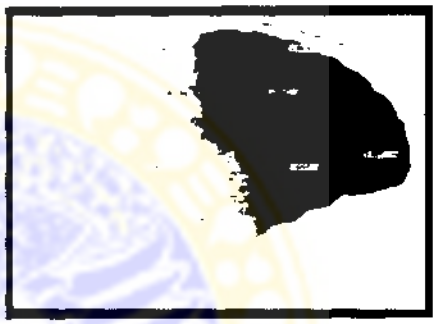
Sebelum dilakukan *Therapy*



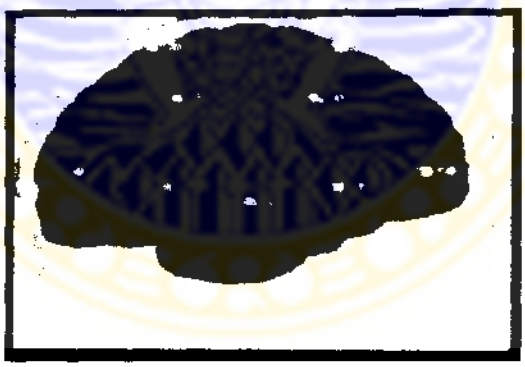
Setelah 4 Sesi Terapi



Setelah 8 Sesi Terapi



Setelah 12 Sesi Terapi



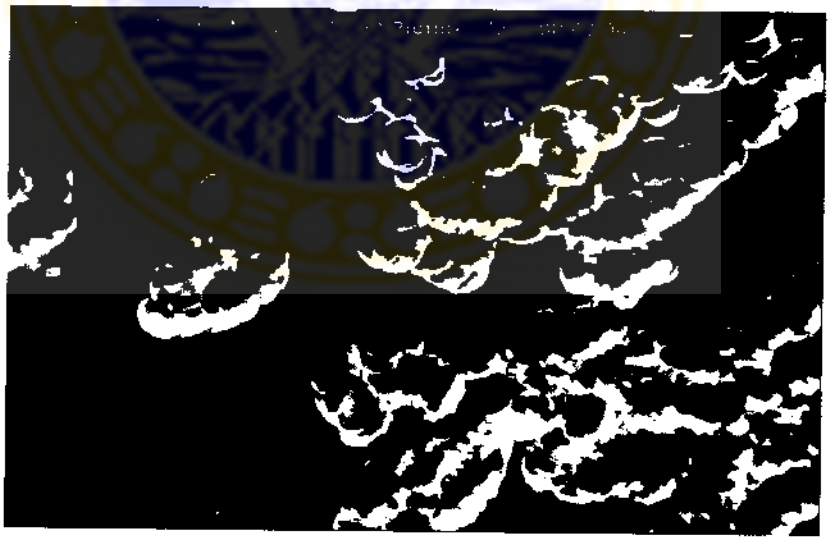
Normal (ideal) Profile

Keterangan warna :

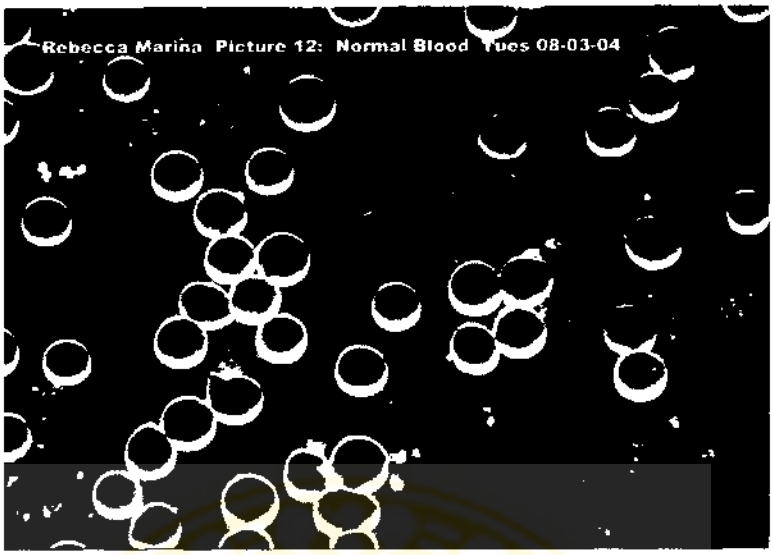
| | | |
|---|---|---|
| Biru | = | Frekuensi gelombang yang normal (berdasarkan *data bases)* |
| Ungu | = | Frekuensi gelombang sedikit disfungsional |
| Merah Muda | = | *moderately dysfunctional* |
| Merah | = | sangat disfungsional |

Gambar III.2.
Hasil Scan Otak setelah 12 sesi Energy Therapy pada
Penderita Gangguan Kecemasan Parah

e. Dalam Zainuddin (2006), yang mengambil dari www.emofree.com, mengemukakan penelitian yang dilakukan oleh Rebecca Marina dan Felicy, mengenai pengaruh EFT yang menimbulkan perubahan drastis pada emosi dan sel darah. Rebecca menggunakan EFT untuk mengintensifkan emosi yang dia rasakan. Ia mencoba berpindah dari satu emosi intensif ke emosi intensif yang lain dengan bantuan EFT. Dalam tiap emosi itu, Felicy mengambil *sample* darah Rebecca dan memotretnya dengan menggunakan *"darkfield microscope"* yang dihubungkan dengan monitor komputer. Dan tampak nyatalah perubahan drastis pada darah Rebecca setiap kali emosinva berubah. Berikut ini adalah foto darah Rebecca sebelum dan sesudah melakukan EFT.

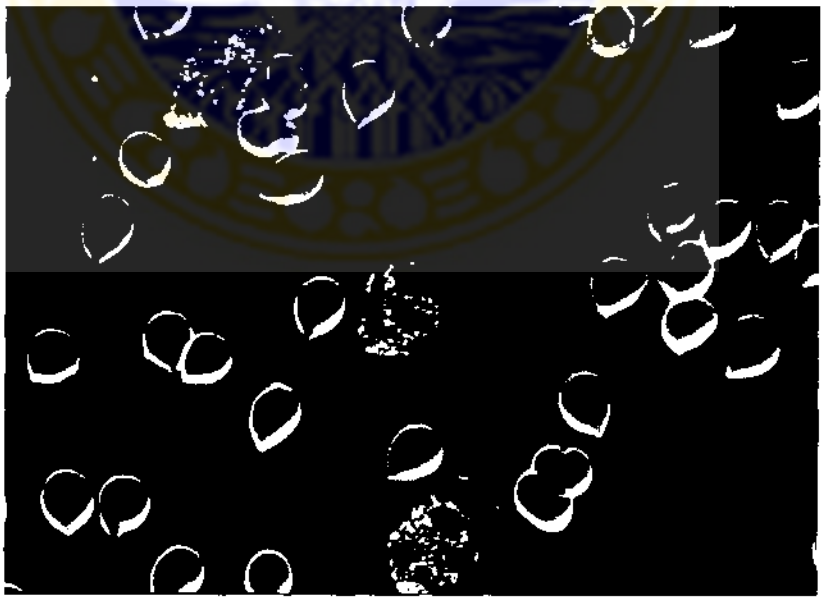


Gambar III.3.
Sebelum melakukan EFT
(Sel darah masih menggumpal disebabkan oleh *Lectin* yang didapat dari alergi ayam & alpukat)



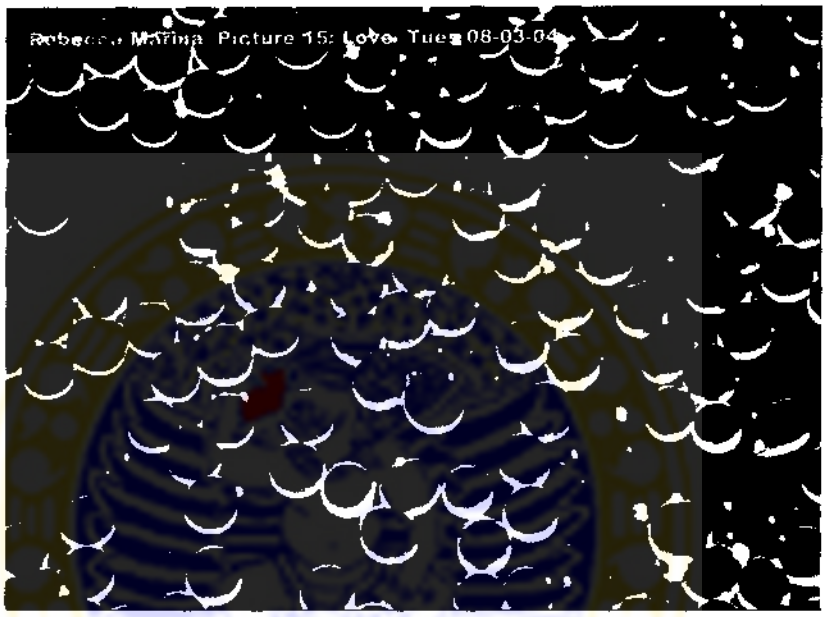

Gambar III.4.
Sesudah EFT (sel darah merah jadi normal)

Kemudian Rebecca melakukan EFT lagi dan mengundang emosi "sedih" dengan cara memikirkan saat-saat sedih sampai dia menangis, lalu Felicy mengambil sample darahnya lagi.



Gambar III.5.
Kondisi Darah saat Sedih
(Sel darah bergerak cepat dan berbentuk air mata)

Lalu Rebecca menggunakan EFT untuk mengundang energy "cinta" untuk memasuki tubuh dan darahnya. Dan seketika darahnya kembali normal, dan sel-sel darah bergerak dengan indah dan timbul substansi yang berkilauan dalam cairan darah.

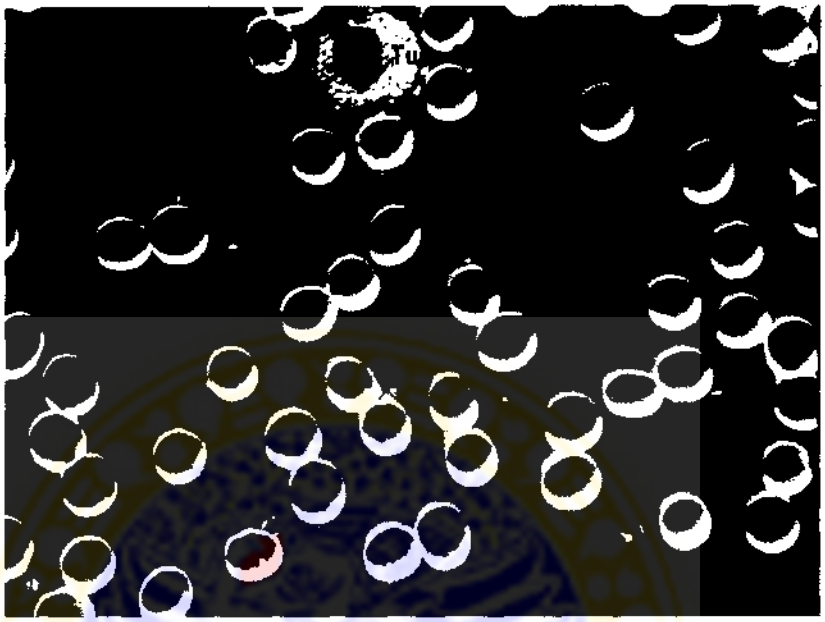



Gambar III.6.
Kondisi darah saat merasakan "cinta"
(sel darah bergerak pelan dan cenderung berkumpul)

Satu kenyataaan menarik, pada sampel darah untuk rasa sedih terjadi perubahan seperti pada sampel darah untuk rasa cinta. Jadi walaupun darah itu sudah meninggalkan tubuh Rebecca, ia masih tetap berhubungan dengan pemiliknya.

Rebecca lalu mengundang rasa takut dengan memikirkan kejadian menakutkan yang pernah ia alami. Dan sel-sel dalam sample darahnya bergerak tidak beraturan dengan sangat cepat (ditunjukkan dalam foto sel-sel darah saling

berjauhan). Mungkin ini adalah akibat dari produksi adrenalin, sebagai reaksi normal atas rasa takut: *fight or flight* (lawan atau lari)



Gambar III.7.
Kondisi darah saat merasa takut
(sel darah bergerak cepat tidak teratur)

Lalu Rebecca memikirkan "sifat feminine Tuhan". Dalam keyakinan agamanya ia sebut "*divine mother*", sifat penyayang, penyantun dan pemelihara Tuhan (dalam Islam disebut sifat "*Jamaliah*" Allah) dan memohon kepada-Nya untuk menyalurkan energi *feminine* itu kedalam tubuh dan darahnya.

> "Saya ingin berbagi dengan anda bahwa ketika saya berdoa itu, saya merasakan gelombang energi yang begitu besar menyelimuti diri saya, saya sampai menangis bahagia karenanya", begitu Rebecca menggambarkan pengalamannya.

Saat sample darah Rebecca diambil setelah berdoa dan merasakan pengalaman religius itu, kemudian dilihat dibawah mikroskop yang dihubungkan dengan komputer, semua yang hadir di laboraturium seketika terdiam dan terpana

karena melihat kondisi darah yang sama sekali berbeda dengan yang lain, cairan darahnya sangat cerah, gerakan sel darah sangat tenang seakan bergerak dengan penuh kedamaian, muncul banyak sekali substansi yang berkilauan. Di dalam sel darah terdapat substansi yang bercahaya dan berdenyut seperti denyutan jantung mini.

Gambar III.8.
Kondisi darah saat berdo'a
(timbul substansi putih berkilauan dan darah bergerak pelan dan sangat teratur)

Saat Rebecca meninggalkan laboratorium setelah selesai penelitian, sample darah yang lain sudah berhenti bergerak kecuali sample darah yang terakhir ini seakan-akan terdapat kehidupan di dalamnya. Yang lebih menarik lagi, dalam sample dari hasil berdo'a ini, terdapat beberapa sel darah merah yang berbentuk seperti "hati" seakan-akan melambangkan Cinta Tuhan kepada Mahluk-Nya

Dari eksperimen ini, Rebecca Marina mengambil kesimpulan:

1. EFT dapat meningkatkan intensitas emosi kita, dan menimbulkan dampak perubahan drastis baik emosi maupun fisik
2. EFT dapat digunakan **secara sengaja** untuk meningkatkan baik emosi negatif maupun positif
3. Emosi yang berbeda menimbulkan efek yang berbeda secara drastis pada darah kita
4. Kita dapat menggunakan EFT untuk **mengubah kondisi emosi** kita dengan sengaja
5. Yang paling menarik, menurut Rebecca, eksperimen ini menunjukkan bahwa kita bisa mengundang energi Ilahiah untuk memasuki dan mengubah diri kita, atau mungkin menggunakan EFT untuk menstimulasi pengalaman religius, karena sebenarnya potensi Ilahi itu sudah ada secara *inherent* dalam diri kita.

### III.1.2. Kompetensi Penulis

Kompetensi, berasal dari bahasa Ingris, *competence,* yang bermakna kecakapan, kemampuan. Lebih detail lagi dalam Kamus Psikologi (Chaplin, 1989), menjelaskan bahwa kompetensi adalah kecakapan, kemampuan, wewenang. Kelayakan kemampuan atau pelatihan untuk melakukan satu tugas. Disini berarti diperlukan adanya suatu pelatihan khusus untuk meningkatkan kelayakan kemampuan dalam melaksanakan suatu tugas. Dalam kaitannya dengan penggunaan terapi SEFT, perlu kiranya untuk memenuhi kualifikasi sebagai SEFT-er, yaitu orang yang diijinkan untuk melakukan terapi dengan

menggunakan SEFT. Dengan adanya pelatihan, maka akan muncul kemampuan yang memang memegang peranan penting terhadap keberhasilan suatu intervensi. Disamping kemampuan praktek secara nyata juga dibutuhkan pemenuhan aspek legal-formal, sebagai suatu upaya pengakuan hukum. Tujuannya, disamping untuk melindungi subyek, juga untuk meningkatkan rasa tanggung jawab terapis dan penghargaan yang dalam kepada pemilik hak cipta suatu intervensi. Penulis memiliki sertifikasi untuk dapat menggunakan teknik SEFT yang dibuktikan secara tertulis dengan sertifikat yang dikeluarkan oleh LOGOS Institute sebagai pemegang hak cipta terapi SEFT, dengan mengikuti workshop dan training SEFT yang diselenggarakan oleh LOGOS Institute. Setelah mengikuti training SEFT maka penulis diakui sebagai SEFT-er.

### III.2. Kerangka Konseptual

Berdasarkan uraian pada bagian-bagian sebelumnya, di bawah ini disajikan sebuah kerangka konseptual yang menunjukkan alur berpikir dari penulisan ini. Kerangka konseptual ini menunjukkan pencetus munculnya emosi negatif akan rasa tidak berarti dalam kesatuannya. Munculnya emosi negatif ini mengganggu hubungan sosial subyek dengan teman-teman di kantor serta pelaksanaan tugas pokoknya sebagai anggota militer. Selanjutnya emosi negatif yang dialami oleh subyek dicoba untuk dihilangkan dengan menggunakan terapi SEFT sehingga nantinya subyek akan menjadi pribadi yang lebih kompeten dalam membangun hubungan interpersonal dengan pihak lain dan mampu melaksanakan tugas pokok

dan dharma baktinya sebagai anggota militer yang dinas di Batalyon Kesehatan Marinir.

Berdasarkan mekanisme terjadinya *schizophrenia*, dari perspektif Psikodinamika (Nevid dkk, 2005), menjelaskan bahwa *schizophrenia* mencerminkan ego yang dibanjiri oleh dorongan-dorongan seksual primitif atau agresif atau impuls-impuls yang berasal dari id. Impuls tersebut mengancam ego dan berkembang menjadi konflik intrapsikis yang kuat. Karena ego menjembatani hubungan antara diri dengan dunia luar, kerusakan fungsi ego ini berpengaruh terhadap jarak realitas yang khas *schizophrenia*. Masukkan dari id disalah-artikan sebagai realitas, menyebabkan munculnya halusinasi dan waham.

Ahli lain dari psikoanalisis, seperti Sullivan (dalam Nevid dkk, 2005), menekankan pentingnya hubungan yang harmonis dengan orang tua, khususnya ibu pada masa anak-anak. Adanya hubungan yang penuh dengan kecemasan dan permusuhan, antara anak dengan orang tua, membawa anak untuk mencari perlindungan pada dunia fantasi yang bersifat pribadi.

Meskipun ada kritikan bahwa psikoanalitik tidak pernah dapat menunjukkan bahwa hipotesis tentang pengalaman masa lalu atau pola hubungan dalam keluarga menyebabkan *schizophrenia*, akan tetapi pendekatan psikoanalisis dapat dipergunakan untuk menjelaskan sebab-musabab terjadinya gangguan. Bahkan Freud sendiri (dalam Nevid dkk, 2005) juga tidak yakin bahwa pendekatan psikoanalisis dapat digunakan untuk mengurai permasalahan *schizophrenia*. Juga ditegaskan oleh Maramis (2005) bahwa dengan psikoanalisis, justru dapat menambah isolasi dan otisme.

Pada kasus FRVL, konflik internal dimulai sejak masa anak-anak. Sejak kecil subyek diasuh oleh kedua orang tuanya. Ayah FRVL menerapkan gaya pola asuh yang keras. Ia dididik dengan disiplin yang tinggi oleh ayahnya, karena ayah subyek mantan seorang pelaut (nahkoda kapal) yang bekerja dengan orang asing. Bahkan tidak jarang subyek dilempar dengan barang-barang yang ada didekat ayahnya bila sedang marah. Saat subyek remaja, pola asuh keras ayahnya mereda. Untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga, ayahnya berganti profesi menjadi sales makanan, yang menuntut untuk pindah-pindah kota. Setiap pindah, keluarganya selalu menyertai.

Ibunya cenderung memanjakan, karena subyek termasuk anak penurut dan tidak banyak berbuat kenakalan, tidak mabuk dan tidak suka keluar malam. Subyek merasa lebih dekat dengan ibunya. Ibu subyek adalah ibu rumah tangga, tidak bekerja diluar rumah, sehingga waktunya lebih banyak dihabiskan untuk mengurusi keluarga dan rumah tangga. Namun ibu kurang memiliki peran dalam menentukan kebijakan dalam kehidupan subyek, sehingga kedekatan subyek dengan ibu merupakan bentuk perilaku sebatas mencari perlindungan pada saat ada konflik dengan Ayahnya.

Usia kakak kandungnya hanya selisih satu tahun diatas subyek. Namun dengan alasan kesehatan, kakaknya cenderung lebih banyak mendapat keistimewaan dibandingkan dengan subyek. Badannya juga lebih kecil dan ringkih dibandingkan dengan subyek. Kakaknya sulit makan, sehingga bila ada makanan yang enak, kakaknya yang mendapat prioritas terlebih dahulu, karena subyek relatif tidak pilih-pilih dalam makan dan berbadan lebih sehat. Subyek

mengatakan tidak apa-apa dengan perbedaan perlakuan itu. Akan tetapi dengan adanya keinginan subyek untuk dapat lebih berhasil daripada kakaknya, terselip rasa cemburu disana.

Kondisi seperti itu membuat subyek menjadi tertutup, suka memendam masalah sendiri, pendendam dan agak *imature*. Subyek tidak mudah menceritakan pengalaman-pengalamannya. Ia lebih banyak menyimpan sendiri ceritanya. Sahabatnya pun tidak banyak hingga SMA.

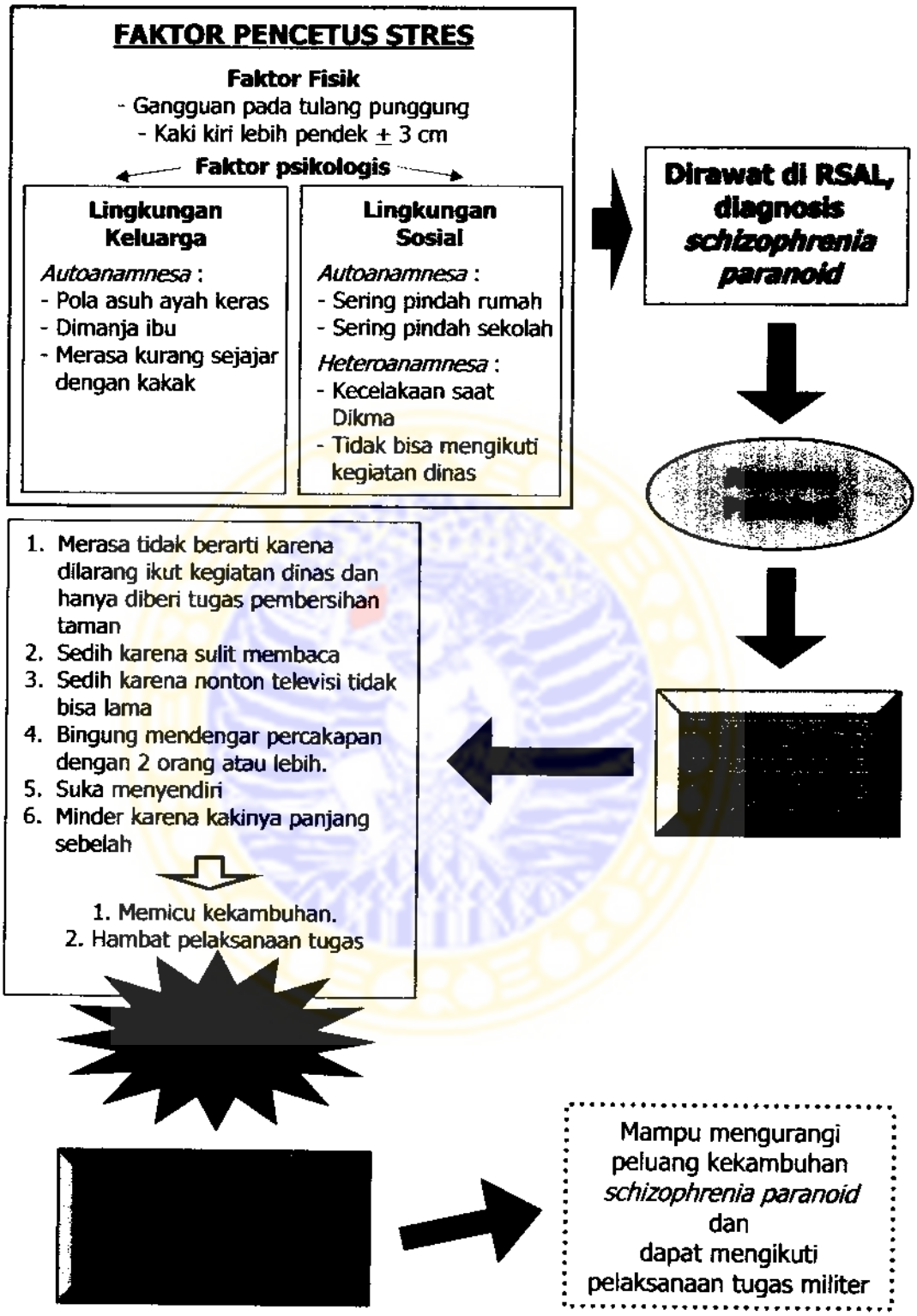
Dari sudut pandang psikososial, FRVL memiliki stressor psikososial yang tidak dapat diatasinya dengan baik, sehingga mencetuskan munculnya gangguan kejiwaan. Pengalaman yang penuh stress, dapat memberikan kontribusi terhadap perkembangan *schizophrenia*. Subyek mengalami kekecewaan pertama kali saat kecelakaan pada pendidikan militer, berakibat menjadi rentan terhadap tekanan pendidikan, yang membuatnya sering berobat di RSAL. Dr. Ramelan – Surabaya. Lalu dengan alasan kesehatan yang kurang memenuhi syarat menjadi anggota korps Marinir, maka ia dipindahkan menjadi korps APM (Asisten Para Medis). Subyek lagi-lagi mengalami kekecewaan. Rasa bangga menjadi Marinir pupus, karena dipindahkan menjadi korps APM. Akibat dari kecelakaan saat subyek menjalani pendidikan pertama militer, tungkai kaki kirinya mengalami *atropi*, dengan selisih panjang sekitar 3 cm dengan kaki kanannya. Hal ini tidak hanya menyisakan rasa nyeri yang muncul sewaktu-waktu, tapi juga rasa rendah diri karena subyek tidak kuat berlari, jalannyapun pincang. Mengingat kondisi subyek, maka sehari-hari ia hanya diberi tugas dan tanggung-jawab terhadap kebersihan

taman, halaman maupun kantor markasnya. Tugas ini menurutnya sungguh tidak dapat dibanggakan.

*Schizophrenia* merupakan gangguan yang kompleks yang ditandai oleh beberapa subtipe dan kompleksitas simptom yang berbeda. Mungkin terdapat proses penyebab yang berbeda di otak yang menjelaskan berbagai bentuk *schizophrenia*. Namun dalam catatan Nevid dkk, (2005), terdapat dua proses penyebab yang mungkin, yaitu kerusakan struktural otak dan gangguan fungsi neurotransmiter. Faktor-faktor tersebut atau mungkin kombinasi keduanya, mengakibatkan gangguan sirkuit otak yang mencakup korteks prefrontal dan hubungannya dengan daerah otak yang bertanggung jawab untuk mengorganisasikan pikiran, persepsi, emosi dan proses atensi. Jaringan saraf tersebut terlibat dalam pemrosesan informasi secara efisien dan mengubahnya menjadi pikiran dan perilaku yang bermakna. Kerusakan pada sirkuit ini mungkin terlibat dalam penjelasan tentang ciri yang lebih mencolok dan positif, seperti halusinasi, waham dan gangguan pikiran.

Sementara itu, stresor lingkungan dapat mencakup faktor psikologis, seperti konflik keluarga, perlakuan yang salah terhadap anak, deprivasi emosi, atau kehilangan figur yang memberikan dukungan dan juga pengaruh lingkungan fisik, seperti trauma atau luka otak pada masa muda. Disisi lain, apabila stres lingkungan berada dibawah ambang stres individu, *schizophrenia* mungkin tidak akan pernah berkembang, meskipun pada orang yang memiliki resiko genetis.

Secara detail, kerangka konseptual terjadinya *schizophrenia* dapat dilihat dalam Gambar dibawah ini:




Gambar III.9.
Kerangka Konseptual

### III.3. Rancangan Kegiatan Intervensi

Intervensi yang akan diberikan pada subyek, dijadwalkan secara bertahap, bertingkat dan berkesinambungan. Setiap pertemuan dengan subyek untuk melaksanakan intervensi, diperkirakan memakan waktu selama 30 – 50 menit dan dijadwalkan sebanyak 4 kali pertemuan.

Intervensi dilaksanakan dengan tujuan agar kondisi emosi negatif subyek dapat berkurang atau bila memang mungkin bisa hilang. Ada 2 sasaran yang ingin dicapai penulis, yakni sasaran jangka pendek dan jangka panjang. Adapun sasaran jangka pendek yang ingin diraih adalah : a. Mempermudah proses asesmen, b. Menyiapkan S keluar dari Rawat Inap. Sedangkan sasaran jangka panjang yang ingin dicapai adalah : menghilangkan emosi negatif agar dapat mengurangi peluang kekambuhan.

Secara detail, sasaran itu dipecah dalam 4 sesi rancangan kegiatan intervensi yang akan dilakukan kepada subyek, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel III.1.**
**RANCANGAN KEGIATAN INTERVENSI**

**INTERVENSI 1**

| TUJUAN | LANGKAH-LANGKAH |
|---|---|
| 1. S memiliki dorongan untuk mengerjakan tes, S lebih segar dan kooperatif saat pengambilan data asesmen, sehingga tidak sesulit 2 pertemuan sebelumnya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Melakukan identifikasi terhadap gangguan yang dialami subyek melalui wawancara observasi dan tes tulis<br>4. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 2. | 1. Sesaat sebelum bertemu dengan S, penulis melaksanakan *surrogate SEFT* buat S.<br>2. Membangun raport yang baik<br>3. Identifikasi permasalahan yang dihadapi dengan wawancara, observasi dan tes tulis<br>4. Memberikan tugas kepada subyek untuk membuat jurnal yang terkait dengan kondisi emosi negatifnya selama menunggu intervensi 2. |

**INTERVENSI 2**

| TUJUAN | LANGKAH-LANGKAH |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian kembali ke markas, mes dan tidak kambuh seperti pada saat pemulangan sebelumnya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Memperkuat rasa percaya diri S.<br>4. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 1<br>5. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 3. | 1. Sesaat sebelum bertemu dengan S, penulis melaksanakan *surrogate SEFT* buat S.<br>2. Membangun raport yang baik<br>3. Supportif untuk kepulangan S<br>4. Menanyakan jurnal yang ditugaskan pada intervensi 1<br>5. Memberikan tugas kepada subyek untuk membuat jurnal yang terkait dengan kondisi emosi negatifnya selama menunggu intervensi 3. |

**INTERVENSI 3**

| TUJUAN | LANGKAH-LANGKAH |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian mengungkapkan masalah, harapan dan perasaannya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Identifikasi masalah baru, pasca pulang dari RSAL.<br>4. Membongkar emosi negatif S tentang harapan atau pikiran yang tidak konstruktif<br>5. Menyiapkan mental S untuk dapat menerima kenyataan bahwa kakinya panjang sebelah dan pekerjaannya sebagi petugas kebersihan.<br>6. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 2<br>7. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 4. | 1. Kali pertama menggunakan *SEFT* langsung pada S<br>2. Membangun raport yang baik<br>3. Identifikasi ulang permasalahan yang dihadapi dengan wawancara dan observasi<br>4. Pelaksanaan terapi SEFT.<br>5. Melakukan *tapping* pada S agar S dapat menerima kenyataan bahwa kakinya panjang sebelah dan menerima pekerjaannya sebagai petugas kebersihan<br>6. Menanyakan jurnal yang ditugaskan pada intervensi 2<br>7. Memberikan tugas kepada subyek untuk membuat jurnal yang terkait dengan kondisi emosi negatifnya selama menunggu intervensi 4. |

**INTERVENSI 4**

| TUJUAN | LANGKAH-LANGKAH |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian menghadapi dan menyelesaikan masalah, harapan dan perasaannya.<br>2. S makin percaya pada penulis.<br>3. Membongkar emosi negatif S tentang harapan atau pikiran yang tidak konstruktif<br>4. Menyiapkan S untuk dapat bergaul dengan baik dan mengikuti kegiatan dinas sesuai dengan aturan yang berlaku.<br>5. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 3<br>6. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi lanjutan. | 1. Menjaga raport dengan subyek agar makin erat dan percaya<br>2. Melakukan wawancara dan observasi terhadap subyek<br>3. Melakukan terapi SEFT kembali untuk mengurangi emosi negatif yang dialami oleh subyek<br>4. Memberikan tugas kepada subyek untuk menjaga dan mengembangkan kemampuan interaksinya dengan lingkungan.<br>5. Memberikan tugas kepada subyek untuk tetap membuat jurnal atas perubahan-perubahan yang terjadi terkait dengan kondisi emosinya. |

### III.4. Rancangan Kegiatan Evaluasi

Sebagai kontrol dan indikator terhadap kegiatan intervensi, perlu disiapkan pula rancangan kegiatan evaluasi. Adapun rancangan kegiatan evaluasi terhadap intervensi yang telah disusun dapat dilihat pada tabel-tabel di bawah ini :

**Tabel III.2.**
**RANCANGAN KEGIATAN EVALUASI**

**EVALUASI INTERVENSI 1**

| TUJUAN | INDIKATOR KEBERHASILAN |
|---|---|
| 1. S memiliki dorongan untuk mengerjakan tes, S lebih segar dan kooperatif saat pengambilan data asesmen, sehingga tidak sesulit 2 pertemuan sebelumnya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Melakukan identifikasi terhadap gangguan yang dialami subyek melalui wawancara observasi dan tes tulis<br>4. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 2. | 1. S menjadi lebih kooperatif, lebih responsif dan lebih cepat reaksinya dalam mengerjakan asesmen.<br>2. S bersedia mengerjakan asesmen dengan baik. S bisa mengatasi rasa ngantuknya akibat obat.<br>3. S cukup terbuka saat menghadapi penulis dan menjawab pertanyaan dengan baik, sehingga mendapatkan data tentang permasalahan yang dihadapi S.<br>4. S bersedia membuat jurnal |

**EVALUASI INTERVENSI 2**

| TUJUAN | INDIKATOR KEBERHASILAN |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian kembali ke markas, mes dan tidak kambuh seperti pada saat pemulangan sebelumnya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Memperkuat rasa percaya diri S.<br>4. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 1<br>5. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 3. | 1. S berani pulang ke markas<br>2. S tidak merasa asing di mes nya yang lama.<br>3. S bersedia mengerjakan tugas kebersihan di markas-nya.<br>4. S melaporkan jurnalnya sejak pertemuan intervensi 1.<br>5. S bersedia membuat jurnal, untuk bahan evaluasi pertemuan intervensi 3. |

**EVALUASI INTERVENSI 3**

| TUJUAN | INDIKATOR KEBERHASILAN |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian mengungkapkan masalah, harapan dan perasaannya.<br>2. S percaya pada penulis.<br>3. Identifikasi masalah baru, pasca pulang dari RSAL.<br>4. Membongkar emosi negative S tentang harapan atau pikiran yang tidak konstruktif<br>5. Menyiapkan mental S untuk dapat menerima kenyataan bahwa kakinya panjang sebelah dan pekerjaannya sebagi petugas kebersihan.<br>6. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 2<br>7. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi 4. | 1. Subyek mampu bercerita tentang kondisinya dengan terbuka dan percaya pada penulis<br>2. Mendapat dinamika permasalahan S, pasca keluar dari RSAL Dr. Ramelan<br>3. Perubahan tingkat emosi negatif setelah terapi *SEFT.* Dalam skala intensitas 0 – 10<br>4. S menyerahkan jurnal setelah kegiatan intervensi 2<br>5. S bersedia membuat jurnal, untuk bahan evaluasi pertemuan intervensi 4. |

**EVALUASI INTERVENSI 4**

| TUJUAN | INDIKATOR KEBERHASILAN |
|---|---|
| 1. Menyiapkan mental S, agar memiliki keberanian menghadapi dan menyelesaikan masalah, harapan dan perasaannya.<br>2. S makin percaya pada penulis.<br>3. Membongkar emosi negative S tentang harapan atau pikiran yang tidak konstruktif<br>4. Menyiapkan S untuk dapat bergaul dengan baik dan mengikuti kegiatan dinas sesuai dengan aturan yang berlaku.<br>5. Melakukan evaluasi tentang perubahan yang terjadi setelah intervensi 3<br>6. Mengetahui yang dikerjakan S selama menunggu intervensi lanjutan. | 1. Evaluasi S pasca intervensi 3 memuaskan (emosi negatif sudah banyak yang berkurang)<br>2. S mencoba melakukan interaksi sosial.<br>3. S mulai mencoba membaca<br>4. S menerima keadaan fisiknya.<br>5. S menerima kenyataan penugasannya sebagai petugas kebersihan.<br>6. Subyek bersedia belajar teknik SEFT<br>7. Subyek bersedia mengikuti jadwal terapi yang memiliki jeda lebih panjang atau pada akhirnya penghentian terapi |

# BAB IV

# HASIL INTERVENSI

## IV. 1. Deskripsi Kasus

### IV.1.1. Identitas Subyek

Nama : FRVL

Tempat / tgl lahir : Semarang, 3 Agustus 1986

Umur : 21 tahun 5 bulan

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Suku bangsa : Jawa

Pendidikan : SMU / IPS / 2004

Alamat : Karang Pilang – Sby.

Tanggal penulisan : 30 Juli 2007.

1 Agustus 2007.

3 Agustus 2007.

### IV.1.2. Identitas Keluarga

Tabel IV.1
Identitas Keluarga

| | PENDIDIKAN | AGAMA | SUKU | PEKERJAAN | ALAMAT |
|---|---|---|---|---|---|
| Bpk BL | SMU | Islam | Aceh | Swasta | Smg |
| Ibu FTA | Akademi | Islam | Jawa | IRT | Smg |
| Mas Fai | SMU | Islam | Jawa | -- | Smg |

### IV.1.3. Identitas Penulis

Nama : Ari Yudha Kartika

NIM : 090610529 M

### IV.1.4. Keluhan

Teman S, saat mengantarkan ke RS mengutarakan permasalahan sebagai berikut :

1. S ketakutan saat melihat orang lain, terutama bila melihat atau disapa senior. Ia merasa dipojokkan, melihat dirinya, mereka seakan melotot dan merencanakan sesuatu yang berbahaya.
2. S mendengar bisikan "Kamu akan saya bantai!"
3. S merasa bingung, tanpa sebab yang jelas.

### IV.1.5. Tujuan Penulisan

Mendapatkan dinamika kepribadian dan gambaran psikologi Subyek.

### IV.1.6. Riwayat Keluhan

S adalah anak bungsu dari 2 bersaudara. Kakaknya juga laki-laki. Kakaknya tidak seberuntung S dalam hal mendapat pekerjaan yang layak. Setahun setelah tamat SMA, S diterima menjadi anggota TNI AL, sementara kakaknya masih belum bekerja. Orang tuanya sibuk wiraswasta, sehingga seringkali pindah-pindah. Pendidikan formal S juga menjadi pindah-pindah dari satu-kota ke kota lain, karena mengikuti orang tuanya. Dengan demikian, lingkungan pergaulannya

juga selalu berganti. Untuk SD diselesaikan di Semarang, kota kelahirannya. SMP di Tegal dan SMU di Slawi.

Dalam pergaulan, S adalah anak yang pendiam dan agak tertutup. Sahabatnya tidak banyak. Ada kecenderungan untuk menghindari dari sebuah ikatan persahabatan yang erat. Ia tergolong anak yang serius, meskipun prestasi belajar di sekolahnya cenderung biasa-biasa saja, tidak pernah masuk dalam 10 besar namun juga tidak pernah tinggal kelas. Dalam benaknya ia ingin sebuah pekerjaan yang mapan, tidak seperti orang tuanya yang selalu berpindah-pindah untuk dapat mencari penghidupan.

Ia bercita-cita menjadi anggota TNI AL dan untuk mewujudkan keinginannya, sejak memiliki kesempatan mengikuti seleksi, ia selalu mendaftar. Tidak lagi memperhatikan strata pangkat saat mendaftar, yang penting diterima dulu. Ia telah mengikuti seleksi masuk sebanyak 4 kali, hingga akhirnya sekarang, ia telah menjadi anggota TNI AL. Kali pertama mendaftar, ia masih kelas III SMU, tahun 2004. Ia mendaftar saat ada penerimaan Caba TNI AL. Namun gagal administrasi, karena masih belum genap berusia 18 tahun saat pembukaan pendidikan. Lalu pendaftaran ke-2 untuk Catam TNI AL ditahun yang sama, ia gagal seleksi Psikologi I. Setahun kemudian, pendaftaran ke-3, Caba TNI AL. Ia gagal seleksi kesehatan I. Barulah pada pendaftaran ke-4, yakni untuk Catam TNI AL pada tahun 2006, ia dinyatakan lulus seleksi dengan korps Marinir dan berhak mengikuti pendidikan pertama kemiliteran di Kodikal Surabaya.

Jalur seleksi yang panjang tersebut, di lakukan dengan sistem gugur. Artinya setiap melalui per bagian seleksi, hanya calon yang dinyatakan lulus-lah yang dapat melanjutkan proses seleksinya.

Kemudian S melaksanakan Dik Tuk Ta (Pendidikan Pembentukan Tamtama) di Kodikal selama 7 bulan dan pendidikan kecabangan sekitar 3 – 5 bulan. Saat pendidikan kecabangan Marinir, S mengalami kecelakaan, ia jatuh terduduk, yang mengakibatkan keluhan nyeri pada tulang ekornya, sehingga harus dirawat di RS. Setelah kecelakaan ini, korps S yang awalnya Marinir, di alihkan korpsnya menjadi APM (Asisten Para Medis).

Sejak kejadian ini, S menjadi rentan terhadap stressor. Baik berupa fisik maupun psikis. Ia takut bila melihat atau ditegur sapa oleh seniornya. Ia takut pada keramaian. Dan sejak penempatan tugas pertama di Yonkes (Batalyon Kesehatan) Karang Pilang, S jarang sekali pesiar. Ia lebih banyak tinggal di Mess, melakukan pembersihan dan interaksi sosial yang terbatas dengan teman se angkatan.

Pada tanggal 6 Juni 2007, S dirawat di Pav VI hingga tanggal 29 – 6 - 2007. Pukul 14.30 WIB S KRS (Keluar Rumah Sakit) lalu dibawa pulang ke Mess. Namun selama perjalan pulang dan hingga sampai di Mess, S menunjukkan sikap ketakutan bila bertemu orang lain, hingga bersembunyi bi balik lemari, menangis dan badannya gemetar. Hingga akhirnya pada malam hari ia kembali di evakuasi ke RSAL, dengan diagnosis awal Psikosa Tidak Khas.

Jadi tindakan yang sudah dilakukan adalah :

1. Membawa ke Yon Kes bila S mengalami keluhan seperti diatas.

2. Oleh batalyon, S dirujuk ke RSAL.
3. Dari RSAL, sudah di periksa secara menyeluruh, mulai rontgen, MRI, hingga tes MMPI.
4. S juga di konsul ke bagian syaraf, radiologi dan psikologi.

Pengambilan data S dimulai sejak tanggal 30 Juli 2007 hingga tanggal 3 Agustus 2007. Pemeriksaan dilaksanakan selama itu karena S cenderung menolak, ogah-ogahan, sehingga memakan waktu lama untuk memberi *support* dan mempersuasi S.

Saat itu di laksanakan asesmen dengan batery :

1. ART
2. Inventory Eysenk III
3. Dam
4. Baum
5. SSCT

**IV.1.7. Kesan Awal**

Kesan awal yang pertama ditangkap penulis pada saat pertama kali bertemu, hari Senin, tanggal 30 Juli 2007, S sudah cukup sadar akan keberadaannya di RSAL dan nampak cukup mampu menempatkan diri dengan lingkungannya. Hanya saja, S mengeluh ngantuk dan agak pusing. Ekspresi wajahnya datar dan tatapan matanya masih nampak kosong, kurang bergairah.

Menurut keterangan petugas, kondisi S memang sudah cukup stabil dan kalaupun belum stabil, S tidak banyak menimbulkan kegaduhan, ia biasanya hanya mengurung diri di kamar.

**IV.1.8. Observasi**

**Observasi pada pertemuan ke-1 (30 Juli 2007)**

Penulis datang ke sal Pav VI, setelah selesai mengurus perijinan administrasi untuk melakukan observasi, wawancara dan pengambilan asesmen psikologi pada pasien rawat inap disana. Penentuan S atas saran dari Kadep Keswa Pav VI di RSAL. Pertimbangan utamanya adalah, mencari S yang memiliki symtomp yang jelas tentang gangguan psikis yang diderita, sehingga akan lebih memudahkan dalam memetakan kondisi S. Juga Kadep Keswa mengharapkan agar hasil kunjungan penulis dapat memberikan informasi tambahan di aspek psikologi untuk penanganan S lebih lanjut, sehingga diharapkan penanganan S dapat lebih optimal.

Setelah urusan administrasi selesai, penulis di ajak Kadep Keswa berkeliling, melakukan observasi di sal Pav VI. Mengamati pasien yang saat itu sedang melaksanakan terapi kerja, dengan melakukan pembersihan taman didepan kamar pasien. Kebanyakan memang tidak terlibat, hanya duduk di pinggir taman. Hanya sebagian kecil yang aktif mencabuti rumput, menyiram tanaman, menyapu atau sekedar berjalan berkeliling taman. Jarang terjadi komunikasi, mereka nampak tenggelam dalam pikirannya masing-masing. Tiba-tiba ada saja yang tertawa sendiri, bicara sendiri, namun tidak ada yang ambil

pusing dengan kejadian yang tiba-tiba dan *unpredictable* itu. Perawat hanya mengamati dari jauh saja, namun masih tetap dalam lingkungan yang terkunci.

Hari itu masih pagi, sekitar pukul 10.00 WIB saat penulis masuk di sal perawatan di Pav VI. Penulis memang merencanakan waktu kunjungan itu, dengan asumsi, pembersihan ruang dan visite dokter sudah selesai dilaksanakan. Pasien juga sudah mandi, masih cukup segar dan baru saja minum obat, sehingga pengaruh ngantuknya belum terlalu kuat.

Observasi pada pertemuan ke-1 ini dilaksanakan pada pukul 10.00 WIB s/d 12.00 WIB. Pada saat pertemuan pertama, penulis tidak berharap banyak, mengingat kondisi S. Target utama dari pertemuan pertama ini hanyalah membangun *rapport* yang baik dengan S, agar lebih mudah bagi penulis untuk dapat diterima. Penulis juga berusaha menggali data lebih banyak dengan perawat dan dokter yang menangani S.

Hari itu S menggunakan kaos oblong hijau dan celana training biru serta memakai sandal jepit warna hijau muda. Raut wajah sesuai dengan usia, relatif cukup bersih dan nampak cukup terawat. Tidak ada kumis atau jenggot yang tumbuh. Cara berpakaiannyapun cukup rapi. Tatapannya nampak wajar dan tidak ada disorientasi tempat, ruang dan waktu. Ia mampu menjawab dengan tepat, saat ditanya identitasnya, ada dimana dan alasan mengapa ada di RSAL, maupun saat ditanya hari/tanggal saat itu.

S cukup mampu menempatkan diri. Ia sadar bahwa dirinya tentara. Sehingga terlihat takzim pada dokter maupun perawat yang ada disana. Namun ia juga mampu menempatkan diri dengan lingkungan disekitarnya, yang tidak hanya

berisi pasien dari TNI AL. Ada juga pasien dari TNI AU maupun pasien umum lainnya dengan suku yang beragam.

Saat ini kondisi S sudah cukup baik, bisa berinteraksi dan tidak terlalu ketakutan bila bertemu dengan orang. Penulis menanyakan bagaimana perasaan S sekarang, di jawab bahwa kondisinya sudah baik, hanya bosan, ngantuk dan sedikit pusing. S juga langsung mengatakan bahwa dirinya tidak sanggup kalau harus dites lagi. Penulis membuat janji akan bertemu lagi hari Rabu, tanggal 1 Agustus 2007. S menyetujui untuk bertemu kembali.

**Observasi pada pertemuan ke-2 (1 Agustus 2007)**

Observasi pada pertemuan ke-2 ini dilaksanakan mulai pukul 10.00 WIB – 12.00 WIB. Lalu break untuk istirahat, sholat dan makan siang, pukul 12.00 WIB – 14.00 WIB. Kemudian 14.00 WIB – 16.00 WIB penulis kembali ke sal Pav VI. Saat penulis datang, S terlihat tidur. Terlihat nyenyak. Penulis tidak tega untuk membangunkan, meski perawat mengijinkan untuk membangunkan S. Setelah ± pukul 11.15 WIB S bangun, itupun ternyata karena dibangunkan oleh teman sekamarnya. S lalu cuci muka. Terlihat segar, namun juga masih jelas terlihat guratan lipatan di pipi S, tanda masih baru bangun tidur. S mendekati penulis yang duduk di bangku yang memang tersedia untuk menonton TV atau tempat makan bersama. S mengenakan kaos hijau, namun beda dengan kaos yang kemarin. Kaos itu bertuliskan 'komando' dan juga memakai celana training biru yang dipotong sedikit diatas lutut dan tetap mengenakan sandal jepit. S mengucapkan salam, "Selamat siang". Ekspresinya datar. Agaknya ia belum

sepenuhnya sadar dari tidurnya. Matanya mengerjap-kerjap, terpincing, melawan sinar matahari yang menyengat.

"Apa kabar F?", sapa penulis.

Dengan spontan dijawab, "Baik".

"Masih ngantuk?"

"Mohon ijin, masih. Tadi habis minum obat, jadi ngantuk"

"Bagaimana perasaan mu F?"

"Bingung"

"Kenapa?"

"Takut di sel setelah pulang"

"Kata siapa sih ? pulang dari sini malah di sel ?"

"Ada adik liting, sepulang dari sini, langsung di sel"

"Tenang aja, mungkin adikmu punya kesalahan lain yang tidak kamu ketahui".

S diam saja sambil menunduk.

Setelah berbasa-basi sejenak dan suasana mulai mencair, S disodori kertas, diminta untuk mengisi Data Pribadi. Semua data yang diminta dapat diisi. Namun S tidak tahu hari dan tanggal saat ditanya hari dan tanggal hari itu. Pandangannya kurang bergairah, malas dan cenderung ada kesan terpaksa.

Dengan mempertimbangkan kondisi S, maka hari itu hanya mengambil grafis (Baum). Pada dasarnya, S terkesan malas untuk mengerjakan tugas. Apalagi pada saat pertemuan pertama, S telah mengatakan bahwa ia malas di tes lagi.

Namun dengan pendekatan yang persuasif, S bersedia juga mengerjakan, meski terlihat tidak optimal. Berikut observasi ketika S mengerjakan tugas.

**Observasi saat mengisi Data Pribadi**

Semua pertanyaan dalam Data Pribadi dapat dijawab. Hanya pada bagian alamat rumah, S tidak mencantumkan nomor rumahnya di Semarang. Katanya lupa. Begitu juga nomor telponnya, ia mengaku lupa.

S mengisi dengan cepat, ± 3 menit, kertas Data Pribadi itu dikembalikan pada penulis. Pandangannya terlihat kurang semangat, masih mengantuk.

**Observasi saat mengerjakan tes Baum**

Tidak sampai 3 menit, tugas menggambar pohon ini diselesaikan. S langsung menyodorkan kertas yang telah digambar itu begitu saja. Tidak terlalu sempurna, nyaris seperti sketsa. Penulis memberikan tawaran pada S untuk menyempurnakannya, namun S menolak. "Pusing", katanya.

**Observasi pada pertemuan ke-3 (3 Agustus 2007)**

Observasi pada pertemuan ke-3 ini dilaksanakan mulai pukul 14.00 WIB – 15.30 WIB di sal Pav VI. Memang sudah janjian dengan S untuk bertemu hari ini. Siang ini S nampak tidak terlalu kusut, terkesan wajar, meski ia juga baru bangun tidur. Agaknya salah satu dampak dari pemberian terapi psikofarmaka adalah rasa kantuk yang berat. Lagi-lagi ia mengenakan kostum kaus hijau dan celana training

biru yang dipotong sebatas lutut dengan sandal jepit yang juga berwarna hijau muda.

"Halo F, baru bangun tidur ya?", sapa penulis ketika S mendekati penulis.

"Siap". Jawaban yang singkat dan datar.

"Kamu sudah cuci muka belum?", lanjut penulis, karena melihat wajahnya mengkilat dan tidak segar. "Kalau belum cuci muka dulu, biar segar. Kan enak".

"Siap". Lagi-lagi jawaban pendek dari S. Namun ia langsung berbalik, pergi kebelakang untuk mencuci mukanya. Setelah kembali terlihat wajahnya lebih segar, tidak lagi mengkilat. Ia juga mengelap wajah dan tangannya, karena terlihat sudah kering. Penulis menyalami S. S tersenyum, sambil mengucapkan salam, "Selamat siang pak".

S sudah terbiasa dengan kehadiran orang lain disekelilingnya. Ia tidak lagi merasa terancam. Suara bisikan bahwa ia akan dihabisi, menurutnya masih sesekali terdengar, terutama bila ia sedang sendiri, namun ia berupaya untuk menjawab dalam hati bahwa hal itu keliru.

"Kamu masih mendengar suara yang mengatakan akan menghabisi kamu F?"

"Masih pak, tapi saya tahu itu hanya suara. Tidak benar"

"Apa yang kamu lakukan untuk mengatasi suara itu?"

"Biasanya saya langsung mencari kesibukan di halaman atau tiduran aja"

"Masih sering terdengar ?"

"Sudah jarang pak".

"Masih suka pusing?"

"Kalau pusing masih pak, suka bingung".

"Bingung? Kenapa?"

"Masa depan saya suram, saya pingin segera keluar dari sini. Saya pingin kembali kerja". Pandangannya menerawang jauh.

"Apa yang akan kamu kerjakan?"

"Kembali kekesatuan, gak apa apa meski jadi pengurus taman dan kebersihan".

"Ya, makanya kamu harus berusaha untuk lebih baik, minum obat dan mengikuti petunjuk dari perawat disini"

"Ya pak".

"Oke, sekarang kita teruskan menggambar ya?"

"Ya pak".

Mulailah S menggambar, meskipun terlihat tidak terlalu konsentrasi, ia masih bersedia, berbeda dengan 2 pertemuan sebelumnya. Sesekali kepalanya diurut, katanya pusing, namun ia cukup kooperatif, bersedia mengerjakan tugas dengan seksama. Namun setelah menyelesaikan DAM, motivasinya menurun. Ia mudah merasa bosan. Saat itu penulis menawari rokok. Sebelumnya penulis sudah koordinasi dengan dokter, memang diijinkan untuk merokok, karena rokok itu sendiri dapat berfungsi menjadi stimulan yang memperkuat efek obat bagi S.

**Observasi saat mengerjakan tes Draw A Man**

Saat mengerjakan tugas ini, S hanya diam saja. Wajahnya datar sedikit serius. Ia menggoreskan pensil dengan cepat. Pandangan hanya terfokus pada

pekerjaannya, tidak memperdulikan dengan lingkungan disekelilingnya. Hanya sesekali menghapus. Namun ia tidak menggambar kuping di tugasnya. Setelah hampir 4 menit, ia menyerahkan kertas itu pada penulis. Tanpa kata-kata dan ekspresi tetap datar.

**Observasi saat mengerjakan tes SSCT**

Masih seperti saat mengerjakan tes-tes sebelumnya, ia mengerjakan tes ini juga relatif singkat, hanya sekitar 17 menit. Pandangannya hanya tertuju di lembar kerjanya. Mulut sedikit terbuka dan agak komat-kamit membaca soal. Saat mengerjakan no. 46 (saya merasa bahwa ayah saya adalah *orang yang sangat keras)* S merubah posisi duduknya dan mengedarkan pandangan ke sekeliling, seolah dia mencari sesuatu. Agaknya ia mulai kurang nyaman dan bosan dengan pertanyaan-pertanyaan. Ia juga mengeluh pusing. Tapi tetap bekerja dan tidak mengurangi kecepatannya. Setelah mencapai no. 50 (Bila saya sudah lebih tua *saya harus lebih berfikir dewasa*) ia kembali melihat kesebelah sejenak, menarik nafas dan melepaskan dengan berat, seperti melenguh.

Untuk tes Eysenk III dan ART, telah ada data dari kantor Dinas Psikologi TNI AL.

### IV.1.9. Anamnesis

### IV.1.9.1. Autoanamnesis

**Latar Belakang Keluarga**

Sejak kecil S diasuh oleh kedua orang tuanya. Ia dididik dengan disiplin yang tinggi oleh ayahnya, karena ayah S mantan seorang pelaut (nahkoda kapal) yang bekerja dengan orang asing. Bahkan tidak jarang S dilempar dengan barang-barang yang ada didekat ayahnya bila sedang marah. Saat S remaja, pola asuh keras ayahnya mereda. Untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga, ayahnya berganti profesi menjadi sales makanan, yang menuntut untuk pindah-pindah kota. Setiap pindah, keluarganya selalu menyertai.

Ibunya cenderung memanjakan, karena S termasuk anak penurut dan tidak banyak berbuat kenakalan, tidak mabuk dan tidak suka keluar malam. S merasa lebih dekat dengan ibunya. Ibu S adalah ibu rumah tangga, tidak bekerja diluar rumah, sehingga waktunya lebih banyak dihabiskan untuk mengurusi keluarga dan rumah tangga.

Usia kakak kandungnya hanya selisih satu tahun diatas S. Namun dengan alasan kesehatan, kakaknya cenderung lebih banyak mendapat keistimewaan dibandingkan dengan S. Badannya juga lebih kecil dan ringkih dibandingkan dengan S. Kakaknya sulit makan, sehingga bila ada makanan yang enak, kakaknya yang mendapat prioritas terlebih dahulu, karena S relatif tidak pilih-pilih dalam makan dan berbadan lebih sehat. S mengatakan tidak apa-apa dengan perbedaan perlakuan itu. Akan tetapi dengan adanya keinginan S untuk dapat lebih berhasil daripada kakaknya, terselip rasa cemburu disana.

**Latar Belakang Perkembangan**

S besar dari berbagai kultur budaya. Ayahnya berasal dari Aceh, Ibunya dari Semarang. Pendidikannya juga dijalani di beberapa kota, Semarang, Tegal dan Slawi. Juga saat di SD, S bersekolah di dua tempat, pertama di SD Katholik hingga kelas II selanjutnya hingga lulus di SD Negri 2 Semarang. Sementara S sendiri beragama Islam. Beragamnya budaya yang dilalui S sepanjang hidupnya memang memberi "kekayaan warna", namun juga dapat menyebabkan kurang mendalamnya penghayatan terhadap satu kultur. Ia tumbuh kembang dalam kompleksitas informasi budaya, aturan maupun dogma kepercayaan yang ada didalam kehidupannya.

Selama waktu sekolah, ia tidak pernah memiliki prestasi baik akademik maupun olah raga dan kesenian. Semuanya biasa-biasa saja. Demikian pula dengan pergaulannya. Dengan seringnya pindah sekolah dan pindah rumah, menyebabkan Ia tidak memiliki banyak teman akrab. Hubungannya dengan lawan jenis juga belum menunjukkan pola hubungan yang lebih serius. Ia belum pernah punya kekasih. Ia memang belum berani, karena belum bekerja. Namun setelah bekerja pun ia memiliki kondisi kesehatan yang tidak memungkinkan.

**IV.1.9.1. Heteroanamnesis**

**Komandan Batalyon Kesehatan Marinir (Komandan Satker Subyek)**

Menurut sumber, S selama di kesatuan, masih menunjukkan sikap yang cukup wajar, meski ia memang cenderung tertutup, suka menyendiri, tidak banyak bergaul. Sesuai saran dari RSAL, maka S tidak diberi beban kerja yang berat,

karena kondisi kakinya. Ada dalam wacana akan memindahkan S ke kesatuan yang tidak menuntut kesiapan fisik dan psikis yang prima. Meskipun sekarang S hanya diberi beban tugas sebagai petugas kebersihan, namun S nampak cukup mampu menerima tugas ini dengan baik. S tidak lagi menunjukkan ketakutan, saat dipanggil menghadap Danyonkesmar. Memang masih nampak grogi, namun bukan ketakutan. S juga mampu menjawab pertanyaan, meski kurang mampu memberikan jawaban yang mendalam dan detail. Jawaban S cenderung pendek-pendek saja. Ketika cuti lebaran, S juga pulang ke Smg dan setelah kembali dari RSAL, S jadi sering pulang ke Smg, setiap ada *long week end.*

**Psikiater Subyek di RSAL**

Menurut sumber, selama di RSAL, perilaku utama yang muncul dari S adalah menarik diri, adanya waham kebesaran, bahwa S adalah tokoh tertentu, halusinasi pendengaran yang mengatakan bahwa S akan dibantai, selalu curiga dengan orang asing, ketakutan yang berlebihan bila berada dalam situasi yang baru maupun dengan orang asing. Setelah menjalani terapi oral (psikofarmaka – penulis) S menjadi makin tenang dan stabil. Sekarang kondisi S cukup baik bila akan dilanjutkan dengan psikoterapi, karena kondisi kesadarannya sudah cukup pulih. Dari hasil oservasi klinis yang dilakukan, S dapat dipulangkan karena gejala klinis sudah tidak lagi muncul. Keadaannya cukup stabil dan mampu berinteraksi dengan adaptif. Namun perlu tetap diwaspadai bahwa terapi oral perlu tetap berjalan, karena dengan terapi oral, simpul-simpul syaraf diotaknya yang dirangsang agar bekerja sesuai dengan yang semestinya. Kondisi ini yang sering

kali menjadi pemicu munculnya pasien berulang. Kekambuhan dapat terjadi bila ada keterlambatan atau ketidak teraturan minum obat. Termasuk juga kondisi lingkungan yang kurang kondusif. Namun harus diakui bahwa kondisi alamiah seperti ini yang ssulit dikontrol. Perlu penanaman kesadaran secara personal pada pasien, bahwa dirinya boleh dikatakan sangat tergantung pada obat. Apalagi dalam masa-masa awal pasca rawat inap. Namun secara keseluruhan, saat ini S sudah cukup mampu berinteraksi dan memahami percakapan, meski terbatas.

**Komandan Kompi Markas Yonkesmar**

Menurut sumber, S selama di kesatuan, setelah kembali dari perawatan di RSAL, menunjukkan perilaku yang jauh lebih baik dibanding dengan sebelum dirawat. Ia sudah mampu berinteraksi dan bekerja dengan baik dibagian kebersihan. S tidak dibebani dengan kewajiban apel yang mungkin terkadang memaksa untuk berdiri dalam waktu yang cukup lama, mengingat kondisi kaki S yang kurang sempurna. S juga tidak dibebani dengan tugas yang menuntut kemampuan fisi dan psikis yang prima. S juga tidak diwajibkan untuk mengikuti kegiatan refreshing pelajaran kesehatan lapangan yang rutin dilaksanakan, karena S sering kali mengeluh pusing karena tidak mampu membaca lama dan tulisan yang kecil-kecil. Secara keseluruhan, meski S lebih suka menyendiri setelah pekerjaannya selesai, ia sudah lebih baik.

**Komandan Kompi Yonkesmar**

Menurut sumber, S selama di kesatuan, bila berjalan kakinya pincang. Namun informasi yang diperoleh sumber, ternyata S bila di RSAL tidak lagi pincang. Selama di RSAL, S juga malas, tidak mau membantu berkebun. Selama di kesatuan, S hanya diberi tugas ringan (pembersihan), tidak perlu mengikuti apel, baik pagi maupun siang dan juga tidak dilibatkan dalam latihan fisik yang berat.

**Presiden Mess Tidur Dalam Yonkesmar**

Menurut sumber, perilaku S sudah cukup baik. Ia mampu menjalankan tugas utamanya untuk menjaga kebersihan taman dan ruangan komandan. Ia juga tidak pernah keluar dari Mess bila tidak ada keperluan yang jelas. Ia cenderung terlihat cuek dengan lingkungannya, dengan lebih banyak menyendiri setelah tugasnya selesai. Namun S tidak pernah mengganggu teman-temannya seangkatan maupun adik angkatan. Sikapnya pada senior relatif cukup respek, bahkan cenderung takut dan berusaha sebisa mungkin untuk menghindar dari kontak langsung dengan senior. Sumber juga telah mengingatkan, agar setiap kegiatan pribadi yang harus keluar dari Mess, S harus selalu membawa teman, agar bila terjadi sesuatu dapat segera diketahui, namun S sulit menemukan teman yang bersedia menemaninya. Untuk keteraturan minum obat dari RSAL, sumber tidak dapat melakukan kontrol setiap saat. Sejauh ini yang dapat dilakukan hanyalah menanyakan secara langsung pada S, meski tidak selalu rutin setiap saat waktu minum obat. S juga cenderung sulit tidur. Pada malam hari S lebih banyak diluar

Mess, menyendiri sambil merokok. Ia jarang nonton TV bersama-sama di *lounge room.*

**Senior Subyek**

Menurut sumber, ia yang menjemput S pada saat S pulang dari RSAL tanggal 29 Juni 2007. Perjalanan dari RSAL tidak langsung menuju kesatuannya di Karang Pilang, namun mampir dulu di Brigif – Juanda. Saat samapi di Brigif, S bersembunyi dibalik mobil ambulance yang ditumpanginya dan gemetar ketakutan bila disapa. Saat diaak bergabung dengan teman-temannya, S hanya diam dan menunduk saja. Ketika teman-temannya mendekat dan menanyakan kabarnya, S hanya diam dan tidak berani menatap mata lawan bicaranya. Kemudian S dibawa ke Yonkesmar di Karang Pilang. Setelah sampai, S tidak mau turun dari ambulance, S tampak seperti ketakutan, badannya gemetar. Namun S tetap dipaksa turun dengan dituntun, diantar ke Mess nya. Sesampai dikamar Mess, S tampak kebingungan dan ketakutan. S meringkuk dibalik lemari. Saat disapa teman-temannya, S menutupi wajahnya, tetap meringkuk dan kemudian menangis ketakutan. Atas kejadian ini, diputuskan untuk mengantar kembali S ke RSAL. Sesampai di UGD RSAL, S nampak ketakutan begitu melihat petugas yang sedang jaga di UGD. S tidak mau di ukur tekanan darahnya.

S sebenarnya adalah orang yang rajin dalam menjalankan tugasnya, tetapi S merasa rendah diri karena tidak mampu menjalankan tugas kemiliteran dengan baik. Menurut S yang diceritakan pada sumber, rasa rendah diri ini muncul sejak sekitar bulan Maret 2006. Ketika itu S masih dalam pendidikan dan sedang dalam

kegiatan panjat tebing di hutan Purboyo – Malang. Ketika itu S terjatuh dan tertimpa 2 orang rekannya yang berada diatasnya. Kemudian S merasa nyeri di punggungnya dan tidak bisa digunakan untuk beraktifitas. S lalu dirawat di bagian kesehatan selama 2 minggu. Kemudian S diisolasi si Kodikal selama 7 bulan, untuk menunggu juniornya sebelum melanjutkan pendidikan marinir (Brevet Komando).

Sekitar bulan April 2007, pada waktu malam hari, S tiba-tiba berlari dan memanjat pohon mangga. Diatas pohon, S mengaum seperti harimau. S tidak mau turun. Akhirnya setelah tidak bisa di rayu untuk turun, S dipaksa turun dengan menyeret bajunya. Begitu S sampai di bawah, ia mengalami kejang-kejang. S seperti kesurupan, karena ia mengatakan bahwa dirinya adalah harimau, mbah Rekso. Oleh teman-teman, dibacakan ayat Kursi, S mengeluarkan sura seperti harimau. Matanya terpejam, tangannya terkepal dan kakinya kaku. Kondisi ini berlangsung selama kurang lebih 5 menit. Setelah didoakan, akhirnya S sadar, tapi ia tidak mau berbicara. Esok paginya, kaki S tidak dapat digerakkan, lalu S dibawa ke RSAL dan dirawat hampir 10 hari.

Selama di kesatuan, ada beberapa perilaku aneh S, antara lain ia sering kencing dipohon besar. Meski sudah diperingatkan oleh teman-temannya, ia masih juga sering kencing disana. S juga pernah bertingkah seolah-olah sedang menggendong bayi. Mendengar suara yang memanggil-manggil namanya. S merasa sedang dikejar-kejar kucing besar atau kadang oleh orang berbadan besar yang berwarna hitam. S juga mengatakan sering melihat hantu. Suatu ketika, saat S bertemu seniornya, ia berkata "Jangan tangkap saya". Setelah ditenangkan, S

sadar dan meminta maaf. Menurut sumber, S berperilaku aneh bila sedang tertekan dengan tugas yang sedang dijalaninya.

**Teman seangkatan Subyek**

Menurut sumber, S pendiam dan agak tertutup. Suka memendam masalah sendiri, melamun dan menyendiri. Sebelum S jatuh saat pendidikan, sumber mengenal S sebagai orang yang periang dan suka bercanda. S minder pada teman-teman yang lain karena tidak mampu melaksanakan tugas fisik yang berat. Setelah selesai pendidikan dan bekerja secara aktif, S hanya diberi tugas pembersihan saja, karena faktor kesehatannya. S merasa gagal untuk menjadi seorang tentara. Penderita sangat teretutup bila membahas tentang masalah keluarga namun penderita tidak ingin keluarganya sampai tahu keadaan dirinya yang sakit seperti ini. S mengatakan pada sumber bahwa ayahnya tidak mau menerima kiriman uang dari S. Selama di kesatuan, S jarang sholat. Ia lebih sering merokok dan melamun. Meskipun pola hubungan antara S dengan teman seangkatan, senior dan junior, masih wajar dan saling menghormati, akan tetapi pola ini tidak seakrab saat masih menjalani pendidikan sebelum jatuh.

**Orang-tua Subyek**

Merujuk pada pola penyusunan asesmen psikologi untuk menegakkan diagnosis, khususnya kasus-kasus klinis, sepatutnya juga didapat data skunder dari heteroanamnesa orang tua S. Data ini dianggap sangat berarti, karena akan diketahui masa lalu S, mulai dari prenatal hingga saat S lepas dari pengawasan

orang tua dan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Sehingga diagnosis dapat ditegakkan dengan akurasi yang lebih baik.

Namun demikian, pada saat penulis mengajukan permintaan pada S untuk bisa bertemu dengan orang tua S di Smg, S keberatan. S ingin agar permasalahan kesehatan yang diderita tidak sampai diketahui oleh orang tuanya. Menurut S, orang tuanya cukup bangga atas status S sebagai anggota militer. Kakaknya yang juga lulusan SMA belum bekerja (terakhir dilaporkan S, bahwa kakaknya sekarang bekerja di salah satu pom bensin di Smg). S tidak ingin orang tuanya kecewa karena keadaan dirinya.

Menurut Kode Etik Psikologi Indonesia, tanggal 22 Oktober 2000, diatur tentang etika hubungan antara psikolog dengan kliennya sebagai berikut :

Bab III
PEMBERIAN JASA/PRAKTIK PSIKOLOGI

Pasal 8
SIKAP PROFESIONAL DAN PERLAKUAN TERHADAP PEMAKAI JASA ATAU KLIEN

Dalam memberikan jasa/praktik psikologi kepada pemakai jasa atau klien, baik yang bersifat perorangan, kelompok lembaga atau organisasi/institusi sesuai dengan keahlian dan kewenangannya, ilmuwan psikologi dan psikolog berkewajiban untuk :

a) Mengutamakan dasar-dasar profesional.
b). Memberikan jasa/praktik kepada semua pihak yang membutuhkan.
c). Melindungi klien atau pemakai jasa dari akibat yang merugikan sebagai dampak jasa/praktik yang diterima
d). Mengutamakan ketidak berpihakan dalam kepentingan pemakai jasa atau klien dan pihak-pihak yang terkait dalam pemberian pelayanan tersebut.
e). Dalam hal pemakai jasa atau klien yang menghadapi kemungkinan akan terkena dampak negatif yang tidak dapat dihindari akibat pemberian

jasa/praktik psikologi yang dilakukan ilmuwan psikologi dan psikolog, maka pemakai jasa atau klien tersebut harus diberi tahu.

Pasal 9
ASAS KESEDIAN

Ilmuwan Psikologi dan Psikolog wajib menghormati dan menghargai hak pemakai jasa atau klien untuk menolak keterlibatannya dalam pemberian jasa/praktik psikologi, mengingat asas sukarela yang mendasari pemakai jasa dalam menerima atau melibatkan diri dalam proses pemberian jasa/praktik psikologi.

Dengan dilandasi kesadaran bahwa kepentingan S perlu dijunjung tinggi, maka penulis tidak memaksa untuk dapat bertemu dengan orang tua S di Smg. Pertimbangan logis penulis, lebih penting untuk menghormati dan menjaga hubungan S dengan orang tuanya agar tetap harmonis. Bila S telah siap, penulis berkeinginan agar S sendiri yang akan menyampaikan permasalahannya pada orang tuanya. Saat ini penulis berupaya menyiapkan S agar mampu menerima keadaannya, menerima kenyataan bahwa kakinya jadi kurang sempurna, mampu beradaptasi dengan tugas di satuan kerjanya yang berbeda dengan harapannya, mampu bersosialisasi dengan lingkungannya dan akhirnya mampu terbuka pada orang tuanya. Proses panjang ini memang tidak dapat diukur dengan satuan waktu. Akan tetapi tanggung-jawab moral dan hubungan kedinasan antara penulis dan S merupakan modal yang dapat digunakan untuk menjadikan model pendampingan. Khususnya modal spiritual yang memang melandasi dari sebuah interaksi manusia.

Dampak dari keterbatasan data ini, maka perlu diwaspadai bahwa informasi yang dilaporkan S perlu di cermati kebenarannya. Lebih berhati-hati bila akan menegakkan diagnosis lanjutan, sehingga penanganannya dapat lebih efektif.

**IV.1.10. Kesimpulan Awal**

Berdasarkan laporan teman teman di Mess, pimpinan di satuan kerjanya dan juga hasil dari observasi serta wawancara yang telah dilakukan, terdapat beberapa poin penting yang dapat ditarik, yakni :

a. Faktor *premorbid* kurang menguntungkan, karena S cenderung tertutup, suka memendam masalah sendiri, pendendam dan cenderung *imature*. Faktor hubungan keluarga yang kurang hangat, pola asuh ayah yang keras dan terindikasi akan adanya sedikit *sibling rivalry* dengan kakak kandungnya. Diduga dapat menjadi penghambat bagi S untuk dapat dengan cepat mengatasi kekurangannya

b. Menjadi tentara, khususnya prajurit TNI AL adalah kebanggaannya, (S mendaftar hingga 4 kali untuk menunjukkan kesungguhannya), apalagi di korps Marinir. Rasa bangga ini sangat memenuhi pikirannya, sehingga saat S mengalami kecelakaan saat pendidikan yang mengakibatkan kemampuan fisiknya berkurang dan korpsnya dialihkan menjadi APM, merupakan pukulan yang sangat telak bagi rasa bangga-nya. Di sisi lain, kondisi fisik jadi ikut melemahkan hingga terjadi *atropi* tungkai kaki kiri, yang menyebabkan terjadinya selisih sekitar 3 cm antara kedua kaki.

c. Kondisi ini menjadi pencetus dari rasa tidak berdayanya S mengatasi ketidak berhasilan dalam menempa dirinya menjadi seorang tentara yang handal. Sehingga muncul halusinasi pendengaran bahwa ia akan dibantai, karena itu ia selalu waspada terhadap lingkungan. *Paranoid*nya berkembang mulai dari lingkungan terdekatnya, hubungan dengan seniornya di Yonkes, hingga digeneralisir pada setiap orang yang dijumpainya. Dirasakan bahwa mereka seakan melotot memperhatikan dirinya, mengawasi kelemahannya atau kekurangannya. Aspek kecurigaan yang berlebihan inilah yang akhirnya menghantarkan S pada gangguan kepribadian *paranoid*.

d. Tingkah lakunya juga menjadi aneh, lebih menarik diri dari pergaulan dan ketidak mampuannya untuk melaksanakan pekerjaan yang dulunya relatif dapat diselesaikan dengan cukup baik. Hingga akhirnya ia pun hanya diberikan tugas ringan sebagai petugas kebersihan ruangan komandan dan taman.

### IV.1.11. Interpretasi Fragmental

Tabel IV.2.
Aspek dorongan/motivasi

| Uraian | Data |
|---|---|
| Motivasi S terlihat masih cukup kuat, mampu menceritakan keinginan-keingannya, harapannya setelah sembuh maupun upaya untuk segera sembuh, meski dalam bentuk hal sederhana dan kecil. Hanya saja S masih belum mampu memahami sepenuhnya tentang kenyataan yang dihadapinya, misalnya kondisi kaki yang tidak sama panjang, tentunya akan menghambat pergerakan sebagai anggota militer. Saat ini S masih belum digiring pada tema masalah ini, karena mempertimbangkan kondisi psikisnya masih belum sepenuhnya stabil (setiap sesi, S menunjukkan ekspresi yang datar dan cenderung menolak untuk mengerjakan asesmen psikologi lebih lama). Kesadarannya saat ini sebatas hanya ingin segera keluar dari RS dan kembali bekerja. Belum nampak adanya kesadaran bahwa kondisi fisiknya telah berbeda dari sebelum ia jatuh dan mengalami kemunduran-kemunduran psikis. Upaya yang perlu segera dilakukan saat ini adalah menumbuhkan keinginan untuk melawan pikiran-pikiran irasionalnya. | SSCT, observasi dan wawancara |

Tabel IV.3.
Aspek emosi

| Uraian | Data |
|---|---|
| Emosinya masih belum sepenuhnya adekuat. Pada saat pertemuan sesi ke-3, hari itu bertepatan hari ulang tahun S. Penulis memberi ucapan selamat pada S. S merespon dengan datar, dia bahkan tidak ingat bila hari itu adalah hari ulang tahunnya. S menyeringai, seakan berkata, "apa artinya hari ulang tahun?!" Ia juga masih lebih sering menarik diri dari lingkungan. Ia lebih banyak berada di kamar dan atau tidur. Namun bila diminta untuk keluar kamar, ia bersedia, asalkan mendapat bimbingan yang jelas, untuk apa ia keluar kamar. Ada perasaan marah pada ayahnya yang mendidiknya terlalu keras. Ada juga rasa iri pada kakaknya, meski S berupaya untuk menutupinya. Ada perasaan inferior bila melihat orang lain sedang berpasangan. Masih kuat rasa depresi atas kejadian yang dialaminya. Prasangka ataupun kecurigaan pada orang lain membuatnya sangat berhati-hati dalam menjalin suatu hubungan emosi, akibatnya relasi S menjadi sangat terbatas. Kondisi emosi yang belum stabil ini membuatnya menjadi tergantung pada orang lain. | Tes grafis, Eysenk, SSCT, observasi dan wawancara. |

Tabel IV.4.
Aspek kognitif

| Uraian | Data |
|---|---|
| Secara umum, kecerdasan S masih terukur pada taraf rata-rata tinggi (WS ART 14 dari skala 0 – 20). Dengan demikian tidak sukar bagi S untuk menerima informasi kemudian dicerna menjadi sebuah nilai. Pertimbangan logisnya tidak selalu mendapat hasil yang akurat, karena keputusan-keputusannya lebih banyak diwarnai oleh campur tangan aspek emosi. Saat ini S juga secara kognitif mampu membedakan bahwa bisikan yang ia dengar hanyalah suara yang keliru, karena itu, ia berusaha keras untuk menolaknya. | ART dan wawancara. |

Tabel IV.5.
Aspek relasi sosial

| Uraian | Data |
|---|---|
| S berfikir masih mau bergaul dengan banyak orang sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas hubungan interpersonal. Akan tetapi kondisi ini masih dalam konteks tataran kognitif. Hubungan sosialnya terbatas, karena ia cenderung membatasi diri dan tidak ada upaya untuk melebarkan jaring relasi sosialnya. S lebih suka menghabiskan waktunya dengan menyendiri. Ia masih curiga pada orang lain. Sikapnya waspada, jangan-jangan orang lain itu akan menyakitinya, melecehkan kelemahannya. S yang pendiam dan tertutup, seringkali kurang pandai menyampaikan permasalahannya. Ia cenderung memendamnya sendiri. | Eysenk dan grafis, observasi dan wawancara. |

### IV.1.12. Dinamika Kepribadian

Dinamika psikologi S menggambarkan seorang yang memikul beban berat seorang diri. *Support* keluarga dirasakan minim. Sejak S selesai pendidikan pertama militer, sekitar Januari 2007, ia tidak pernah pulang ke rumah orang tua nya di Semarang. Ia juga mengatakan tidak pernah menelpon keluarganya. Dia merasa hal itu biasa saja, karena memang tidak terpikirkan. Ia pulang terakhir ke Semarang saat selesai pendidikan. Orang tua maupun keluarganya yang lain juga tidak pernah melakukan kontak dengan S. Emosi S dangkal pada keluarganya.

Pola asuh ayah yang keras, sampai melempar benda-benda yang ada didekatnya bila ayah S marah. Temperamen ayahnya memang tinggi. Pola asuh ayah ini membuat S menjadi anak yang tidak percaya diri, takut mengambil sikap dan cenderung inferior. Disisi lain, S memendam rasa untuk memberontak. Sementara itu, ibu yang permisif dan cenderung melindungi secara kurang proporsional, membentuk kepribadian S menjadi manja, menggantungkan permasalahan pada orang lain. Keadaan yang kontradiktif ini, membangun kondisi psikologi S menjadi anak yang kesulitan beradaptasi dengan lingkungannya. Hubungan dengan kakak juga dirasakan kurang harmonis. Kakak seringkali mendapat prioritas perhatian orang tua, seperti makanan, mainan maupun benda-benda kecil lainnya. S dipaksa mengalah, karena kondisi fisik kakaknya cenderung lemah. S saat masih kanak-kanak memang menurut dengan aturan main yang ditegakkan orang tuanya, termasuk untuk mengalah pada kakaknya. Akan tetapi karena S cenderung tertutup, maka hingga laporan ini disusun, terkesan sudah melupakan kejadian-kejadian masa lalunya.

Sahabat-sahabatnya saat sekolah, tidaklah banyak. Itupun juga bukan dalam bentuk ikatan persahabatan yang erat. S baru mulai akrab dengan teman-temannya, tiba-tiba S harus pindah rumah, untuk mengikuti pekerjaan orang tua. Kondisi ini diduga menjadi penyebab S tidak mampu menjalin hubungan sosial yang erat dan mendalam dengan orang lain.

Dengan menjadi anggota militer, ia berharap dapat memberikan kebanggaan kepada keluarganya, namun kenyataannya berbeda. Ia mengalami kecelakaan

yang mengakibatkan munculnya gangguan kejiwaan. Runtuh juga rasa bangga ini, karena meskipun masih tercatat sebagai anggota TNI AL, ia bukan lagi marinir seperti harapannya saat seleksi dahulu. Di lingkungan marinir, ia merasa disepelekan karena dianggap lemah. Dilingkungan kesehatan, ia juga merasa dilecehkan karena dianggap manja, tidak tangguh. Karena awalnya ia memang masuk pendidikan dengan korps marinir. Sementara itu, akibat dari jatuhnya, fisiknya menjadi rentan. Mulai dari pinggangnya yang bermasalah, terasa ngilu, kesemutan hingga menjalar keatas sampai pundak. Bahkan pundaknya sempat lepas. Terakhir pada tanggal 2 Agustus 2007 malam, pundak kirinya lepas lagi karena dipukul kursi plastik oleh sesama pasien yang ada di Pav VI. Saat itu S menggoda salah satu pasien yang dirawat disana dengan menggelitik pinggangnya. Pasien tersebut marah, lalu tanpa disangka-sangka langsung memukulkan kursi plastik pada S. Dari sini terlihat bahwa ketrampilan sosial S kurang bagus, karena menggoda berlebihan dan tidak mampu menilai kondisi orang lain, apalagi orang tersebut juga pasien rawat inap disana yang pasti juga memiliki gangguan kejiwaan.

Rasa kecewa yang tidak dapat ditahan, diperkuat oleh faktor *premorbid* akan menggiring S pada keadaan yang kurang menguntungkan bagi kesehatan jiwanya. Kondisi ini seperti ini memicu munculnya gangguan jiwa, seperti yang diidapnya saat ini.

**IV.1.13. Diagnosis**

Sesuai dengan diagnosis dari psikiater yang merawat Subyek di RSAL, Subyek dinyatakan mengindap *Schizophrenia Paranoid,* hingga dinyatakan dapat keluar dari perawatan Pav VI - RSAL pada tanggal 10 Agustus 2007. Sejak tanggal itu, S menjalani rawat jalan, dengan jadwal kontrol selama 1 bulan sekali.

Perlu juga dicermati secara lebih mendalam, bahwa dengan adanya kemunculan emosi negatif pasca rawat inap dari Pav VI RSAL, sangat mungkin diagnosis ini berubah, khususnya pada Axis I, yaitu menjadi *Depresi Pasca Schizophrenia*. Dalam PPDGJ III (1993), dijelaskan bahwa *Depresi Pasca Schizophrenia* adalah suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah serangan *schizophrenia*. Beberapa gejala *schizophrenia* harus tetap ada, namun tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya.

**Pedoman Diagnostik**

Diagnosis ini harus ditegakkan hanya kalau :

1. Pasien telah menderita *schizophrenia* yang memenuhi kriteria umum *schizophrenia* selama 12 bulan terakhir.
2. beberapa gejala *schizophrenia* masih tetap ada, dan
3. gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada untuk waktu sedikitnya 2 minggu.

Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala *schizophrenia,* diagnosis harus suatu episode depresif. Bila gejala *schizophrenia* masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe *schizophrenia* yang sesuai.

Pada episode depresif, individu biasanya menderita suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kegembiraan. Juga kehilangan energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas. Biasanya ada rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja.

Dalam PPDGJ III (1993), gejala yang lazim lainnya adalah :

1. konsentrasi dan perhatian berkurang
2. harga diri dan kepercayaan berkurang
3. gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna (bahkan pada episode tipe ringan sekalipun)
4. pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
5. gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri
6. tidur tergangggu
7. nafsu makan berkurang.

Seiring dengan perkembangan kesehatan yang baik, setelah intervensi diberikan, sehingga S dinyatakan cukup stabil untuk dipulangkan. Sampai intervensi yang terakhir pada tanggal 28 Desember 2007, maka diagnosis multiaksial S dapat ditegakkan menjadi *Depresi Pasca Schizophrenia.*

Axis I : *Depresi Pasca Schizophrenia.*

Axis II : - Gangguan kepribadian cemas

- Tertutup, pendiam dan memendam masalah sendiri

Axis III : Tungkai kaki kanan lebih panjang dari kaki kiri

Axis IV : beban kerja sebagai militer dirasakan berat

Axis V : GAF 80 – 71 (Gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah, dll.)

**IV.1.14. Prognosis**

Untuk mengkaji apakah S memeliki prognossis yang baik, agaknya perlu dibedakan dari 2 sudut pandang, yakni :

1. Sudut pandang S sebagai pribadi.
2. Sudut pandang S sebagai anggota TNI AL.

**S sebagai pribadi.**

Memperhatikan bahwa S sudah mulai mampu mencerna bahwa bisikan itu hanyalah pikirannya sendiri yang tidak tepat, kesadaran akan orientasi pada tempat, ruang dan waktu yang membaik serta mulai berani berinteraksi dengan orang lain selama di rawat, secara teoritis masih memiliki peluang mengalami perkembangan ke arah yang lebih baik Namun perlu diwaspadai, selama di RS memang tidak ada stresor pekerjaan maupun lingkungan.

**S sebagai anggota TNI AL**

Memperhatikan kondisi yang positif seperti diatas, perlu juga untuk mencermati faktor *premorbid* (tertutup, pendiam, memendam masalah sendiri, agak pendendam dan cenderung *imature*) dan faktor organik (kaki panjang sebelah) serta kemungkinan beratnya beban kerja yang akan diterima S apabila kembali ke kesatuannya di Yonkes Mar, begitu pula dengan pola interaksi sosial antara teman-teman seangkatan, atasan maupun bawahan, yang potensial dapat memicu timbulnya stres, maka prognosis S kurang berkembang kearah yang lebih baik.

## IV.2. Laporan Kegiatan Intervensi

Proses ini dilakukan dalam 2 tahap. Pertama, Tahap Persiapan pada saat pengambilan data asesmen psikologi dan kedua, Tahap Intervensi yang dilaksanakan setelah mendapat data psikologis S. Proses asesmen berlangsung dalam beberapa kali pertemuan, karena S yang cenderung menolak untuk mengerjakan tugas. Alasan yang dikemukakan adalah kesulitan membaca, tidak bisa konsentrasi, pusing, bingung dan ngantuk. Namun setelah dilakukan pendekatan yang konstruktif, dan intervensi *SEFT* jarak jauh (*surrogate SEFT*) S bersedia mengerjakan tugas asesmen dan ia mampu mengerjakan dengan lebih kooperatif, lebih responsif dan lebih cepat reaksinya untuk mengerjakan tes psikologi (asesmen). Yang memakan waktu lama adalah membujuk S agar bersedia mengerjakan asesmen. Proses asesmen dilaksanakan pada saat S masih diwarat inap di Pav VI, poli jiwa, RSAL Dr. Ramelan – Surabaya. Sedangkan Tahap Intervensi dilakukan di RSAL, di kantor S dan di kediaman penulis.

Ada alasan khusus mengapa penulis memakai *surrogate SEFT* terlebih dahulu. Pertama, efek psikofarmaka masih sangat kuat, karena pelaksanaan minum obat diawasi dengan ketat oleh perawat jaga, sehingga pasien hampir dapat dipastikan meminum obat yang diberikan, sehingga terlihat sering mengantuk. Kedua, S belum sepenuhnya memiliki kesadaran yang utuh, pandangannya masih terlihat menerawang, bicaranya kurang jelas dan sepotong-sepotong. Ekspresinya muram dan kurang bergairah. Kondisi ini sesuai dengan apa yang Hawari (2006) katakan, bahwa pelaksanaan psikoterapi dapat diberikan pada saat pasien telah memiliki kemampuan untuk menilai kenyataan yang baik.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel IV.6.
Tahapan Pelaksanaan Intervensi

| TAHAPAN | TUJUAN | TEMPAT |
|---|---|---|
| Tahap Persiapan<br>(1 kali intervensi)<br><br>3 Agustus 2007 | Intervensi 1<br>- Menyiapkan kondisi psikologis S agar lebih kooperatif, lebih responsif dan lebih cepat reaksinya dalam mengerjakan asesmen.<br>- Menggunakan *Surrogate SEFT* | RSAL Dr. Ramelan |
| Tahap Intervensi<br>(3 kali intervensi)<br><br>10 Agustus 2007 | Intervensi 2<br>- Menyiapkan kondisi psikologis S setelah keluar RSAL, agar tidak langsung kembali seperti pada saat pemulangan tanggal 29 Juni 2007.<br>- Menggunakan *Surrogate SEFT* | RSAL Dr. Ramelan |
| 14 Desember 2007 | Intervensi 3<br>- Menetralisir emosi negative S<br>- Menggunakan *tapping* langsung pada S | Dikantor S |
| 28 Desember 2007 | Intervensi 4<br>- Menetralisir emosi negative S<br>- Meningkatkan kemampuan sosial S<br>- Menggunakan *tapping* langsung pada S | Dikediaman penulis |

Kegiatan intervensi terhadap S dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan dan telah diatur pada bagian sebelumnya. Adapun kegiatan yang dilakukan secara terperinci dapat dilihat pada tabel-tabel di bawah ini :

Tabel IV.7.
Laporan Kegiatan Intervensi 1

| **Intervensi 1 (3 Agustus 2007)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INDIKATOR** | **KONDISI AWAL** | **PROSES INTERVENSI** | **PERUBAHAN** | **KETERANGAN** |
| S menjadi lebih kooperatif, lebih responsif dan lebih cepat reaksinya dalam mengerjakan asesmen | - S kurang kooperatif terhadap tugas yang diberikan<br>- S kurang responsif saat diberi tugas, maupun saat wawancara<br>- Reaksinya mengerjakan tugas lama, cenderung menolak<br>- Hubungan S dengan penulis belum sepenuhnya terbangun dengan baik. | Penulis melakukan *surrogate SEFT,* sesaat sebelum bertemu dengan S.<br><br>Hal krusial yang ada pada proses intervensi ini adalah pada saat fase Set Up.<br><br>Kalimat Set Up ada 2, yaitu : | - S mampu bekerja sama dengan baik<br>- Cara menjawab S juga lebih responsif<br>- Reaksinya untuk segera mengerjakan lebih cepat.<br>- *Rapport* yang ada menjadi lebih kondusif untuk pengambilan data asesmen psikologi. | *Surrogate SEFT* dilakukan karena kondisi S masih banyak dipengaruhi efek psikofarmaka. |
| S bersedia mengerjakan asesmen dengan baik. S bisa mengatasi rasa ngantuknya akibat obat. | - S cenderung menolak mengerjakan asesmen<br>- S cenderung mengantuk, sukar konsentrasi.<br>- S mengeluh pusing, bingung. | 1. "Ya Allah, saya mewakili si S".<br>2. "Ya Allah..., meskipun saya S sedang sulit konsentrasi, mudah pusing, mudah bingung, mudah | S mampu melaksanakan tugas dengan baik, lebih baik dari pada pertemuan sebelumnya yang tidak menggunakan *surrogate SEFT.* | *Surrogate SEFT* dapat berfungsi dengan baik |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mendapatkan data tentang permasalahan yang dihadapi S | S cenderung kurang mampu mengutarakan permasalahan yang dihadapinya. S ragu-ragu dan tidak tahu harus mengatakan atau tidak. | ngantuk dan sakit kepala, saya akan mengerjakan tugas dengan baik dan ikhlas. Saya pasrahkan kesembuhan saya hanya kepada-Mu ya... Allah..."<br><br>Proses Tune In dan Tapping standar seperti dalam bab II.<br><br>Setelah *tapping* selesai, kembali gosok the sore spot, sambil mengucapkan :<br>"Ya... Allah... sekarang saya sudah tidak mewakili S lagi. Saya menjadi diri saya sendiri. Semoga Kau karuniai S dengan kesehatan dan kesembuhan" | S tidak ragu-ragu untuk membuka diri terhadap penulis, menjelaskan persoalan yang dipikirkan dan dirasakan, yaitu :<br>- S bingung kalau sudah sembuh apa masih diterima di TNI AL<br>- S takut setelah keluar dari RSAL, justru akan di sel<br>- S takut dikerjai orang lain (S tidak menjelaskan secara lebih rinci, dikerjai bagaimana dan orang lain itu siapa) | |
| S membuat jurnal tentang keadaan emosinya. | S tidak memiliki catatan tentang kondisi emosinya selama dirawat di RSAL. | | - S berjanji akan membuat jurnal tentang kondisi emosinya. | Untuk keperluan ini, penulis memberi S sebuah *block note* dan sebuah *ballpoint,* yang memang telah disiapkan. |

Tabel IV.8.
Laporan Kegiatan Intervensi 2

| **Intervensi 2 (10 Agustus 2007)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INDIKATOR** | **KONDISI AWAL** | **PROSES INTERVENSI** | **PERUBAHAN** | **KETERANGAN** |
| S berani pulang ke markas.<br>Tidak merasa asing di mes nya yang lama | - S ragu-ragu untuk kembali ke markas.<br>- S merasa asing membayangkan mes nya.<br>- S cenderung malas untuk kembali bekerja<br>- S takut di sel bila keluar dari RSAL | Penulis melakukan *surrogate SEFT,* sesaat sebelum bertemu dengan S. Sama seperti saat intervensi 1.<br><br>Hal krusial yang ada pada proses intervensi ini adalah pada saat fase Set Up.<br><br>Kalimat Set Up ada 2, yaitu :<br>1. "Ya Allah, saya mewakili si S".<br>2. "Ya Allah..., meskipun saya S takut kembali ke mes, malas bekerja, takut disel, saya menerima | - S tidak ragu untuk kembali ke markas.<br>- Ada sedikit perasaan rindu bertemu dengan teman-temannya di mess.<br>- Menunjukkan keinginan untuk segera bekerja lagi.<br>- Tidak ada lagi ide akan di sel setelah keluar dari RSAL | Menggunakan *surrogate SEFT.* |
| S bersedia mengerjakan tugas kebersihan di markas-nya. | S menganggap pekerjaannya sebagai petugas kebersihan kurang membanggakan, sehingga S malas melaksanakannya. | | S bersedia melaksanakan pekerjaan sebagai petugas kebersihan di kantornya. | *Surrogate SEFT* dapat berfungsi dengan cukup baik |
| Evaluasi tugas membuat jurnal tentang keadaan emosinya pada intervensi 1 | S berjanji akan membuat jurnal, saat intervensi 1. | | - Tidak membuat jurnal. Padahal S sudah diberi buku catatan oleh penulis, sebagai media jurnalnya. | Alasan S, bukunya hilang. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | dengan ikhlas. Saya pasrahkan kesembuhan saya hanya kepada-Mu ya... Allah..."<br><br>Proses Tune In dan Tapping standar seperti dalam bab II.<br><br>Setelah *tapping* selesai, kembali gosok *the sore spot*, sambil mengucapkan :<br>"Ya... Allah... sekarang saya sudah tidak mewakili S lagi. Saya menjadi diri saya sendiri. Semoga Kau karuniai S dengan kesehatan dan kesembuhan" | | |
| S membuat jurnal tentang keadaan emosinya. | | | - S kembali berjanji akan membuat jurnal tentang kondisi emosinya, sebagai bahan diskusi pada pertemuan lanjutan | |

Tabel IV.9.
Laporan Kegiatan Intervensi 3

| **Intervensi 3 (14 Desember 2007)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INDIKATOR** | **KONDISI AWAL** | **PROSES INTERVENSI** | **PERUBAHAN** | **KETERANGAN** |
| S mampu bercerita tentang kondisinya dengan lebih terbuka dan percaya pada penulis | - S menjawab hanya sepenggal-sepenggal.<br>- S ragu-ragu menceritakan kondisi saat ini, harapannya dan juga kekhawatiannya. | Pertama kali S mendapat intervensi *tapping* secara langsung.<br>S mengucapkan sendiri kalimat *Set Up* nya dengan dipandu penulis.<br>Namun *tapping* dilaksanakan oleh penulis.<br>Kalimat *Set-Up* yang diucapkan adalah : (pelaksanaannya bergantian).<br>1. "Ya Allah, meskipun saya merasa tidak berarti dalam kedinasan tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya | - Jawaban S sudah tidak terpenggal-penggal. S mampu bercerita dalam kalimat yang agak panjang.<br>- S tidak ragu-ragu menerangkan kondisinya saat ini, harapannya dan juga kekhawatirannya. | |
| Mendapat dinamika permasalahan S, pasca keluar dari RSAL Dr. Ramelan | | | S melaporkan bahwa kondisinya saat ini adalah :<br>1. Merasa tidak berarti<br>2. Dilarang ikut kegiatan dinas<br>3. Suka menyendiri<br>4. Bingung mendengar percakapan dengan 2 orang atau lebih.<br>5. Minder karena kakinya panjang sebelah<br>6. Tugas pembersihan taman, kadang membuatnya malu<br>7. Sulit membaca | Hasil wawancara dan observasi. Data lain diperoleh dari *heteroanamnesa* dengan pejabat di Yonkesmar, presiden mess, kakak liting (angkatan), teman liting dan adik liting. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | pasrahkan pada-Mu sepenuhnya akan perasaan ini"<br>2. "Ya Allah, meskipun kaki saya panjang sebelah tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrahkan pada-Mu sepenuhnya"<br>3. "Ya Allah, meskipun pekerjaan saya sebagai petugas kebersihan tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrahkan pada-Mu sepenuhnya"<br><br>Proses *Tune In* dan *Tapping* tetap sama seperti dalam Bab II. | 8. Nonton televisi tidak bisa lama<br>9. Merasa kasihan pada orang tuanya, karena mereka tidak tahu kondisi S yang sebenarnya dan disisi lain, S tidak ingin orang tuanya tahu keadaannya. | |
| Perubahan tingkat emosi negatif setelah terapi *SEFT*. Dalam skala intensitas 0 – 10. | - Sebelum terapi dilakukan, S menyebutkan bahwa perasaannya yang terbesar adalah **merasa tidak berarti**. Dalam segala aspek kehidupan sosial, selalu dihubungkan pada perasaan ini.<br>- S memberikan skala intensitas mutlak (10), sebelum terapi. | | - Setelah terapi versi lengkap sebanyak 2 sesi, intensitasnya sudah turun mencapai angka 6.<br>- Setelah selesai terapi, S mengatakan hatinya plong, lega, 'enteng'.<br>- Ekspresi wajahnya menjadi lebih segar dan berseri-seri.<br>- Senyumnya sering terkembang dan relatif masih kontekstual dengan situasi. | |
| Evaluasi tentang tugas membuat jurnal tentang keadaan emosinya | Janji S pada saat intervensi 2, akan membuat jurnal | | - Tidak membuat jurnal.<br>- S tidak memberikan alasan, mengapa tidak membuat jurnal. S hanya senyum-senyum saja. | S tidak pernah menyelesaikan tugas membuat jurnal, maka tugas itu tidak diberikan lagi. |

Tabel IV.10.
Laporan Kegiatan Intervensi 4

| **Intervensi 4 (28 Desember 2007)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INDIKATOR** | **KONDISI AWAL** | **PROSES INTERVENSI** | **PERUBAHAN** | **KETERANGAN** |
| Emosi negatif semakin banyak berkurang | Skala intensitas emosi negatif S pada awal intervensi 4 disebutkan pada angka 7. | Intervensi *tapping* secara langsung.<br>S mengucapkan sendiri kalimat *Set Up* nya dengan dipandu penulis.<br>Namun *tapping* dilaksanakan oleh penulis.<br>Kalimat *Set-Up* yang diucapkan adalah :<br>1. "Ya Allah, meskipun saya merasa kesulitan menyerap pembicaraan dari dua orang atau lebih tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrahkan pada-Mu sepenuhnya akan perasaan ini"<br>2. "Ya Allah, meskipun | S melaporkan bahwa setelah intervensi, perubahan yang dirasakan, yaitu:<br>- S bisa tidur siang dengan nyenyak. Malam hari S mengaku tidak minum obat, namun masih bisa tidur lebih pulas.<br>- Hatinya senang, tidak tegang.<br>- Menikmati pekerjaannya, meski sebagai petugas kebersihan<br>- Sudah bisa menerima kondisi kaki yang panjang sebelah<br>- Masih ingin bisa melaksanakan tugas pokok anggota Yonkesmar, ikut berpartisipasi dalam Operasi Militer.<br>- Ingin ikut refreshing meteri | Wawancara dan observasi. Data lain diperoleh dari *heteroanamnesa* dengan pejabat, presiden mess, kakak liting (angkatan), teman liting dan adik liting. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | saya tidak tahan membaca berlama-lama tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrahkan pada-Mu sepenuhnya"<br>3. "Ya Allah, meskipun saya tidak tahan menyaksikan TV berlama-lama, tapi saya ikhlas menerima semua ini dan saya pasrahkan pada-Mu sepenuhnya" | Kesehatan Lapangan yang secara periodik selalu diberikan. Saat ini S tidak bisa mengikuti karena masih merasakan kesulitan membaca dan mendengarkan orang banyak berbicara. S merasa mudah pusing dan sulit konsentrasi.<br>- Bersedia melakukan terapi lagi.<br>- Setelah mendapat terapi lagi, S menyebutkan intensitas emosi negatifnya telah turun pada angka 2. | |
| S mencoba melakukan interaksi sosial.<br><br>S mulai mencoba membaca<br><br>S menerima keadaan fisiknya.<br><br>S menerima | - S lebih suka menyendiri, bila telah selesai melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagai petugas kebersihan.<br>- S suka pusing dan bingung bila meyaksikan TV terlalu lama maupun mendengar pembicaraan lebih dari 2 orang.<br>- S tidak tahan membaca terlalu lama.<br>- S terkadang masih | Proses *Tune In* dan *Tapping* tetap sama seperti dalam Bab II. | Terapi *SEFT* dilaksanakan beberapa sesi untuk menerapi topik-topik yang diajukan S pada saat wawancara. Hasilnya adalah sebuah janji dan keyakinan bahwa S akan berusaha memperbaiki kondisinya.<br>- S berjanji akan berinteraksi, tidak lagi menyendiri. Berusaha memahami perbincangan dengan 2 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| kenyataan penugasannya sebagai petugas kebersihan. | memikirkan kondisi kakinya yang panjang sebelah | | orang atau lebih.<br>- S akan mencoba bertahan menyaksikan TV bersama teman-teman di mess. Selama ini ia tidak mampu melihat gambar yang bergerak, apalagi dengan banyak pembicaraan. Hal ini membuatnya bingung dan pusing.<br>- S akan mencoba membaca Tabloid Olah Raga, seperti kesukaannya dulu, untuk melatih agar ia mampu mengikuti pelajaran di kelas refreshing materi Kesehatan Lapangan.<br>- S tidak mempermasalahkan lagi keadaan kakinya.<br>- S menikmati pekerjaannya sebagai petugas kebersihan, yang penting tetap jadi anggota TNI AL. Daripada tidak bekerja dan orang tua di Semarang, tahunya S adalah anggota TNI AL yang dinas di Marinir – Karang Pilang. Hal ini dirasa S sudah | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | cukup untuk dapat memberikan kebanggan pada orang tuanya. | |
| S bersedia belajar teknik SEFT | S tidak menunjukkan minat untuk melakukan SEFT sendiri. | | - S mau mencoba melakukan *self SEFT,* namun ia mengatakan, "Ah... kok susah ya..."<br>- S berpendapat lebih baik di terapi penulis saja, apalagi jarak antara mes dengan kediaman penulis tidak jauh, sehingga bila S merasa butuh terapi, ia dapat menghubungi atau langsung mendatangi kediaman penulis. | S lebih suka yang praktis saja, tanpa memikirkan konsep dan sebagainya. |
| S bersedia mengikuti jadwal terapi yang memiliki jeda lebih panjang atau pada akhirnya penghentian terapi | S tidak menunjukkan keinginan untuk berhenti atau melanjutkan intervensi, pasif dan menerima apapun kondisi yang dihadapi. | | - S menurut saja dengan syarat yang diberikan penulis. S tidak menanggapi hal ini sebagai beban.<br>- Namun penulis sendiri yang berkeinginan untuk tetap mengikuti perkembangan S, karena masih terkait secara kedinasan. | |

**IV.3. Hasil Observasi selama proses Intervensi**

Setelah 2 kali pertemuan di RSAL, penulis menyadari bahwa kondisi S masih sangat dipengaruhi oleh efek psikofarmaka. Lebih banyak terlihat mengantuk, kurang bergairah dan lesu, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap (Sutatminingsih, 2002). Dalam kondisi seperti ini, agak sukar bagi S untuk mengerjakan asesmen psikologi.

Oleh karena itu, sebelum melaksanakan pertemuan ke-3, penulis menyiapkan diri untuk melakukan *surrogate SEFT* untuk S. Semula ditujukan untuk meningkatkan kesadaran S, membuatnya tidak terlalu lesu dan ngantuk saat dilakukan asesmen.

Setelah intervensi 1 yang menggunakan *surrogate SEFT*, S menjadi lebih kooperatif. S tidak lagi memerlukan terlalu banyak perintah yang detail dari penulis. S menjadi lebih tanggab. Saat di elaborasi, mengapa sikapnya berbeda dengan 2 kali pertemuan sebelumnya, S hanya menggeleng tidak pasti, "Tidak tahu ya…".

Selanjutnya *surrogate SEFT* ke-2 kembali diberikan pada S. Momen saat itu, dia diijinkan meninggalkan ruang rawat inap di Pav VI. Semua tegang, bila mengetahui riwayat S, yang tiba-tiba ketakutan hebat saat kembali ke mes setelah mendapat ijin keluar dari perawatan Pav VI. Kondisi ini juga yang membuatnya cemas. S tidak dapat menjelaskan, mengapa ia bisa sampai mengalami ketakutan yang hebat. Yang ada dalam pikirannya hanyalah ada suara orang yang akan membantai dirinya.

Selama tahap Intervensi selanjutnya, perubahan yang terjadi adalah keadaan emosinya yang lebih stabil, dapat menerima kenyataan bahwa kakinya panjang sebelah, dapat menerima kenyataan bahwa S diberi pekerjaan yang sangat sederhana, sebagai petugas kebersihan. Rasa tidak berarti yang sangat berat dirasakan, S memberi poin 10 (dalam skala intensitas 0 – 10). Pada akhir intervensi S menunjuk angka 2 untuk menggambarkan rasa tidak berartinya. Memang masih tersisa, namun setidaknya telah berkurang banyak dan S mengaku merasa lebih lega, 'enteng' dan 'plong'.

Dalam kontak sosial, S belum dapat memberikan laporan kemajuan yang signifikan. Hal ini ini nampak dari ekspresi S saat ditanya penulis, "Apa kamu sudah tidak sering di gudang?". S hanya menjawab dengan senyuman. Tapi di waktu lain, ia menjelaskan bahwa gudang adalah tempat favoritnya. Selain sejuk, juga karena bebas dari teman-temanya. Setelah selesai melakukan pembersihan, S biasa melakukan aktifitas pribadinya di sana.

Namun tugas dari penulis untuk membuat jurnal, catatan mengenai perjalanan keadaan emosinya selama proses intervensi ternyata tidak dipenuhi oleh S. Ada beberapa kemungkinan yang membuat S tidak mengerjakan. Pertama, S tidak tertarik untuk melakukan kegiatan tulis menulis. Kedua, S tidak terbiasa menulis *diary* ataupun jurnal, karena ia memang tertutup. Ketiga, ada gangguan pada mata S. Hal ini diperkuat dengan menurunnya kemampuan S membaca koran dan menyaksikan TV.

## IV.4. Evaluasi Intervensi

Selama proses intervensi, memperlihatkan hasil yang berbeda, sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Pada intervensi 1 (Tahap Persiapan), sesuai dengan tujuannya agar S mampu mengerjakan asesmen dengan lancar, dapat terpenuhi. Demikian pula pada intervensi 2, S relatif mampu menerima perbedaan suasana antara dari RSAL dengan keadaan di lingkungan mes dan S tidak lagi ketakutan seperti dulu. S bisa masuk ke dalam mes dengan cukup tenang. Intervensi 1 dan 2 ini penulis menggunakan *surrogate SEFT,* yakni penerapan SEFT untuk jarak jauh. Penulis mengatas-namakan sebagai S, lalu melakukan prosedur teknik SEFT seperti biasa dan ditutup dengan kalimat :

> "Ya... Allah... sekarang saya sudah tidak mewakili S lagi. Saya menjadi diri saya sendiri. Semoga Kau karuniai S dengan kesehatan dan kesembuhan", sambil menggosok *the sore spot* lagi.

Pada intervensi 3, yang dibenahi terlebih dahulu adalah keadaan yang dirasakan paling berat oleh S. S diberi kebebasan untuk menentukan skala prioritasnya sendiri. Proses intervensi dilakukan di kantor S, mulai jam 10.00 hingga 14.00 WIB. S tidak menunjukkan ekspresi bosan, atau tertekan, ia terlihat menikmati lancarnya energi psikologi yang mengalir di garis meridiannya. S begitu menghayati makna rasa ikhlas, menerima apapun pemberian Allah yang telah ditetapkan untuknya. S juga sudah pada tahap pasrah, karena ia sudah berulang kali datang ke RSAL untuk penderitaannya sekarang ini, namun yang dirasakan S adalah rasa kantuk yang sangat, namun tidurpun juga tidak nyenyak. Kondisi ini yang akhirnya membawa S pada tingkat pasrah. Ia memasrahkan segalanya pada Allah Yang Maha Kuasa. S juga tenggelam dalam rasa syukur

yang dalam. S sampai menitikkan air mata saat penulis membicarakan betapa beruntungnya S, bila dibandingkan dengan orang lain, yang belum tentu tercapai cita-citanya menjadi anggota TNI AL seperti S. S sudah mandiri, lepas dari beban orang tua, karena kakak kandungnya masih tinggal bersama orang tuanya. Baru-baru ini saja, kakaknya dapat pekerjaan sebagai karyawan disalah satu SPBU di Semarang, padahal juga sama-sama lulusan SMA. Rasa syukur ini yang harus di pelihara dan ditingkatkan dan S pun makin larut dalam perasaannya.

Ketika mengawali kalimat *Set-Up,* S sudah menundukkan wajah dalam-dalam. Bibirnya komat-kamit dan bersuara lirih, mengikuti tuntunan penulis. Ia masuk pada fase meditasi, kekhusu' kannya nampak jelas dari matanya yang terpejam dan tidak ada gerakan bola mata dibalik kelopak matanya. S masuk dalam ketenangan yang damai, membawa diri dalam kerendahan hati kehadapan Allah, memasrahkan segala persoalannya, memohon ridho dan pertolongan-Nya agar keluar dari persoalan yang sedang dihadapi. Saat penulis meminta S menarik nafas panjang, terlihat agak tersengal sesegukkan seperti orang yang sedang menahan tangis. Setelah 3 kali tarikan nafas dalam-dalam, barulah S mampu bernafas normal kembali. S cukup rajin beribadah shalat wajib dan hal ini juga dibenarkan oleh teman-temannya. Bahkan tidak jarang ia juga mengikuti pengajian, yasinan yang diadakan oleh tetangga diseputar mes. Sehingga saat kalimat *Set-Up* diucapkan, agaknya qolbu S tergetar, energi Ilahi ini memang terasa dalam hati yang terketuk, dalam hati S. Bahkan tanpa dikomando S segera menarik nafas panjang dan dalam untuk mengatasi gejolak batinnya.

Masuk pada *Tune-In,* penulis meminta S untuk membayangkan peristiwa yang menggambarkan secara detail tentang kondisi yang terkait dengan perasaan tidak berarti lagi. S diminta membayangkan dengan detail, tokohnya, *back ground* ceritanya secara lengkap dalam film yang diputar dalam benaknya. Teknik visualisasi ini digunakan karena S cenderung tertutup dan pemalu, sehingga penulis membebaskan S untuk 'menikmati' sendiri sajian film yang tengah ditontonnya. Lagi-lagi dada S naik turun, nafasnya memburu dan terlihat gerak bola matanya menjadi tak beraturan dibalik kelopak matanya yang terpejam. Agaknya ia mulai masuk secara bathin. Penulis segera memberi arahan, untuk ditirukan S, "Saya ikhlas yaa... Allah.... Saya pasrah ya... Allah..." .

Sambil terus mengucapkan kalimat *Tune-In,* dilanjutkan *Tapping.* Pada saat titik *Crown* di *tapping,* S agak terkejut, kelopak matanya terbuka sedikit. Namun penulis meminta untuk tetap terpejam, agar tidak merusak ke khusu'an yang sudah terbangun. Ternyata setiap titik *tapping* dikepala, S selalu terkejut saat pertama kali di *tapping.* Padahal sebelum pelaksanaan, S sudah diberi arahan titik mana saja yang akan di *tapping.* Pengalaman penulis men-*tapping* pada beberapa penderita gangguan jiwa, seringkali refleks saat titik *tapping* di bagian kepala pertama disentuh adalah terkejut, meringis, seolah merasakan nyeri atau justru sakit. Yang dimaksud dengan titik-titik *tapping* dibagian kepala yaitu : *crown, eye brow, Side of the eye, under the eye, under the nose* dan *chin.* Kondisi ini diduga ada kaitannya dengan morfologi anatomi otak penderita gangguan jiwa, dalam hal ini *schizophrenia* yang memang berbeda dengan orang normal. Ada energi psikologi yang mengalir pada garis meridian, menyentuh pada bagian otak yang

tidak normal tersebut, sehingga membuat S atau penderita gangguan jiwa menjadi terkejut, nyeri atau bahkan sakit. Hal ini memang membutuhkan pembuktian secara laboratoris, dengan kontrol yang teliti. Namun pada bab terdahulu sudah diilustrasikan bahwa dengan *tapping* dapat merubah frekuensi gelombang otak pada penderita Kecemasan Parah (lihat Gambar III.2.). Kondisi otak direkam dengan bantuan alat EEG `(Electro Encephalo Gram). Jadi terbuka kemungkinan, bahwa dengan SEFT juga mampu mempengaruhi struktur otak pada penderita *schizophrenia* (lihat Gambar II.2. dan Gambar II.3.).

Taping dilaksanakan dalam 2 sesi. Pada sesi pertama, saat *Gamut Procedur,* terlihat gerakan bola mata S yang tidak bisa bergerak dengan halus mengikuti gerakan tangan penulis, saat membentuk pola melingkar searah jarum jam, seperti tersendat-sendat. Namun pada sesi ke-2, gerakannya sudah mulai *smooth.*

Teknik SEFT ditutup dengan menarik nafas dalam-dalam, dihembuskan perlahan melalui mulut sambil mengucap rasa syukur yang paling dalam, "Alhamdulillah....". Ekspresi wajah S begitu tenang, matanya memang terlihat merah, tapi penulis tidak berani memastikan bahwa merah itu karena menagis atau justru hampir jatuh tertidur. Namun dari laporan yang disampaikan, ia merasa amat lega, seakan beban berat yang selama ini dipanggul, telah diletakkan sebagian. Sehingga skala intensitasnya yang semula dari 10 turun menjadi 6. Ini memang sebagai alat ukur perasaan secara subyektif. Sama halnya dengan perasaan subyektif yang lain, seperti rasa sakit, bahagia, tentram-damai, cemas, takut, gelisah dan sebagainya.

Sehari setelah intervensi 3, S melaporkan bahwa tidurnya menjadi lebih nyenyak, padahal ia tidak minum obat yang diperoleh saat kontrol di RSAL. S merasa heran, jika sebelumnya tidur diatas jam 24.00, meski telah minum obat. Tapi setelah intervensi, pola tidur dan kualitas tidurnya meningkat. Beban emosinya berkurang, pikirannya lebih tenang.

Pada intervensi 4, S sudah tidak terlalu kaget dengan sentuhan energi psikologi ini. S menjadi sangat akomodatif terhadap mengalirnya energi psikologi ini. Diperkuat dengan pemahaman spiritual yang dimiliki, maka pelaksanaan SEFT dapat dikatakan berjalan lancar. Pelaksanaan Intervensi 4 ini dikediaman penulis. Penulis sengaja mengundang S untuk datang ke rumah, karena letak mes dengan rumah penulis dekat. Kemudian S juga punya motor baru yang diceritakan pada penulis saat pertemuan sebelumnya. S begitu bangga akan motornya. Katanya dibelikan ibunya, saat cuti lebaran yang lalu. Ibunya membeli *cash*, S yang mencicil pada ibunya. Terlihat bahwa S memang dimanja ibunya. S sudah bekerja, relatif punya penghasilan lebih baik dari pada kakaknya, tapi tetap saja dibelikan motor. Jadi S datang kekediaman penulis sambil memamerkan motornya. Ekspresi wajahnya terlihat gembira, saat berjumpa dengan penulis.

> "Ijin nDan, ini motor baru saya. Nomornya bukan nomor Surabaya, karena dibelikan Ibu di Semarang. Kemarin saya dari Semarang pulang ke Surabaya ya naik motor ini"

Maka jadilah pertemuan itu menjadi sesi terapi bagi S. S memang tidak menyadari dan ia tidak menolak, bahkan merasa sangat senang ketika penulis menawarkan untuk melakukan *tapping* pada S. Efek lain yang agak mengejutkan penulis adalah S sekarang menjadi lebih sering pulang ke Semarang. Padahal

sebelum S dirawat di RSAL, ia mengaku tidak pernah pulang. S pulang terakhir kali setelah pelantikan menjadi tentara. Namun S masih belum sepenuhnya mampu untuk cepat beradaptasi dalam kelompok. S masih belum memahami perkataan yang cepat dari beberapa orang yang berada didekatnya. Demikian juga dengan membaca dan nonton TV.

Penulis menyadari bahwa secara realita, proses intervensi ini nyaris tidak memiliki terminal yang pasti. Sebab bisa saja proses terapi menjadi *unfinish bussiness* antara terapis dengan S atau bahkan tiba-tiba berhenti atas permintaan S sendiri karena hal lain. Hingga laporan ini disusun, penulis memang belum menghentikan dengan pasti proses terapi pada S. Laporan ini disusun hingga intervensi 4. Karena intervensi lanjutannya masih berproses. Penulis sangat memahami bila laporan ini akhirnya seperti laporan penulisan *longitudinal* yang disajikan sepenggal tanpa *ending*. Namun bagi penulis, ini adalah salah satu frame dalam kehidupan S yang dapat menggugah pemahaman terhadap penderita *schizophrenia*.

Di sisi lain, secara teoritis, pastilah dapat direncanakan adanya terminal bagi S dalam menjalani terapi. Garis besar terminal-terminal penghentian intervensi pada S itu adalah sebagai berikut :

1. Ketika emosi negatif S telah mampu diatasi / hilang
2. Ketika kekambuhan tidak terjadi setidaknya selama 1 tahun berturut-turut.
3. Ketika S sudah mampu menerima dirinya dengan utuh dan mampu menempatkan diri dalam komunitas lingkungan secara adekuat.

### IV.4.1. Dinamika Intervensi SEFT dalam Mengurangi Emosi Negatif pada penderita *Schizophrenia Paranoi,* pasca rawat inap.

Sebelum melaksanakan intervensi, hal utama yang dilakukan adalah membangun *rapport* yang baik. Dengan *rapport* yang baik akan menjadi modal awal untuk dapat masuk ke 'dalam' diri S sehingga S bersedia dengan suka rela memberikan data yang diperlukan, kooperatif dengan penulis yang akan melakukan intervensi. Disini perlu kepercayaan yang tinggi dari S untuk dapat menerima penulis melakukan intervensi. Apalagi dalam menangani masalah-masalah yang cukup kritis seperti yang sedang dialami S. S sebenarnya enggan melakukan tes maupun intervensi. Perasaan ini tentunya dapat menjadi penghalang dalam membangun *rapport* dengan penulis, oleh karena itu pada saat penulis pertama kali berjumpa dengan S, fokus utamanya adalah menciptakan hubungan yang baik, saling percaya dan memahami batasan profesional antara penulis dan S.

Selama ini, S menganggap tidak ada orang lain yang bersedia mendengar dan berbicara dari hati padanya. Kebutuhan S akan penerimaan ini lah yang menjadi celah bagi penulis untuk dapat masuk dalam dunia S. Dibantu dengan *surrogate SEFT,* pendekatan penulis membawa hasil yang baik. S bersedia melaksanakan asesmen psikologi. Perasaan diterima, dihargai dan didengarkan membuat S merasa nyaman dan aman bila kontak dengan penulis. Disini merupakan kunci pembuka komunikasi penulis dengan S.

*Surrogate SEFT,* merupakan manifestasi paling halus dari materi sebuah permohonan pada Tuhan YME. Seperti yang telah dijelaskan oleh teori fisika quantum, bahwa semua materi yang ada dimuka bumi ini, tanpa terkecuali, apakah zat padat, cair maupun gas, bila di pecah hingga tak terhingga, yang tersisa adalah getaran. Demikian pula dengan do'a yang menjadi salah satu pilar dalam SEFT. Do'a yang tidak berwujud ini juga berupa getaran, yang apabila difokuskan, akan mampu menembus batas ruang dan waktu. Itu sebabnya dengan *surrogate SEFT,* kondisi psikologis S dapat disentuh.

Secara teoritis, penderita *schizophrenia* mengalami gangguan pada otaknya. Ada kelebihan atau kekurangan dopamin, serotonin pada bagian-bagian tertentu, sehingga komunikasi antar neuron menjadi terganggu. Neurotransmitternya terganggu. Bentuk faalnya yang berbeda dengan otak orang normal, maupun aktifitas pada lobus frontalis yang lebih rendah dibanding otak orang normal. Memang tidak semua penderita *schizophrenia* terrekam adanya gangguan ini, karena memang gangguan ini sangat individual karakteristiknya. Akan tetapi kondisi otak dapat menjadi bagian penting dari *schizophrenia.* Kondisi otak ini dapat terekam dengan baik oleh alat bantu MRI dan EEG (gambar-gambar tentang otak ada dalam isi laporan, gambar II.2 ; II.3 ; III.2).

Kondisi emosi subyek secara nyata juga terganggu. Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara, observasi dan asesmen psikologi yang dilakukan. Juga dari data-data skunder yang diperoleh dari heteroanamnesa. Subyek takut kembali ke Mess, subyek merasa dirinya tidak lagi berharga, subyek tidak bisa melakukan kontak sosial dengan wajar, ia cenderung lebih suka menyendiri. S yang minder

karena kakinya panjang sebelah, mendapat tugas hanya sebagai petugas kebersihan, tidak mampu bertahan lama untuk membaca, menyaksikan TV dan masih bingung bila mendengar percakapan dari 2 orang atau lebih. Kondisi emosi negatif seperti ini, diprediksikan dapat menjadi pemicu stres bagi S dan apabila S tertekan, diprediksikan akan memacu kekambuhan S pada keadaan *schizophrenia.* Kondisi emosi, dari penelitian Rebecca (dalam Zainudin, 2006) dapat mempengaruhi kondisi fisik dari darah (gambar III.3 s/d III.8).

Sejalan dengan hal tersebut, Masaru Emoto (2007) juga melakukan penelitian, hasilnya diketahui bahwa do'a dapat mempengaruhi bentuk kristal air (gambar III.1). Penelitian ini didukung juga oleh Mahani (2007). Keterkaitan tentang kekuatan do'a terhadap kesehatan diungkap oleh Ancok (2001), Reynolds (2005), Agustian (2005), Hawari (2006), Dossey (2007), Sentanu (2007) dan Lubis (2007).

Energi adalah merupakan *blueprint*, infrastruktur, atau fondasi yang tak tampak untuk kesehatan tubuh kita. Tubuh kita disusun oleh aliran-aliran energi dan pusat energi yang secara dinamis saling mempengaruhi di dalam sel-sel kita, organ-organ, suasana hati, atau juga pikiran. Jika kita bisa mengubah energi ini, maka kita dapat mempengaruhi kesehatan, emosi dan pikiran. Energi ini meliputi impuls-impuls elektromagnetik, seperti yang dapat direkam oleh MRI dan EEG. Dengan menstimulasi titik energi di kulit, maka secara instan akan dapat mengubah elektrokimia otak (Feinstein dkk, 2005).

Oleh karena itu, menurut Zainuddin (2006), intervensi yang menggunakan pendekatan do'a (spiritual) dan energi psikologi akan memberikan hasil yang

efektif (*amplifying effect*). Inilah cikal bakal dari SEFT. Secara spiritual, SEFT mampu mempengaruhi God Spot di otak (pendekatan ESQ Power), mampu memperbaiki kondisi darah dan ketentraman bathin. Yang lebih penting dari semua ini adalah semakin dekatnya hubungan antara manusia dengan sang Pencipta, menyadari bahwa segala kekuatan, kesehatan dan segalanya berpusat hanya padaNya. Sehingga dengan semakin ikhlas menerima keadaan yang lalu dan sekarang, kondisi saat ini serta memasrahkan segalanya yang akan terjadi hanya pada-Nya, akan melahirkan sikap positif, mampu memaknai dengan pendekatan yang hanya menggali kondisi terbaik dari setiap kejadian.

Pada tubuh manusia, terdapat energi elektromagnetik. Energi ini memiliki jalur utama yang dikenal dengan jalur Meridian. Melalui jalur inilah energi itu mengalir. Apabila terdapat gangguan, baik fisik maupun emosi, maka aliran energi pada jalur ini menjadi tidak lancar. Dengan *tapping*, maka aliran energi ini diperbaiki agar menjadi lancar kembali. Hal ini dijelaskan oleh Feinstein dkk, (2005) secara gamblang sebagai berikut, *Sore Point* ini adalah merupakan *central meridian*, dimana titik ini secara kuat berhubungan dengan masalah emosi. *Sore spot* adalah titik refleks *neurolymphatik*, dimana sifatnya seperti aliran darah, bersirkulasi melalui tubuh manusia. *Lymph* berisi sel darah putih dan berfungsi untuk menghilangkan racun/toksin. Toksin-toksin kemungkinan terakumulasi dalam tubuh dan kemudian menghambat aliran *lymph*. Ketika hal ini terjadi maka beberapa energi tubuh kita juga terhenti. Dengan memijat atau men*tapping* titik ini akan membuat aliran *lymph* lebih bebas. Ini pula yang menjadi alasan,

mengapa sebelum melakukan *tapping* terlebih dahulu menggosok *sore point*, dalam sebuah langkah yang dinamakan *The Set Up*.

Langkah berikutnya adalah *Tune In*. Dalam psikologi, langkah ini merupakan langkah pengendapan dalam alam bawah sadar, pada saat kondisi otak berada pada gelombang alpha. Visualisasi yang dibayangkan akan memperkuat efek psikologis yang menyentuh ranah kognisi hingga afeksi. Dalam *Tune In*, manusia sebagai makhluk membuka jalan untuk berkomunikasi dengan Allah. Meningkatkan ke-ikhlas-an, dengan menerima apa yang telah terjadi tanpa *reserve* dan menyerahkan secara total apapun yang akan diberikan Allah. Pada saat inilah terbangun kesamaan frekwensi antara apa yang di inginkan dengan apa yang telah di gariskan Allah. Kelembutan energi inilah yang sebenarnya sangat *powerfull*.

Langkah ketiga adalah *The Tapping*. Langkah ini mengoptimalkan aliran energi yang ada diseluruh tubuh manusia. Aliran energi yang lancar akan membuat manusia sehat secara fisik maupun psikis. Dalam SEFT, pembenahan persoalan dilakukan di bagian gangguan energi tubuh ini, sehingga tidak perlu lagi menggali akar permasalahan di masa lalu. *Tapping* adalah mengetuk ringan dengan kedua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh sambil terus melakukan *tune in*. Titik-titik ini adalah titik kunci *"The Major Energy Meridians"*, yang bila diketuk beberapa kali akan berdampak menetralisir gangguan emosi atau rasa sakit yang dirasakan. Karena aliran energi akan berjalan dengan normal dan seimbang kembali. *Tapping* menggunakan media tangan karena tangan semua orang memiliki medan elektromagnetik hingga sampai di jari. Dengan menekankan tangan seseorang pada bagian tubuh dapat memiliki efek terapi, baik

melalui pemijatan, *tapping* atau menekan energi point di kulit (Feinstein dkk., 2005).

Menurut Galo (2000), terdapat 12 alur energi meridian utama dalam tubuh manusia. Energi ini mengalir dari atas kepala, melewati jari dan turun hingga ke jari kaki. Meridian-meridian adalah jalur yang membawa energi yang tak tampak (*subtle energy*) melalui tubuh manusia. Akupoint atau *meridians points* adalah merupakan titik yang spesifik di atas kulit, yang memiliki hambatan listrik yang relatif rendah di sekitar permukaan kulit, sehingga arus listrik menjadi lebih cepat mengalir. Titik-titik inilah yang akan diketuk ketika melakukan *energy treatment*. Energi tak tampak (*subtle energy*) dari lingkungan, masuk ke dalam tubuh manusia melalui gerbang ini. Titik-titik akupoint ini saling berhubungan disepanjang meridians.

Psikiater John Diamond dan psikolog Roger Callahan melakukan eksperimen dengan menggunakan terapi yang berbasis *enery psychology* untuk permasalahan-permasalahan kesehatan mental, mereka menemukan bahwa *tapping* pada titik akupuntur akan membantu menghilangkan emosi negatif seperti enxietas, phobia dan memori yang menyakitkan (Gallo, 2000).

Menurut Feinstein dkk (2005), energi psikologi menunjukkan cara bagaimana dengan menstimulasi point spesifik di atas kulit akan mengirimkan/ mengantarkan signal elektrokimia secara langsung ke otak manusia. Jika pada saat yang bersamaan kita memikirkan situasi yang menimbulkan respon emosi negatif maka kita dapat mengubah respon otak terhadap situasi tersebut. Titik akupuntur atau akupoint juga memiliki reseptor konsentrasi yang lebih tinggi dan sensitif

terhadap stimulasi mekanik. Spesifik point ini ketika distimulasi mengirimkan signal secara langsung ke area otak yang berhubungan dengan emosi. Properti elektromagnetik dari titik akupuntur dapat diaktifkan melalui *tapping*, memijat, atau menekan. Dan melalui MRI, dengan menstimulasi titik-titik spesifik di kulit dapat dilihat bahwa tidak hanya mengubah aktivitas otak tapi juga menonaktifkan area otak yang berkaitan dengan pengalaman ketakutan atau rasa sakit. Dengan menstimulasi titik akupuntur juga menyebabkan pengeluaran serotonin, suatu neurotransmiter yang jika tidak cukup jumlahnya dihubungkan dengan depresi, kecemasan dan adiksi. Rangkaian gerakan *tapping* ini didesain untuk memperbaiki/memulihkan aliran optimal energi yang ada di meridian tubuh atau jalur energi.

Pada *Gamut Procedure*, terdapat gerakan bola mata yang terlihat sepele dan lucu, namun sebenarnya banyak masalah berat yang tidak dapat ditangani dengan *tapping* singkat dapat teratasi. Gerakan bola mata ini didasari oleh teknik EMDR. Satu dari 3 penderita *schizophrenia,*menunjukkan tanda-tanda gangguan gerakan bola mata (Ross, 2000 dalam Nevid, 2005). Gangguan gerakan mata (dikenal dengan gangguan penelusuran mata) meliputi gerakan mata yang tidak normal saat menelusuri sebuah target yang bergerak melintasi lapangan pandang. Bukannya secara mantap menelusuri target, mata malah berbalik dan kemudian mengejarnya dalam gerakan yang menyentak. Gangguan gerakan mata tampaknya melibatkan kerusakan pada proses perhatian involunter di otak yang bertanggung jawab terhadap perhatian visual (Nevid, 2005). *Gamut procedure,* membantu S dengan menuntut gerakan bola dengan lebih terkontrol.

Dengan demikian, dengan SEFT, kondisi emosi negatif S dapat ditekan seminimal mungkin, dengan mempengaruhi kondisi otaknya, menyentuh titik ketuhanannya, mempengaruhi kondisi hormonal dalam otaknya, mempengaruhi kondisi darahnya dan juga mempengaruhi kelancaran energi dalam jalur energi tubuhnya. Emosi negatif yang diduga dapat memicu kekambuhan dapat dikurangi dan kemudian S mampu memberi makna dalam kehidupannya dengan pandangan yang lebih positif. Ikhlas atas apa yang sudah dan sedang terjadi serta mampu memasrahkan apa yang akan terjadi hanya pada Tuhan YME.

# BAB V

# KESIMPULAN DAN SARAN

## V.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil asesmen beserta evaluasi intervensi yang diberikan kepada S diperoleh kesimpulan:

1. Sumber gangguan jiwa yang dialami S dipicu dari jatuhnya S saat pendidikan pertama Calon Tamtama TNI AL.
2. Sejak kejadian itu, kesehatan dan daya tahan fisiknya menurun drastis, sehingga memaksa S untuk sering berhubungan dengan RSAL, padahal saat ini statusnya masih siswa.
3. Dengan mempertimbangkan kesehatan dan jumlah kehadiran saat pendidikan, korps S yang semula Marinir dialihkan menjadi APM (Asisten Para Medis).
4. Situasi ini meruntuhkan rasa bangganya sebagai calon anggota Marinir. Apalagi dampak dari jatuh, membuat kaki kirinya mengalami *attropi,* sehingga panjang tungkai kakinya ada selisih ± 3 cm dengan kaki kanan.
5. Rasa rendah dirinya menjadi berkembang, membangun rasa curiga, akibat trauma dengan sikap keras ayahnya. Akhirnya S selalu ketakutan bila bertemu dengan atasan maupun senior. Hingga akhirnya muncul halusinasi auditory, yang mengancam, bahwa S akan dibantai. Bahwa pandangan orang lain seakan mengancam akan menghabisinya.

6. Disisi lain ia juga membebaskan inferioritinya, dengan membangun waham, bahwa ia adalah harimau, sosok yang menurutnya berkuasa.
7. *SEFT* efektif untuk mengurangi emosi negatif yang dirasakan oleh S pertama kali pada saat intervensi ke-3. Karena selama interensi pertama dan ke-2, penulis menggunakan *surrogate SEFT.*
8. S terlihat mengikuti jalannya proses terapi. Energi psikologi yang dirasakan begitu menentramkan. S hanyut dalam keadaan meditatif.
9. Selama proses intervensi, memperlihatkan hasil yang berbeda, sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Pada intervensi 1, sesuai dengan tujuannya agar S mampu mengerjakan asesmen dengan lancar, dapat terpenuhi. Demikian pula pada intervensi 2, S relatif mampu menerima perbedaan suasana antara dari RSAL dengan keadaan di lingkungan Mess dan S tidak lagi ketakutan seperti dulu. S bisa masuk ke dalam Mess dengan cukup tenang. Intervensi 1 dan 2 ini penulis menggunakan *surrogate SEFT,* yakni penerapan *SEFT* untuk jarak jauh. Pada intervensi 3, diterapkan *SEFT* langsung kepada S yang dilakukan oleh penulis, diperoleh hasil S tidak menunjukkan ekspresi bosan, atau tertekan, tidurnya menjadi lebih nyenyak, pola tidur dan kualitas tidurnya meningkat, beban emosinya berkurang, pikirannya lebih tenang. Efek lain yang agak mengejutkan penulis adalah S sekarang menjadi lebih sering pulang ke Semarang. Padahal sebelum S dirawat di RSAL, ia mengaku tidak pernah pulang. S pulang terakhir kali setelah pelantikan menjadi tentara.

10. Hingga sesi terakhir terapi, S masih belum sepenuhnya mampu untuk cepat beradaptasi dalam kelompok. S sudah tidak mengeluh pusing, namun masih belum memahami perkataan yang cepat dari beberapa orang yang berada didekatnya, meskipun secara fisik S berada dalam komunitas tersebut. Demikian juga dengan membaca dan nonton TV. S juga tidak pernah mengerjakan tugas dari penulis untuk membuat jurnal, catatan harian tentang kondisinya.
11. Diperlukan kegiatan lanjutan untuk tetap memantau kondisi S, apakah simtom-simtom *schizophrenia* benar-benar sudah hilang. Selain itu *follow up* juga diperlukan jika suatu saat S membutuhkan penanganan yang empatik. Jika memang emosi negatif yang dirasakan S muncul lagi maka diperlukan terapi *SEFT* lagi dengan mengubah *set up wordsnya*.

## V.2. Saran

### V.2.1. Saran untuk S

1. S disarankan untuk bisa menguasai teknik *SEFT* agar dapat menerapkan *self SEFT* untuk mengatasi segala ganguan yang muncul, gangguan fisik maupun psikologis.
2. Melakukan *follow up* terapi *SEFT* bersama dengan penulis jika S merasa perlu mendapat *support* dari pihak yang pernah dipercayainya.
3. Mengembangkan hobby atau minat dan kemampuan (S pernah bercerita bahwa S menyukai tanaman hias), agar bila ada waktu luang tidak dibiarkan terbuang.

4. Konsul atau periksa ke dokter mata, barangkali memang ada gangguan dengan mata.

### V.2.2. Saran untuk Terapis Lain

1. Penerapan teknik *SEFT* untuk kasus *Schizophrenia*, memang tergolong kasus yang berat. Akan tetapi tidak ada yang tidak mungkin untuk dilakukan, terutama jika landasi dengan niat yang tulus untuk membantu sesama. Prosedur *SEFT* untuk terapi *Schizophrenia* diterapkan bersama-sema dengan meditasi, berserah diri secara total pada Allah SWT, setiap waktu luang tidak dibiarkan berlalu begitu saja, namun terus diisi dengan dzikir pada Allah, merupakan terapi yang kuat. Namun untuk kepentingan penelitian dan penulisan ilmiah maka teknik *SEFT* ini diterapkan sesuai jadwal yang ditetapkan oleh penulis mengikuti tata aturan waktu yang ditentukan untuk penulisan ilmiah (tugas akhir).
2. Terbuka penelitian mengenai efektifitas penerapan *SEFT* dalam bentuk eksperimen.
3. Apabila ada terapi atau tehnik baru, memang sepatutnya diuji coba kelayakan dan kehandalannya. Namun rasa waspada ini hendaknya jangan dijadikan alasan untuk mengurangi *couriosity* pada perkembangan ilmu. *SEFT* adalah varian baru dari kelompok energi psikologi yang patut di perhitungkan. Administrasinya sederhana, bahkan saking sederhananya, anak kecilpun bisa melakukannya. Dapat menembus batas ruang dan waktu, dengan *surrogate SEFT* dan waktu yang diperlukan sangat singkat.

Menurut penulis, manfaat yang paling indah adalah semakin dekatnya 'rasa' dengan sang Khalik.

**V.2.3. Saran untuk Institusi kedinasan S.**

1. S masih cukup mampu mengerjakan pekerjaan sederhana dengan pola pergaulan yang tidak terlalu kaku dalam gaya komunikasi yang setara. Kalaupun S masih akan dipertahankan pada dinas militer, hendaknya ditempatkan pada bagian administratif dan dengan tanpa tekanan fisik maupun psikis yang terlalu kuat.
2. Lingkungan hendaknya juga kondusif, dengan menerima S apa adanya, memiliki bekal pengetahuan, penanganan sederhana pada S bila dalam keadaan *emergency*.
3. Jika memang memungkinkan, ditempatkan pada bagian yang tidak banyak membutuhkan tenaga fisik dan memforsir pikiran.
4. Penggunaan tenaga manusia dengan *handicap* tertentu membutuhkan kebijakan yang tepat. Untuk kasus S, berikan tugas sederhana, yang tidak menekan kelemahan kakinya.

# DAFTAR PUSTAKA


Agustian, Ary Ginandjar. 2005. *ESQ Power.* Bandung : MQ Publishing

Al Qur'an dan terjemahannya. 1421 H (1999). Saudi Arabia : Mujamma' al Malik Fadh Li Tiba'a at al mush-haf asy syarif.

Alloy, Lauren B., Joan Acocella, Richard R. Bootzin. 1996. *Abnormal Psychology. 7th Ed.* New York : McGraw-Hill, Inc.

Ambarini, Tri Kurniati. 2006. *Program Peningkatan Ketrampilan Sosial pada penderita Skizofrenia melalui teknik modelling.* Tugas Akhir Magister Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, tidak diterbitkan.

Ancok, Djamaludin dan Fuad Nashori Suroso. 2001. *Psikologi Islami.* Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

APA (American Psychiatric Association). 2005. *DSM – IV – TR.* APA Washington DC.

Arif, Imam Setiadi. 2006. *Skizofrenia : Memahami Dinamika Keluarga Pasien.* Bandung : PT. Refika Aditama.

Coleman, James C. 1976. *Abnormal Psychology and Modern Life.* Bombai – India : DB. Taraporevala sons & co. private Ltd.

Chaplin, C.P. 1989. *Kamus Lengkap Psikologi.* Terjemahan : DR. Kartini Kartono. Jakarta : CV. Rajawali.

Depkes RI. 1993. *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa – III.* Dir Keswa, Dirjen Pelayanan Medik, Depkes RI.

Dossey, Larry. 2007. *The Extraordinary Healing Power of Ordinary Things : fourteen Natural step to Health and Happiness (Sembuh tanpa dokter).* Terjemahan : Leinovar Bahfein. Jakarta : PT. Serambi Ilmu Semesta.

Emoto, Masaru. 2007. *Mizu no Maryoku – Kokoro to Karada no Uoutaa Hiiringu (The True Power of Water).* Terjemahan : Azam Translator. Bandung : MQ Publishing.

Etty, M. 2002. *Mengelola Emosi.* Jakarta : Penerbit PT Gramedia Widiasarana Indonesia

Fausiah, Fitri & Julianti Widury. 2007. *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa.* Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).

Feinstein, David., Eden, Donna & Craig, Gary. 2005. *The Promise of Energy Psychology:Revolutionary Tools For Dramatic Personal Change*. New York : Penguin Group

Gallo, Fred P., Vincenzi, Harry. 2000. *Energy Tapping*. Oakland : New Herbinger Publications, Inc.

Goldberg, Leo & Shlomo Breznitz. 1986. *Handbook of Stress, Theoritical and Clinical Aspects.* London : Collier Macmilan Publishers.

Handout. Tanpa tahun. *3 days training SEFT.* Tidak diterbitkan

Hawari, Dadang. 2006. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Schizophrenia.* Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

HIMPSI, 2004. *Kode Etik Psikologi Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Kode Etik Psikologi Indonesia.* Jakarta : PP HIMPSI.

Jawa Pos. Harian Umum. 19 Agustus 2007.

Kartono, Kartini. 1989. *Psikologi Abnormal dan Abnormalitas Seksual.* Bandung : CV. Mandar Maju.

Keliat, Budi Anna dan Akemat. 2004. *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok.* Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Kompas. Harian Umum. 29 November 2007.

Lubis, Bahril Hidayat. 2007. *Aku Sadar Aku Gila.* Jakarta : Penerbit Zikrul Hakim.

---------- 2007. *Aku Tahu Aku Gila.* Jakarta : Studia Press.

Mahani. 2007. *Keajaiban Air Sembuhkan Penyakit.* Jakarta : Puspa Swara.

Maramis, W.F. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa.* Surabaya : Airlangga University Press.

Maslim, Rusdi. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III.* Jakarta : PT. Nuh Jaya.

Moleong, L.J. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif edisi revisi.* Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Neale, J. M., Davison, G. C., & Haaga, David. 1996. *Exploring Abnormal Psychology.* New York : John Wiley & Sons Inc.

Nevid, Jeffrey S., Spencer A. Rathus, Beverly Greene. 2005. *Abnormal Psychology in a Changing World, fifth edition.* Terjemahan tim Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Jakarta : Penerbit Erlangga.

Jiwa, Bag / SMF Ilmu Kedokteran. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi.* Surabaya : RSUD. DR. Soetomo

----------. 2004. *Pedoman Diagnosis dan Terapi.* Surabaya : RSUD. DR. Soetomo

Reynolds, Caroline. 2005. *Spiritual Fitness.* Terjemahan : Nik Ester. Yogyakarta : Baca!

Radar Metro, Harian Umum, 5 November 2007

Semiun, Yustinus. 2006. *Kesehatan Mental 3.* Yogyakarta : Kanisius.

Sentanu, Erbe. 2007. *Quantum Ikhlas. Teknologi Aktivasi Kekuatan Hati.* Jakarta : Gramedia.

Sundberg, Norman D. 1977. *Assessment Of Person.* New Jerrsey – USA : Prentice-Hall Inc.

Sutatminigsih. 2002. *Schizophrenia.* Fakultas Kedokteran Program Studi Psikologi - USU.

Trull, T.J. and Phares, E.J. 2001. *Clinical Psychology.* Sixth Edition. Stanford : Wardswoth.

Zainuddin, Ahmad Faiz. 2006. *SEFT Cara Tercepat dan Termudah Mengatasi Berbagai Masalah Fisik dan Emosi.* Edisi revisi. PT. Arga Publishing.

www.bioenergipower.com, diakses 23 Januari 2008

www.detiksurabaya.com, diakses 18 Agustus 2007.

www.emofree.com, diakses 17 Desember 2007

www.fiorenz.com, diakses 25 Oktober 2007

www.infosehat.com, diakses 25 Oktober 2007

www.marinir.mil.id, diakses 26 Desember 2007

www.merck.com, diakses 18 Agustus 2007