



**RESILIENSI KELUARGA PASIEN SKIZOFRENIA  
PASCA DIBERI *PSYCHOEDUCATIONAL*  
*MULTIFAMILY GROUP* (PMFG)**

**(Studi Kasus Pada Keluarga Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Amino  
Ghondo Hutomo Semarang)**

**Skripsi**

Disajikan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi

oleh

Luluk Shoviana

PERPUSKANTARAN  
UNNES

**JURUSAN PSIKOLOGI**

**FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN**

**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2011**

## PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang pada hari Rabu, 7 September 2011.

Panitia :

Ketua

Sekretaris

Drs. Hardjono, M.Pd.  
NIP. 195108011979031007

Drs. Sugiyarta SL, M.Si  
NIP. 196008161985031003

Penguji

Liftiah, S.Psi, M.Si  
NIP. 196904151997032002

Penguji/Pembimbing I

Penguji/Pembimbing II

Dr. Sri Maryati D, M.Si, Psi  
NIP. 195406241982032001

Moh. Iqbal Mabruri, S.Psi, M.si  
NIP. 197503092008011008

PERPUSTAKAAN  
UNNES

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain baik sebagian ataupun seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2011

Luluk Shoviana  
NIM. 1550407075



## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO

- *Present the best for life* (Penulis).
- Seburuk apapun masa lalu seseorang, masa depannya masih suci, dan masa depan terbentuk dari masa kini (Mario Teguh).
- Sesungguhnya setelah kesulitan ada kemudahan (Al-Insyiroh: 6)
- Meski apa yang telah engkau bangun selama bertahun-tahun lamanya dapat hancur dalam satu malam saja. Tetapi, janganlah berhenti dan tetaplah membangun (*Mother Teresa*).

### PERSEMBAHAN

- Untuk Bapak Syuhada' (Abi) dan Ibu Khusnah (Umik)
- Untuk saudara kandung penulis: Zaed Mukhlisin, Nurul Aini, Umi Faizah, Ahmad Afandi, Hidayatus Sholihah.
- Untuk Muhamad Adi Prasetyo

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah* *ahirabbil'alamiin*. Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Allah SWT, atas rahmat, nikmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi sesuai dengan harapan penulis. Berbagai kendala penulis hadapi selama penyusunan skripsi ini, namun pengalaman-pengalaman baru yang tak terlupakan menjadikan skripsi ini memiliki nilai tersendiri bagi penulis. Dukungan baik dari para pengajar di Jurusan Psikologi, keluarga, dan sahabat-sahabat menjadi sumber penyemangat paling besar bagi penulis. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan yang tinggi kepada:

1. Bapak Drs. Hardjono M. Pd, Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan izin bagi penulis untuk mengadakan penelitian.
2. Bapak Sugiarta SL sebagai Ketua Jurusan Psikologi yang telah memberikan kemudahan sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan.
3. Ibu Liffiah, S.Psi, M.Si terima kasih atas bimbingan, saran, serta diskusi dalam penyusunan skripsi ini, dan selalu mendorong penulis untuk selalu semangat.
4. Ibu Dr. Sri Maryati Deliana, M.si, Psi terima kasih telah meluangkan waktu, tenaga dan pemikirannya serta memberikan dukungan dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi.
5. Bapak Moh. Iqbal Mabruri S.Psi, M.Si sebagai pembimbing kedua, terima kasih atas semangat dan bimbingannya.
6. Bapak Drs. Sugeng Hariyadi M.S. yang memberikan dukungan dan semangat hingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Segenap keluarga besar dosen Jurusan Psikologi Unnes yang dengan tulus ikhlas memberikan bimbingan serta pengajaran selama penulis menempuh studi.

8. Bapak, Ibu dan kakak-kakak penulis yang selalu mendoakan serta mendukung penulis. Terima kasih karena selalu di samping penulis.
9. Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondo Hutomo yang telah memberikan izin kepada penulis untuk meneliti.
10. Ibu Hamargo Murni, Ibu Khamimah, dan Pak Kadis yang telah bersedia membimbing dan memandu penulis ketika melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondo Hutomo.
11. Sahabat-sahabat penulis (Warda, Nova, Imas, Sekha) yang selalu memberikan semangat pada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Murid-murid penulis di *English Class* Sekaran: Imron, Rois, Taji, Lohan, *Mr. Hendri, Mrs. Meta, Miss Kokom, Miss. Een, Miss. Enni, Mr. Muhaimin,* dan *Mr. Laeli*, terima kasih atas bantuan yang diberikan kepada penulis.
13. Rekan kerja penulis di PT. Fidel HR Consultant: Mbak Mita, Mbak April, Anne, Mas Wowok, Mas Tiyus, Mbak Vidi, Mbak Yulia, Widya, Age, Satrio, terima kasih.
14. Teman-teman Psikologi Unnes angkatan 2007, terima kasih semua.
15. Kepada pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu tetapi sangat berjasa bagi penulis, terima kasih banyak.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dalam berbagai hal serta jauh dari unsur kesempurnaan. Penulis mengharapkan masukan, saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak, demi proses perbaikan dan koreksi dimasa yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat serta dapat dijadikan sebagai bahan belajar bagi semua. Amin.

Semarang, 7 September 2011

Penulis

## ABSTRAK

**Shoviana, Luluk.** 2011. Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia Pasca Diberikan *Psychoeducational Multifamily Group* (PMFG). Skripsi, Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Skripsi ini di bawah bimbingan: Dr. Sri Maryati Deliana, M.Si, Psi dan Moh. Iqbal Mabruuri, S.Psi, M.Si.

**Kata Kunci** : resiliensi, *psychoeducational multifamily group*, keluarga, pasien skizofrenia.

Mengatasi masalah gangguan skizofrenia, penyembuhan yang dibutuhkan bukan hanya secara fisik melainkan juga dibutuhkan penanganan secara preventif, promotif, terapi, serta rehabilitasi. Keberadaan anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia mengakibatkan tugas baru bagi anggota keluarga ketika pihak rumah sakit telah memulangkan pasien skizofrenia kepada keluarganya. Terlebih lagi stigma yang beredar di masyarakat mengakibatkan keluarga harus menanggung rasa malu. Pribadi yang mampu bertahan dalam kondisi sulit disebut dengan pribadi yang resilien. Resiliensi diartikan sebagai kualitas pribadi yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes saat dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal. *Psychoeducational multifamily group* (PMFG) merupakan metode yang sering digunakan untuk membantu keluarga dalam menangani anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Subjek dalam penelitian ini adalah para keluarga dari pasien skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondho Hutomo. Subjek utama berjumlah tiga orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan bantuan interview guide, check-list, resilience quotient test yang dikembangkan oleh Reivich dan Shatte sejumlah 56 aitem, dan mengumpulkan dokumentasi yang relevan. Analisis data dilakukan dengan mereduksi data, kategorisasi data, dan sintesisasi data.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa PMFG yang selama ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondho Hutomo Semarang memiliki dampak positif terhadap peningkatan resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Ketiga subjek utama dalam penelitian ini memiliki tingkat resiliensi yang tinggi meskipun berbeda tingkatan pada tiap-tiap aspeknya. Selain itu ketiga subjek juga mendapat dukungan faktor eksternal yang kuat sehingga resiliensi keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini tetap stabil.

Di sisi lain PMFG menjadi metode yang sangat tepat guna mempersiapkan lingkungan rumah yang sehat secara psikologis bagi pasien skizofrenia sebelum pasien dipulangkan. Setelah diadakan kegiatan PMFG ini tingkat *relapse* pasien skizofrenia di RSJD-AGH menurun. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa metode terapi keluarga berbasis PMFG bermanfaat bagi proses penyembuhan pasien skizofrenia.

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMA JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	8
1.3. Penegasan Istilah.....	8
1.4. Tujuan Penelitian .....	9
1.5. Kontribusi Penelitian .....	9
1.6. Urgensi Penelitian.....	10
BAB 2 PERSPEKTIF TEORETIS DAN KAJIAN PUSTAKA.....	11
2.1. Resiliensi.....	11
2.1.1 Pengertian Resiliensi.....	11
2.1.2 Aspek-Aspek Resiliensi.....	16
2.1.2.1 <i>Regulasi Emosi</i> .....	16
2.1.2.2 <i>Pengendalian Impuls</i> .....	17
2.1.2.3 <i>Optimisme</i> .....	18
2.1.2.4 <i>Analisis Kausal</i> .....	18
2.1.2.5 <i>Empati</i> .....	18
2.1.2.6 <i>Self-Efficacy</i> .....	18
2.1.2.7 <i>Reaching-Out</i> .....	19
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Resiliensi .....	19
2.1.3.1 <i>Faktor Kekuatan Individu</i> .....	20



2.1.3.2	<i>Dukungan Eksternal</i> .....	22
2.1.3.3	<i>Keterampilan Sosial dan Penyelesaian Masalah</i> .....	23
2.2.	<i>Psychoeducational Multifamily Group (PMFG)</i> .....	24
2.2.1	Pengertian PMFG.....	24
2.2.2	Metode Pelaksanaan PMFG.....	25
2.2.3	Manfaat PMFG .....	28
2.2.4	Proses dan Teknik Umum Terapi Keluarga.....	28
2.3.	Keluarga Pasien .....	32
2.3.1	Pengertian Keluarga.....	32
2.3.2	Bentuk Keluarga .....	34
2.3.3	Fungsi Keluarga.....	35
2.4.	Skizofrenia .....	38
2.4.1	Pengertian Skizofrenia.....	38
2.4.2	Fase-Fase Skizofrenia .....	49
2.4.3	Tipe-Tipe Skizofrenia .....	39
2.4.4	Simptom-Simptom Skizofrenia .....	41
2.4.5	Kriteria Diagnosis .....	43
2.5.	Dinamika Psikologis .....	43
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....		46
3.1.	Jenis dan Desain Penelitian.....	46
3.2.	Unit Analisis .....	48
3.3.	Sumber Data.....	49
3.4.	Metode dan Alat Pengumpulan Data .....	52
3.4.1	Wawancara .....	53
3.4.2	Observasi .....	54
3.4.3	<i>Recilience Quotion (RQ) Test</i> .....	57
3.4.4	Catatan Lapangan .....	59
3.4.5	Dokumentasi.....	60
3.5.	Analisis Data.....	60
3.5.1	Reduksi Data .....	61



4.3.2.2.3 Keefektifan PMFG untuk Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia .....	128
4.4. Pembahasan.....	130
4.4.1 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia .....	130
4.4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.....	139
4.4.3 Gambaran Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia Pasca Diberi PMFG .....	149
4.4.4 Keefektifan PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.....	150
BAB 4 SIMPULAN DAN SARAN .....	155
5.1. Simpulan .....	155
5.1.1 PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.....	155
5.1.2 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia di RSJD- AGH.....	156
5.2. Saran.....	158
5.2.1 Bagi RSJD-AGH.....	158
5.2.2 Bagi Keluarga Pasien.....	159
5.2.3 Bagi Praktisi Psikoterapi.....	159
5.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya .....	160
5.2.5 Bagi Jurusan Psikologi.....	160
DAFTAR PUSTAKA .....	161
LAMPIRAN .....	164

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1. Unit Analisis Penelitian .....	49
Tabel 3.2. Kriteria dan Penentuan Narasumber .....	51
Tabel 3.3. Sebaran Aitem dalam <i>Recilience Quotion Test</i> .....	57
Tabel 3.4. Acuan Penilaian <i>Recilience Quotion Test</i> .....	58
Tabel 3.5. Norma <i>Recilience Quotion Test</i> .....	59
Tabel 3.6. Iktisar Kriteria dan Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data .....	63
Tabel 4.1. Bangunan Fisik RSJD-AGH .....	68
Tabel 4.2. Ketenagaan di RSJD-AGH .....	70
Tabel 4.3. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS1.....	103
Tabel 4.4. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS2.....	106
Tabel 4.5. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS3.....	108
Tabel 4.6. Hasil dari <i>Recilience Quotion Test</i> Ketiga Subjek.....	118
Tabel 4.7. Hasil Observasi Resiliensi Ketiga Subjek.....	119
Tabel 4.8. Hasil Observasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.....	124
Tabel 4.9. Skor Aspek Regulasi Emosi Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	131
Tabel 4.10 Skor Aspek Pengendalian Impuls Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	133
Tabel 4.11 Skor Aspek Optimisme Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	134
Tabel 4.12 Skor Aspek Analisis Kausal Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	136
Tabel.4.13 Skor Aspek Empati Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	137
Tabel 4.14 Skor Aspek Efikasi Diri Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	138
Tabel 4.15 Skor Aspek <i>Reaching Out</i> Berdasarkan <i>RQ-Test</i> .....	138
Tabel 4.16 Hasil Observasi Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Reesiliency Keluarga Pasien Skizofrenia .....	142
Tabel 4.17 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.....	146

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Verbatim .....	164
1. Narasumber Utama Ke-1 (IHM) .....	189
2 Narasumber Utama Ke-2 (IK) .....	194
3 Narasumber Utama Ke-3 (ISI) .....	198
4 Narasumber Utama Ke-4 (ITW) .....	207
5 Narasumber Utama Ke-5 (PK) .....	216
6 Narasumber Sekunder Ke-1 (IM) .....	225
7 Narasumber Sekunder Ke-2 (IW) .....	228
8 Narasumber Sekunder Ke-3 (PI) .....	231
9 Narasumber Sekunder Ke-4 (PS-1) .....	233
10 Narasumber Sekunder Ke-5 (PS-2) .....	235
11 Narasumber Sekunder Ke-6 (PS-3).....	237
Lampiran 2: Catatan Lapangan .....	239
1 <i>Cross Ceck</i> Fenomena .....	239
2 Proses PMFG .....	240
3 Kunjungan Ke Rumah Pasien 1.....	241
4 Kunjungan Ke Rumah Pasien 2.....	242
5 Kunjungan Ke Rumah Pasien 3.....	243
6 Mengamati Kegiatan Pasien di Gedung Rehabilitasi .....	244
Lampiran 3 <i>Checklist</i> .....	245
Lampiran 4 <i>Interview guide</i> .....	247
Lampiran 5 <i>Recilience Quotiont Test</i> .....	249
Lampiran 7 Surat Izin Pra-Penelitian.....	254
Lampiran 8 Surat Izin Penelitian .....	256
Lampiran 9 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian .....	257
Lampiran 10 Surat Izin Kunjungan Ke Rumah Pasien .....	258
Lampiran 11 Dokumentasi Proses Penelitian .....	259
Lampiran 12 Peta RSJD-AGH.....	261

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Permasalahan hidup yang tidak terduga dan datang secara tiba-tiba menjadikan seseorang merasakan tekanan mental yang amat berat. Kehilangan harta benda, meninggalnya salah satu anggota keluarga, bencana alam, atau kehilangan orang yang paling dikasihi sering kali mengarahkan pada gangguan jiwa baik ringan maupun berat bahkan sampai pada tahapan *suicide* atau bunuh diri. Sayangnya pemahaman masyarakat tentang penanganan gangguan jiwa masih sangat minim.

Menurut Marchira, pemahaman tentang gangguan skizofrenia di kalangan masyarakat relatif rendah. Keluarga umumnya menyangkal jika salah satu anggotanya mengalami gangguan jiwa karena takut terkena stigma. Akibatnya, penderita terlambat ditangani dokter. Padahal, semakin cepat ditangani, semakin besar kemungkinan penderita bisa pulih (Kompas, 2011: 2).

Ketika seorang anggota keluarga menderita penyakit fisik dan harus dirawat di rumah sakit, keluarga pasien akan bergiliran menjaga pasien di rumah sakit. Namun, berbeda ketika yang diderita adalah penyakit mental. Keluarga pasien gangguan jiwa lebih memilih untuk menyerahkan sepenuhnya proses perawatan pasien kepada pihak rumah sakit. Malahan ketika pasien telah dinyatakan sembuh oleh pihak rumah sakit keluarga pasien masih banyak yang menolak kepulangan pasien dengan alasan belum siap.

Sebagaimana penelitian yang dilaksanakan oleh Amalia (2009:233) disimpulkan bahwa keluarga pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondo Hutomo (RSJD-AGH) Semarang belum siap menerima kepulangan pasien gangguan jiwa yang telah dinyatakan sembuh. Ketidaksiapan keluarga pasien ini biasanya disebabkan oleh rasa malu akibat memiliki keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kebingungan dalam melaksanakan rawat rumah terhadap anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, atau ketakutan akan *relapse* yang tidak mampu diatasi oleh anggota keluarga. Padahal keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan pasien dan merupakan perawat utama bagi pasien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan pasien di rumah.

Mengatasi masalah gangguan jiwa, penyembuhan yang dibutuhkan bukan hanya secara fisik, yakni ketika penderita itu dirawat di rumah sakit, melainkan juga dibutuhkan penanganan secara preventif, promotif, terapi, serta rehabilitasi. Sayangnya, selama ini penanganan yang dilakukan hanya sebatas penanganan fisik.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSJD-AGH Semarang Kurangnya peran keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa dapat dilihat dari jumlah pasien bulan Februari-Agustus 2010 ialah 402 pasien dengan jumlah kunjungan keluarga hanya 72 pengunjung. Data tersebut menginformasikan bahwa rata-rata hanya 10 pengunjung setiap bulannya yang datang untuk mengunjungi keluarganya.

Keluarga umumnya datang hanya pada saat mengantarkan pasien untuk rawat inap. Setelah itu keluarga sebagian besar tidak pernah berkunjung ke RSJ lagi bahkan tidak menjemput pasien ketika pasien sudah dinyatakan “sembuh” dan diperbolehkan pulang. Kurangnya dukungan keluarga inilah yang kemudian menyebabkan proses penyembuhan pasien gangguan jiwa berlangsung lama. Bahkan ketika pasien telah dinyatakan sembuh dan kemudian dipulangkan, beberapa waktu kemudian pasien kembali lagi kerumah sakit akibat *relapse*.

Peraturan dari Departemen Kesehatan mengenai *Bed Occupation Rate* (BOR) untuk RSJ maksimal kamar yang terisi adalah 85%. Hal ini dimaksudkan agar pasien RSJ mendapatkan perawatan yang tenang dan nyaman. Jika terlalu penuh dikhawatirkan proses penyembuhan tidak maksimal. Namun, di RSJD-AGH Semarang BOR ini telah jauh terlampaui. Dari 285 *bed* yang ada rata-rata dalam dua tahun ini terisi sebanyak 95% bahkan pada awal 2011 ini telah mencapai 100% (Suara Merdeka, 2011:4).

Untuk menurunkan jumlah pasien, RSJD-AGH Semarang secara berkala menggelar pengobatan keluar, turun ke desa-desa dengan menggunakan mobil unit mencari orang yang dipasung. Targetnya adalah daerah-daerah dengan angka kejadian terbesar yakni Pekalongan, Blora, Pati dan Jepara. Disamping itu program ini juga memberikan tindakan preventif dengan penyuluhan kepada masyarakat. Hal ini dilakukan akibat masyarakat belum mengetahui tentang gejala dini sakit kejiwaan (Suara Merdeka, 2011:4).

Tidak dapat dipungkiri bahwa keberadaan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengakibatkan tugas baru bagi anggota keluarga pun



muncul ketika pihak rumah sakit telah memulangkan pasien gangguan jiwa kepada keluarganya. Terlebih lagi stigma yang beredar ditengah masyarakat mengenai gangguan jiwa mengakibatkan keluarga terkadang harus menanggung rasa malu.

Penelitian Eaton (dalam Wiramihardja, 2005:149) mengungkapkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dari pada jenis gangguan mental lainnya. Sekitar 50% sampai 80% orang-orang yang masuk rumah sakit atas dasar satu episode skizofrenia, akan mendapatkan perawatan kembali di rumah sakit untuk periode lain kehidupannya.

Disamping itu penelitian McGlashan (dalam Wiramihardja, 2005:149) juga mengungkapkan bahwa harapan hidup orang-orang skizofrenia adalah sepuluh tahun lebih pendek dari pada orang yang tanpa gangguan skizofrenia. Sebanyak 10% dari orang-orang dengan gangguan skizofrenia melakukan bunuh diri.

Penelitian Reiss dan Hogarty (dalam Lebow, 2005:207) menunjukkan hasil bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan skizofrenia atau gangguan mental lain mengalami berbagai macam bentuk stres yang mengakibatkan kondisi ini menjadi sulit untuk dihadapi. Hal ini dipengaruhi oleh isolasi sosial, stigmatisasi, dan beban psikologis serta beban ekonomi yang semakin meningkat.

Pribadi yang mampu bertahan dalam kondisi sulit disebut dengan pribadi yang memiliki resiliensi. Resiliensi diartikan sebagai kualitas pribadi yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes saat dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal (Connor & Davidson, 2003:76).

Penelitian Bonanno (2005:136) menunjukkan bahwa resiliensi merupakan respon utama dalam menghadapi potensi-potensi trauma, disamping itu Bonanno juga menyatakan bahwa resiliensi bukan semata-mata *coping*, melainkan *flexible and pragmatic coping*.

Peningkatan resiliensi keluarga merupakan usaha untuk membangun kekuatan keluarga dalam menghadapi permasalahan yang dihadapinya. Asumsi yang mendasari hal ini yakni pemahaman bahwa krisis dalam keluarga yang terjadi secara terus menerus akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga. Mediasi yang dilakukan oleh para klinisi melalui terapi keluarga akan menjadi kunci kesuksesan proses penyembuhan anggota keluarga yang menderita penyakit mental, begitu pula keluarganya (Walsh, 2002:2).

Resiliensi keluarga menurut McCubbin dan McCubbin (dalam Patterson, 2002:352) merupakan karakteristik, dimensi, dan kekayaan yang dimiliki keluarga yang menolong keluarga menghadapi kekacauan yang menuntut perubahan dan adaptasi dalam situasi krisis.

Selama ini pengobatan pada pasien gangguan jiwa hanya berfokus pada pasien, padahal dampak dari adanya keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga turut mempengaruhi kondisi psikologis keluarga. Pasien dan keluarga pada dasarnya mengalami banyak reaksi yang sama dalam menghadapi suatu penyakit yakni penolakan (*denial*), marah (*anger*), kompromi (*bargaining*), depresi (*depression*), dan pada akhirnya penerimaan (*acceptance*), hanya saja dalam waktu yang tidak sama (Kuber-Ross,1996 dalam Taylor, 2000:415).

Untuk meningkatkan kesehatan mental keluarga agar dapat menjadi lingkungan sosial yang nyaman bagi pasien yang dinyatakan sembuh dan dapat dipulangkan, perlu adanya upaya khusus yang ditujukan kepada anggota keluarga pasien gangguan jiwa.

Terapi keluarga yang berbasis *psychoeducation* sangat penting, baik bagi pasien skizofrenia maupun keluarganya. Mengetahui bagaimana mengenali perubahan yang terjadi pada pasien, bagaimana berkomunikasi dengan pasien, dan bagaimana cara mendukung kesembuhan pasien merupakan keterampilan yang dapat dibentuk melalui terapi keluarga (Hauser, 2009:142).

Terapi Keluarga merupakan suatu psikoterapi dengan fokus pada penangan keluarga sebagai unit, sehingga dalam pelaksanaannya terapis membantu keluarga dalam mengidentifikasi dan memperbaiki keadaan yang maladaptif, kontrol diri pada anggota keluarga yang kurang, serta pola hubungan berulang yang tidak konstruktif.

Tujuan dari terapi keluarga tersebut lebih ditekankan pada keluarga yang menjalankan terapi yaitu mengembalikan fungsi dasar keluarga serta membantu proses penyesuaian pasien setelah selesai dari program perawatan agar dapat berfungsi kembali khususnya dalam keluarga dan umumnya di masyarakat.

Manfaat bagi keluarga sendiri ialah keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia sehingga lebih dapat menerima, toleran, serta tetap mampu menjalankan fungsinya sebagai individu meski disertai dengan kewajiban baru yakni merawat anggota keluarga

yang masih dalam proses rehabilitasi akibat pernah mengalami gangguan skizofrenia.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan pada keluarga dari pasien skizofrenia menunjukkan hasil yang kuat bahwa keluarga sangat berpengaruh, baik terhadap *onset* maupun kesembuhan pasien skizofrenia. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Singer dan Wynne (dalam Schartz, 2004:302) yang menyebut penyimpangan komunikasi (*communication deviance*) dalam keluarga sebagai faktor yang menyebabkan gangguan skizofrenia.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Lopez dkk (dalam Schartz, 2004:409) menemukan bahwa atribusi dan kritik dari keluarga terhadap pasien sangat menentukan dalam proses penyembuhan penyakit pasien. Selain itu Theodore Lidz's (dalam Schartz, 2004:410) melakukan penelitian terhadap dinamika keluarga pasien skizofrenia dan menemukan bahwa peraturan keluarga yang keras, model pengasuhan yang salah, penolakan ibu, dan ayah yang gagal atau tidak berfungsi dalam keluarga turut menjadi penyebab utama dalam gangguan skizofrenia.

Sementara itu Backer dan Richardson, (dalam Schartz, 2004:302) menemukan bahwa terapi keluarga meningkatkan kemampuan *coping stress* keluarga dalam merawat, beradaptasi dan mensupport kesembuhan pasien Skizofrenia. Oleh karena itu intervensi terhadap keluarga perlu dilakukan dalam rangka proses penyembuhan pasien skizofrenia. Karena pada akhirnya keluarga yang menjadi lingkungan pertama pasien dalam belajar kembali ke masyarakat.

Menurut Hamargo Murni, psikolog dari RSJD-AGH Semarang ditemukan bahwa rumah sakit sering menolak pasien akibat dari seluruh bangsal telah penuh. Selain itu ada beberapa anggota keluarga yang kemudian ikut merasakan adanya gejala gangguan jiwa. Misalnya, pada awalnya ayah yang menderita gangguan skizofrenia, lama kelamaan anak atau istrinya juga ikut menjalani rawat jalan di RSJD-AGH. Penelitian Hauser dkk (2009:142) menunjukkan bahwa terapi keluarga efektif untuk menurunkan resiko orang-orang yang beresiko tinggi terhadap skizofrenia.

Salah satu bentuk terapi keluarga yang langsung mengacu pada isu-isu yang dialami oleh keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami penyakit mental disebut sebagai *Psychoeducational Multifamily Group* (PMFG) (Lebow, 2005:207).

Berdasarkan fenomena di atas dirasa perlu diadakan penelitian untuk mengungkap Resiliensi keluarga pasien skizofrenia pasca diberikan *Psychoeducational Multifamily Group* (PMFG).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH Semarang pasca diberikan *psychoeducational multifamily group* (PMFG)?
2. Bagaimanakah keefektifan *psychoeducational multifamily group* (PMFG) dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia?

### **1.3. Penegasan Istilah**

#### *1. Psychoeducational Multy Family Group (PMFG)*

Merupakan suatu perlakuan yang diberikan kepada keluarga sebagai usaha untuk menyelesaikan permasalahan-permasalahan yang dihadapi keluarga. Biasanya dilaksanakan dalam bentuk kelompok yang terdiri dari beberapa anggota keluarga pasien skizofrenia dan didampingi oleh seorang psikiater, psikolog, perawat, dan petugas dari dinas sosial.

#### *2. Resiliensi*

Merupakan suatu kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam bertahan terhadap kondisi sulit yang mungkin mengganggu fungsinya sebagai individu. Pribadi dengan resiliensi ini biasanya tetap mampu berfungsi normal baik sebagai individu maupun sebagai anggota masyarakat meskipun sedang mengalami permasalahan yang sulit atau tanggung jawab yang berat.

#### *3. Keluarga Pasien Skizofrenia*

Anggota keluarga yang meliputi ayah, ibu, kakak, adik, paman, atau bibi yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan skizofrenia. Keluarga yang dimaksudkan adalah keluarga yang dalam kesehariannya sering berinteraksi dengan anggota keluarga yang menderita skizofrenia, misalnya tinggal serumah, atau berdekatan rumah.

### **1.4. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH Semarang pasca diberikan *psychoeducational multifamily group* (PMFG).
2. Untuk mengetahui keefektifan *psychoeducational multifamily group* (PMFG) dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia.

### **1.5. Kontribusi Penelitian**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Untuk memperkaya khasanah penelitian ilmiah, terutama pada bidang Psikologi Klinis serta sebagai refensi dalam pengembangan pelayanan pada institusi kesehatan jiwa.

#### **2. Manfaat Praktis**

- a. Bagi peneliti menambah pengetahuan dan pengalaman.
- b. Sebagai masukan bagi rumah sakit jiwa dalam menentukan program yang bermanfaat bagi kesembuhan pasien gangguan jiwa.
- c. Memberikan informasi tentang pengaruh metode terapi keluarga yang selama ini dilaksanakan terhadap keberhasilan proses pengembalian pasien gangguan jiwa kepada masyarakat.
- d. Menciptakan lingkungan sosial yang sehat bagi pasien maupun keluarganya.
- e. Memberikan pemahaman terhadap keluarga pasien skizofrenia mengenai cara mengatasi permasalahan psikologis yang timbul akibat adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia.

## 1.6. Urgensi Penelitian

Urgensi dari penelitian ini adalah sebagai masukan kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Amino Ghondo Utomo Semarang tentang sejauh mana keberhasilan program terapi keluarga yang selama ini telah dilaksanakan.





## **BAB 2**

### **PERSPEKTIF TEORETIS DAN KAJIAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dibahas landasan teori berdasarkan studi kepustakaan mengenai resiliensi, *psychoeducational multifamily group* (PMFG), keluarga, dan skizofrenia serta dinamika psikologis.

#### **2.1. Resiliensi**

##### **2.1.1 Pengertian Resiliensi**

Semua orang yang menghadapi kesengsaraan, rasa malu, musibah, ketidakmampuan baik fisik maupun psikis menjadi stres berat dan kemudian depresi. Beberapa orang menunjukkan kemampuan untuk menghadapi kesedihan tanpa menjadi terpuruk di dalamnya. Kemampuan untuk menghadapi segala macam kondisi dalam hidup inilah yang dikenal dengan sebutan resiliensi.

Secara etimologis resiliensi diadaptasi dari kata dalam Bahasa Inggris *resilience* yang berarti daya lenting atau kemampuan untuk kembali dalam bentuk semula (Poerwadarminta, 1982:178).

Istilah resiliensi diformulasikan pertama kali oleh Block (dalam Klohn, 1996:21) dengan nama *ego-resilience*, yang diartikan sebagai kemampuan umum yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes saat dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal. Secara spesifik, *ego-resilience* didefinisikan sebagai: “*Personality resource that allows individual to modify their characteristic level and habitual mode of expression of ego-control*

*as the most adaptively encounter, function in and shape their immediate and long term environmental context,”* (Block, dalam Klohnen, 1996:45).

Berdasarkan definisi yang dikemukakan di atas, nampak bahwa ego *resilience* merupakan satu sumber kepribadian yang berfungsi membentuk konteks lingkungan jangka pendek maupun jangka panjang, di mana sumber daya tersebut memungkinkan individu untuk memodifikasi tingkat karakter dan cara mengekspresikan pengendalian ego yang biasa mereka lakukan.

Resiliensi adalah kemampuan atau kapasitas insani yang dimiliki seseorang, kelompok atau masyarakat yang memungkinkannya untuk menghadapi, mencegah, meminimalkan dan bahkan menghilangkan dampak-dampak yang merugikan dari kondisi-kondisi yang tidak menyenangkan atau bahkan mengubah kondisi yang menyengsarakan menjadi suatu hal yang wajar untuk diatasi. Resiliensi merupakan kombinasi dan hasil interaksi dari ketiga faktor resiliensi yaitu *I Have* (dukungan eksternal), *I am* (kekuatan pribadi), dan *I Can* (ketrampilan sosial dan penyelesaian masalah) (Grotberg, 1995:5).

Siebert (2005:5) mendefinisikan resiliensi sebagai kemampuan untuk melejit selama masa kehidupan yang awalnya terasa sangat berat. Pribadi yang resilien merespon kekacauan yang terjadi dalam hidupnya dengan cara yang sehat. Mereka membiarkan diri mereka merasakan kekecewaan, kehilangan, marah, dan kebingungan, tapi mereka tidak membiarkan perasaan-perasaan tersebut bertahan lama dalam diri mereka. Pribadi yang resilien tidak hanya berhasil menangani kesulitan dalam hidupnya melainkan pada akhirnya mereka dapat menjadi lebih kuat dari pada sebelumnya.

Penelitian Rutter dan Garmezy (dalam Klohnen 1996:46), tentang anak-anak yang mampu bertahan dalam situasi penuh tekanan. Dua peneliti tersebut menggunakan istilah resiliensi sebagai *descriptive labels* yang mereka gunakan untuk menggambarkan anak-anak yang mampu berfungsi secara baik walaupun mereka hidup dalam lingkungan buruk dan penuh tekanan.

Wolff (dalam Banaag, 2002:23), memandang resiliensi sebagai trait. Menurutnya, trait ini merupakan kapasitas tersembunyi yang muncul untuk melawan kehancuran individu dan melindungi individu dari segala rintangan kehidupan. Individu yang mempunyai intelegensi yang baik, mudah beradaptasi, dan berkepribadian yang menarik pada akhirnya memberikan kontribusi secara konsisten pada penghargaan diri sendiri, kompetensi, dan perasaan bahwa ia beruntung. Individu tersebut adalah individu yang resilien.

Secara umum, resiliensi dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mengatasi kekurangan, perubahan, gangguan, yang kesemua hal tersebut mengarah kepada daya lenting diri terhadap segala masalah.

Resiliensi adalah suatu karakteristik kuat yang ada dalam diri yang membuat individu sanggup mengatasi segala macam masalah, tantangan, dan rintangan. Bahasan ini mengacu pada kekuatan psikis dalam menghadapi kesulitan (*cope*) terhadap masalah yang besar sekalipun. Hal ini juga merupakan indikasi adanya suatu daya lenting diri yang membuat individu itu sanggup mengatasi situasi yang negatif dan berkembang menjadi individu yang berkualitas positif dan sehat.

Reivich dan Shatte (2002:1) mendefinisikan resiliensi sebagai kapasitas untuk merespon secara sehat dan dengan cara produktif ketika dihadapkan pada situasi yang sulit atau trauma; yaitu merupakan kapasitas yang penting untuk menghadapi *stress* dalam kehidupan sehari-hari dan untuk memperluas serta memperkaya kehidupan seseorang.

Foster (dalam Devis, 1999:41) membedakan antara *coping*, adaptasi, dan resiliensi sebagai berikut: Foster melihat *coping* sebagai suatu respon kompleks terhadap *stress* atau situasi yang menantang dimana biasanya ini menetap dalam karakteristik seseorang. Adaptasi adalah suatu pergerakan dari respon protektif atau pertahanan diri dalam menghadapi sesuatu untuk mengembangkan dan menyesuaikan dengan lingkungan. Sedangkan resiliensi merupakan perubahan yang positif dengan mempertahankan secara aktif *coping* yang tersembunyi serta kapasitas beradaptasi melalui berbagai mekanisme (seperti penyembuhan, pemulihan, dan perbaikan) yang tidak dengan cepat muncul tetapi melalui perjalanan waktu yang akan terlihat hasilnya. Rutter (dalam Devis, 1999:42) menekankan bahwa resiliensi tidak dapat dilihat sebagai atribut yang menetap pada seseorang. Jika lingkungan berubah resiliensi pun dapat berubah.

Selain itu Joseph (dalam Issacson, 2002:12) menjelaskan resiliensi sebagai kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dan beradaptasi dengan perubahan, tuntutan, dan kekecewaan yang ada pada kehidupan sehari-hari. Wenner dan Smith (dalam Issacson, 2002:13) mendefinisikan resiliensi sebagai suatu kapasitas untuk mengatasi stres internal yang berupa keterbatasan mereka dan juga stres eksternal (seperti penyakit, kehilangan, dan juga keretakan keluarga).

Rutter (dalam Issacson, 2002:14) memandang resiliensi sebagai kapasitas individu yang mampu mengatasi kesulitan, bertahan dalam stres, dan tetap dapat berkembang diatas suatu keterbatasan. Gallagher dan Ramey (dalam Issacson, 2002:15) berpendapat bahwa resiliensi adalah kapasitas untuk pulih secara spontan dari masalah atau mengkompensasi keterbatasan personal yang ada.

Werner dan Smith (dalam Isaacson 2002:15) mendefinisikan resiliensi sebagai suatu kapasitas untuk mengatasi stres internal dan mengatasi stres eksternal dengan efektif. Stres internal berupa keterbatasan diri (kekurangan). Stres eksternal (seperti penyakit, kehilangan, dan juga keretakan keluarga atau anggota keluarga yang sakit).

Berdasarkan definisi-definisi yang telah dijabarkan, maka dapat disimpulkan bahwa resiliensi sebagai suatu kapasitas atau kemampuan individu untuk mengatasi masalah yang penuh tekanan yang terjadi dalam kehidupan, dengan memberikan respon yang tepat serta kemampuan bertahan untuk tetap memberikan respon positif terhadap segala masalah dan tekanan. Individu tersebut mampu bertahan terhadap tekanan dan tuntutan-tuntutan serta kapasitas diri, yang salah satunya dapat dilakukan dengan cara menyesuaikan diri terhadap masalah tersebut. Individu tersebut selalu dapat bangkit kembali sehingga akhirnya mampu melampaui kemungkinan kegagalan dan dapat membangun kehidupan masa depan dan masa kini dengan lebih baik.

Siebert (2005:5), menyimpulkan bahwa resiliensi sebagai kemampuan untuk:

1. Penanganan yang baik terhadap tingkat kekacauan yang tinggi.

2. Tetap sehat dan berenergi ketika berada pada tekanan yang terus-menerus.
3. Mudah bangkit dari keterpurukan.
4. Menyelesaikan permasalahan.
5. Merubah cara kerja dan cara hidup ketika cara lama tidak lagi mungkin untuk digunakan.
6. Melakukan semua yang tertera diatas tanpa gangguan dan cara-cara yang membahayakan.

Menurut *National Network for Family Resiliency*, resiliensi adalah kemampuan seseorang yang dalam hal ini adalah keluarga untuk menggunakan kekuatannya dalam menghadapi tantangan kehidupan, termasuk kemampuan keluarga kembali berfungsi seperti sebelum adanya krisis (Henderson, 2003:199).

### **2.1.2 Aspek-Aspek Resiliensi**

Menurut Reivich dan Shatte (2002:36-47) terdapat tujuh aspek psikologis yang membangun kemampuan resiliensi seseorang, tujuh aspek tersebut adalah :

#### **2.1.2.1 Regulasi Emosi**

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang di bawah tekanan. Individu yang memiliki kemampuan regulasi emosi yang baik dapat mengembangkan kemampuan dan mampu menolong diri sendiri dalam mengendalikan emosi, perhatian, dan tingkah laku mereka.

Individu yang memiliki kemampuan regulasi emosi dapat mengendalikan dirinya saat sedang kesal dan dapat mengatasi rasa cemas, sedih atau marah sehingga mempercepat pemecahan masalah. Reivich dan Shatte (2002:36)

menyatakan bahwa individu yang resilien adalah individu yang mampu menampilkan emosi negatif maupun positif sesuai dengan tempatnya.

Regulasi emosi ini sangat penting dalam membentuk hubungan yang intim, sukses dalam pekerjaan, dan mempertahankan kesehatan fisik. Reivich dan Shatte (2002:37), mengatakan bahwa tidak semua emosi itu harus dan bisa dikendalikan karena pengekspresian emosi merupakan hal yang sehat dan konstruktif asalkan hal itu dilakukan sesuai dengan konteks yang terjadi. Seseorang yang memiliki kesulitan dalam meregulasi emosi, akan cenderung menjadi kurang efektif dalam mengatasi kesulitan dan pemecahan masalah serta sulit dalam mempertahankan dan membangun hubungan dengan orang lain serta sulit berkonsentrasi dalam kerja. Dua hal penting yang terkait regulasi emosi, yaitu ketenangan (*calming*) dan fokus (*focusing*).

#### **2.1.2.2 Pengendalian Impuls**

Reivich dan Shatte (2002:39) mendefinisikan pengendalian impuls sebagai kemampuan untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dalam diri seseorang. Pengendalian impuls berhubungan dengan regulasi diri, yaitu apabila pengendalian impuls tinggi maka regulasi emosi juga cenderung tinggi. Pengendalian impuls ini juga berhubungan dengan kebutuhan atau keinginan tertentu yang dapat mengganggu ataupun menghambat perkembangan.

Individu yang memiliki pengendalian impuls yang rendah pada umumnya percaya pada pemikiran impulsnya mengenai situasi sebagai kenyataan dan bertindak sesuai dengan situasi tersebut. Reivich dan Shatte (2002:39) juga

menyebutkan bahwa individu dengan pengendalian impuls yang rendah sering mengalami perubahan emosi dengan cepat yang cenderung mengendalikan perilaku dan pikiran mereka.

Hal ini mengakibatkan individu seringkali kehilangan kesabaran, mudah marah, impulsif dan berlaku agresif pada situasi-situasi kecil yang tidak terlalu penting, sehingga nantinya akan muncul masalah pada hubungan sosial dan akan meluas pada lingkungan sosial.

#### *2.1.2.3 Optimisme*

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Ia percaya bahwa suatu hal yang mereka hadapi dapat berubah menjadi baik. Mereka memiliki harapan untuk masa depan bahwa mereka mampu mengontrol hidupnya. Optimisme dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang menghadang.

Individu yang optimis yakin bahwa dirinya mampu mengatasi masalah-masalah yang muncul di masa datang. Hal ini berhubungan dengan *self efficacy*, yaitu keyakinan bahwa diri ini sanggup mengatasi masalah dan bisa menggapai kesuksesan. Optimisme individu ini, nantinya akan menggerakkan diri untuk mencari jalan keluar secara terus menerus dan bekerja keras untuk memperbaiki situasi yang buruk menjadi lebih baik lagi (Reivich dan Shatte, 2002:40).

#### *2.1.2.4 Analisis Kausal*

Analisis kausal adalah kemampuan mengidentifikasi secara akurat mengenai penyebab dari suatu masalah (Reivich dan Shatte, 2002:41).



#### 2.1.2.5 Empati

Empati mengacu pada kemampuan individu untuk merasakan apa yang orang lain rasakan. Reivich dan Shatte (2002:44), menjelaskan bahwa empati adalah kemampuan individu untuk membaca keadaan psikologis dan emosional, yang terjadi pada orang lain.

#### 2.1.2.6 Self-Efficacy

Reivich dan Shatte (2002:45) menyatakan bahwa *self-efficacy* adalah keyakinan bahwa diri ini mampu menghadapi dan memecahkan masalah dengan efektif. Individu dengan *self-efficacy* yang tinggi memiliki komitmen dalam memecahkan masalah dan tidak akan menyerah untuk menemukan solusi atau strategi-strategi yang bisa membuat dirinya berhasil memecahkan masalah.

#### 2.1.2.7 Reaching Out

Adalah kemampuan seseorang untuk menemukan dan membentuk suatu hubungan yang baik dengan orang lain, seperti berbagi cerita dan perasaan, meminta bantuan, untuk saling membantu dalam menyelesaikan masalah personal, interpersonal maupun dalam memecahkan konflik dengan berdiskusi dengan keluarga.

Sementara itu Conor dan Davidson (dalam Yu dan Zhang, 2007:20) mengungkapkan bahwa resiliensi memiliki lima indikator sebagai berikut:

1. Kompetensi pribadi, standard yang tinggi dan ketahanan, menyokong kekuatan seseorang untuk kuat dan setia pada satu tujuan ketika dihadapkan pada situasi yang traumatik.

2. Kepercayaan seseorang pada naluri, toleransi pada pengaruh negatif, memiliki kekuatan dari pengaruh stres.
3. Penerimaan diri yang positif terhadap perubahan dan hubungan aman dengan orang lain.
4. Kontrol, termasuk kontrol seseorang yang mengarah pada tujuan dan usaha untuk memperoleh dukungan orang lain.
5. Pengaruh spiritual dan kepercayaan seseorang pada Tuhan dan takdir

### **2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi**

Banyak penelitian yang berusaha untuk mengidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap resiliensi seseorang. Faktor tersebut meliputi dukungan eksternal dan sumber-sumber yang ada pada diri seseorang (misalnya keluarga, lembaga-lembaga pemerhati, dan sebagainya), kekuatan personal yang berkembang dalam diri seseorang (seperti *self-esteem*, *capacity for self monitoring*, spiritualitas dan *altruism*), dan kemampuan sosial (seperti mengatasi konflik dan kemampuan berkomunikasi).

Grotberg (1995:4), mengemukakan faktor-faktor resiliensi yang diidentifikasi berdasarkan sumber-sumber yang berbeda. Untuk kekuatan individu, dalam diri pribadi digunakan istilah '*I Am*', untuk dukungan eksternal dan sumber-sumbernya, digunakan istilah '*I Have*', sedangkan untuk kemampuan interpersonal digunakan istilah '*I Can*'.

Berikut ini akan dijelaskan mengenai faktor-faktor resiliensi yang dapat menggambarkan resiliensi pada individu. *I Am*, *I Have*, *I Can* merupakan

karakteristik untuk meningkatkan resiliensi dari *the principal investigator of the internasional resilience project* (Grotberg, 1995:4).

#### 2.1.3.1 Faktor Kekuatan Individu

Faktor kekuatan individu disebut Grotberg sebagai faktor '*I Am*', merupakan kekuatan yang berasal dari dalam diri, seperti perasaan, tingkah laku dan kepercayaan yang terdapat dalam diri seseorang. Faktor ini terdiri dari beberapa bagian antara lain; bangga pada diri sendiri, perasaan dicintai dan sikap yang menarik, individu dipenuhi harapan, iman, dan kepercayaan, mencintai, empati dan *altruistic*, yang terakhir adalah mandiri dan bertanggung jawab.

Berikut ini, akan dijelaskan satu persatu mengenai bagian-bagian dari faktor kekuatan individu:

Bangga pada diri sendiri; individu tahu bahwa mereka adalah seorang yang penting dan merasa bangga akan siapakah mereka itu dan apapun yang mereka lakukan atau akan dicapai. Individu itu tidak akan membiarkan orang lain meremehkan atau merendahkan mereka. Ketika individu mempunyai masalah dalam hidup, kepercayaan diri dan *self esteem* membantu mereka untuk dapat bertahan dan mengatasi masalah tersebut.

Perasaan dicintai dan sikap yang menarik; Individu pasti mempunyai orang yang menyukai dan mencintainya. Individu akan bersikap baik terhadap orang-orang yang menyukai dan mencintainya. Seseorang dapat mengatur sikap dan perilakunya jika menghadapi respon-respon yang berbeda ketika berbicara dengan orang lain. Bagian yang lain adalah dipenuhi harapan, iman, dan

kepercayaan. Individu percaya ada harapan bagi mereka, serta orang lain dan institusi yang dapat dipercaya.

Individu merasakan mana yang benar maupun salah, dan ingin ikut serta di dalamnya. Individu mempunyai kepercayaan diri dan iman dalam moral dan kebaikan, serta dapat mengekspresikannya sebagai kepercayaan terhadap Tuhan dan manusia yang mempunyai spiritual yang lebih tinggi.

Mencintai, empati, *altruistic*; yaitu ketika seseorang mencintai orang lain dan mengekspresikan cinta itu dengan berbagai macam cara. Individu peduli terhadap apa yang terjadi pada orang lain dan mengekspresikan melalui berbagai perilaku atau kata-kata. Individu merasakan ketidaknyamanan dan penderitaan orang lain dan ingin melakukan sesuatu untuk menghentikan atau berbagi penderitaan atau memberikan kenyamanan.

Bagian yang terakhir adalah mandiri dan bertanggung jawab. Individu dapat melakukan berbagai macam hal menurut keinginan mereka dan menerima berbagai konsekuensi dan perilakunya. Individu merasakan bahwa ia bisa mandiri dan bertanggung jawab atas hal tersebut. Individu mengerti batasan kontrol mereka terhadap berbagai kegiatan dan mengetahui saat orang lain bertanggung jawab.

#### 2.1.3.2 Faktor Dukungan Eksternal

Faktor dukungan eksternal ini disebut Grothberg sebagai faktor '*I Have*', merupakan bantuan dan sumber dari luar yang meningkatkan resiliensi. Sumber-sumbernya adalah memberi semangat agar mandiri, dimana individu baik yang independen maupun masih tergantung dengan keluarga, secara konsisten bisa

mendapatkan pelayanan seperti rumah sakit, dokter, atau pelayanan lain yang sejenis.

Struktur dan aturan rumah, setiap keluarga mempunyai aturan-aturan yang harus diikuti, jika ada anggota keluarga yang tidak mematuhi aturan tersebut maka akan diberikan penjelasan atau hukuman. Sebaliknya jika anggota keluarga mematuhi aturan tersebut maka akan diberikan pujian.

*Role models* juga merupakan sumber dari faktor dukungan eksternal yaitu orang-orang yang dapat menunjukkan apa yang individu harus lakukan seperti informasi terhadap sesuatu dan memberi semangat agar individu mengikutinya.

Sumber yang terakhir adalah mempunyai hubungan. Orang-orang terdekat dari individu seperti suami, anak, orang tua merupakan orang yang mencintai dan menerima individu tersebut. Tetapi individu juga membutuhkan cinta dan dukungan dari orang lain yang kadangkala dapat memenuhi kebutuhan kasih sayang yang kurang dari orang terdekat mereka.

#### 2.1.3.3 *Ketrampilan Sosial dan Penyelesaian Masalah*

Faktor keterampilan sosial dan penyelesaian masalah disebut Grothberg sebagai faktor '*I Can*', merupakan kompetensi sosial dan interpersonal seseorang. Bagian-bagian dari faktor ini adalah mengatur berbagai perasaan dan rangsangan dimana individu dapat mengenali perasaan mereka, mengenali berbagai jenis emosi, dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan tingkah laku namun tidak menggunakan kekerasan terhadap perasaan dan hak orang lain maupun diri sendiri. Individu juga dapat mengatur rangsangan untuk memukul, kabur, merusak barang, atau melakukan berbagai tindakan yang tidak menyenangkan.

Mencari hubungan yang dapat dipercaya dimana individu dapat menemukan seseorang misalnya orang tua, saudara, teman sebaya untuk meminta pertolongan, berbagi perasaan dan perhatian, guna mencari cara terbaik untuk mendiskusikan dan menyelesaikan masalah personal dan interpersonal.

Sumber yang lain adalah keterampilan berkomunikasi dimana individu mampu mengekspresikan berbagai macam pikiran dan perasaan kepada orang lain dan dapat mendengar apa yang orang lain katakan serta merasakan perasaan orang lain.

Mengukur temperamen diri sendiri dan orang lain dimana individu memahami temperamen mereka sendiri (bagaimana bertingkah, merangsang, dan mengambil resiko atau diam, reflek dan berhati-hati) dan juga terhadap temperamen orang lain. Hal ini menolong individu untuk mengetahui berapa lama waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, membantu individu untuk mengetahui kecepatan untuk bereaksi, dan berapa banyak individu mampu sukses dalam berbagai situasi.

Bagian yang terakhir adalah kemampuan memecahkan masalah. Individu dapat menilai suatu masalah secara alami serta mengetahui apa yang mereka butuhkan agar dapat memecahkan masalah dan bantuan apa yang mereka butuhkan dari orang lain. Individu dapat membicarakan berbagai masalah dengan orang lain dan menemukan penyelesaian masalah yang paling tepat dan menyenangkan. Individu terus-menerus bertahan dengan suatu masalah sampai masalah tersebut terpecahkan.

Setiap faktor dari *I Am*, *I Have*, *I Can* memberikan kontribusi pada berbagai macam tindakan yang dapat meningkatkan potensi resiliensi. Individu yang resilien tidak membutuhkan semua sumber-sumber dari setiap faktor, tetapi apabila individu hanya memiliki satu faktor individu tersebut tidak dapat dikatakan sebagai individu yang beresiliensi, misalnya individu yang mampu berkomunikasi dengan baik (*I Can*) tetapi ia tidak mempunyai hubungan yang dekat dengan orang lain (*I Have*) dan tidak dapat mencintai orang lain (*I Am*), ia tidak termasuk orang yang memiliki resiliensi.

## **2.2. *Psychoeducational Multifamily Group (PMFG)***

### **2.2.1 Pengertian PMFG**

Lebow (2005:201) menyebutkan suatu model terapi keluarga yang disebut *Psychoeducational Multifamily Group (PMFG)* sebagai metode penanganan keluarga yang dimaksudkan untuk memberikan dukungan terhadap orang dengan gangguan mental. Model ini dilaksanakan dengan memberikan informasi yang akurat tentang gangguan mental dan didalamnya juga terdapat pelatihan untuk memecahkan permasalahan, keterampilan komunikasi, keterampilan *coping*, dan membangun dukungan sosial.

PMFG merupakan *treatment* yang menggabungkan aspek-aspek *family psychoeducation*, *family behavioral*, dan pendekatan *multiple-family*. PMFG adalah model *treatment* generasi kedua yang menggabungkan manfaat dari masing-masing sumbernya, meminimalisir kekurangan, dan meningkatkan kemungkinan keberhasilan terapi (Lebow, 2005:207).

Keluarga yang berusaha menangani anggota keluarga (saudara) yang menderita gangguan skizofrenia atau yang menderita gangguan mental lain sering mengalami berbagai macam bentuk stres yang membuat pengalaman ini sangat sulit ditangani. Proses ini disertai pula dengan isolasi sosial, stigmatisasi, dan meningkatnya beban, baik finansial maupun psikologis. PMFG langsung mengacu pada permasalahan semacam ini dengan menambah jumlah keluarga dalam sesi terapi dan memperluas jaringan dengan menghubungkan keluarga-keluarga yang memiliki permasalahan yang sama dengan menciptakan forum pendampingan dan menyediakan kesempatan mendengar pengalaman orang lain yang telah berhasil menemukan solusi dari permasalahannya (Lebow, 2005:207-208).

Tujuan dari terapi keluarga model PMFG ini meningkatkan kualitas hidup pasien sakit mental dan juga mengurangi ketegangan dan stres yang dialami keluarga. PMFG terbukti telah dapat meningkatkan hasil perawatan pasien skizofrenia dan *bipolar disorder*. Oleh sebab itu PMFG seharusnya diterapkan secara meluas dalam proses pengobatan penyakit mental (Lebow, 2005:202).

### **2.2.2 Metode Pelaksanaan PMFG**

Karakter utama dari pendekatan ini dapat diringkas menjadi tiga komponen:

#### **2.2.2.1 Keikutsertaan (*joining*)**

Intervensi ini minimal diikuti oleh tiga keluarga. Untuk alasan filosofis maupun praktis perencanaan *treatment* didasarkan pada keinginan dan hasil yang ingin dicapai oleh keluarga. Tiap sesi diawali dan diakhiri dengan sosialisasi untuk menurunkan tingkat kecemasan keluarga, mempererat hubungan, dan



menyediakan informasi yang diinginkan keluarga diluar penyakit yang sedang dihadapi.

Model ini terdiri dari tiga tahapan pertemuan: pertemuan pertama terapis mempresentasikan ulasan masalah dengan sangat memperhatikan tanda-tanda peringatan awal, kemudian bagaimana keluarga melaksanakan *coping* terhadap permasalahan awal, dan siapakah yang telah membantu menyelesaikan sebelumnya (sebelum keluarga melaksanakan terapi keluarga). Pertemuan kedua fokus terhadap dampak dari penyakit terhadap tiap-tiap anggota keluarga. Pertemuan ketiga terapis dan keluarga mendiskusikan tujuan terapi yang ingin dicapai (Lebow, 2005:210-211).

#### 2.2.2.2 Pendidikan Untuk Keluarga

Pendidikan dalam hal ini berisi berbagi informasi antara pihak rumah sakit dan anggota keluarga tentang proses biologis dan proses sosial terjadinya gangguan skizofrenia. Tujuan dari pendidikan ini adalah untuk mengurangi kecemasan dan perasaan bersalah keluarga pasien skizofrenia dan juga sebagai dasar bagi *treatment* selanjutnya dan proses rehabilitasi. Hal yang paling penting dari tahapan ini yakni menyadarkan anggota bahwa mereka bukanlah penyebab dari gangguan ini.

Hal-hal yang dibahas dalam tahapan ini yakni sebagai berikut:

- a. tingkat keparahan gangguan
- b. peran stres dalam memunculkan gejalanya
- c. tanda-tanda awal kekambuhan
- d. gejala-gejalanya, terutama gejala negatif

- e. fungsi dasar otak dan ketidakberfungsian pada penderita skizofrenia
- f. bagaimana pengaruh pengobatan psikiatrik terhadap otak dan efek sampingnya
- g. bagaimana penderita gangguan mental dapat mempengaruhi seluruh anggota keluarga
- h. strategi *coping* yang efektif dan teknik-teknik mengatasi penyakit
- i. penyebab dan kemungkinan sembuh dari penyakit
- j. penjelasan mengenai proses *psychoeducational* (Lebow, 2005:210-211).

#### 2.2.2.3 Pemberian Buku Pedoman Bagi Keluarga

Pedoman bagi keluarga ini pertama kali dibuat oleh Anderson dan koleganya, berisi anjuran agar bersabar, tetap tenang, memberikan ruang berekspresi bagi orang lain, membuat batasan-batasan (peraturan), menagcuhkan apa yang tidak mampu diubah, tetap tersenyum, ikuti anjuran dokter, tetap mengelola bisnis seperti biasanya, jangan menggunakan NAPZA, kenali tanda-tanda awal penyakit, selesaikan permasalahan secara bertahap, dan tetapkan target jangka pendek.

PMFG dilaksanakan setiap dua minggu sekali selama satu sampai satu setengah jam dan dihadiri oleh lima sampai delapan anggota keluarga. Format dari tiap-tiap sesi dikendalikan oleh klinisi dengan mengacu pada paradigma standar. Tugas bagi klinisi pada awalnya adalah untuk menciptakan suasana tenang, *supportive*, dan menerima iklim kelompok serta berorientasi pada pembelajaran keterampilan *coping* baru dan memunculkan harapan. Sesi selanjutnya dari PMFG berfokus pada bagaimana penyakit mental ini telah mrubah kehidupan masing-masing peserta terapi (Lebow, 2005:214).

### 2.2.3 Manfaat PMFG

PMFG digunakan secara langsung untuk menyelesaikan permasalahan keluarga pasien skizofrenia dengan cara-cara sebagai berikut:

1. Meningkatkan jaringan sosial keluarga pasien skizofrenia.
2. Mengurangi perasaan malu dan stigma yang ditujukan pada keluarga pasien skizofrenia.
3. Membuat keluarga melakukan hubungan yang *intens* dengan keluarga lain yang memiliki permasalahan yang sama.
4. menyediakan forum untuk pemberian pertolongan yang bermutu.
5. Berbagi beban dan mengurangi perasaan terbebani.
6. meningkatkan kemungkinan terpecahkannya masalah.
7. memberi kesempatan untuk mendengarkan pengalaman orang lain yang telah berhasil keluar dari masalah.
8. membangun harapan melalui pengalaman dan contoh langsung (Lebow, 2005:214).

### 2.2.4 Proses dan Teknik Umum Dalam Terapi Keluarga

Secara umum proses pelaksanaan terapi keluarga dijabarkan oleh Corsini dan Wedding (2005:389) sebagai berikut:

#### 2.2.4.1 Menghubungi Keluarga

Pemberitahuan terhadap keluarga ini dapat dilaksanakan secara langsung maupun melalui telpon.

#### 2.2.4.2 Penandatanganan Kesepakatan Bersama

*Family therapist* biasanya menganjurkan kehadiran sebanyak mungkin anggota keluarga untuk hadir pada pertemuan pertama. Ketika memasuki ruangan peserta terapi dipersilahkan untuk memilih tempat duduk sesuai dengan keinginan masing-masing. Hal ini juga dapat berfungsi untuk melihat kedekatan anggota keluarga, misalnya anak dan ibu duduk bersebelahan sementara ayah memilih tempat duduk yang jauh.

#### 2.2.4.3 Melibatkan Keluarga dalam Terapi

Terapis berusaha untuk membangun kesatuan kerja dengan keluarga, mengakomodasi gaya transaksional keluarga dan juga melakukan asimilasi terhadap pola bahasa, sikap, dan ekspresi perasaan keluarga. Terapis mencoba menciptakan atmosfer dimana tiap-tiap anggota keluarga merasa didukung dan bebas menyuarakan permasalahan yang sebelumnya tidak diungkapkannya. Dengan terlibat bersama mereka (keluarga) terapis membuat keluarga merasa dimengerti dan dipedulikan. Dalam iklim yang aman ini keluarga diharapkan dapat menguraikan permasalahan-permasalahan yang dihadapinya.

#### 2.2.4.4 Pengukuran Fungsi Keluarga

Sebagaimana psikoterapi yang lain, terapi keluarga juga menerapkan proses assesmen baik formal maupun informal. Dengan cara ini terapis berusaha mempelajari keluarga secara lebih dalam untuk memutuskan *treatment* yang akan digunakan. Awalnya terapis menentukan: apakah *treatment* perlu dilaksanakan kepada seluruh anggota keluarga, siapakah anggota keluarga yang paling tepat diberi perlakuan, pola interaktif apakah yang paling mengganggu anggota

keluarga, intervensi spesifik manakah yang paling efektif diterapkan untuk keluarga ini.

#### 2.2.4.5 Mengkaji Sejarah Keluarga

Scharff dan Scharff (dalam Corsini, 2005:390) menyatakan bahwa mengkaji sejarah keluarga sangat penting dalam memahami bagaimana keluarga berfungsi saat ini. Mereka percaya bahwa hubungan yang terjalin saat ini dipengaruhi oleh memori masa kanak-kanak atau pola asuh.

#### 2.2.4.6 Memfasilitasi Perubahan

*Family Therapists* menggunakan beberapa teknik terapi untuk merubah fungsinya keluarga dengan menggunakan cara-cara sebagai berikut (Corsini, 2005:391):

##### a. *Refreming*

Teknik ini melibatkan pelabelan ulang perilaku bermasalah dengan menggunakan perspektif yang lebih positif dan mengembakan niatan-niatan baik.

##### b. *Therapeutic double-binds*

Teknik ini menganjurkan keluarga untuk melanjutkan memanifestasikan simtom-simtom yang dirasakan. Misalnya sepasang suami istri yang bertengkar diminta untuk melanjutkan pertengkaran mereka bahkan dengan cara yang lebih dramatis. Jika pasien menolak kemudian terapis menjelaskan bahwa simtom yang dialami pasien sebenarnya masih dibawah kendali pasien dan dapat dihentikan oleh pasien. Di sisi lain jika pasangan tersebut melanjutkan simtom yang dirasakan maka simtom tersebut akan mencapai puncak dan akhirnya menghilang.

c. *Enactment*

Teknik ini lebih sering digunakan dalam *structural family therapy*, *enactment* merupakan permainan peran sebagai usaha untuk membawa permasalahan keluarga kedalam sesi terapi sehingga anggota keluarga dapat mendemonstrasikan cara mereka menyikapi permasalahan keluarga. Kemudian terapi dapat mulai melakukan intervensi dengan memodifikasi interaksi mereka dan menciptakan perubahan struktural dalam keluarga.

d. *Family sculpting*

Teknik ini memposisikan setiap anggota keluarga sebagai sutradara dengan cara mengarahkan anggota keluarga lain untuk memerankan permasalahan yang dihadapi keluarga. Dengan cara ini terapis menganalisis posisi anggota keluarga yang menjadi sutradara dan melihat sudut pandanganya terhadap anggota keluarga lain.

f. *Circular questioning*

Teknik ini lebih berfokus pada hubungan keluarga dari pada simtom-simtom yang dialami individu. Terapis mengajukan pertanyaan yang sama kepada setiap anggota keluarga tentang suatu kondisi. Dengan cara ini terapis dan anggota keluarga yang lain dapat menganalisis akar permasalahan yang sebenarnya.

g. *Cognitive restructuring*

Teknik ini berdasarkan pada anggapan bahwa perilaku bermasalah bersumber dari pikiran yang salah. Terapis dalam hal ini merubah persepsi dengan tujuan merubah tingkah laku yang maladaptif.

#### *h. Miracle question*

dalam teknik ini klien diminta mempertimbangkan apa yang akan terjadi jika terjadi keajaiban pada saat mereka bangun tidur keesokan harinya, yakni bahwa permasalahan yang dihadapi telah terselesaikan. Tiap anggota keluarga diminta untuk melakukan spekulasi perbedaan yang akan terjadi jika permasalahan keluarga dapat diselesaikan. Dengan cara ini tujuan dapat diidentifikasi dan potensi solusi muncul.

#### *i. Externalization*

Teknik ini memisahkan permasalahan yang sebenarnya terjadi dengan cara mengeluarkannya dari atribut pribadi. Misalnya keluarga memiliki masalah “ibu yang depresi” , hal ini kemudian diubah menjadi “penyakit depresi mencoba untuk mengontrol kehidupan ibu”. Dengan melihat permasalahan keluar dari diri mereka, keluarga dapat lebih mudah merubah cara berfikir mereka.

### **2.3. Keluarga Pasien**

#### **2.3.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga sebagai kelompok sosial yang pertama dalam kehidupan manusia. Keluarga tempat belajar dan menyatakan diri sebagai makhluk sosial dalam berhubungan dan berinteraksi dengan kelompoknya. Peran keluarga sangatlah penting bagi proses penyembuhan pasien gangguan jiwa, karena keluarga sebagai kelompok sosial pertama tempat pasien belajar bersosialisasi sebelum pasien kembali ke masyarakat.

Menurut departemen kesehatan RI (Effendy:1998), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Friedman (1998:11) mendefinisikan keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri sebagai bagian dari kelompok itu.

Sedangkan Haviland (1985:83) mendefinisikan keluarga sebagai kelompok yang terdiri atas wanita, anak-anaknya yang belum berdiri diatas kakinya sendiri dan setidaknya seorang laki-laki dewasa yang terikat karena hubungan perkawinan atau karena sedarah.

Sementara Balion dan Magruya (dalam Effendy, 1997:3) mendefinisikan keluarga sebagai dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup berumah tangga, berinteraksi satu sama lain.

Tackett (1981:5) keluarga sebagai sebuah unit dari kehidupan yang memiliki sistem yang terbuka bagi reaksi dan interaksi individu, yang memiliki satu tujuan bersama dan saling memperhatikan perkembangan antar anggotanya, dan dalam kelompok itu memiliki satu budaya yang digunakan oleh anggota keluarga.

Berdasarkan paparan di atas dapat disimpulkan keluarga merupakan sebuah kumpulan individu yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak baik dalam



keadaan lengkap maupun tidak serta biasanya tinggal di satu atap dan interaksinya saling mempengaruhi satu sama lain.

### 2.3.2 Bentuk Keluarga

Menurut Haviland (1985:83) bentuk keluarga terbagi menjadi:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu unit keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak-anak yang belum berdiri di atas kakinya sendiri.
- 2) Keluarga sedarah (*consanguine family*), yaitu keluarga yang terdiri atas sejumlah wanita yang masih bersaudara, saudara laki-laki mereka dan anak-anak para wanita tersebut.

Menurut Efendy (1998:33) bentuk keluarga dapat dibedakan dalam:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Keluarga inti hanya terdiri dari satu ayah, satu ibu, dan anak-anak yang belum menikah. Apabila dalam satu keluarga terdapat dua kepala keluarga maka, keluarga tersebut tidak dapat dikatakan sebagai keluarga inti.
- 2) Keluarga besar (*extended family*), adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman dan bibi. Pada keluarga besar bisa terdapat dua atau lebih keluarga inti.
- 3) Keluarga berantai (*serial family*), yaitu keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti. Dikatakan keluarga berantai apabila antara suami dan istri masing-masing pernah menikah sebelumnya kemudian berpisah dan menikah lagi dan membentuk keluarga inti yang baru.

- 4) Keluarga janda/duda (*single family*) yaitu keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian. Akibat dari salah satu anggota keluarga tidak ada yang disebabkan oleh kematian, maka terdapat seseorang yang mengalami peran ganda. Bila di dalam keluarga tersebut terdapat pihak ayah yang tidak ada maka ibulah yang mengalami peran ganda yakni sebagai pencari nafkah (sebagai ayah) dan sebagai ibu rumah tangga, sebaliknya bila pihak ibu yang tidak ada maka ayah yang mengalami peran ganda yakni sebagai pencari nafkah dan memelihara serta merawat anak (sebagai ibu rumah tangga).
- 5) Keluarga komposisi (*composite*), adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama. Keluarga komposisi terjadi bila ayah atau suami dari keluarga ini melakukan poligami sehingga dalam satu rumah terdapat dua istri atau lebih.
- 6) Keluarga kabitas (*cahabitation*), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk satu keluarga. Keluarga kabitas merupakan keluarga yang terdiri dari laki-laki dan perempuan yang hidup bersama tanpa pernikahan, sehingga diantara mereka tidak timbul kewajiban. Di Indonesia pasangan kabitas lazim disebut dengan pasangan kumpul kebo.

Kebanyakan bentuk keluarga yang ada di Indonesia merupakan bentuk keluarga luas atau (*extended family*) dengan ciri atau karakteristiknya adalah: suami sebagai pengambil keputusan, merupakan satu kesatuan yang utuh, berbentuk monogram, bertanggung jawab, ikatan keluarga sangat erat, serta mempunyai semangat gotong-royong (Haviland, 1985:83).

### 2.3.3 Fungsi Keluarga

Menurut Efendy (1998:35) keluarga mempunyai fungsi sebagai berikut:

#### 1) Fungsi biologis

Pemenuhan kebutuhan yang langsung berhubungan dengan kebutuhan biologis manusia yang termasuk dalam fungsi biologis adalah:

- a) Untuk meneruskan keturunan.
- b) Memelihara dan membesarkan anak.
- c) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- d) Memelihara dan merawat anggota keluarga.

#### 2) Fungsi psikologis

Fungsi psikologis merupakan pemenuhan kebutuhan yang berhubungan dengan kebutuhan psikologis anggota keluarga, di antaranya yaitu:

- a) Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
- b) Memberikan perhatian di antara anggota keluarga.
- c) Memberi pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
- d) Memberikan identitas keluarga.

#### 3) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi penanaman nilai-nilai yang ada dalam masyarakat pada anggota keluarga. Keluarga sebagai tempat sosialisasi pertama anggota keluarga sebelum anggota keluarga bersosialisasi dengan masyarakat luas. Fungsi sosialisasi keluarga adalah:

- a) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

- b) Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c) Membina sosialisasi pada anak.
- 4) Fungsi ekonomi

Keluarga sebagai fungsi ekonomi memberikan pemenuhan kebutuhan secara *financial* dan kebutuhan yang berhubungan dengan sandang, papan, pangan anggota keluarga. Fungsi ekonomi lebih ditekankan pada peran ayah sebagai kepala keluarga. Termasuk dalam fungsi ekonomi adalah:

- a) Mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- b) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- c) Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang.

#### 5) Fungsi pendidikan

Keluarga memberikan fasilitas pendidikan berupa pendidikan formal ataupun nonformal, pendidikan dapat diperoleh di sekolah-sekolah baik negeri ataupun swasta. Sedangkan pendidikan nonformal dapat diperoleh melalui kursus-kursus. Beberapa fungsi pendidikan di antaranya yaitu:

- a) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
- b) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- c) Mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Sedangkan menurut Sunarto (2006:66) keluarga memerankan beberapa fungsi, yaitu:

- a) Mengatur penyaluran dorongan seksual.
- b) Keluarga sebagai tempat untuk bereproduksi dan melanjutkan keturunan.
- c) Keluarga sebagai agen sosialisasi pertama bagi anggota keluarga.
- d) Keluarga memberikan pemenuhan kebutuhan afeksi yang berupa kasih sayang dan cinta kasih kepada sesama anggotanya.
- e) Keluarga memberikan status sosial dan identitas kepada anggota keluarga.
- f) Keluarga memberikan perlindungan kepada anak baik secara fisik maupun secara psikologis agar anggotanya merasa nyaman.

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan keluarga pasien adalah anggota keluarga yang berstatus ayah, ibu, kakak, adik, paman, bibi atau orang-orang lain yang lingkungan hidupnya berdekatan dengan pasien skizofrenia dan melakukan interaksi yang sering dengan pasien.

## **2.4. Schizofrenia**

### **2.4.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan kelompok gangguan psikosis atau psikotik yang ditandai terutama oleh distorsi-distorsi mengenai realitas, juga sering terlihat adanya perilaku menarik diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi dan fragmentasi dalam hal persepsi, pikiran, dan kognisi, (Carson dan Butsher, 1992 dalam Wiramihardja, 2007:135).

Beberapa ahli menganggap bahwa skizofrenia merupakan gangguan yang menyimpan teka-teki. Pada suatu saat orang-orang dengan gangguan skizofrenia mampu berpikir dan berkomunikasi dengan sangat jelas, memiliki pandangan

yang tepat atas realitas, dan berfungsi secara baik dalam kehidupan sehari-hari. Namun, pada saat yang lain pemikiran dan kata-kata mereka terbalik-balik, mereka kehilangan kontak dengan realitas dan mereka tidak mampu memelihara diri mereka sendiri, bahkan dalam banyak cara yang mendasar, (Susan, 2004 dalam Wiramihardja:135).

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 (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian, (Maslim, 2002).

#### **2.4.2 Fase-Fase Skizofrenia**

Diagnosa penyakit skizofrenia diberikan apabila seorang individu menunjukkan gejala-gejala gangguan paling tidak selama enam bulan, terdiri dari fase aktif paling kurang satu bulan lamanya: Individu mengalami simptom-simptom psikotik seperti halusinasi, delusi, kekacauan bicara dan perilaku serta penarikan diri. Fase aktif biasanya muncul melalui tanda-tanda bahaya, tapi tidak semuanya demikian.

Fase "*prodromal*" yaitu sebuah fase simptom peringatan (pendahuluan) kekacauan yang tengah muncul menuju pada fase aktif dimana individu menunjukkan satu kehilangan fungsi sosial dan interpersonal, dengan cirri-ciri: penarikan diri dalam hubungan sosial, tidak mampu bekerja produktif, perilaku esentrik, tidak mampu merawat diri, emosi yang tidak pada tempatnya, berpikir

dan berbicara aneh, keyakinan-keyakinan yang salah, persepsi aneh dan berkurangnya inisiatif dan tenaga.

Bagi sejumlah orang, fase aktif dari simptom ini diikuti oleh fase “*residual*” yaitu indikasi-indikasi yang masih tertinggal sesudah terjadinya gangguan dengan ciri-ciri perilaku yang sama jenisnya dengan fase prodromal. Simptom delusi atau berbicara aneh masih tersisa dalam fase ini tetapi biasanya tidak kuat dan tidak mengganggu sebagaimana pada fase aktif.

#### **2.4.3 Tipe-Tipe Skizofrenia**

Meskipun skizofrenia sebagai sebuah gangguan namun bentuknya berbeda-beda untuk tiap individu. Tidak semua individu dengan diagnosa skizofrenia menunjukkan semua simptom seperti yang telah digambarkan diatas. Wiramihardja (2005), mengungkapkan bahwa terdapat lima tipe skizofrenia sebagai berikut :

1. *Undifferentiated* skizofrenia.

Dalam diri penderita simptom-simptom ini bercampur sehingga seorang dokter jiwa tidak dapat mengklasifikasikan gangguan tersebut masuk kedalam tipe mana. Diagnosa dari skizofrenia jenis ini digunakan bila seorang penderita menunjukkan simptom skizofrenia komplek seperti delusi, halusinasi, tidak logis dalam berfikir dan kekacauan dalam berperilaku, namun tidak dijumpai ciri-ciri paranoid, katatonik atau gangguan keadaan emosi dari tipe skizofrenia.

2. Paranoid skizofrenia.

Paranoid skizofrenia mempunyai delusi yang ganjil atau halusinasi pendengaran yang dihubungkan pada motif penyiksaan tanpa ada kekacauan

berbicara atau perilaku. Dibandingkan dengan jenis-jenis lain dari skizofrenia, jenis ini lebih lama dalam simptom-simptom awal serangan, menyerupai kesembuhan. Simptom ini berkembang dengan cepat dan muncul pada lima tahun pertama dari penyakit.

3. Katatonik skizofrenia.

Orang yang menderita katatonik skizofrenia menunjukkan simptom katatonik dari ketidak mampuan bergerak dan keadaan seperti pingsan pada *stereotype* gerakan badan secara hingar bingar.

4. *Disorganization* skizofrenia.

Ciri-cirinya merupakan kombinasi dari simptom-simptom yang terdiri dari: ketidaklogisan, hilangnya kemampuan memahami, emosi yang tidak tepat, gangguan reaksi kekuatan, delusi dan halusinasi. Individu yang mengalami gangguan ini masuk dalam kategori keanehan yang sangat jelas dalam perilaku, penampilan dan biasanya mengalami melemahnya fungsi yang sangat serius dalam bekerja dan interaksi sosial.

5. *Residual* skizofrenia.

Seseorang yang meskipun di diagnosa skizofrenia namun tidak lama mempunyai simptom-simptom psikotik yang jelas nampak tapi masih menunjukkan tanda-tanda gangguan yang tidak hilang, meskipun mereka tidak mengalami delusi, halusinasi, berfikir tidak logis dan kekacauan, namun mereka masih menyimpan simptom-simptom seperti emosi yang kasar penarikan diri dalam hubungan sosial, perilaku esentrik atau tidak logis. Individu-individu seperti ini didiagnosa mempunyai gangguan residual skizofrenia.



#### 2.4.4 Simptom-Siptom Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit jiwa yang gejala-gejalanya adalah dingin perasaan, banyak tenggelam dalam lamunan yang jauh dari kenyataan, mempunyai prasangka-prasangka yang tidak benar, salah tanggapan halusinasi pendengaran, penciuman atau penglihatan, banyak putus asa dan keinginan menjauhkan diri dari masyarakat dan lain-lain.

Dalam PPDGJ dipaparkan simtom-siptom dari skizofrenia sebagai berikut:

1. *Thought echo*, yakni isi pikiran dirinyasendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.
2. *Thought insertion or withdrawal*, yakni pikiran asing dari luar masuk kedalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya.
3. *Thought broadcasting*, yakni isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
4. *Delusion of control*, yakni waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
5. *Delusion of influence*, yakni wahan tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar.
6. *Delusion of passivity*, yakni waham tentang diinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” secara jelas menunjuk kepergerakan tubuh/anggota gerak kepikiran tindakan, atau penginderaan khusus.

7. *Delusion perception*, yakni pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi diri, biasanya bersifat mistik/mukjizat.
8. Halusinasi auditorik, yakni suara halusinasi dan jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
9. Waham-waham menetap lainnya yang menurut penduduk setempat tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.
10. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja.
11. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan, yang berakibat inkohereni/pembicaraan yang tidak relevan/neologisme.
12. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah.
13. Gejala-gejala negatif, seperti sikap apatis, berbicara jarang dan respon emosional yang menumpul/tidak wajar.

#### **2.4.5 Kriteria Diagnosis**

Menurut DSM IV terdapat 6 hal yang harus diperhatikan mengenai karakteristik simptom yaitu:

1. Kriteria A, harus mencakup dua atau lebih simptom yang disebutkan atau satu simptom jika halusinasi atau delusi sangat menonjol, setidaknya dalam waktu satu bulan.
2. Kriteria B, adanya disfungsi sosial atau pekerjaan.
3. Kriteria C, durasi enam bulan atau lebih.
4. Kriteria D, gangguan bukan termasuk gangguan skizoafektif maupun gangguan mood.

5. Kriteria E, bukan karena penyalahgunaan obat atau zat atau kondisi medis tertentu.
- 6 Kriteria F, Memperhatikan ada atau tidaknya gangguan perkembangan persifatif.

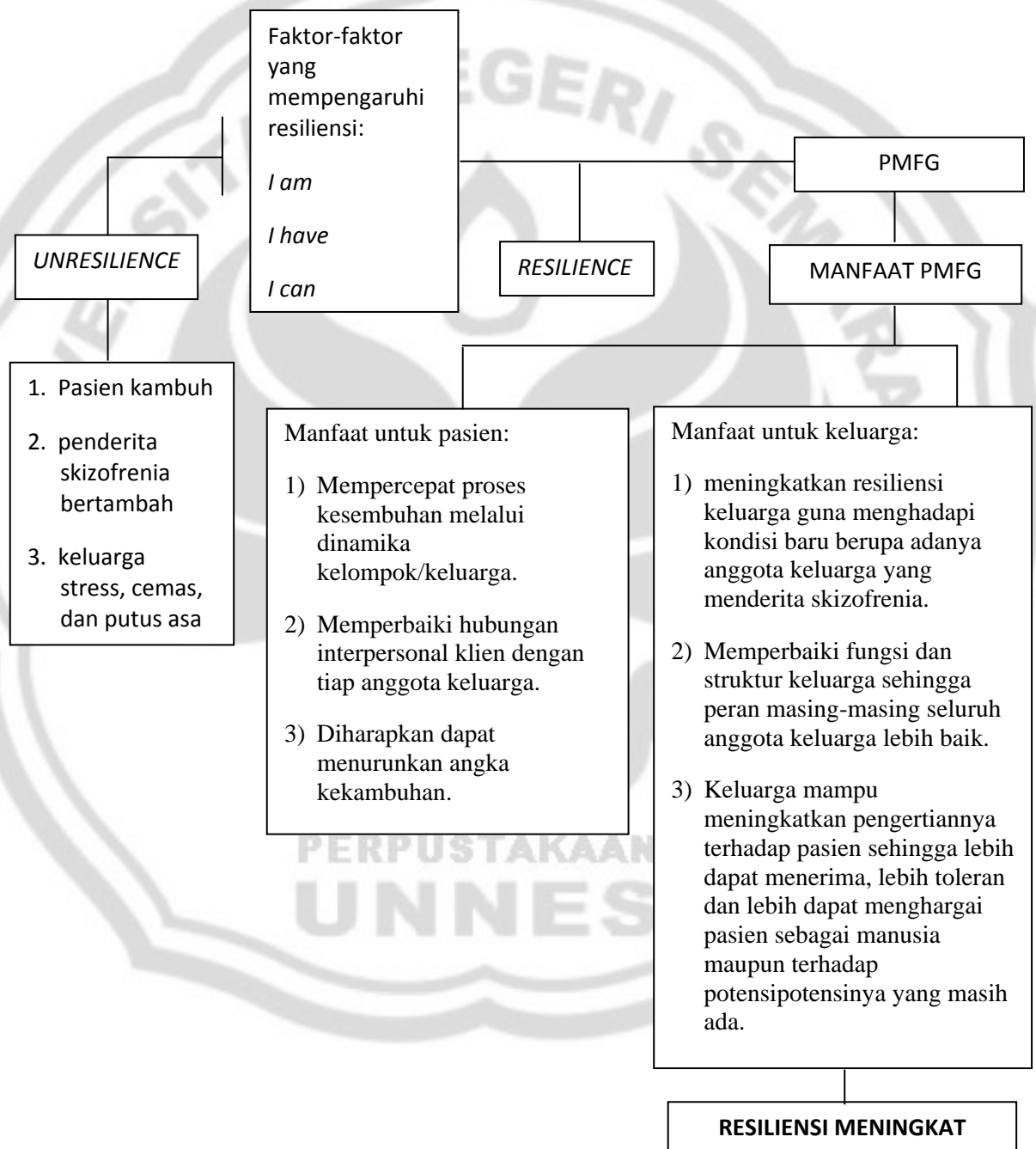
## **2.5. Dinamika Psikologis**

Melalui pemahaman terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi maka resiliensi dapat difasilitasi untuk ditingkatkan melalui sebuah program yang dirancang khusus untuk membantu keluarga. Dalam usaha membantu keluarga yang sedang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pemberian perlakuan berupa terapi keluarga berbasis *psychoeducation* terbukti dapat meningkatkan kemampuan keluarga untuk bertahan dalam kondisi sulit.

Pasien yang tinggal di tengah-tengah orang-orang yang memiliki resiliensi tinggi akan merasa diterima sehingga tidak memicu kekambuhan penyakitnya. Maka dalam hal ini PMFG perlu diadakan untuk meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Dalam PMFG keluarga diajari keterampilan berkomunikasi dengan pasien, bagaimana mengendalikan emosi, dan diberi penjelasan mengenai penyebab sesungguhnya dari sikap-sikap aneh yang ditunjukkan pasien yang menderita gangguan skizofrenia.

Pemberian PMFG kepada keluarga pasien skizofrenia diharapkan dapat menurunkan tingkat kekambuhan pasien skizofrenia yang telah dipulangkan ke keluarganya. Meningkatnya resiliensi keluarga pasien skizofrenia diharapkan mampu menciptakan lingkungan psikologis yang sehat bagi pasien yang sedang

dalam proses rehabilitasi. Dengan dukungan penuh dari keluarga yang memiliki resiliensi tinggi pasien diharapkan bisa kembali berfungsi secara baik di tengah-tengah masyarakat.



**Gambar 2.1. Dinamika Psikologis**

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian merupakan sebuah hal yang penting dalam penelitian. Untuk mendapatkan hasil yang optimal metode penelitian dalam penelitian harus tepat serta dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Dalam bab ini akan diuraikan mengenai komponen penting yang berkaitan dengan metode penelitian yakni: jenis dan desain penelitian, unit analisis, sumber data, metode dan alat pengumpulan data, dan analisis data.

#### **3.1. Jenis dan Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Bogdan dan Taylor (Moleong, 2004:4), menyatakan penelitian kualitatif adalah suatu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif. Data tersebut berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.

Sementara itu Densin dan Lincoln (dalam Moleong, 2004:5), menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan jalan melibatkan berbagai metode yang ada. Sedangkan menurut Moleong (2004:6), penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena yang dialami subjek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, dan lain-lain secara keseluruhan dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata

dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Adapun alasan penggunaan jenis penelitian kualitatif karena tujuan dan penyajian dari penelitian ini lebih tepat dikaji melalui metode penelitian kualitatif. Penelitian ini bertujuan mengungkap data secara mendalam mengenai suatu fenomena. Artinya, penelitian ini lebih menekankan hasil berupa kualitas dan bukan kuantitas. Metode kualitatif ini digunakan karena beberapa pertimbangan sebagaimana yang diungkapkan oleh Moleong (2002:5) yaitu:

1. Penyesuaian metode kualitatif akan lebih mudah apabila berhadapan dengan kenyataan ganda.
2. Metode kualitatif menyajikan secara langsung hakikat hubungan antara peneliti dan responden.
3. Metode kualitatif lebih peka dan dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.

Penelitian ini dilakukan di lokasi dalam situasi alamiah, yaitu di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Ghondo Hutomo (RSJD-AGH) Semarang, di rumah subyek, dan di lingkungan sekitar rumah subyek. Diharapkan melalui penelitian dengan metode kualitatif dapat diperoleh data yang akurat dan mendalam.

Adapun definisi dari studi kasus dijelaskan oleh Poerwandari (2001:65), merupakan fenomena khusus yang hadir dalam suatu konteks yang terbatas (*bounded context*), meski batas-batas antara fenomena dan konteks tidak begitu jelas. Penelitian ini akan mengkaji sebuah kasus yakni kasus resiliensi (ketangguhan) keluarga pasien skizofrenia pasca diberikan terapi keluarga

berbasis *psychoeducational multifamily group* (PMFG) di RSJD-AGH Semarang. Kasus tersebut memiliki konteks natural dan tanpa intervensi dari peneliti. Berdasarkan kasus tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menyoroti, menerangkan dan menginterpretasikan kasus tersebut.

Ringkasan dari uraian diatas yakni, penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan desain penelitian studi kasus. Adapun kasus yang menjadi fokus kajian yaitu kasus mengenai resiliensi keluarga pasien skizofrenia setelah diberikan terapi keluarga berbasis *psychoeducational multifamily group* (PMFG).

### **3.2. Unit Analisis**

Penelitian kualitatif mempunyai ciri khas dalam penentuan sampel. Sampel berdasar pada faktor-faktor teknik pengambilan sampel. Sampel tersebut merupakan *purposive sample* atau sampel bertujuan. Saratos (dalam Poerwandari, 1998:53) menyatakan prosedur pengambilan sampel pada penelitian kualitatif memiliki beberapa karakteristik antara lain sebagai berikut:

- a) diarahkan tidak pada jumlah sampel yang besar, melainkan pada kasus-kasus tipikal sesuai kekhususan masalah penelitian,
- b) pengambilan sampel tidak ditentukan secara kaku sejak awal, tetapi dapat berubah baik dalam jumlah maupun karakteristik sampelnya,
- c) pengambilan sampel tidak diarahkan pada keterwakilan (dalam arti jumlah atau peristiwa acak) melainkan pada kecocokan konteks.

Lebih lanjut, Moleong (2002:166) mengungkapkan penetapan sampel, besarnya dan strategi sampling bergantung pada penetapan satuan kajian (unit analisis). Unit analisis adalah suatu informasi yang ingin digali berdasarkan konteks penelitian yang telah ditentukan. Maka dapat disimpulkan dalam penelitian ini unit analisis dipaparkan terlebih dahulu baru kemudian menentukan jumlah sampel.

Unit analisis ditentukan berdasarkan fokus kajian yang digali dalam penelitian yaitu resiliensi keluarga pasien skizofrenia dan PMFG dalam meningkatkan resiliensi. Lebih jelasnya lagi unit analisis digambarkan melalui tabel berikut:

**Tabel 3.1. Unit Analisis Penelitian**

Unit Analisis	Sub Unit Analisis	Narasumber	
		Utama	Sekunder
Resiliensi keluarga pasien skizofrenia	Aspek-Aspek Resiliensi	Sumber informasi utama untuk mendapatkan jawaban dari unit analisis dan sub unit analisis.	Sumber informasi sebagai <i>cross check</i> atas informasi yang didapat dari narasumber utama
	Proses <i>assesment</i> resiliensi		
	Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi		
PMFG dalam meningkatkan resiliensi	Prosedur pelaksanaan PMFG dalam meningkatkan resiliensi		
	Resiliensi keluarga pasien skizofrenia pasca pemberian PMFG		
	Keefektifan PMFG untuk meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia		

### 3.3. Sumber Data

Berdasarkan unit analisis, ditentukan sampel penelitian untuk menggali informasi. Dalam penelitian ini, sampel penelitian selanjutnya dikonsepsikan dengan nama narasumber. Narasumber dalam penelitian ini ada dua macam yakni narasumber utama dan narasumber sekunder. Narasumber utama berfungsi



sebagai tempat penggalian informasi utama. Narasumber sekunder berfungsi sebagai *cross check* atas informasi yang didapatkan dari sumber utama.

Pemilihan narasumber utama didasarkan atas kriteria tertentu. Kriteria tersebut sesuai dengan unit analisis yakni resiliensi keluarga pasien skizofrenia dan PMFG dalam meningkatkan resiliensi. Narasumber utama yang ditentukan haruslah orang yang paling mengetahui mengenai unit analisis yang akan digali. narasumber yang dirasa paling mengetahui mengenai unit analisis tersebut yakni terapis PMFG di RSJD-AGH Semarang dan keluarga pasien yang telah mengikuti PMFG di RSJD-AGH Semarang.

Data mengenai PMFG diperoleh dari psikolog yang menangani PMFG di RSJD-AGH. Selain itu penanggung jawab program PMFG juga dijadikan sebagai narasumber guna menggali informasi tentang PMFG yang telah dilaksanakan di RSJD-AGH. Sementara itu, pihak keluarga pasien terdiri dari tiga orang narasumber yakni: Ibu pasien 1, Ibu pasien 2, dan ayah dari pasien 3.

Ibu dari pasien 1 memiliki karakteristik yang unik yakni merupakan orang tua tunggal yang telah merawat pasien skizofrenia selama sebelas tahun. Selama proses merawat pasien 1 ia kehilangan suaminya. Sementara itu Ibu pasien 2 juga merupakan orang tua tunggal yang telah merawat pasien 2 selama tujuh tahun. Ayah dari pasien 3 memang tidak memiliki karakteristik khusus. Namun, peneliti memilih ayah pasien 3 karena pertimbangan bahwa ayah pasien 3 telah berhasil menghantarkan pasien 3 untuk menyelesaikan pendididkannya di perguruan tinggi meskipun pasien 3 telah menderita gangguan skizofrenia selama sepuluh tahun.

Pemilihan narasumber sekunder juga didasarkan pada kriteria tertentu. Kriteria tersebut sesuai dengan sub unit analisis dan narasumber utama. Narasumber sekunder yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: orang-orang dilingkungan sekitar tempat tinggal keluarga pasien skizofrenia, pasien skizofrenia, dan data pribadi pasien seperti jumlah kunjungan perminggu.

**Tabel 3.2. Kriteria dan Penentuan Narasumber**

Unit Analisis	Sub Unit Analisis	Kriteria narasumber		Penentuan Narasumber	
		Utama	Sekunder	Utama	Sekunder
Resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH Semarang	Diemensi Resiliensi	-Orang yang akan diukur resiliensinya . Meliputi orang-orang terdekat pasien skizofrenia (tinggal serumah dengan pasien baik sebelum/ sesudah perawatan di RSJD-AGH Semarang)	-Orang yang mengikuti perkembangan narasumber utama.  -Hal-hal yang dapat mendukung	-Keluarga pasien skizofrenia yaitu: ayah, ibu, anak, istri dari pasien skizofrenia	-Tetangga, ketua RT dan orang-orang yang cukup dekat dengan narasumber utama serta mengetahui perkembangan narasumber utama  -Data kunjungan pasien di RSJD-AGH Semarang
	Proses <i>assesment</i> resiliensi				
	Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi				
PMFG dalam meningkatkan resiliensi	Prosedur pelaksanaan PMFG dalam meningkatkan resiliensi	-Para terapis yang memahami PMFG dengan baik  -Keluarga pasien skizofrenia yang telah mengikuti PMFG	-Orang-orang terdekat dengan narasumber utama  -Hal-hal lain yang dapat mendukung informasi dari narasumber utama	-Psiko log  -Psikiater  -Orang tua pasien yang telah mengikuti PMFG	-Dokumen kunjungan pasien skizofrenia yang keluarganya belum pernah mengikuti PMFG  -Dokumen kunjungan pasien skizofrenia yang keluarganya
	Resiliensi keluarga pasien skizofrenia pasca pemberian PMFG				
	Keefektifan PMFG untuk meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia				

					<p>telah mengikuti PMFG</p> <p>-Doku men berupa data partisipasi narasumber utama dalam pelaksanaan PMFG</p>
--	--	--	--	--	--

### 3.4. Metode dan Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah atau proses penting dalam suatu penelitian. Pengumpulan data memiliki pengaruh besar pada keberhasilan penelitian. Apabila dilakukan dengan tepat akan diperoleh kesimpulan yang relevan, akurat, dan dapat dipercaya kebenarannya.

Dalam penelitian ini peneliti merupakan instrumen utama untuk mengumpulkan data. Terkait dengan hal tersebut, peneliti harus mempersiapkan dan membekali diri dengan ilmu yang cukup agar dapat diperoleh informasi yang mengungkap permasalahan di lapangan secara lengkap dan tuntas (Moleong, 2002:121).

Data dikumpulkan dalam waktu 3 bulan sejak awal bulan Mei sampai dengan akhir bulan Juli 2011 di RSJD-AGH Semarang. Pengumpulan data dilakukan dalam waktu yang cukup lama untuk mengungkap data secara mendalam dalam konteks yang alamiah. Adapun alasan lain ialah terkait dengan keinginan peneliti untuk mengetahui keefektifan dari terapi keluarga berbasis PMFG ini dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Dibutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengetahui keefektifan PMFG dalam

meningkatkan resiliensi, yaitu dengan mengikuti perkembangan interaksi antara pasien dengan keluarga pasien skizofrenia.

Adapun teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah wawancara, observasi, catatan lapangan, *resilience quotion test (RQ-Test)*, dan dokumentasi. Dalam pelaksanaan dilapangan teknik-teknik ini sangat mungkin dilaksanakan secara bersamaan karena masing-masing teknik bersifat saling melengkapi antara satu dengan yang lainnya.

#### **3.4.1 Wawancara**

Wawancara merupakan percakapan dengan maksud tertentu. Menurut Moleong (2004:186) wawancara adalah percakapan yang dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara (*interviewer*) yang memberikan pertanyaan dan orang yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan pewawancara. Wawancara yang digunakan adalah wawancara terstruktur dan mendalam (*deep interview*). Moleong (2002:138) menjelaskan bahwa wawancara yang terstruktur adalah wawancara yang pewawancaranya menetapkan sendiri masalah dan pertanyaan yang akan diajukan. Sedangkan wawancara mendalam adalah wawancara yang memiliki tujuan memperoleh informasi yang lebih detail dan mendalam mengenai subjek penelitian.

Dalam wawancara terstruktur diperlukan pembuatan pedoman wawancara (*interview guide*) sebelum dilakukan proses wawancara. *Interview guide* adalah acuan garis-garis besar wawancara yang dibuat berlandaskan unit analisis yang telah ditetapkan agar hasil wawancara dapat lebih fokus. Unit analisis tersebut dibagi berdasarkan aspek-aspek yang ingin digali (sub unit analisis), kemudian

sub unit analisis dibagi lagi menjadi beberapa indikator pertanyaan. *Interview guide* dimaksudkan agar wawancara lebih mengenai sasaran yang ingin digali dalam penelitian. Wawancara dalam penelitian ini juga dilakukan secara mendalam (*deep interview*). *Deep interview* ini dilaksanakan dengan cara melakukan wawancara secara terus-menerus (*continues*) dalam kurun waktu yang relatif lama.

Wawancara dilakukan kepada narasumber utama dan nara sumber sekunder. Narasumber utama dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien skizofrenia dan para terapis keluarga di RSJD-AGH Semarang. Keluarga pasien meliputi keluarga inti pasien atau keluarga yang tinggal dalam satu rumah bersama pasien yakni: ayah, ibu, kakak, adik, dan sebagainya. Narasumber sekunder merupakan orang-orang yang hidup di lingkungan disekitar keluarga pasien skizofrenia seperti: tetangga, ketua RT, dan orang-orang yang masih memiliki hubungan kekerabatan dengan keluarga pasien skizofrenia.

Wawancara dilakukan secara berkala dan berkelanjutan. Narasumber yang pertama kali diwawancarai adalah narasumber utama. Wawancara terhadap narasumber sekunder dilaksanakan setelah data yang lengkap dari narasumber utama diperoleh. Hal ini dilakukan karena, narasumber sekunder berfungsi sebagai *cross ceck* data dari narasumber utama. Alat bantu yang digunakan dalam wawancara ini yaitu *inerview guide* dan *recorder*.

### **3.4.2 Observasi**

Observasi merupakan metode pengambilan data dengan cara pengamatan terhadap subjek. Observasi memiliki tujuan untuk mendeskripsikan objek yang

diamati. Objek tersebut antara lain: *setting* yang dipelajari, aktivitas yang berlangsung, orang-orang yang terlibat dalam suatu kejadian, dan sebagainya (Purwandari, 1998:64).

Guba dan Lincoln (dalam Moleong, 2002:125) mengungkapkan beberapa alasan penggunaan metode observasi sebagai alat pengumpul data, yakni sebagai berikut:

1. Observasi didasarkan kepada pengalaman secara langsung.
2. Observasi memungkinkan peneliti melihat dan mengamati sendiri.
3. Observasi memungkinkan peneliti mencatat objek yang dikaitkan dengan pengetahuan proporsional dan pengetahuan langsung dari data.
4. Observasi digunakan untuk mendampingi wawancara. Hal tersebut digunakan untuk mengecek hal yang kurang atau diragukan dari wawancara.
5. Observasi memungkinkan peneliti memahami hal yang rumit.
6. Observasi digunakan untuk kasus tertentu yang tidak memungkinkan digali dengan metode lain.

Observasi digunakan sebagai alat pengumpul data yang tidak dapat digali dengan menggunakan teknik lain. Beberapa hal yang tidak dapat diungkap dengan menggunakan metode lain yakni:

1. Tata laksana dan penerapan teknik terapi PMFG.
2. Kondisi selama proses terapi meliputi: kondisi terapis, kondisi keluarga pasien. Kondisi terapis antara lain perlakuan dan sikap terapis dalam proses terapi. Kondisi keluarga pasien meliputi kondisi fisik pasien, sikap, peran, dan keaktifan keluarga pasien selama mengikuti proses terapi.

3. Kondisi tempat dan *setting* penelitian meliputi rumah keluarga pasien, ruangan terapi yang ada di RSJD-AGH Semarang, bangsal pasien, dan kondisi rumah sakit.

Data diatas tidak mungkin dapat digali jika menggunakan metode selain observasi. Observasi juga menyumbangkan data yang cukup banyak. Lebih lanjut, observasi juga digunakan sebagai bahan *cross ceck* dari metode yang lainnya yakni wawancara dan dokumentasi.

Sebelum melaksanakan observasi, peneliti terlebih dahulu menyiapkan rancangan observasi. Adapun tahap-tahap penyusunan rancangan observasi adalah sebagai berikut:

1. Rancangan observasi dibuat berdasarkan unit analisis yang telah ditetapkan.
2. Unit analisis dibagi menjadi beberapa aspek atau sub unit analisis.
3. Aspek tersebut kemudian dijadikan indikator-indikator perilaku yang lebih spesifik sesuai dengan hal yang ingin diungkap dari subjek.
4. Pemberian skala intensitas perilaku yang dilakukan subjek (tingkat keseringan subjek melakukan perilaku yang dimaksud).
5. Penetapan norma hasil yang diperoleh untuk mempermudah penganalisan data.

Melalui beberapa tahapan tersebut dapat diperoleh rancangan observasi yang tepat. Rancangan observasi ini selanjutnya dikroscekkkan dengan nama *check list*. Pencatatan observasi dilakukan berdasarkan *ceck list* yang telah dibuat. Hasil observasi memungkinkan adanya pengubahan dan penambahan materi dalam *check list*. Hal ini dilatarbelakangi karena penelitian kualitatif memungkinkan

adanya konteks tambahan yang mempengaruhi konteks yang diteliti. Berdasarkan hal tersebut, *check list* terus diperbaharui dan disempurnakan selama penelitian berlangsung.

Observasi yang dilakukan dalam penelitian adalah observasi semi partisipan. Observasi semi partisipan tidak selalu menuntut partisipasi peneliti secara langsung selama proses observasi. Partisipasi aktif dilakukan dengan cara terjun langsung ke lapangan, bergabung dan menjadi bagian komunitas yang ingin diobservasi beberapa kali saja. Terkait hal tersebut penulis mengikuti proses terapi yang diikuti oleh keluarga pasien selama tiga bulan dan tiap dua kali seminggu diadakan kunjungan ke rumah keluarga pasien agar diperoleh hasil observasi yang lebih lengkap dan mendalam. Partisipasi secara terus menerus tidak dapat dilakukan karena untuk menjaga privasi keluarga pasien.

### **3.4.3 *Recilience Quotient (RQ) Test***

*Recilience Quotion (RQ) Test* dikembangkan oleh Reivich dan Shatte yang terdiri dari 56 aitem (Reivich dan Shatte, 2002:34-36). Tes ini telah diujikan kepada ribuan orang dari berbagai latar belakang pekerjaan. Tes ini telah terbukti mampu memprediksikan kesuksesan dalam dunia kerja maupun kehidupan sehari-hari (Reivich dan Shatte, 2002:33). Namun, terlebih dahulu tes ini telah disesuaikan dengan latar belakang subjek penelitian. Lebih jelas mengenai *RQ test* dapat dilihat di lampiran 4.

Tes ini mengungkap tujuh aspek atau kemampuan yang dimiliki oleh pribadi yang resilien yakni: regulasi emosi (aitem no.2,7,13,23,25,26,31,56),



kontrol terhadap impuls (aitem no.4,11,15,36,38,42,47,55), optimisme (aitem no.3,18,27,32,33,39,43,53), analisis kausal (aitem no.1,12,19,21,41,44,48,52), empati (aitem no.10,24,30,34,37,46,50,54), *self-efficacy* (aitem no.5,9,17,20, 22,28,29,49), *reaching out* (aitem no.6,8,14,16,35,40,45,51). Lebih lanjut mengenai sebaran aitem-aitem dalam RQ test, dapat dilihat pada gambar berikut ini:

**Tabel 3.3. Sebaran Aitem dalam *Recilience Quotion Test***

<b>Aspek</b>	<b>Aitem Positif</b>	<b>Aitem negatif</b>
Regulasi Emosi	13	2
	25	7
	26	23
	56	31
Kontrol Impuls	4	11
	15	36
	42	38
	47	55
Optimisme	18	3
	27	33
	32	39
	53	43
Analisis Kausal	12	1
	19	41
	21	44
	48	52
Empati	10	24
	34	30
	37	50
	46	54
<i>Self-Efficacy</i>	5	9
	28	17
	29	20
	49	22
<i>Reaching Out</i>	6	16
	8	35
	14	45
	40	51

Dalam menganalisis hasil dari RQ *test* ini setiap aspek memiliki ukuran yang berbeda-beda. Lebih lanjut mengenai acuan penilaian dari RQ *test* dijelaskan sebagai berikut:

**Tabel 3.4. Acuan Penilaian *Recilience Quotiont Test***

Jawaban	Nilai
Tidak Pernah	1
Kadang-Kadang	2
Agak Sering	3
Sering	4
Sangat Sering	5

Hasil yang diperoleh kemudian dikelompokkan menurut aspek yang diukur. Kemudian hasil pengukuran dari aitem-aitem positif dan aitem-aitem negatif dijumlah. Setelah selesai, jumlah aitem positif dari tiap aspek dikurangi dengan jumlah aitem negatif dari tiap aspek. Selanjutnya hasil dari pengurangan tersebut dinilai dengan acuan norma sebagai berikut:

**Tabel 3.5. Norma *Recilience Quotiont Test***

Aspek	Rendah	Rata-Rata	Tinggi
Regulasi Emosi	< 6	6 s.d. 13	> 13
Kontrol Impuls	< - 6	- 6 s.d. 0	> 0
Optimisme	< - 2	- 2 s.d. 6	> 6
Analisis Kausal	< 0	0 s.d. 8	> 8
Empati	< 3	3 s.d. 12	> 12
<i>Self-Efficacy</i>	< 6	6 s.d. 10	> 10
<i>Reaching Out</i>	< 4	4 s.d. 9	> 9

#### 3.4.4 Catatan Lapangan

Catatan lapangan digunakan untuk mencatat hasil wawancara, observasi, dan tes psikologi. Pencatatan ini dilakukan agar tidak ada yang terlupakan dalam

penulisan laporan penelitian. Catatan lapangan merupakan teknik pengumpulan data yang cukup penting untuk dilakukan.

Bodgan dan Biken (Dalam Moleong, 2002:153) menyatakan, catatan lapangan adalah catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, dialami, dan difikirkan. Hal tersebut dilakukan dalam rangka pengumpulan data dan refleksi terhadap data yang diperoleh melalui penelitian kualitatif. Sehingga dapat disimpulkan bahwa catatan lapangan adalah teknik yang digunakan untuk mencatat hasil ringkas yang diperoleh dari teknik lain yang digunakan dalam penelitian kualitatif.

Catatan lapangan dalam penelitian ini digunakan sebagai metode pendamping dari teknik yang lainnya yakni: wawancara, observasi, dan tes psikologi. Catatan lapangan ini dilakukan dalam dua cara yaitu: pertama, catatan dilakukan pada lembar rancangan setiap teknik pengumpul data yang telah disusun. Kedua, catatan dilakukan secara langsung mengenai hal-hal lain yang tidak tercantum dalam rancangan.

Catatan lapangan penting dilakukan untuk mempermudah dalam pembuatan laporan. Catatan lapangan merupakan salah satu bentuk tertulis yang mewakili jalannya proses penelitian. Berdasarkan hal tersebut catatan lapangan merupakan teknik yang tidak kalah penting untuk dilakukan dalam penelitian ini.

#### **3.4.5 Dokumentasi**

Metode dokumentasi merupakan metode pelengkap data dalam sebuah penelitian. Dokumentasi bisa berupa gambar, foto, atau catatan-catatan penting yang berhubungan dengan penelitian. Moleong (2002: 161) mengemukakan

bahwa teknik dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data dari sumber lain. Sumber tersebut terdiri dari rekaman dan dokumen.

Dokumentasi dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memotret dan merekam proses berjalannya terapi PMFG dan juga mengumpulkan beberapa data rumah sakit yang berkaitan dengan subjek penelitian seperti tdata tentang berapa kali keluarga pasien datang untuk mengunjungi pasien dirumah sakit.

### **3.5. Analisis Data**

Analisis data merupakan suatu proses penting dalam penelitian. Suatu data dapat dibaca melalui proses analisis data. Berdasarkan analisis data barulah dapat diperoleh suatu simpulan dari sebuah penelitian. Moleong (2002: 103) mengemukakan bahwa analisis data adalah proses pengorganisasian dan pengurutan data kedalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar. Berdasarkan hal tersebut dapat ditemukan tema dan dirumuskan hipotesis kerja sesuai hasil analisis data.

Adapun proses analisis data yaitu reduksi data, kategorisasi data, sistesisasi, dan penyusunan hipotesis kerja. Data dari lapangan diproses melalui pemrosesan satuan (*unityzing*), yakni tipologi satuan dan penyusunan satuan (identifikasi). Selanjutnya dilakukan kategorisasi data, sintesisasi, dan penyusunan hipotesis kerja.

### **3.5.1. Reduksi Data**

#### *3.5.1.1 Identifikasi Satuan (Unit)*

Identifikasi satuan merupakan suatu proses pengidentifikasian satuan, yakni dengan mengidentifikasikan bagian terkecil yang ditemukan dari data yang memiliki makna apabila dikaitkan dengan fokus dan masalah penelitian. Identifikasi satuan dalam penelitian ini disesuaikan dengan pemaparan tersebut. Catatan lapangan dari hasil wawancara, observasi dan tes psikologi ditelaah dan dicari satuannya. Penelaahan dan pencarian satuan dilakukan dengan cara mencari dan mengenali data berdasarkan kata-kata kunci yang terkait dengan fokus kajian. Setelah itu, dilakukan identifikasi berdasarkan unit tersebut (Moleong, 2005:288).

#### *3.5.1.2 Koding*

Langkah setelah satuan diperoleh adalah pembuatan koding. Lebih lanjut Moleong (2005: 288) menjelaskan pembuatan koding adalah pemberian kode pada setiap satuan. Pembuatan koding dimaksudkan untuk mempermudah penelusuran sumber data pada masing-masing satuan. Pembuatan koding akan terlihat melalui indeks dan format pencatatan lapangan, baik pada transkrip hasil wawancara maupun transkrip hasil observasi.

Pemberian koding dalam penelitian ini akan terlihat dari catatan lapangan yang diperoleh, yakni transkrip hasil wawancara, transkrip hasil observasi dan transkrip hasil tes psikologi. Koding itu akan terlihat dari pemberian kode pada setiap transkrip. Kode tersebut adalah penulisan identitas narasumber, nomor halaman, tanggal pelaksanaan, dan pemberian kode pada judul pembicaraan tertentu.

### **3.5.2 Kategorisasi**

Kategorisasi adalah sebuah cara yang dilakukan dengan cara melakukan pemilahan setiap satuan menjadi kelompok yang memiliki kesamaan. Setiap kelompok didasarkan pada kategori tertentu. Selanjutnya setiap kategori diberi nama, nama pada setiap kategori disebut label. Kategorisasi terlihat melalui kartu indeks. Adapun proses kategorisasi adalah pengelompokan satuan-satuan yang memiliki kesamaan dan kaitan dengan tema tertentu menjadi satu. Setelah semua dikelompokkan, masing-masing kelompok diberi label tema pada satuan tersebut. Kategorisasi dilakukan terus hingga semua satuan masuk dalam masing-masing tema atau label yang tercantum di kartu indeks (Moleong, 2005: 288).

### **3.5.3 Sintesisasi**

Sintesisasi merupakan langkah setelah reduksi dan kategorisasi data. Sintesisasi adalah mencari kaitan antara satu kategori dengan kategori lainnya. Kaitan satu kategori dengan kategori lainnya diberi nama atau label lagi. Proses sintesisasi dilakukan dengan melakukan perbandingan antar kategori, seperti yang telah tercantum pada daftar kategori dan satuan masing-masing di dalam kartu indeks. Perbandingan tersebut digunakan untuk menyusun hipotesis atau teori yang berkaitan. Teori dapat dikembangkan berdasarkan integrasi antara masing-masing kategori dan satuannya. Lebih lanjut, berdasarkan isi dan integrasi dari setiap kategori dapat dibuat uraian. Uraian ini yang nantinya akan menjadi tema pokok teori yang dituliskan.

### 3.6. Keabsahan Data

Moleong (2002: 170-172) mengemukakan bahwa penetapan keabsahan (*trustworthines*) data berdasarkan teknik pemeriksaan dengan beberapa kriteria tertentu. Lebih lanjut, dikemukakan mengenai empat kriteria keabsahan data. Kriteria tersebut yakni derajat kepercayaan, keteralihan, kebergantun, dan kepastian, kriteria ini diperjelas melalui tabel berikut:

**Tabel 3.6. Iktisar Kriteria dan Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data**

<b>Kriteria</b>	<b>Teknik Pemeriksaan</b>
Derajat kepercayaan	1. Perpanjangan keikutsertaan 2. ketekunan pengamatan 3. Triangulasi 4. Pengecekan sejawat 5. kecukupan referensial 6. Kajian kasus negatif 7. Pengecekan anggota
Keteralihan	Uraian rinci
Kebergantungan	Audit kebergantungan
Kepastian	Audit kepastian

#### 3.6.1 Derajat Kepercayaan

Kriterium derajat kepercayaan merupakan konsep pengganti validitas internal pada penelitian kuantitatif. Kriterium ini memiliki dua fungsi. Pertama, sebagai pelaksana *inkuiri* agar dicapai tingkat kepercayaan atas temuan penelitian. Kedua sebagai bukti atas kenyataan ganda pada penelitian yang dilakukan, sehingga diperoleh hasil penelitian yang dapat dipercaya (Moleong, 2002: 173). Derajat kepercayaan diperoleh melalui beberapa macam teknik. Teknik tersebut yakni perpanjangan keikutsertaan, ketekunan pengamatan, triangulasi, kecukupan, referensial, kajian kasus negatif, dan pengecekan anggota (Moleong, 2002: 175).

### **3.6.2 Keteralihan**

Keteralihan sering diartikan sebagai validitas eksternal pada penelitian kuantitatif. Namun, keteralihan dan validitas eksternal memiliki konsep yang berbeda. Konsep validitas menyatakan temuan penelitian dapat digeneralisasikan pada populasi lain yang memiliki karakteristik yang sama. Sedangkan keteralihan mengungkapkan temuan penelitian kualitatif tidak dapat digeneralisasikan pada semua populasi (Moleong, 2002: 173). Lebih lanjut, keteralihan sebagai persoalan empiris bergantung pada kesamaan konteks pengirim dan penerima. Keteralihan dapat dilakukan dengan pencarian dan pengumpulan kejadian empiris tentang kesamaan konteks. Keteralihan dapat dilakukan apabila tersedia data deskriptif yang cukup. Berdasarkan hal tersebut, diperlukan penelitian kecil untuk memastikan usaha verifikasi (Moleong, 2002: 172).

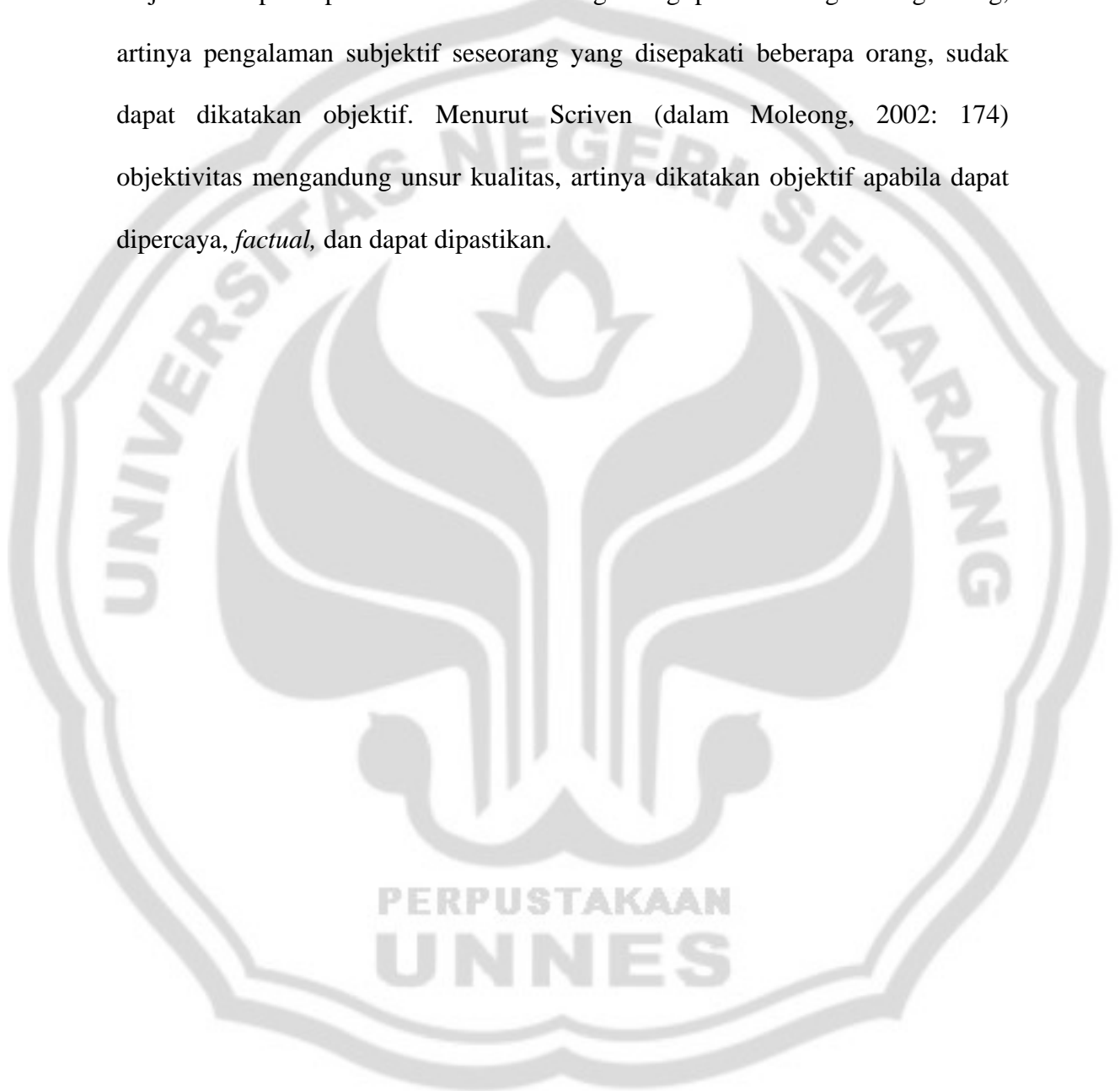
### **3.6.3 Kebergantungan**

Kriterium kebergantungan adalah pengganti istilah reliabilitas dalam penelitian kuantitatif. Reliabilitas dikatakan tercapai apabila didapatkan hasil yang sama ketika dilakukan replikasi studi pada kondisi yang sama (Moleong, 2002: 174). Terkait hal tersebut, pada penelitian kualitatif sulit didapatkan suatu kondisi yang sama. Hal tersebut dikarenakan pada penelitian kualitatif, latar penelitiannya bersifat alamiah. Berdasarkan hal tersebut, konsep kebergantungan digunakan sebagai pengganti konsep reliabilitas namun memiliki makna lebih luas (Moleong, 2002: 174). Konsep kebergantungan memperhitungkan reliabilitas ditambah dengan faktor-faktor lainnya yang bersangkutan.



#### 3.6.4 Kepastian

Kriterium kepastian berasal dari konsep objektivitas pada nonkualitatif. Objektivitas pada penelitian kualitatif bergantung pada masing-masing orang, artinya pengalaman subjektif seseorang yang disepakati beberapa orang, sudah dapat dikatakan objektif. Menurut Scriven (dalam Moleong, 2002: 174) objektivitas mengandung unsur kualitas, artinya dikatakan objektif apabila dapat dipercaya, *factual*, dan dapat dipastikan.



## BAB 4

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Guna mempermudah pengungkapan temuan dan pembahasan dalam penelitian, dilaksanakan analisis data. Analisis data pada penelitian kualitatif memiliki tahapan pengolahan sebagai berikut: pertama, melakukan *koding* yaitu membuat kode pada data yang telah diperoleh. Pembuatan kode bertujuan mengorganisasi data secara *detail* sehingga muncul gambaran mengenai topik yang dipelajari. Kedua, mempelajari data dengan cara: menandai kata kunci dan gagasan yang ada dalam data, menentukan tema yang berasal dari data, melakukan penafsiran data dengan cara memaknai, mencari, dan menemukan pola hubungan data yang telah dikategorikan, dan membuat temuan umum.

Sesuai tahapan pengolahan data, dipaparkan mengenai kode yang digunakan dalam penelitian sebelum paparan temuan dan pembahasan penelitian. Paparan kode yang digunakan bertujuan mempermudah pemahaman mengenai paparan temuan dan pembahasan penelitian. Kode yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kode **H** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber utama yang pertama yaitu Ibu Hamargo Murni.
2. Kode **K** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber utama kedua yaitu Ibu Khamimah.
3. Kode **S** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber utama ketiga yaitu Ibu Sri Ismawati.

4. Kode **T** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber utama keempat yaitu Ibu Titik Winarsih.
5. Kode **L** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber utama kelima yaitu Pak Kholik.
6. Kode **M** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber sekunder pertama yaitu Ibu Maryam.
7. Kode **G** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber sekunder kedua yaitu Ibu Wigati.
8. Kode **I** digunakan untuk menunjukkan data dari narasumber sekunder ketiga yaitu Pak Hasyim.
9. Kode **W** diikuti angka dengan efek *subscript* menunjukkan nomor urutan wawancara.
10. Kode **O** diikuti angka dengan efek *subscript* menunjukkan urutan observasi
11. Kode enam digit angka menunjukkan tanggal pelaksanaan wawancara.

#### **4.1. Setting Penelitian**

Dalam penelitian ini *setting* penelitiannya adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Ghondo Hutomo (RSJD-AGH) Semarang. Awalnya rumah sakit jiwa ini didirikan pada tanggal 1848 di Jalan Sompok Semarang sebagai tempat penampungan bagi pasien psikotik akut (*Doorgangshuizen*). Tahun 1912 *Doorgangshuizen* Sompok dipindah ke Gedung Kleedingmagazijn, sebuah gedung tua yang dibangun kurang lebih pada tahun 1878 di Jalan Cendrawasih. Kemudian pada tanggal 21 januari 1928 berubah status menjadi Rumah Sakit Jiwa

Pusat Semarang (*Kranzinnigenggestichten*). Pertama kali menerima perawatan pasien-pasien psikotik mulai tanggal 2 Februari 1928, hari ini kemudian ditetapkan menjadi hari jadi Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang.

Tanggal 4 Oktober 1986 seluruh kegiatan dipindahkan ke gedung baru di Jalan Brigjend Sudiarto No 347 Semarang. Tanggal 9 Februari 2001 Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang berubah nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Pusat Amino Ghondo Hutomo Semarang. Nama tersebut diambil dari nama psikiater pertama di Indonesia kelahiran Surakarta, Jawa Tengah. Tanggal 1 Januari 2002 Rumah Sakit Jiwa Pusat dr. Amino Ghondo Hutomo berubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang sesuai dengan SK Gubernur No. 440/09/2002.

RSJD-AGH merupakan Rumah Sakit Daerah yang pada awalnya khusus melayani pasien dengan gangguan jiwa. Namun, kini RSJD-AGH juga melayani gangguan penyakit lain seperti syaraf, gigi, dan pelayanan tes psikologi. RSJD-AGH terletak di Jalan Brigjend Sudiarto no 347 Pedurungan Kota Semarang. RSJD-AGH memiliki luas sekitar 60.000 m<sup>2</sup> dan luas bangunan ± 22.349 m<sup>2</sup>.

**Tabel 4.1. Bangunan Fisik RSJD-AGH**

Bangunan	Jumlah
Gedung Administrasi	1
Gedung Auditorium	1
Gedung Rehabilitasi	1
Rumah Dinas	1
Kamar Jenazah	1
Gedung diklat	1
Gedung Perawatan	13
Gedung Pelayanan	3
Gedung Penunjang	3

Lapangan Tenis	3
Mess	2
Gedung Asrama	1

RSJD-AGH memiliki kapasitas tempat tidur bagi pasien rawat inap sebesar : 285 *bed*. Terdiri dari bangsal HCU, VIP, kelas I, II, dan III yang terbagi dalam 13 bangsal, yang masing-masing kelas memiliki fasilitas yang berbeda-beda. Disamping itu RSJD-AGH juga memiliki instalasi rawat jalan yang terdiri dari: Poliklinik Spesialis Jiwa (Klinik Anak dan Remaja, Klinik Dewasa, Klinik Psikogeriatric, Klinik NAPZA, Klinik Psikoterapi, pelayanan KESWAMAS), Klinik Spesialis Saraf, Klinik Gigi, Klinik Psikologi, *Elektro Convulsive Therapy* (ECT), Klinik Fisioterapi, Rehabilitasi Medik dan Mental, Klinik Konsultasi Gigi.

Pelayanan penunjang yang dimiliki RSJD-AGH meliputi: *Brainmapping*, *Electro Encefalografi* (EEG), Epilepsi Monitoring, *Electro Kardiografi* (EKG), Densitometri, Neurokognitif, *Stress Analyzer*, *Personality Test/Mental Capacity*.

Kegiatan perawatan pasien yang ada di RSJD-AGH adalah Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP). MPKP ini terdiri dari kegiatan penunjang seperti: terapi aktivitas kelompok, terapi bermain, terapi musik, terapi gerak, terapi okupasi/kerja, relaksasi, *famili gathering* (PMFG), terapi rekreasi pasien dan pendidikan kesehatan.

Selanjutnya fasilitas rehabilitasi pasien di RSJD-AGH meliputi: *Day Care*, kegiatan menyulam, kristik, manik-manik, kegiatan pertukangan, kegiatan pertamanan/kebun, kegiatan kerajinan kayu/triplek, kegiatan lukis, kegiatan kerajinan plastik, rafia, dan tali, kegiatan kesenian, kegiatan spiritual, kegiatan terapi rekreasi/rekreasi rehabilitan. Ketenagaan dalam RSJD-AGH disesuaikan

dengan jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien. Berikut adalah rangkuman ketenagaan yang ada di RSJD-AGH:

**Tabel 4.2. Ketenagaan di RSJD-AGH**

<b>Ketenagaan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Ketenagaan</b>	<b>Jumlah</b>
Magister Kesehatan Masyarakat	9	D3 Gizi	8
Spesialis Kesehatan Jiwa	6	D3 Rontgen	3
Spesialis Syaraf	1	D3 Gigi	3
Spesialis Aneesthesi	2	D3 Rekam Medik	2
Dokter umum	12	D3 Farmasi	1
Dokter Gigi	4	D3 Akutansi	1
Spesialis Penyakit Dalam*	1	Sarjana Sains	1
Spesialis Radiologi*	1	S2 Hukum	1
Spesialis Patologi Klinik*	1	Pendidikan Kesehatan (SMA)	29
Sarjana Kesehatan Masyarakat	8	Sarjana Komunikasi	1
Sarjana/Profesi Psikologi	4	Sarjana Hukum	4
Sarjana Farmasi	2	Sarjana Ekonomi	4
Sarjana Keperawatan	47	Sarjana Administrasi	1
D3 Keperawatan	92	Sarjana Sosial/Sosial Politik	4
D3 Analisis Kesehatan	4	Sarjana Muda Pendidikan	2
D3 Elektromedik	1	Sarjana Muda Sospol	1
D3 Fisioterapi	1	Sarjana Muda Akuntansi	2
D3 Umum	7	Sarjana Muda Sekretaris	2
D3 Kesehatan Lainnya	11	Pendidikan Setara SMA	96

RSJD-AGH menampung pasien gangguan jiwa dengan semua jenis gangguan jiwa. Namun, dari semua jenis gangguan jiwa skizofrenia merupakan gangguan yang paling banyak ditangani di rumah sakit ini. Dari semua jenis skizofrenia pihak rumah sakit paling sering menangani skizofrenia paranoid, diikuti oleh katatonik dan hebrefenik.

Pasien rawat inap di RSJD-AGH kebanyakan adalah pasien pria, dari 13 bangsal yang disediakan 9 bangsal pria dan 4 bangsal merupakan bangsal wanita.

Tidak semua pasien memiliki kemampuan untuk tetap tinggal (rawat inap) di RSJD-AGH. Pihak rumah sakit hanya mau menangani masa kritis yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Tiap pasien yang dimasukkan di rumah sakit ini dirawat selama lebih kurang dua minggu saja. Selebihnya pasien dianjurkan untuk mengikuti rawat jalan. Kebijakan ini diambil akibat jumlah rumah sakit jiwa di Indonesia masih sangat terbatas. Sehingga rumah sakit jiwa di Indonesia terutama dalam hal ini RSJD-AGH sering mengalami *over load*. Padahal sebagai mana yang diungkapkan di latar belakang, instansi pelayanan jasa maksimal hanya boleh terisi sebanyak 90%. Namun, pada kenyataannya RSJD-AGH masih sering menolak pasien yang ingin rawat inap akibat kekurangan tempat.

Selama proses penelitian pembangunan gedung baru juga terus dilaksanakan oleh pihak RSJD-AGH. Hal ini dilakukan guna memenuhi kebutuhan masyarakat yang semakin meningkat akan perawatan kesehatan jiwa. Akibat dari hal ini, kebanyakan pasien yang berobat ke RSJD-AGH setelah dua minggu perawatan intensif di rumah sakit mau tidak mau mereka harus melanjutkan dengan pengobatan rawat jalan. Disinilah peran keluarga dalam kesembuhan pasien gangguan jiwa sangat penting. Adanya anggota keluarga yang gangguan jiwa menjadikan beban keluarga bertambah baik dari segi ekonomi maupun psikologis.

Subjek dari penelitian ini mengambil keluarga dari pasien-pasien rawat jalan dengan karakteristik khusus yakni durasi sakitnya yang lama dan keberhasilan mereka dalam menjalani kehidupan pribadi maupun sosialnya. Subjek dari penelitian ini seluruhnya telah merawat pasien gangguan jiwa selama

bertahun-tahun. Namun, dalam kehidupan sosial dan pribadinya keluarga pasien ini masih dapat berfungsi secara baik. Keluarga yang berfungsi baik inilah yang nantinya akan dicari faktor-faktor yang menyebabkan mereka bertahan dalam kondisi sulit ini. Diduga semua keluarga pasien yang menjadi subjek dari penelitian ini memiliki resensi dalam dirinya.

## **4.2. Proses Penelitian**

### **4.2.1 Tinjauan Lapangan Pra-Penelitian**

Tinjauan lapangan pra-penelitian dilakukan sebelum penelitian di RSJD-AGH. Tinjauan lapangan pra-penelitian berfungsi untuk memastikan fenomena penelitian yang diperoleh melalui media cetak. Tinjauan lapangan dilakukan pada tanggal 20 Juli 2010 dengan melakukan observasi dan wawancara awal. Observasi dan wawancara bertujuan untuk mendapatkan informasi (data) mengenai gambaran dan *setting* penelitian. Data tersebut digunakan sebagai bahan pembuatan konsep penelitian.

Tinjauan lapangan pra-penelitian dilatarbelakangi ketertarikan peneliti terhadap fenomena terlampauinya *bed occupation rate* (BED) dari RSJD-AGH sehingga menyebabkan pihak RSJD-AGH sering menolak pasien yang datang untuk berobat. Hal ini diperoleh peneliti dari media cetak Suara Merdeka edisi Minggu, 24 April 2010. Kemudian peneliti mencari informasi lebih lanjut dengan melakukan tinjauan pra-penelitian.

Pada tanggal 29 April 2011 peneliti mengunjungi RSJD-AGH. Pertama-tama peneliti menemui psikolog di RSJD-AGH yakni Ibu Hamargo Murni (IHM).



Kemudian peneliti memperoleh banyak keterangan termasuk seringnya terjadi kasus keluarga yang tidak mau lagi menerima kepulangan pasien gangguan jiwa yang telah dinyatakan sembuh. Beberapa keluarga yang memiliki anggota keluarga yang gangguan jiwa pun tidak jarang dalam proses perawatan pasien dirumah justru malah menambah jumlah penderita gangguan jiwa dalam keluarga. Misalnya pada awalnya hanya ayahnya yang mengalami gangguan skizofrenia. Namun kemudian anaknya juga ikut mengalami gangguan karena tidak tahan menghadapi sikap ayahnya yang gangguan jiwa.

Lebih lanjut penelitian dilakukan dengan mewawancarai bagian keperawatan yang bertugas sebagai penanggung jawab kegiatan terapi keluarga (PMFG) yaitu Ibu Khamimah (IM). Kegiatan ini memiliki tujuan untuk memberikan pendampingan terhadap keluarga yang memiliki anggota keluarga yang gangguan jiwa dirumahnya. Sasaran utamanya adalah agar pasien yang telah dipulangkan tidak kambuh lagi dan keluarga yang merawatnya tidak turut mengalami gangguan jiwa.

Atas saran IM dan IHM peneliti kemudian mengikuti proses pemberian terapi terhadap keluarga pasien skizofrenia. Proses terapi ini berjalan sangat baik dan lancar. Hal ini menyebabkan peneliti ingin mengungkap lebih dalam tentang manfaat dari program ini bagi keluarga pasien skizofrenia yang dirawat di RSJD-AGH.

Dari tinjauan pra-penelitian ini diperoleh informasi seputar *setting* penelitian meliputi: gambaran umum RSJD-AGH, pasien, kegiatan pasien, gambaran tentang PMFG meliputi: proses pelaksanaan, peserta, sejarah dan

tujuannya (catatan lapangan no.1 dan no.2). Informasi hasil pra-penelitian dijadikan landasan dalam membuat rancangan penelitian.

#### **4.2.2 Penelitian di Lapangan**

Penelitian dilapangan dibagi menjadi tiga tahapan yakni: pendekatan, pendalaman, dan penyempurnaan. Penjelasan mengenai ketiga tahapan tersebut dijelaskan melalui paparan sebagai berikut:

##### *4.2.2.1 Tahap Pendekatan*

Tahap pendekatan dalam penelitian di lapangan berfungsi sebagai sarana pembangun rapor terhadap subjek yang akan diteliti yaitu keluarga pasien skizofrenia. Pendekatan dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah dan perbincangan selama masa menunggu dimulainya terapi keluarga. Kunjungan rumah dilakukan selama tiga bulan tiap dua minggu sekali. Sementara pendekatan pada saat menunggu proses terapi dilakukan selama tiga bulan tiap seminggu sekali yakni tiap hari Sabtu. Penelitian dilapangan ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan bulan Juli 2011. Setiap terjun kelapangan peneliti melakukan kegiatan pencatatan (catatan lapangan).

Proses pendekatan baik selama masa menunggu terapi keluarga dan ketika kunjungan rumah dinilai sangat efektif apabila keduanya dilakukan. Hal ini terbukti ketika peneliti sempat langsung mengunjungi subjek penelitian ke rumahnya, subjek merasa kurang nyaman dan timbul kecurigaan. Namun, ketika peneliti melakukan pendekatan terlebih dahulu selama proses terapi, baru kemudian membuat janji untuk melakukan kunjungan rumah, subjek sangat

terbuka dan menyambut kedatangan peneliti di rumahnya dengan baik (*cooperative*).

Tahap pendekatan ini dilakukan peneliti kepada keluarga dari pasien bernama Daniel, Danang, dan Citra. Peneliti mengusahakan agar proses penelitian bersifat natural sehingga peneliti dalam proses pendekatan tidak membawa *interview guide* selama proses wawancara.

#### 4.2.2.2 Tahap Pendalaman

Berdasarkan data yang diperoleh pada tahap pendekatan, selanjutnya peneliti melengkapi data-data yang belum terungkap dalam tahap pendekatan dengan melakukan tahap pendalaman. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode gabungan antara partisipan dan non-partisipan. Metode partisipan digunakan peneliti pada saat mengikuti PMFG sementara untuk menggali data dari lingkungan sekitar tempat tinggal subjek peneliti hanya berkunjung tiap dua minggu sekali.

Lebih lanjut dalam proses pelaksanaan PMFG, peneliti membantu pihak rumah sakit mulai dari proses mengundang keluarga pasien, menyiapkan konsumsi, menyiapkan ruangan, dan menjadi moderator selama proses pelaksanaan PMFG. Proses partisipasi ini peneliti laksanakan selama bulan Mei 2011 sampai dengan bulan Juli 2011 setiap hari Sabtu.

Penelitian ini dilakukan dengan observasi (partisipan dan non-partisipan) serta wawancara mendalam terhadap subjek penelitian (narasumber utama dan sekunder). Narasumber utama dari penelitian ini adalah IHM, IM, ISI, ITW, dan PK sedangkan narasumber sekunder berasal dari orang-orang di lingkungan

terdekat pasien skizofrenia selain narasumber utama yakni IM, IW, PI, PS1, PS2, dan PS3. Selama proses penelitian di RSJD-AGH peneliti dibimbing dan diarahkan oleh IHM, yang juga menjabat sebagai salah satu psikolog di RSJD-AGH.

Akibat dari pertemuan antara subjek penelitian dan peneliti yang cukup sering, kedekatan emosional terjalin diantara peneliti dan keluarga pasien skizofrenia. Hal ini sangat menguntungkan bagi peneliti dalam proses pengumpulan data. Banyak informasi (temuan) penelitian yang peneliti dapatkan selama proses penelitian. Temuan penelitian diperoleh melalui proses wawancara observasi, tes psikologi, dan pengumpulan dokumen yang relevan dengan fokus penelitian (dokumentasi). Masing-masing teknik pengumpulan data dapat berdiri sendiri maupun bergabung dengan teknik pengumpulan data lainnya. Berikut dijelaskan mengenai kegiatan yang dilakukan pada masing-masing teknik pengumpulan data.

#### 4.2.2.2.1 Wawancara

Kegiatan yang dilakukan melalui wawancara meliputi: (a) membuat daftar pertanyaan (*interview guide*), (b) melakukan tanya jawab, (c) merekam dengan menggunakan *recorder*, (d) mencatat di lembar catatan lapangan, dan (e) membuat transkrip wawancara (*verbatim*) (lampiran no.5). kegiatan wawancara pada tahap pendalaman di lapangan hanya meliputi kegiatan tanya jawab, perekaman menggunakan *recorder*, dan pencatatan di lembar catatan lapangan. *Interview guide* dan *verbatim* disusun pada tahap pembuatan rancangan penelitian dan penulisan laporan. *Recorder* tidak selalu digunakan dalam wawancara, hal ini

disebabkan oleh permintaan beberapa subjek yang keberatan apabila pernyataannya direkam. Untuk menghindari kecurigaan subjek terhadap peneliti terkadang peneliti meniadakan penggunaan *recorder*.

Wawancara pertama dilakukan kepada IHM sebagai psikolog di RSJD-AGH menggunakan wawancara terstruktur dan mendalam. Setelah itu IHM mengarahkan peneliti kepada subjek kedua yakni IM yang menjadi penanggung jawab proses pelaksanaan PMFG di RSJD-AGH. Dari kedua narasumber ini peneliti memperoleh banyak data mengenai PMFG yang dilaksanakan di RSJD-AGH beserta dampak-dampak positifnya dalam pandangan narasumber. Terhadap kedua narasumber ini tidak dilakukan *crosscheck*. Alasannya adalah karena kedua narasumber ini merupakan narasumber ahli yang berfungsi untuk mengungkapkan fakta-fakta seputar proses pelaksanaan PMFG.

Berangkat dari pernyataan kedua narasumber utama, peneliti kemudian melakukan wawancara pada keluarga pasien skizofrenia. Wawancara pertama dilakukan kepada Ibu dari pasien skizofrenia rawat jalan bernama Daniel Kristyawan yakni Ibu Sri Ismawati (ISI). Wawancara dengan subjek ini dilaksanakan sebanyak tiga kali. *Crosscheck* untuk pernyataan dari subjek pertama ini dilakukan pada tetangga ISI yaitu Ibu Maryam (IM).

Wawancara selanjutnya dilakukan kepada Ibu dari pasien Bernama Danang Kurniawan yakni Ibu Titik Winarsih (ITW). Wawancara dengan subjek ini dilaksanakan sebanyak tiga kali. *Crosscheck* untuk pernyataan dari subjek ini dilakukan pada tetangga ITW yakni Ibu Wigati (IW). Wawancara terakhir dilakukan kepada Ayah dari pasien bernama Citra Bonniawan yakni Pak Kholik

(PK). *Crosscheck* untuk pernyataan dari subjek ini dilakukan pada tetangga PK yakni Pak Hasyim (PI).

Wawancara terstruktur hanya dilakukan pada narasumber utama saja. Sementara pada narasumber sekunder wawancara mengacu pada pernyataan narasumber utama (*crosscheck*). Wawancara terstruktur memiliki kelemahan yakni sering dilakukannya *faking good*. Maka untuk menutupi kekurangan dari wawancara terstruktur peneliti menggunakan wawancara mendalam (*deep interview*). Tidak ada batasan waktu dan tatacara dalam pelaksanaan wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan layaknya obrolan biasa dengan narasumber penelitian.

Dalam proses pelaksanaannya terhadap narasumber sekunder, wawancara dilakukan tanpa proses penjadwalan. Kemampuan peneliti dalam memanfaatkan *moment* sangat berperan di sini. Lebih lanjut paparan kegiatan wawancara terhadap narasumber sekunder dipaparkan sebagai berikut:

1. Ibu Maryam (IM)

Saat berkunjung kerumah ISI peneliti menemukan rumah dalam keadaan kosong dan terkunci. Peneliti pun bertanya kepada tetangga keluarga pasien Daniel perihal keberadaan keluarga dari pasien. Dari obrolan singkat yang dilakukan oleh peneliti kemudian peneliti mulai membangun rapor dan meminta izin untuk melakukan wawancara terhadap tetangga keluarga pasien skizofrenia ini.

## 2. Ibu Wigati (IW)

Setelah melaksanakan wawancara kepada Ibu dari pasien Danang (ITW) peneliti mengunjungi rumah IW guna melakukan *crosscheck* dari pernyataan ITW. Peneliti menangkap sikap yang sangat terbuka dan bersahabat dari IW, oleh sebab itu peneliti langsung meminta izin kepada IW untuk melaksanakan wawancara.

## 3. Pak Hasyim (PI)

Berdasarkan keterangan dari ayah pasien bernama Citra bahwa pasien ini pernah diantarkan ke rumah sakit oleh tetangganya ketika kambuh, peneliti langsung melaksanakan *crosscheck* kepada PI.

## 4. Pasien Skizofrenia di RSJD-AGH

Kesembuhan pasien merupakan sararan utama dari keberhasilan PMFG. Oleh sebab itu *crosscheck* terhadap pasien dinilai juga sangat penting. Penggalan data terhadap pasien dilakukan melalui beberapa macam teknik, salah satunya melalui wawancara. Adapun proses wawancara yang dilakukan adalah sebagai berikut:

### a. Pasien 1: Daniel Kristyawan (PS1)

PS1 adalah salah seorang pegawai di RSJD-AGH yang juga masih melaksanakan rawat jalan. PS1 sangat kooperatif, bahkan PS1 lah yang mengenalkan teman-temannya yang juga mengalami gangguan skizofrenia kepada peneliti. Sehingga kemudian peneliti menggunakan keluarga teman-teman PS1 ini sebagai narasumber penelitian (keluarga PS2 dan PS3).

### b. Pasien 2: Danang Kurniawan (PS2)

Meskipun sesekali pembicaraan PS2 masih sering berputar-putar tanpa arah, namun PS2 sangat kooperatif dalam menjawab pertanyaan dari peneliti. PS2 masih sering merasa bahwa dirinya selalu diikuti setan. PS2 berusaha mengacuhkan halusinasinya sebagaimana yang dianjurkan oleh dokter. Namun, sesekali PS2 mau mendengarkan perintah dari objek halusinasinya. Dalam mewawancarai PS2 peneliti selalu ditemani oleh PS1. PS2 sangat patuh terhadap PS1.

c. Pasien 3: Citra Bonniyawan Widya (PS3)

PS3 juga merupakan kawan dari PS1. Seringnya mereka terlibat bersama dalam kegiatan rehabilitasi menjadikan keduanya akrab. PS3 lebih mudah diwawancarai karena PS3 merupakan lulusan perguruan tinggi swasta di Semarang. PS3 memiliki gerakan tubuh yang kaku akibat dari efek obat yang masih diminumnya.

4.2.2.2.2 Observasi

Observasi dilakukan dengan melakukan pengamatan dan pencatatan pada lembar *checklist* yang telah disusun. Pengamatan yang dilakukan meliputi kondisi RSJD-AGH, PMFG, kondisi tempat tinggal pasien, kondisi orang-orang disekitar pasien, dan kondisi pasien. Kondisi RSJD-AGH meliputi lingkungan fisik, kebersihan, suasana dan kegiatan yang dilakukan di RSJD-AGH. PMFG meliputi tata cara (pelaksanaan), sikap terapis, dan antusiasme keluarga pasien dalam mengikuti PMFG. Kondisi pasien meliputi kondisi fisik, perilaku pasien, sikap pasien ketika mengikuti PMFG. Selain pada lembar *checklist*, ada tambahan



catatan observasi pada lembar catatan lapangan. Catatan observasi tambahan dilakukan untuk informasi yang tidak tertuang pada lembar *checklist*.

#### 4.2.2.2.3 Pemberian Resilien *Quotiont Test*

Pemberian RQ *test* ini dilaksanakan di akhir proses penelitian sebagai bahan *crosscheck* data yang diperoleh dari proses wawancara dan observasi. Jika pada wawancara subjek memahami betul apa yang ingin diungkap oleh peneliti, dalam *test* ini subjek diberikan stimulus yang maksud dan tujuannya tidak dijelaskan sebelumnya. Dalam proses pengisiannya peneliti mendampingi subjek agar apabila terdapat pernyataan yang belum dipahami peneliti dapat langsung menjelaskan.

#### 4.2.2.2.4 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan memotret proses PMFG, anggota keluarga pasien skizofrenia, dan pasien skizofrenia. Kendala yang muncul saat pengambilan dokumentasi ini adalah kode etik Rumah Sakit Jiwa yang melarang pihak luar rumah sakit mengabadikan foto pasien dan keluarga pasien skizofrenia. Namun, pada akhirnya peneliti memperoleh izin untuk memotret dengan catatan peneliti harus membuat menjadi buram wajah pasien dan keluarga pasien skizofrenia. Selain itu dokumentasi dilakukan dengan mengumpulkan beberapa dokumen yang relevan dengan kajian penelitian, diantaranya dokumen tentang profil RSJD-AGH Semarang.

#### 4.2.2.2.5 Kendala (Hambatan) Proses Penelitian di Lapangan

Proses penelitian ini mengalami beberapa kendala meski secara keseluruhan berjalan dengan lancar. Kendala yang ditemui selama proses

penelitian adalah kegiatan narasumber yang tidak dapat dipastikan sehingga terkadang pertemuan dengan narasumber yang telah dijanjikan ditunda akibat adanya kepentingan lain. Beberapa orang yang ingin dijadikan narasumber ada yang menolak sehingga peneliti harus mencari alternatif narasumber lain. Namun, kendala yang paling peneliti rasakan adalah saat proses perencanaan yakni pengumpulan referensi atau pustaka yang mengkaji tentang resiliensi dan PMFG.

#### **4.2.3 Penyusunan Laporan**

Tahap penyusunan laporan memakan waktu sekitar empat bulan yakni pada bulan Mei 2011 s.d. Agustus 2011. Kegiatan yang dilakukan pada penyusunan laporan antara lain melakukan revisi konsep penelitian pada rancangan penelitian yang telah disusun, pembuatan laporan akhir, dan konsultasi dengan dosen pembimbing. Penyusunan laporan dan tahap penyempurnaan dilakukan secara berdampingan di lapangan.

Kendala yang ditemukan dalam penyusunan laporan yaitu terlalu banyaknya data yang didapat pada tahap penelitian di lapangan. Terlalu banyak data membuat kebingungan dalam penyusunan laporan penelitian. Data yang diperoleh melebar dari rumusan masalah (fokus kajian) yang telah dikonsepsikan pada rancangan penelitian. Beberapa cara yang digunakan untuk mengatasi permasalahan selama penyusunan laporan antara lain triangulasi dengan teman sejawat, menelaah kembali referensi tentang penyusunan laporan penelitian kualitatif, dan konsultasi dengan dosen pembimbing.

### 4.3. Temuan Penelitian

#### 4.3.1 Identitas Narasumber

Narasumber dalam penelitian dibagi menjadi dua yakni narasumber utama dan narasumber sekunder. Narasumber utama dikatakan sebagai subjek penelitian karena merupakan sumber informasi utama. Narasumber sekunder dijadikan *crosscheck* informasi yang diperoleh dari narasumber utama. Identitas narasumber dipaparkan sebagai berikut:

##### 4.3.1.1 Narasumber Utama

Narasumber utama terdiri dari narasumber ahli dan keluarga pasien skizofrenia. Identitas dari narasumber utama yakni sebagai berikut:

##### a. Ibu Hamargo Murni

Nama : Ibu Hamargo Murni (IHM)  
Kode : H  
Pendidikan : Profesi Psikolog  
Pekerjaan : Psikolog  
Keterangan : Psikolog di RSJD-AGH Semarang

Ibu Hamargo Murni (IHM) merupakan salah satu psikolog di RSJD-AGH Semarang. IHM dijadikan sebagai narasumber dengan pertimbangan bahwa psikolog di RSJD-AGH adalah rujukan bagi para pasien gangguan jiwa yang mengalami permasalahan psikologis baik dengan diri maupun keluarga. Dalam kesehariannya, Poli Psikologi membantu para pasien dalam memecahkan permasalahan psikologis yang dihadapinya. Salah satu sasaran dari PMFG yang dilakukan di RSJD-AGH pun juga merupakan aspek psikologis keluarga pasien

yakni resiliensi. Oleh sebab itu perlu adanya pendapat ahli dalam hal ini guna mengungkapkan dampak psikologis dari PMFG ini terhadap resiliensi keluarga pasien skizofrenia.

Ibu Hamargo Murni (IHM) mengungkapkan bahwa banyak terdapat pasien yang kambuh sehingga pihak rumah sakit sering menolak pasien yang ingin melaksanakan rawat inap di RSJD-AGH. Malahan sering kali ada keluarga yang pada awalnya hanya satu saja anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa namun setelah pasien dipulangkan beberapa minggu kemudian pasien kambuh lagi dan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa bertambah. Misalnya pada awalnya hanya ayahnya yang mengalami gangguan jiwa. Namun, kemudian anak atau istrinya juga turut menderita gangguan jiwa.

Banyak. Bahkan rumah sakit ini sering menolak pasien akibat tidak ada tempat lagi untuk menginap pasien. *La gimana* lagi yang sudah sembuh seringnya kambuh lagi setelah dipulangkan ke rumah masing-masing. Dulu malahan pernah ada seorang ayah yang sakit di ruang VIP lalu dia dinyatakan sembuh dan dipulangkan. Namun, setelah beberapa minggu dia kambuh lagi dan diinapkan lagi. Tidak lama kemudian anaknya yang dulu sehat-sehat saja juga ikut masuk. Karena tidak terlalu menghawatirkan maka anaknya disarankan untuk rawat jalan. Begitulah kalau keluarga tidak tahu bagaimana harus menghadapi pasien gangguan jiwa. Maka dari itu terapi keluarga ini sangat diperlukan (H<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:150511).

Disamping itu, sering pula keluarga meninggalkan pasien skizofrenia di rumah sakit. Pihak rehabilitasi yang tugas utamanya adalah membantu proses kembalinya pasien gangguan jiwa ke tengah-tengah masyarakat sering mengalami kerepotan ketika hendak memulangkan pasien gangguan jiwa ke rumah

keluarganya. Beberapa keluarga pasien sampai pindah rumah demi menghindari kepulangan pasien gangguan jiwa.

Wah banyak sekali. Pihak rehab itu sampai kesulitan tiap kali mau memulangkan pasien gangguan jiwa kerumahnya. Padahal pasiennya sudah baik, sudah bisa dipulangkan. Tapi keluarga pasien ada *lo* yang sampai pindah rumah hanya demi menghindari pasien yang akan dipulangkan. Pihak rehab yang mendatangi rumahnya dan bermaksud memulangkan pasien jadi *kecilek*. Akhirnya ya mereka masih di rumah sakit sekarang. Di bangsal rehab (H<sub>1</sub>W<sub>8</sub>:150511).

PMFG dalam prosesnya dipandu oleh empat orang terapis yang bersal dari bidang-bidang yang berbeda. Para terapis terdiri dari psikiater, psikolog, perawat, dan pihak rehabilitasi. Psikolog bertugas menangani dampak psikologis yang ditimbulkan oleh adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Psikiater biasanya menerangkan tentang dampak obat yang dikonsumsi secara rutin oleh pasien. Sementara perawat biasanya menerangkan kepada keluarga pasien bagaimana cara merawat pasien sebagaimana yang pasien sering dapatkan di rumah sakit. Kemudian pihak rehabilitasi memberikan contoh-contoh kegiatan yang bisa dilakukan oleh pasien gangguan jiwa pasca perawatan di rumah sakit.

Dalam terapi ini terapisnya ada empat orang biasanya. Psikolog, psikiater, perawat, dan orang dari rehabilitasi. Psikolog disini berfungsi untuk memecahkan permasalahan seputar gangguan psikologis yang dialami keluarga akibat adanya pasien gangguan jiwa dirumahnya. Kemudian psikiater biasanya menjawab soal efek-efek obat tertentu yang terkadang juga membingungkan keluarga. Kalau perawat lebih kepada pola asuh atau bagaimana merawat pasien gangguan jiwa yang seringnya tidak bisa mengurus keperluan pribadinya seperti misalnya masalah kebersihan pasien dan makanan apa saja yang boleh diberikan. Sementara pihak rehabilitasi sosial memberikan gambaran bagaimana pasien yang telah dilatih di bangsal rehabilitasi kemudian mampu berfungsi lagi

dalam masyarakat dengan keterampilan yang telah diberikan pihak rumah sakit khususnya bagian rehabilitasi (H<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:150511).

PMFG selain memiliki efek terapi tersendiri disamping itu juga dapat digunakan sebagai sarana membangun *support group* bagi keluarga pasien skizofrenia. Disamping itu PMFG bersifat sangat fleksibel sehingga apapun harapan keluarga pasien mengenai proses pelaksanaannya dapat diusahakan untuk direalisasikan.

Komposisi pelaksanaan PMFG, keluarga pasien dan terapis duduk secara melingkar agar terapis lebih mudah dilihat oleh seluruh peserta terapi. Terapis dan moderator berada di salah satu sisi ruangan, sementara para peserta berada di depan terapis. Dalam proses tanya jawab di sesi kedua moderator memfasilitasi para peserta yang ingin bertanya atau mengungkapkan pengalaman dengan memberikan *microphone*.

Terdapat tiga sesi dalam terapi keluarga berbasis PMFG ini yakni: pembukaan, tanya jawab, dan terminasi. Pada sesi pembukaan keluarga pasien diberikan pemaparan mengenai gangguan skizofrenia. Pada tahap ini keluarga dibuat agar memahami sebab gangguan skizofrenia dan bagaimana cara penanganannya. Dampak-dampak psikologis yang mungkin akan dirasakan oleh keluarga dalam proses merawat pasien gangguan jiwa juga dipaparkan agar keluarga lebih siap dalam menghadapi ketidaksesuaian perilaku pasien skizofrenia.

Sementara itu, sesi terminasi diisi dengan penyimpulan hasil yang diperoleh pada hari itu. Disamping itu juga dihadirkan pasien skizofrenia yang telah berhasil kembali di tengah-tengah masyarakat. Hal ini dimaksudkan untuk

membangun optimisme keluarga pasien agar tetap semangat dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Secara lebih jelas IHM menjelaskan mengenai sesi-sesi dalam PMFG sebagai berikut:

Terapi ini terdiri dari tiga sesi. Sesi pertama pembukaan dan pemaparan tentang apa itu skizofrenia dari mulai penyebab biologis, psikologis sampai bagaimana kemungkinan sembuhnya di bahas di tahap awal ini. Intinya tahap awal ini ingin memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang apa itu gangguan skizofrenia. Kemudian sesi kedua diisi oleh tanya jawab dari keluarga pasien tentang kesulitan yang mereka hadapi selama merawat pasien gangguan jiwa. Pertanyaan yang muncul biasanya sangat bervariasi. Tahap yang terakhir diisi dengan pemaparan pengalaman dari pasien yang telah berhasil sembuh dan diikuti dengan simpulan dari para terapis atas apa yang telah dibahas dari awal sampai akhir sesi (H<sub>1</sub>W<sub>6</sub>:150511).

Lebih lanjut tentang sesi-sesi dalam PMFG ini juga diobservasi dengan menggunakan *Checklist*. Selama proses pelaksanaan PMFG indikator yang diharapkan akan muncul dicatat sebagai berikut:

PMFG terdiri dari tiga sesi yakni pertama pembukaan yang diisi dengan pemaparan klinis mengenai gangguan skizofrenia baik dari segi biologis, pola asuh, dan dampak psikologisnya bagi pasien dan keluarga pasien. Kedua diisi dengan sesi tanya jawab yang merupakan sarana bagi keluarga pasien untuk melakukan katarsis. Ketiga terminasi yakni evaluasi seluruh kegiatan PMFG pada hari tersebut. Dalam tahap ini didiskusikan hal-hal yang telah diperoleh keluarga pasien dari kegiatan ini dan apa saja yang masih kurang untuk kemudian dibahas lagi pada pertemuan berikutnya. Disamping itu pada sesi ini juga dihadirkan narasumber pasien yang telah berhasil kembali ke tengah-tengah masyarakat guna

memberikan semangat dan optimisme keluarga pasien dalam merawat pasien skizofrenia. Lebih lanjut hal ini dijelaskan oleh IHM sebagai berikut:

Terapi ini terdiri dari tiga sesi. Sesi pertama pembukaan dan pemaparan tentang apa itu skizofrenia dari mulai penyebab biologis, psikologis sampai bagaimana kemungkinan sembuhnya di bahas di tahap awal ini. Intinya tahap awal ini ingin memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang apa itu gangguan skizofrenia. Kemudian sesi kedua diisi oleh tanya jawab dari keluarga pasien tentang kesulitan yang mereka hadapi selama merawat pasien gangguan jiwa. Pertanyaan yang muncul biasanya sangat bervariasi. Tahap yang terakhir diisi dengan pemaparan pengalaman dari pasien yang telah berhasil sembuh dan diikuti dengan simpulan dari para terapis atas apa yang telah dibahas dari awal sampai akhir sesi (H<sub>1</sub>,W<sub>6</sub>:150511).

Terapi PMFG ini dilaksanakan lebih kurang selama satu jam. Tiap sesinya memiliki tujuan tersendiri. Sesi pertama berfungsi edukasi, Lebih lanjut fungsi dari sesi pertama dalam PMFG dijelaskan sebagai berikut:

Sesi pertama sekitar 10 s.d 15 menit, selanjutnya sesi inti atau tanya jawabnya 35 menit, dan penutupnya 15 menit. Semuanya total satu jam (K<sub>1</sub>W<sub>8</sub>:290511).

Sesi pertama tentu saja berfungsi untuk memberikan pemahaman yang benar tentang gangguan skizofrenia. Kebanyakan keluarga pasien memiliki anggapan yang salah tentang gangguan skizofrenia. Mereka belum memahami bahwa penyakit ini disebabkan oleh gangguan di otak. Kemudian dengan memberikan pemahaman yang mendalam keluarga jadi bisa merespon secara tepat terhadap perilaku pasien yang membingungkan. Dan bukannya malah ikut marah-marah dan terpancing emosinya (H<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:290511).

Sementara itu sesi kedua dari PMFG merupakan fungsi psikologis yakni memperhatikan dan menangani dampak psikologis yang muncul akibat adanya pasien skizofrenia di rumah.



Sementara sesi kedua dampak psikologisnya adalah membuat keluarga merasa dipahami dan didampingi dalam melewati masa sulit ini. Sering kali pada sesi ini keluarga tidak bertanya tapi *curhat* tentang apa yang dialami dan apa yang dirasakan atas terhadap kejadian-kejadian yang dialaminya selama merawat pasien gangguan jiwa (H<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:290511).

Sesi terakhir dari PMFG berfungsi sebagai *support moment* atau saat dimana keluarga pasien diberikan motivasi dan konklusi mengenai permasalahan sesungguhnya yang mereka hadapi yakni keluarga yang sedang sakit mental.

Sementara sesi terakhir adalah terminasi, jadi berisi kesimpulan atas apa yang telah dipelajari bersama hari itu. Disamping itu didatangkannya narasumber tamu yakni pasien yang telah berhasil sembuh dan berfungsi kembali di masyarakat menjadikan optimisme keluarga meningkat. Dan perasaan bahwa mereka tidak sendirian dalam menghadapi masalah ini menjadi pendorong bagi keluarga pasien untuk tetap merawat anggota keluarganya yang sedang sakit skizofrenia (H<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:290511).

b. Ibu Khamimah

Nama : Ibu Khamimah (IK)  
 Kode : K  
 Pendidikan : Profesi Perawat  
 Pekerjaan : Bagian Management Keperawatan  
 Keterangan : Penanggung Jawab Program PMFG di RSJD-AGH

Direktur RSJD-AGH menugaskan Ibu Khamimah (IK) untuk menjadi penanggung jawab atas terselenggaranya program terapi keluarga berbasis PMFG. Dalam prosenya IK lah yang menentukan siapa saja yang akan diundang. IK pula yang memimpin pengembangan PMFG menjadi sebuah wadah bagi para keluarga pasien skizofrenia dalam berbagi pengalaman.

Pada awalnya, dalam rapat program tahunan di RSJD-AGH ditemukan data bahwa keluarga pasien banyak yang masih bingung dan tidak tahu bagaimana harus merawat pasien dirumah. Keluarga pasien kemudian banyak yang datang ke rumah sakit untuk berkonsultasi. Namun, hal ini sangat menghambat bagi petugas di RSJD-AGH pada saat melayani pasien lain yang sedang kambuh atau baru masuk. Permasalahan yang dialami keluarga pasien rata-rata hampir sama sehingga pihak RSJD-AGH memutuskan untuk mengadakan PMFG guna menampung semua kebingungan keluarga pasien tentang bagaimana cara merawat atau bersikap terhadap pasien skizofrenia dirumah.

PMFG adalah salah satu program dari rumah sakit ini yang tujuan awalnya adalah menyiapkan keluarga pasien yang akan dipulangkan. Awalnya pada rapat program kita membahas banyak keluarga pasien yang ingin berkonsultasi. Namun, mereka biasanya datang satu-satu menemui psikolog, perawat, atau psikiater. Sementara kebanyakan permasalahan yang dikeluhkan sama. Seputar kesulitan dalam menangani pasien yang telah dirumahkan. Maka dari itu diadakan kegiatan ini guna menampung semua aspirasi keluarga (K<sub>1</sub>W<sub>1</sub>:290511).

PMFG diadakan setelah begitu banyaknya pasien yang dipulangkan kerumah kembali kambuh pada minggu atau bulan pertama kepulangannya kerumah. Kegiatan ini diadakan dengan maksud memberikan pemahaman kepada keluarga pasien baik yang akan maupun yang telah merawat keluarga dengan gangguan skizofrenia di rumah. Tentang awal mula diselenggarakan terapi ini di paparkan oleh IK sebagai berikut:

Sebenarnya sejak sekitar tahun 2000 sudah ada tapi sempat fakum dua tahun dan tahun 2011 ini mau digalakkan lagi. Keluarga pasien itu masih banyak yang bingung bagaimana merawat pasien di rumah. Pasien gangguan jiwa kan memang *nganyelke to mbak*.

Tapi ya *nggak* bisa dimarahi lawong mereka seperti itu karena gangguan di otaknya. Tapi *nggak* semua keluarga menyadari hal itu. Jadi agar keluarga *nggak* stres dan pasien juga *nggak* kambuh pihak rumah sakit ini mengadakan kegiatan terapi keluarga (K<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:290511).

PMFG dilaksanakan di RSJD-AGH setiap hari Sabtu tiap minggunya. Prosedur pelaksanaannya terdiri dari: mengundang keluarga pasien, menghubungi terapis, dan pelaksanaan PMGF. Dalam mengundang keluarga pasien, piha RSJD-AGH mengirimkan undangan kepada keluarga pasien yang selama kurus waktu dua minggu terakhir belum pernah menjenguk pasien di rumah sakit. Selain itu penanggung jawab program PMFG juga menelpon seluruh bangsal agar apabila ada keluarga yang sedang menjenguk pasien diundang untuk mengikuti pelaksanaan terapi keluarga. Secara lebih jelas tentang prosedur pelaksanaan PMFG dijelaskan oleh IK sebagai berikut:

Pelaksanaan kegiatan ini tiap hari sabtu mbak, jadi tiap seminggu sekali (K<sub>1</sub>W<sub>9</sub>:290511).

Yah biasanya seminggu sebelumnya saya mengirimkan undangan ke keluarga pasien. Terutama yang sudah dua minggu tidak mengunjungi pasien yang dirawat di sini. Selain itu saya juga menelpon tiap bangsal pada hari H nya. Jika ada keluarga yang sedang menjenguk pasien maka saya juga meminta perawat yang sedang bertugas untuk mengajak keluarga pasien mengikuti terapi keluarga. Selain itu saya juga menghubungi psikolog, psikiater, dan kepala perawat serta orang dari rehabilitasi (K<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:290511).

Sementara itu keluarga pasien yang ingin mengikuti PMFG secara rutin diperkenankan karena tidak ada batasan bagi peserta terapi PMFG. Syarat yang harus dipenuhi hanya keluarga tersebut haruslah memiliki anggota keluarga yang sedang dirawat di RSJG-AGH, baik yang menjalani rawat jalan maupun yang

menjalani rawat inap. Lebih lanjut tentang perekrutan peserta dijelaskan oleh IK sebagai berikut:

Iya siapapun boleh ikut. Tapi hanya untuk keluarga pasien yang pernah dirawat di sini atau yang sedang dirawat di sini. Untuk sekarang seperti itu dulu (K<sub>1</sub>W<sub>6</sub>:290511).

Oh *nggak* bagi yang mau ikut lagi tidak dilarang kok mbak meskipun mereka sudah pernah ikut. Kan kalau mau ikut berarti mereka ada hal yang ingin ditanyakan to mbak. Biasanya peserta itu ada yang sama selkali namun juga ada yang sudah pernah ikut terapi. Bebas kok selama anggota keluarganya adalah pasien rumah sakit ini (K<sub>1</sub>W<sub>10</sub>:290511).

Meski keluarga pasien diperbolehkan mengikuti PMFG secara bebas namun tidak pernah terjadi peserta terapi yang melebihi kapasitas ruangan terapi. Malahan beberapa keluarga pasien yang diundang untuk mengikuti PMFG terkadang tidak datang untuk memenuhi undangan dari pihak RSJD-AGH.

Mengenai hal ini dijelaskan lebih lanjut oleh IK sebagai berikut:

Sering *sih* mbak, tapi kebanyakan datang. Mungkin dari sepuluh orang yang diundang yang tidak datang biasanya empat orang, tapi yang enam datang. Yah tidak apa-apa. Nanti ditambah dengan yang sedang menjenguk di bangsal-bangsal (K<sub>1</sub>W<sub>14</sub>:290511).

Selama ini belum pernah penuh itu mbak. Misalnya yang kemaren datang, besoknya tidak datang tapi ada orang lain lagi yang datang. Tapi belum pernah ada kejadian ruangan terlalu penuh. Atau biasanya kalau yang diundang datang semua saya tidak perlu menelpon tiap bangsal untuk meminta orang tua pasien mengikuti kegiatan ini (K<sub>1</sub>W<sub>15</sub>:290511).

Dalam proses pelaksanaannya PMFG mengalami perkembangan dari berbagai macam sisi sesuai dengan hasil evaluasi dari keberhasilannya mencapai tujuan yang diharapkan. Perubahan baik yang telah dilaksanakan maupun yang masih dalam rencana telah dirancang dan disepakati bersama baik oleh pihak

keluarga pasien maupun dari pihak RSJD-AGH. Dalam proses pengembangannya beberapa kendala dialami seperti misalnya dana, kesediaan terapis dan sebagainya. Lebih lanjut perkembangan PMFG dijelaskan oleh IK sebagai berikut:

Iya sebenarnya program Pemprof Jawa Tengah tahun ini adalah “Jawa Tengah Bebas Pasung” maka sebenarnya sebagai rumah sakit pemerintah RSJD-AGH juga berkewajiban mempromosikan kesehatan mental kepada masyarakat salah satunya lewat program ini. Tapi sementara ini dananya masih terbatas mbak. Kan ya ndak mungkin keluarga pasien yang sudah jauh-jauh datang dari berbagai daerah di Jawa Tengah ini ketika datang tidak diberi minum dan *snack*. Kan ya kasian. Apalagi proses terapi berjalan selama satu jam (K<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:290511).

Sekarang pihak RSJD-AGH masih berfokus pada keluarga inti pasien. Namun, kedepannya pihak RSJD-AGH akan memperluas cakupan pembentukan lingkungan yang sehat bagi pasien dengan mengundang orang-orang disekitar lingkungan hidup pasien seperti ketua RT/RW, tetangga pasien atau keluarga besar pasien seperti paman, bibi, dan sebagainya. Pihak RSJD-AGH juga bekerjasama dengan yayasan sehat jiwa guna membentuk komunitas keluarga pasien skizofrenia. Harapannya dengan adanya komunitas ini keluarga pasien lebih mengetahui kemana harus minta tolong apabila mengalami kesulitan dalam merawat pasien skizofrenia. Disamping itu komunitas ini juga dapat digunakan sebagai sarana berbagi pengalaman.

Sekarang ini kita mengundang keluarga inti dulu nanti setelah berjalan dengan baik baru mengundang tetangganya misalnya ketua RT atau tetangga terdekat pasien. Kan penting juga memberikan pengetahuan kepada orang-orang yang tinggal di lingkungan sekitar klien gangguan jiwa. Supaya masyarakat itu tidak lagi mengucilkan pasien gangguan jiwa. Kalau dikucilkan kan malah

tambah kambuh mbak. Kita juga bekerja sama dengan yayasan sehat jiwa guna membentuk komunitas keluarga pasien skizofrenia. Harapannya di dalam komunitas itu keluarga pasien bisa saling berbagi pengalaman dan tidak merasa dikucilkan. Membuat *support group* lah mbak. Tapi semua itu masih rencananya. Yah bertahap lah (K<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:290511).

c. Ibu Sri Ismawati

Nama : Ibu Sri Ismawati (ISI)  
 Kode : S  
 TTL : Wonogiri, 6 Agustus 1957  
 Alamat : Menjangan Barat No.25  
 Pendidikan : SPG  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Keterangan : Ibu dari Pasien-1

Ibu Sri Ismawati (ISI) merupakan ibu dari pasien pertama (PS1). Dalam kesehariannya sekarang ISI hanya sebagai Ibu Rumah Tangga, hal ini disebabkan karena ISI telah pensiun sebagai guru TK. Kesibukan ISI sekarang hanya merawat cucunya yang baru lahir dan PS1. ISI merupakan salah satu peserta PMFG yang paling rajin mengikuti PMFG. Meskipun tidak memiliki sesuatu untuk ditanyakan kadang ISI hanya ingin sekedar berbagi pengalaman dengan keluarga lain yang juga memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia.

Keluarga PS1 merasa lebih memahami tentang gangguan skizofrenia dan bagaimana cara menangani pasien skizofrenia. Keluarga PS1 juga menemukan komunitas baru yang kemudian mereka jadikan sebagi tempat untuk berbagi pengalaman satu sama lain.

Yah bagus *sih* Mbak kegiatan itu. Saya jadi tahu kalau tidak hanya saya yang mengalami masalah dengan anak yang gangguan jiwa. Saya juga akrab sama keluarga yang sering ikut terapi itu. Kami bertukar nomor HP. Dari situ juga saya lebih tahu tentang penyakit yang sedang diderita anak saya (S<sub>1</sub>W<sub>12</sub>:120611).

d. Ibu Titik Winarsih

Nama : Ibu Titik Winarsih (ITW)  
 Kode : T  
 TTL : Semarang, 15 April 1959  
 Alamat : Jl. Gemah Kencana Gang 6 No.6 G  
 Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Keterangan : Ibu dari Pasien-2

Ibu Titik Winarsih juga merupakan keluarga yang paling rajin mengikuti PMFG. ITW sehari-harinya mengerjakan pekerjaan rumah dan berdagang kelontong. ITW juga selalu mengantarkan PS2 saat *check up* atau membeli obat. Meski PS2 terkadang masih sering mendadak menodongkan pisau padanya akibat dari bisikan halusinasi namun ITW tetap dengan sabar merawat PS2.

keluarga PS2 merasa lebih memahami penyakit yang diderita PS2 setelah mengikuti PMFG.

Yah, saya jadi banyak tahu lah Mbak. Ternyata memang anak saya itu sakit dan harus minum obat terus. Yah saya cuma berdoa semoga rejeki saya lancar biar Danang itu *nggak* sampai telat obatnya. Saya ini juga belum bayar biaya rawat jalan Danang *lo* Mbak. Tapi ya semoga nanti akhir bulan bisa (T<sub>1</sub>W<sub>12</sub>:260611).

Namun, keluarga PS2 merasa bahwa peserta PMFG terlalu banyak sehingga waktu satu jam yang dijadwalkan tidak cukup untuk menampung

pertanyaan-pertanyaan dari seluruh keluarga pasien yang mengikuti PMFG. Menurut keluarga PS2 jumlah peserta yang ideal untuk terapi PMFG ini adalah sekitar lebih kurang 10-12 orang.

Sebenarnya menurut saya sudah baik ya Mbak. Cuma karna pesertanya terlalu banyak kadang-kadang saya jadi tidak punya kesempatan konsultasi sama dokternya. Jadi mungkin lebih baik pesertanya 10-12 orang saja. *Kemaren* itu pas ada Mbak juga *toh* disana? Orangnya tiga puluhan. Jadi tidak semua bisa bertanya (T<sub>1</sub>W<sub>13</sub>:260611).

e. Pak Kholik

Nama : Pak Kholik (PK)  
 Kode : L  
 TTL : Cirebon, 12 Juni 1954  
 Alamat : Jl. Bringin Asri Tengah 1, RT 2 Rw 11 No.198 Wonosari,  
 Ngalian.  
 Pendidikan : SMK  
 Pekerjaan : Pengusaha Air Isi Ulang  
 Keterangan : Ayah dari Pasien-3

Pak Kholik (PK) merupakan pengusaha air isi ulang. PK merupakan orang yang paling dekat dengan PS3 di rumah. PK dan PS3 awalnya tidak tinggal serumah. Namun setelah gangguan jiwa PS3 semakin berat, PK memutuskan untuk mengumpulkan semua anggota keluarganya menjadi satu rumah. Meski PS3 sudah sangat mandiri dalam mengurus kebutuhan pribadinya PK tetap sering mendampingi PS3 dalam menjalani pengobatannya.

keluarga PS3 merasa lebih mengetahui bagaimana cara memperlakukan PS3 setelah mengikuti kegiatan PMFG. Keluarga PS3 juga merasa memiliki



tambahan *support group*. Namun, keluarga PS3 merasa bahasa yang dipergunakan oleh para terapis PMFG kadang terlalu ilmiah sehingga sukar untuk dipahami.

Ya saya tahu kalau Citra itu sakit, *nggak* boleh *stop* obat, dan harus bagaimana memperlakukannya kan ya dari terapi keluarga di rumah sakit itu to Mbak. Disamping itu saya juga senang berbagi pengalaman dalam merawat anak dengan orang tua-orang tua pasien yang ikut terapi itu juga (L<sub>1</sub>W<sub>12</sub>:120611).

Kalau bagi saya yang pendidikan rendah ini Mbak kadang saya *nggak* ngerti apa yang dibicarakan Bu Dokter. Jadi penjelasannya itu kalau bisa menggunakan kiasan-kiasan yang saya ngerti *gitu lo* Mbak. Kadang ada hal-hal yang saya *nggak* ngerti maksudnya itu apa (L<sub>1</sub>W<sub>13</sub>:120611).

#### 4.3.1.2 Narasumber Sekunder

Narasumber sekunder terdiri dari orang-orang yang berada di lingkungan di sekitar tempat tinggal pasien. Selain itu pasien juga digunakan sebagai *crosscheck* dari pernyataan yang disampaikan oleh narasumber utama. Identitas dari narasumber sekunder yakni sebagai berikut:

##### a. Ibu Maryam

Nama	: Ibu Maryam (IM)
Kode	: M
TTL	: Semarang 17 Januari 1974
Alamat	: Menjangan Barat No.29
Pendidikan	: S1 Ekonomi Unisbank
Pekerjaan	: Pemilik Salon
Keterangan	: Tetangga S (Ibu dari Pasien-1)

Ibu Maryam (IM) adalah tetangga dari ISI (Ibu PS1) yang kesehariannya mengelola usaha salon dan rias pengantin. Rumah IM terletak disebelah jalan

dari rumah PS1. Wawancara dengan IM digunakan untuk meng-*crosscheck* data dari ISI.

IM mengungkapkan bahwa beberapa tetangga PS1 ada yang mengucilkan PS1 ataupun menuduh PS1 melakukan sesuatu yang tidak dilakukannya. Hal ini adalah akibat dari stigma yang beredar di masyarakat tentang gangguan jiwa.

Kalau saya sih tidak merasa terganggu mbak. Lawong Daniel itu manutan kok anaknya. Tapi emang dasar kadang ada saja yang usil. Dulu ada genting tetangga yang mendadak jatuh dan pecah. Terus dia nuduh Daniel yang sakit. Katanya pasti orang gila yang melempari genting saya. Padahal ada tetangga lain yang melihat kalau genting itu memang jatuh sendiri dan pecah (M<sub>1</sub>W<sub>4</sub>: 120611).

Namun menurut IM, ISI menghadapi perlakuan tidak menyenangkan dari tetangganya dengan penuh kesabaran.

Wah sabar sekali dia itu mbak. Dulu pas Daniel sakit parah dia pernah ngetok pintu orang-orang sini Buat cari utangan. Untungnya saya gak pernah sampai harus seperti itu mbak ngurusin anak. Apalagi sejak suaminya meninggal dia sendirian merawat Daniel (M<sub>1</sub>W<sub>5</sub>: 120611).

b. Ibu Wigati

Nama : Ibu Wigati (IW)  
 Kode : G  
 TTL : Semarang 17 April 1981  
 Alamat : Jl. Gemah Kencana Gang 6 No.10 G  
 Pekerjaan : Guru TK Kartini, Jl. Tengku Umar No.25, Ngalian  
 Keterangan : Tetangga T (Ibu dari Pasien-2)

Ibu Wigati (IW) merupakan tetangga dari ITW. IW sangat dekat ITW. Dalam kesehariannya ITW mengajar di TK sebagai kepala sekolah. Menurut IW,

ITW adalah orang yang penyabar. Meskipun sesekali ITW larut dalam perasaan sedih saat PS2 kambuh namun ITW cepat bangkit dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya.

*lha iya to mbak. Danang kan sudah lama sekali sakitnya. Menurut saya butuh kesabaran yang sangat besar untuk merawat orang yang gangguan jiwa. Apalagi kalau pas ngamuk. Kadang juga saya mendengar Bu Titik menangis tapi yah berhubung sudah biasa paling kami tetangganya cuman nunggu aja beberapa lama. Kalau setelah beberapa lama keadaan tenang kembali berarti Danang nggak parah ngamuknya. Tapi kalau parah Bu Titik kadang lari keluar rumah kok mbak. Dan kami langsung membantunya menenangkan Danang. Dulu to mbak Danang itu pernah hilang. Kita satu kompleks ini sibuk mencarinya. Eh ternyata dia ditemukan di ngalian. Yah kita kasian aja sama Bu Titik (G<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:030711).*

c. Pak Hasyim

Nama : Pak Hasyim/lim (PI)  
 Kode : I  
 TTL : Semarang 1 Juni 1975  
 Alamat : Jl. Bringin Asri Tengah 1, RT 2, Rw 11 No.190 Wonosari,  
 Ngalian, Semarang.  
 Pendidikan : S1 Ekonomi  
 Pekerjaan : Pengusaha Meubel  
 Keterangan : Tetangga K (Ayah dari Pasien-3)

Pak Hasyim (PI) merupakan ketua RT di lingkungan rumah PK (ayah PS3). Dalam kesehariannya PI memiliki usaha toko meubel dan toko sepeda gayung. Menurut PI, PK sangat telaten dalam merawat PS3. Selain itu PK juga tetap aktif dalam kegiatan kemasyarakatan di desanya.

Ya menurut saya iya. Soalnya Pak Kholik telaten sekali merawat Citra (I<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:100711).

Yah kalau *nggak* sedang bekerja Pak Kholik biasanya juga ikut kumpul-kumpul Bapak-Bapak di sini (I<sub>1</sub>W<sub>6</sub>:100711).

d. Daniel Kristyawan

Nama : Daniel Kristyawan (DK)

Kode : PS1

TTL : Semarang 20 April 1983

Alamat : Menjangan Barat No.25

Pendidikan : SMK

Keterangan : Pasien ke-1

PS1 menderita skizofrenia paranoid sejak duduk dibangku SMK. Jika dihitung dari sejak *onset* sampai sekarang maka PS1 telah menderita gangguan ini selama lebih kurang sebelas tahun. PS1 mengalami trauma terhadap mesin setelah salah satu jarinya pernah terpotong ketika sedang mengerjakan tugas sekolah di SMK-nya. Sebenarnya PS1 sangat ingin melanjutkan sekolah ke SMA namun karena tidak berani menentang keinginan orang tuanya. PS1 kemudian me-*repress* keinginannya tersebut. Kebiasaan PS1 memendam hal-hal yang diinginkannya ini kemudian memunculkan halusinasi auditorik pada PS1. Lebih lanjut mengenai riwayat PS1 dijelaskan oleh ISI sebagai berikut:

Wah sudah lama Mbak. Sejak dia SMA kelas 2. Mungkin sekitar 11 tahunan *ya'e* Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>1</sub>:120611).

Dulu itu awalnya pas lulus SMP dia itu saya suruh masuk SMK, saya fikir biar bisa langsung kerja. Dia itu mau dan masuk ke SMK. *La* ternyata dia itu tidak suka saya masukkan ke SMK. Dia kan sukanya menggambar tapi saya masukkan di teknik mesin. Terus

dia itu pernah kepotong mesin jarinya. Sejak saat itu dia suka *ngalamun* dan seperti ketakutan *gitu lo* Mbak. Kalau saya tanya dia bilang ada yang mengikutinya, *kayak bisikin* dia *gitu lo* Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>2</sub>:120611).

Saat kambuh PS1 pernah bepergian seorang diri ke kota Surabaya akibat dari perintah halusinasinya. Selama sehari-hari PS1 tidak kembali kerumahnya namun pada akhirnya PS1 bisa kembali lagi kerumahnya. Hal inilah yang kemudian membuat Ibu PS1 (ISI) memutuskan untuk memasukkan PS1 ke RSJD-AGH. ISI mengungkapkan bahwa pengobatan untuk PS1 telah menelan biaya yang banyak sehingga kakak perempuan PS1 harus berjuang sendiri membiayai kuliahnya.

Terus dia pernah *minggat* ke Surabaya, sehari-hari *nggak* pulang. Untungnya kok ya dia balik lagi. Pas saya tanya kenapa ke Surabaya katanya disuruh seseorang dibisikin gitu. *La* saya kan *kuwatir* kalau nanti dia seperti itu lagi. Terus saya periksakan ke rumah sakit jiwa. Kata dokternya gangguan jiwa *gitulah* Mbak entah apa namanya saya lupa. Susah nyebuntunya. *La* saya pada waktu itu cuma ngajar dan suami saya pensiunan pegawai negeri yah uang kami habis lah cuma buat dia saja. Saya itu sampai *nggak* enak sama Mbaknya. Tapi untungnya Mbaknya itu orangnya mandiri. Kuliah biaya sendiri. Yah *nyambi-nyambi* kerja *gitu* Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>2</sub>:120611).

PS1 dalam proses penyembuhannya juga sering mengalami *relapse* atau kambuh. Setelah dirawat di RSJD-AGH PS1 pernah sembuh dan mampu berfungsi lagi secara sosial. Namun, tidak lama kemudian PS1 menikah dan istrinya melarang PS1 mengonsumsi obatnya lagi. Pernikahan PS1 dengan istrinya berlangsung cukup singkat yakni lebih kurang satu tahun. Pernikahan tersebut dilaksanakan secara sembunyi-sembunyi karena kedua orang tua PS1 tidak mengizinkan. Alasannya adalah karena perbedaan agama antara PS1 dan

calon istrinya selain itu karena keluarga PS1 menangkap sikap yang kurang menyenangkan dari calon istri PS1. Mengenai riwayat kekambuhan PS1 dijelaskan ISI sebagai berikut:

Iya Mbak. Dia itu dengan segenap uang dan tenaga sudah saya rawat sampai sembuh. Udah baik dia dulu. Tiga tahun berobat, kemudian sembuh lalu kerja dirumah sakit bantu-bantu orang rehabilitasi. *La* di sana itu dia ketemu cewek yang kakaknya juga sedang dirawat di rumah sakit itu. Critanya dia nganterin kakaknya periksa dan terus sering ketemu Daniel *gitu lo* Mbak. Saya dan suami saya tidak setuju Mbak dia naksir cewek itu. Saya pengen anak saya itu nikah kalau sudah bisa kerja dan kalau bisa seiman gitu Mbak. Ceweknya kan muslim kami kan nasrani. *Eh...* malah saya itu mendadak diberi tahu Pak. RT kalau Daniel habis minta surat izin nikah *to*. Ya saya kaget. Saya tanya dia malah bilang sudah nikah. Ya saya marahi *to*. *Eh* dia malah kabur kerumah istrinya (S<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:120611).

Setelah menikah, istri PS1 tidak merawat PS1 sampai kemudian PS1 jatuh sakit. Selain itu istri PS1 juga melarang PS1 meminum obat yang dibeli Ibu PS1 dari RSJD-AGH dengan alasan PS1 menjadi tidak bisa memenuhi kebutuhan biologisnya jika terus mengkonsumsi obat tersebut. Setelah penyakit fisik dan mental PS1 semakin parah istri PS1 mengembalikan PS1 kerumah keluarganya. Kemudian kedua orang tua PS1 meminta PS1 bercerai dengan istrinya.

Sialnya istrinya itu bukan orang baik Mbak. Daniel *nggak* dikasi makan disana. Dia sampai kurus. Terus rumahnya itu kumuh sekali. Di daerah *deket* Pasar Johar itu *lo* Mbak. *Nggak* ada kamar mandinya di sana. Jadi kalau mau apa-apa harus ke WC umum di Pasar Johar. Parahnya lagi saya kan selalu *beliin* dia obat dari dokter buat sakitnya itu *to* Mbak, sama istrinya malah Daniel itu dilarang minum obat. Katanya *mundak gak iso duwe* anak. Jadi selama setahun menikah dia itu *nggak* pernah minum obatnya. Terus pas dia sakit parah, sama istrinya *dibalikin* kerumah. Terus saya suruh cerai saja mereka (S<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:120611).

Ayah PS1 kemudian meninggal setelah PS1 bercerai dengan istrinya sehingga ISI lah yang kemudian merawat PS1 dibantu oleh anak perempuannya. Namun, meski demikian ISI tetap bersyukur karena kondisi PS1 semakin membaik sekarang. Dalam kesehariannya kini PS1 bekerja di RSJD-AGH sebagai staf di bagian rekam medik. Disamping itu PS1 juga menjalani rawat jalan di RSJD-AGH.

Ayahnya Daniel sampai serangan jantung terus meninggal gara-gara meraskan tingkah Daniel ini Mbak. Saya sih sabar saja. Suami saya memang tidak setegar saya. Dulu kalau ada Masalah apa-apa saya yang selalu *ngerem*, jangan sampai suami saya itu marah-marah ke orang lain. Tapi syukurlah Daniel sekarang sudah baik. Dia sudah kerja di bagian rekam medik sekarang. Yah bantu-bantu orang rumah sakit *lah* Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:120611).

PS1 juga sedang berusaha merintis sebuah usaha baru yakni jasa desain grafis. Ide untuk mengusahakan hal ini muncul karena PS1 merasa tidak bisa memenuhi tuntutan perusahaan manapun akibat dari kondisinya. PS1 sering ditolak bekerja dan apabila sudah diterima bekerja PS1 seringkali tidak kuat memenuhi tuntutan jam kerja yang diharuskan tempat kerjanya. Tubuh PS1 akan mengejang ketika PS1 telah kelelahan.

Saya mau buka usaha desain grafis. Ibu mau *ngasi* saya modal dan *beliin* komputer. Lagi pula saya mudah capek Mbak. Dan kalau sudah capek jadi kaku dan *nggak* bisa bergerak lagi tubuh saya (PS1<sub>1</sub>,W<sub>11</sub>:120611).

Kondisi lingkungan tempat tinggal pasien skizofrenia juga diobservasi untuk memastikan bahwa pasien memperoleh perlakuan yang selayaknya. Di RSJD-AGH pasien dibiasakan hidup bersih dan teratur. Apabila lingkungan rumah tidak memberikan kenyamanan yang sama seperti di rumah sakit maka

kemungkinan pasien untuk kambuh lagi akan sangat besar. Observasi yang dilakukan peneliti terhadap lingkungan tempat tinggal pasien skizofrenia menghasilkan informasi sebagai berikut:

**Tabel 4.3. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS1**

Indikator Perilaku	Ceck
Kebersihan Rumah	V
Dukungan keluarga	V
Lingkungan yang mendukung	V
Perawatan yang sesuai asuhan keperawatan	V
Pendampingan saat minum obat	V
Kegiatan yang menunjang kesembuhan	V
Penerimaan lingkungan sekitar	-
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan	
Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan	

e. Danang Kurniawan

Nama : Danang Kurniawan (DKN)  
 Kode : PS2  
 TTL : Semarang 3 Juli 1985  
 Alamat : Jl. Gemah Kencana Gang 6 No.6 G  
 Pendidikan : SMA  
 Keterangan : Pasien ke-2

PS2 telah menderita gangguan jiwa selama tujuh tahun. *Onset* PS2 disebabkan oleh meninggalnya ayah PS2. Menurut keterangan Ibu PS2 (ITW) PS2 diejek oleh teman-temannya sebagai anak yatim setelah ayahnya meninggal. Hal ini membuat PS2 malu untuk datang kesekolah. Sejak kematian ayahnya PS2 mulai sering melamun hingga akhirnya muncul halusinasi auditorik.



Wah sudah lama Mbak. Kira-kira pas dia mau lulus kelas 3 SMP itu. Sudah tujuh tahunan mungkin (T<sub>1</sub>W<sub>1</sub>:260611).

Awalnya itu pas dia baru naik kelas 3 SMP, Bapaknya meninggal sakit jantung. *La* habis itu dia itu jadi malu ke sekolah. Waktu saya tanya alasannya katanya dia diejek karena *nggak* punya Bapak lagi. Pokoknya dia bilang itu teman-temannya sering membicarakannya Mbak jadi dia itu merasa minder. Awalnya itu sejak kematian Bapaknya dia jadi pemurung, suka *ngalamun gitu lo* Mbak. *La* lama-lama kok katanya dia denger suara-suara yang selalu membisiki telinganya. Terus dia itu *nggak* kuat dengernya jadinya dia ngamuk-ngamuk *mecahin* barang-barang (T<sub>1</sub>W<sub>2</sub>: 260611).

Sebelum meninggal ayah PS2 pernah menjanjikan akan membelikan PS2 sebuah sepeda motor. Namun, sebelum PS2 lulus ayahnya telah meninggal terlebih dahulu. Padahal PS2 telah bekerja keras untuk membuat nilainya menjadi baik.

Sebenarnya sebelum Bapaknya *ninggal* itu Bapaknya janji sama dia kalau dia lulus SMP dengan nilai yang baik Bapaknya mau membelikan sepeda motor. *La* dia itu sudah rajin sekali belajar. Dari ranking 13 ke ranking 1 *lo* Mbak. Tapi ya itu, sebelum dia lulus Bapaknya malah meninggal. Mungkin dia kecewa *paling* ya Mbak (T<sub>1</sub>W<sub>2</sub>:260611).

PS2 adalah yang memiliki intensitas kambuh paling sering dibandingkan dengan PS1 dan PS3. Saat kambuh PS2 pernah menodongkan pisau kearah ibunya (ITW) karena perintah halusinasi auditoriknya.

Wah sering Mbak. *Lawong* dia itu dulu susah disuruh minum obatnya. Kelas 2 SMA dia itu kambuh yang paling parah. Pas itu dia bawa pisau dan menodongkannya ke saya. *La* saya kaget *to* Mbak. Terus saya suruh dia meletakkannya, untungnya dia mau meletakkannya. Terus saya *raupi* wajahnya pakai air. Terus *tak ajak* tumpang tangan lalu berdoa bareng-bareng sama adeknya dan kakak-kakaknya (T<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:260611).

Selain itu PS2 juga pernah menendang tembok kamarnya sampai temboknya berlubang ketika kambuh. Hal ini membuat ITW ketakutan sampai keluar rumah. Namun, saat tidak kambuh lagi PS2 sering bersujud di kaki ibunya untuk meminta maaf.

*Lawong* dia itu Mbak juga pernah *lo* ngamuk terus *nendang* tembok itu temboknya sampai lubang. Saya itu kaget rasanya seperti ada gempa bumi. Pas saya lihat ternyata kamarnya Danang itu sudah berlubang Mbak. Ya ditendang dia itu. Dan dia *nggak* merasa sakit *lo* kayak gitu itu. Saya ketakutan terus lari keluar rumah. Pas sudah sepi saya Masuk rumah lagi. Dia lalu bersujud di kaki saya dan mohon maaf (T<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:260611).

Pada saat kambuh PS2 juga pernah kabur dari rumah sehingga membuat keluarga dan tetangganya sibuk mencarinya. Saat ditemukan PS2 sedang dikeroyok warga akibat dikira sebagai pencuri karena PS2 masuk ke rumah orang dan memakai baju si pemilik rumah tanpa permisi. Untungnya PS2 masih ingat nomor *handphone* kakak perempuannya. Kemudian warga menelpon keluarga PS2 agar menjemputnya. Saat ditemukan kondisi fisik PS2 sangat memprihatinkan karena tidak makan selama tiga hari tiga malam.

Terus pas kambuh dia juga pernah *ilang* tiga hari tiga malam. Ketemunya itu di Ngalian sana Mbak. Dia itu Masuk rumah orang terus mandi dan pakai baju orang dirumah itu. *La wes to* dikira maling kan dia, terus digebukin orang-orang Ngalian sana. Untungnya pas dia ditanya nomor telepon keluarga dia itu *loh* kok ya ingat nomor HP Mbaknya. Ya terus akhirnya ya kami susul ke Ngalian. Badannya kurus *lawong* *nggak* makan sama sekali ditambah lebam semua habis *disaduki* orang Mbak. *Miris atiku* Mbak (T<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:260611).

Awalnya PS2 masih sering kambuh, bahkan sampai sekarang potensi kambuh dari PS2 masih sangat terasa. Namun, setelah diajak oleh pihak RSJD-

AGH untuk membantu di bangsal rehab PS2 menjadi teralihkan pikirannya. Disamping itu PS2 juga mulai memiliki banyak teman dekat ketika membantu bangsal rehabilitasi. Pihak RSJD-AGH selalu menghimbau kepada keluarga PS2 agar tidak membiarkan PS2 dalam keadaan menganggur karena hal tersebut bisa memunculkan timbulnya halusinasi. Sementara itu hasil observasi dari lingkungan tempat tinggal PS2 adalah sebagai berikut:

**Tabel 4.4. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS2**

Indikator Perilaku	Ceck
Kebersihan Rumah	V
Dukungan keluarga	V
Lingkungan yang mendukung	-
Perawatan yang sesuai asuhan keperawatan	V
Pendampingan saat minum obat	V
Kegiatan yang menunjang kesembuhan	-
Penerimaan lingkungan sekitar	V
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan	
Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan	

PS2 hampir saja menyelesaikan pendidikan SMP ketika mendadak ia menderita gangguan jiwa. PS2 adalah anak ketiga dari empat bersaudara (T<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:260611). PS2 belum bisa berbicara dengan runtut. Namun, PS2 cukup memiliki *insight* atas gangguan jiwa yang dideritanya. Kesibukan harian PS2 hanya di bagian rehabilitasi RSJD-AGH. Selain itu PS2 menghabiskan waktu dengan keluarganya di rumah (PS2<sub>1</sub>O<sub>2</sub>:260611).

f. Citra Bonniyawan Widya

Nama : Citra Bonniyawan Widya

Kode : PS3

TTL : Semarang 9 Mei 1984  
Alamat : Jl. Bringin Asri Tengah 1, RT 2 Rw 11 No.198 Wonosari,  
Ngalian.  
Pendidikan : S1 Ilmu Komputer  
Keterangan : Pasien ke-3

PS3 mengalami gangguan jiwa sejak duduk di bangku SMA. Lebih kurang sekitar sepuluh tahun. Seperti halnya PS1 dan PS2, PS3 juga menderita skizofrenia paranoid. Halusinasi PS3 yakni berupa perasaan selalu diperhatikan dan diperbincangkan oleh orang-orang disekitarnya. Mengenai riwayat gangguan Jiwa PS3 dijelaskan secara lebih detail oleh PK sebagai berikut:

Sejak dia SMP Mbak. Sekitar 10 tahunan (L<sub>1</sub>W<sub>1</sub>:030711).

Ya kata dia itu dia denger suara-suara. Dia bilang orang-orang yang ada di sekitarnya itu membicarakan dia terus, dan dia juga merasa kalau dia bisa mendengar semua yang dikatakan orang tentangnya. Akhirnya ya *piyambake* itu lari-lari Mbak, *nggak* jelas, katanya mau menghindari suara-suara itu (L<sub>1</sub>W<sub>2</sub>:030711).

Sementara itu mengenai riwayat kekambuhan PS3, PK menjelaskan bahwa PS3 sering kambuh bahkan sampai keluar masuk RSJD-AGH sebanyak lima kali. Penyebab seringnya PS3 kambuh adalah karena pada awalnya PS3 tidak mau dianggap sakit jiwa. PS3 tidak merasa bahwa dirinya sakit karena dirinya masih tetap bisa menjalani pendidikannya sampai bisa lulus perguruan tinggi.

Waduh, dia itu keluar masuk rumah sakit jiwa sudah 5 kali Mbak. Dia itu *nggak* merasa sakit awalnya. Dan dia juga *nggak* mau dianggap gangguan jiwa. *Lawong* menurutnya dia bisa sekolah dari SMP sampai kuliah seperti orang-orang pada umumnya (L<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:030711).

Pada awalnya keluarga PS3 tinggal secara terpisah, sementara PS3 tinggal dengan nenek dan keluarga pamannya. Ayah PS3 tinggal di Jakarta sementara Ibu PS3 tinggal di Kudus. Kebiasaan paman PS3 yang sering mengamuk menyebabkan kekerasan rumah tangga sering terjadi baik di depan mata PS3 maupun terhadap PS3 sendiri. Hal inilah yang menyebabkan PS3 memiliki trauma psikologis yang mendalam terhadap keluarga pamannya. Sejak menikah, pamannya mengalami perubahan sifat yang sangat drastis. Namun, PS3 tetap sangat ketakutan ketika bertemu dengan pamannya.

Awalnya itu dia tidak sama saya pas SMP dan SMA. Dia ikut *mbahnya*. *La* saya cari modal Mbak di Jakarta. Sementara ibunya kerja di pabrik Indofood. Jadi dia itu saya titipkan ke *mbahnya*. *La* sementara itu mbah putrinya itu tinggal sama adik lali-laki saya. Memang saya akui adik saya itu tempramennya tinggi. Yah mungkin Citra *nggak* kuat. Sering terjadi KDRT di rumah itu. *La* anak saya juga kena. Makanya dia takut sekali kalau sama pamannya. Yang dia ingat tentang pamannnya itu selalu pas pamannnya marah-marah kemudian *nggebrak* meja atau melemparnya dengan kursi. Tapi sekarang adik saya itu sudah berubah semenjak menikah. Dia *nggak* suka marah-marah lagi sekarang (L<sub>1</sub>W<sub>3</sub>:030711).

Setelah berkumpul dengan keluarganya kembali PS3 memiliki lingkungan yang sangat mendukung kesembuhan PS3. Hanya saja akibat dari kesibukan keluarganya sesekali PS3 dibiarkan untuk mengurus keperluan hidupnya sendiri tanpa ada pengawasan dari pihak keluarga. Misalnya saja saat kontrol ke RSJD-AGH PS3 lebih sering sendirian dari pada didampingi oleh keluarganya. Hasil observasi dilingkungan sekitar tempat tinggal PS3 menunjukkan data sebagai berikut:

**Tabel 4.5. Hasil Observasi Lingkungan Tempat Tinggal PS3**

<b>Indikator Perilaku</b>	<b>Ceck</b>
Kebersihan Rumah	V
Dukungan keluarga	V
Lingkungan yang mendukung	V
Perawatan yang sesuai asuhan keperawatan	-
Pendampingan saat minum obat	-
Kegiatan yang menunjang kesembuhan	V
Penerimaan lingkungan sekitar	V
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan	
Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan	

### 4.3.2 Paparan Data Penelitian

Temuan dari hasil penelitian di lapangan dipaparkan melalui paparan data. paparan data didasarkan pada unit analisis yang telah ditetapkan pada bab 3. Sesuai unit analisis, paparan data dikelompokkan menjadi dua yaitu: (1) resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH, dan (2) PMFG dalam meningkatkan resiliensi. Lebih lanjut paparan data dijelaskan sebagai berikut:

#### 4.3.2.1 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia

Ketiga subjek utama dalam penelitian ini yakni Ibu Sri Ismawati, Ibu Titik Winarsih, dan Pak Kholik merupakan pribadi yang memiliki resiliensi tinggi. Hal ini ditunjukkan para subjek dengan tetap merawat anak mereka yang mengalami gangguan skizofrenia, sementara itu di sisi lain dari kehidupannya mereka masih tetap produktif.

Beberapa orang tua pasien gangguan jiwa lebih memilih untuk meninggalkan anggota keluarganya yang mengalami gangguan skizofrenia di rumah sakit. Hal ini mengindikasikan resiliensi keluarga pasien skizofrenia di

RSJD-AGH sangat rendah. Hal ini dibuktikan dengan ketidakmampuan keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH dalam menghadapi kenyataan pahit tentang keberadaan pasien skizofrenia di tengah-tengah mereka. Dari proses triangulasi data juga ditemukan bahwa orang-orang terdekat keluarga pasien mengakui bahwa keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini merupakan pribadi yang resilien.

#### 4.3.2.1.1 Aspek-Aspek Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia

Resiliensi terdiri dari tujuh aspek utama yakni: regulasi emosi, pengendalian impuls, optimisme, analisis kausal, empati, efikasi diri, dan *reaching out*. Ketiga narasumber utama dari keluarga pasien dalam penelitian ini setidaknya menunjukkan lima dari tujuh aspek yang tersebut diatas. Dalam mengendalikan impuls masing-masing subjek memiliki cara tersendiri. Namun, terdapat kesamaan pada ketiga subjek dalam meregulasi emosinya yakni ketiganya memiliki kepercayaan yang kuat bahwa Tuhan akan menolong mereka melewati segala permasalahan hidup yang mereka hadapi. Lebih jelasnya mengenai aspek-aspek resiliensi yang ditunjukkan keluarga pasien skizofrenia adalah sebagai berikut:

##### a. Regulasi emosi

Keluarga PS1 meregulasi emosinya dengan cara mengembalikan segalanya kepada Tuhan. Keluarga PS1 melakukan katarsis atas emosi-emosi yang dialaminya selama merawat pasien skizofrenia dengan melalui kegiatan berdoa tiap jam tiga dini hari. Hal ini diperkuat dengan pernyataan sebagai berikut:

Saya cuma berdoa kepada Tuhan agar diberi kekuatan. Saya yakin Tuhan menyayangi hambanya Mbak. Pas Daniel sakit parah-parahnya itu to Mbak saya tiap jam tiga pagi bangun memegang tangan Daniel sambil memohon kepada Tuhan semoga anak saya disembuhkan (S<sub>1</sub>W<sub>4</sub>:120611).

Saya itu yang penting anak saya itu bisa sembuh. Saya tidak malu meski harus ngutang sana sini untuk menutupi biaya pengobatan Daniel. Lagi pula saya percaya Tuhan tidak akan memberikan cobaan melebihi kemampuan hambanya (S<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:120611).

Pernyataan keluarga PS1 lebih kurang senada dengan apa yang disampaikan oleh keluarga PS2.

Saya itu percaya Mbak Tuhan maha tahu. Saya yakin saya bisa menghadapi apapun cobaan yang Tuhan berikan pada saya. Saya selalu berdoa agar Danang diberi kesehatan. Saya itu percaya Mbak Tuhan maha tahu. Saya yakin saya bisa menghadapi apapun cobaan yang Tuhan berikan pada saya. Saya selalu berdoa agar Danang diberi kesehatan (T<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:260611).

Sebagaimana keluarga PS1 dan PS2, keluarga PS3 juga memiliki kepercayaan yang besar bahwa Tuhan akan menolong mereka dalam menyelesaikan permasalahan kehidupan yang mereka alami.

Saya itu sebenarnya merasa bersalah sekali sama Citra Mbak. Mungkin dia seperti ini juga karena saya dulu di Jakarta dan Ibunya di Kudus. Dia jadi harus tinggal bersama orang lain dan bukan bersama orang tuanya. Sebenarnya saya tahu bahwa anak adalah amanat dari Allah, dan saya merasa menyesal sekali telah menyalahkannya amanat Allah Mbak. Awalnya saya juga menyalahkan adik saya, ya pamannya itu. Tapi kemudian saya kembalikan semua ke Allah Mbak. Ini mungkin ujian bagi saya dari Allah. Saya jalani saja semuanya Mbak sambil mohon pertolongannya. Saya yakin kalau Allah berkehendak apapun bisa terjadi (L<sub>1</sub>W<sub>5</sub>:030711).



## b. Pengendalian impuls

Sementara itu cara ketiga subjek dalam mengendalikan impuls ketika anaknya yang merupakan pasien skizofrenia mengamuk dijelaskan sebagai berikut:

*Yah pernah lah Mbak. Kalau dia sedang nggak karuan seperti itu saya diamkan saja. Kalau sudah tenang baru saya ajak berdoa (S<sub>1</sub>W<sub>9</sub>:120611).*

*Ya pernah Mbak. Saya kadang itu kalau sudah nggak tahan saya nangis di depan dia. Saya tanya maunya apa? Dia kalau saya sudah nangis seperti itu biasanya langsung bersujud di kaki saya minta maaf gitu Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>10</sub>:120611).*

Keluarga PS1 memilih untuk diam ketika menghadapi PS1 yang sedang mengamuk. Namun, sesekali ketika tidak mampu menahan dorongan emosi, ISI menangis di depan PS1. Hal inilah yang kemudian membuat PS1 lebih tenang dan kemudian minta maaf ke ISI.

Sementara itu keluarga PS2 memilih untuk mengusapkan air kewajah PS2 ketika PS2 mengamuk kemudian mengajak PS2 berdoa bersama anak-anaknya yang lain. Semua hal yang bisa dilakukan agar tidak timbul situasi-situasi yang bisa memancing emosi telah ITW siasati. Misalnya saja berhubung PS2 selalu memecahkan barang-barang yang ada disekitarnya, ITW menyiasatinya dengan mengganti semua perabotannya dengan yang terbuat dari plastik. Selain itu ITW juga tidak pernah membiarkan PS2 melamun atau berdiam diri sendirian dalam waktu yang cukup lama.

*Saya itu paling-paling raupin wajah dia Mbak, terus ngajak dia “tumpang tangan” lalu berdoa bersama-sama. Terus sekarang saya juga sudah ganti semua perabotan saya yang diluar dengan plastik kok Mbak. Dulu tiap marah Danang itu selalu memecahkan barang-*

barang yang bisa dipecah. Sekarang *nggak* ada lagi yang bisa dipecah, semua sudah saya ganti dengan plastik. *La* gimana lagi Mbak, bisa tekor saya kalau tiap beli piring pecah terus (T, W9: 260611).

Ya saya itu sering marahin dia Mbak, terutama kalau dia *ngalamun* itu *lo* Mbak. Saya jadi takut kalau dia *ngalamun*. Takut kalau-kalau kayak dulu lagi. Tiba-tiba ada yang bisikin dan *nyuruh* dia membunuh saya. Tapi saya itu marahnya cuma bermaksud mengingatkan *kok* Mbak. Bukan marah karena apa-apa. Saya paham dia lagi sakit (T<sub>1</sub>W<sub>10</sub>:260611).

Sementara itu keluarga PS3 mengucapkan *istighfar* (zikir) untuk mengendalikan impulsnya. Saat menangani PS3 yang tengah mengamuk biasanya PK langsung memeluk PS3 untuk menenangkannya. Selain itu PK juga berusaha memberi pengertian kepada PS3 dan mencoba membantu PS3 untuk membedakan antara kenyataan dan halusinasi.

Kalau dia *ngamuk* di rumah saya itu selalu *rangkul* dia dan minta dia *istighfar* Mbak. Saya *nggak* tahu lagi mesti gimana, tapi nyatanya dia itu tenang saya *begitukan*. Lalu saya kasi pengertian ke dia bahwa apa yang dia dengar dan rasakan itu *nggak* ada. Saya minta dia hanya mendengarkan suara saya dan mengabaikan suara-suara yang muncul itu. Lalu saya suruh dia minum obat. Setelah minum obat biasanya dia langsung tertidur (L<sub>1</sub>W<sub>9</sub>:030711).

Disamping itu, hal yang paling membuat PK selalu mampu mengendalikan impuls tiap kali PS3 kambuh adalah perasaan bersalahnya terhadap PS3 karena telah meninggalkannya dirumah neneknya selama bertahun-tahun. PK juga meyakinkan dirinya bahwa kemarahan atau kondisi dimana PS3 terlihat mengamuk pada dasarnya adalah dampak dari penyakit yang dideritanya dan bukan karena sengaja.

Saya *nggak* bisa marah sama dia Mbak. Kalau memang harus ada yang marah, Citra lebih pantas marah ke saya Mbak dari pada saya

yang marah ke Citra. Saya tahu dia sedang sakit. Dia *nggak* sengaja misalkan *ngamuk-ngamuk* seperti itu. Saya malah kasian kalau *liat* dia *lagi* kambuh (L<sub>1</sub>W<sub>10</sub>:030711).

Pada dasarnya ketiga subjek merasakan luapan emosi yang mengganggu ketika anaknya mengamuk akibat halusinasinya. Namun, ketiganya memilih untuk tetap sabar dan terus merawat anak-anaknya sampai “sembuh”.

### c. Optimisme

Optimisme dalam menghadapi masalah ditunjukkan oleh keluarga dari ketiga pasien yang menjadi fokus kajian dalam penelitian ini. Keluarga PS1 meyakini bahwa setiap kondisi pasti akan berubah. Keluarga PS1 merasa yakin akan mampu menyelesaikan setiap masalah yang dihadapinya dalam hidup. ISI meyakini bahwa Tuhan selalu memberikan permasalahan beserta solusinya.

*Yah* saya yakin kondisi itu pasti berubah *kok* Mbak. *Nggak* mungkin tetap seperti ini saja. Saya biasanya yakin kalau saya pasti bisa menghadapinya. Terutama kalau saya tahu harus minta tolong ke siapa kalau saya butuh bantuan (S<sub>1</sub>W<sub>15</sub>:120611).

Ya meskipun saya belum tahu tapi saya yakin Tuhan menurunkan masalah beserta solusinya (S<sub>1</sub>W<sub>31</sub>:120611).

Keluarga PS2 meyakini bahwa Tuhan tidak akan memberikan masalah yang tidak sanggup dihadapi oleh hamba-Nya. Dengan keyakinan ini ITW merasa yakin akan mampu mengatasi semua kesulitan dalam merawat PS2.

Saya yakin Tuhan tidak akan memberi masalah melebihi kemampuan diri saya. Jadi saya selalu yakin tiap masalah yang saya hadapi perlahan pasti bisa saya selesaikan (T<sub>1</sub>W<sub>31</sub>:260611).

Meski dari latar belakang agama yang berbeda namun keluarga PS3 juga memiliki keyakinan yang sama dengan keluarga PS2 sebagaimana diungkapkannya sebagai berikut:

Saya bukannya sombong Mbak. Tapi saya yakin karena di Al-Qur'an jelas disebut bahwa Allah tidak akan membebani hamba-Nya melebihi kemampuan hamba-Nya (L<sub>1</sub>W<sub>31</sub>:030711).

d. Analisis kausal

Kemampuan analisis kausal keluarga PS1 dalam memahami penyebab dari gangguan jiwa yang diderita PS1 diperoleh ISI dari kegiatan PMFG. ISI mengerti bahwa gangguan skizofrenia merupakan gangguan yang bersumber dari otak sehingga apabila PS1 terkadang tidak mampu mengontrol perilakunya hal tersebut merupakan akibat gangguan yang terjadi pada syaraf-syaraf diotaknya. Dengan memahami bahwa perilaku PS1 merupakan dampak dari gangguan jiwa yang dideritanya ISI menjadi lebih objektif dalam menentukan tindakan penyelesaian yang bisa diambil.

Kata dokter sih karena ada kelainan diotaknya Mbak. Jadi ya gimana lagi ya. Masak kepalanya mau dibuka diganti otak yang baru ya *ndak* bisa (S<sub>1</sub>W<sub>11</sub>:120611).

Yah sering *sih* Mbak. Tapi kalau sudah *dongkol banget* sama dia yah saya ingatkan bahwa dia sedang sakit. Tapi memang sakit jiwa itu beda sama sakit fisik *lo* Mbak. Kalau sakit fisik kan kita tahu ada saatnya pasien butuh bantuan dan tidak lagi membutuhkan bantuan. Kalau ini kan *nggak* jelas. Kapan dia butuh bantuan dan kapan dia bisa ditinggal sendirian. Kadang pas saya fikir dia bisa ditinggal *eh* ternyata dia malah kambuh. Tapi pas saya *tungguin* terus *kok* dia ya baik-baik saja. Tapi kadang meski *nggak* ditungguin juga baik-baik saja. *Nggak* bisa ditebak *lah* Mbak. Tapi ya saya sabari saja (S<sub>1</sub>W<sub>16</sub>:120611).

Keluarga PS2 awalnya tidak memahami penyebab dari semua tingkah aneh yang dilakukan oleh PS2. Namun, setelah mengikuti PMFG secara rutin kini ITW mengetahui penyebab dari gangguan jiwa yang diderita oleh PS2. Disamping itu ITW juga jadi mengetahui bahwa penyakit yang diderita PS2 sangat mungkin

dialami oleh manusia lain sehingga ITW tidak perlu merasa malu akan penyakit yang diderita anaknya. Selain itu ITW juga semakin mengetahui manfaat obat dalam mengendalikan perilaku-perilaku PS2 yang tidak diharapkan seperti mengamuk atau merusak barang-barang yang ada di rumah.

*La* di terapi keluarga itu *to* Mbak saya tahunya. Kan dijelaskan di sana kalau orang yang gangguan jiwa itu di otaknya ada yang konslet. Dulu saya bingung Danang seperti itu, tapi sekarang saya tahu ternyata banyak juga orang yang menderita penyakit seperti yang diderita Danang. Saya jadi merasa *nggak* sendirian mengalami cobaan ini. Dan lagi saya tahu obat ternyata sangat penting. *La* temennya Danang itu berhenti minum obat pas dipulangkan. Eh seminggu kemudian dia Masuk lagi *lo* Mbak karena kambuh (T<sub>1</sub>W<sub>11</sub>:260611).

Keluarga PS3 mengungkapkan hal yang serupa dengan keluarga PS1, dan PS2. Pada intinya kemampuan analisis kausal dari ketiga subjek telah mengalami kemajuan sejak mengikuti PMFG. PK juga semakin memahami bahwa segala hal ganjil yang dilakukan PS3 merupakan akibat dari penyakit yang dideritanya.

Iya saya tahu otaknya Citra itu ada masalah kekurangan listrik yang bisa bikin dia *nyambungan*. Di otaknya itu ada masalah jadi dia sering merasakan apa yang sebenarnya tidak ada. *Lak ngono to* Mbak? (L<sub>1</sub>W<sub>11</sub>:030711).

Saya tahu Citra sakit. Saya juga sudah berjanji pada diri saya sendiri untuk tidak akan pernah memarahi Citra. Dia sakit begini kan salah satunya juga karena takut dimarahi *sama* Pamannya (L<sub>1</sub>W<sub>16</sub>:030711).

#### e. Empati

Kemampuan keluarga pasien skizofrenia dalam berempati terhadap orang lain dibuktikan dari banyaknya orang-orang disekitar mereka yang menjadikan

mereka sebagai tempat mencurahkan perasaan. Hal ini tidak akan mungkin terjadi apabila keluarga pasien tidak memiliki empati yang baik terhadap orang lain.

Iya, saya itu seperti jadi tempat *curhat* bagi teman-teman saya. Saya suka berbagi pengalaman hidup dengan teman-teman (S<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:120611).

*Oh*, sering Mbak. Biasa Ibu-Ibu sini itu suka cerita-cerita kalau ada masalah ke saya. Soalnya juga saya suka mendengar cerita-cerita dari orang lain siapa tahu saya bisa belajar dari sana (T<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:260611).

Berbeda dengan ISI dan ITW, PK tidak terlalu sering menjadi tempat untuk mencurahkan perasaan dari orang-orang disekitarnya.

Sesekali iya Mbak. Tapi cuma minta saran atau masukan saja (L<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:030711).

#### f. Efikasi diri

Kepercayaan diri keluarga pasien skizofrenia dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dalam hidup muncul akibat adanya spiritualitas yang tinggi di dalam dirinya. Dalam penelitian ini peneliti memaknai spiritualitas sebagai keyakinan terhadap Tuhan yang kuat dan bukan sebagai pemahaman akan keagamaan (religiusitas). Peneliti menemukan bahwa meskipun pemahaman terhadap hukum agama tidak terlalu mendalam pada ketiga subjek namun keyakinannya terhadap keberadaan Tuhan dan takdir sangat tinggi. Hal inilah yang mengakibatkan efikasi diri keluarga pasien skizofrenia menjadi tinggi.

Sementara itu peningkatan efikasi diri dari keluarga pasien skizofrenia pasca mengikuti PMFG meningkat akibat dari diadakannya keluarga-keluarga

yang telah berhasil mengantarkan pasien skizofrenia menuju kesembuhan dan kembali ke tengah-tengah masyarakat.

*g. Reaching out*

Setelah mengikuti PMFG jangkauan keluarga pasien skizofrenia dalam menggalang bantuan yang dibutuhkan guna menyelesaikan permasalahannya ketika menghadapi pasien skizofrenia menjadi lebih luas. Hal ini disebabkan oleh pada saat mengikuti PMFG keluarga pasien skizofrenia memperoleh *support group* baru dan berbagi pengalaman seputar perawatan pasien skizofrenia. Disamping itu pihak RSJD-AGH juga menjelaskan cara-cara agar keluarga pasien dapat memperoleh bantuan yang dibutuhkan dengan cepat dan mudah.

4.3.2.1.2 Proses Assesmen Resiliensi

Dalam penelitian ini resiliensi keluarga pasien skzofrenia diukur dengan menggunakan wawancara, observasi, dan *recilience quotion (RQ) test* yang dikembangkan oleh Reivich dan Shatte yang terdiri dari 56 aitem.

Aspek-aspek resiliensi yang ingin diungkap dalam wawancara dituangkan dalam *interview guide* (lampiran 2). Sementara data dari observasi meliputi lingkungan tempat tinggal pasien, baik rumah pasien maupun lingkungan di sekitar rumah pasien serta kondisi keluarga pasien secara menyeluruh (kesehatan, *mood*, keterampilan sosial dan berbagai indikasi resiliensi) (lampiran 3).

Hasil dari *RQ-test* dari ketiga subjek dalam penelitian ini dipaparkan sebagai berikut:

**Tabel 4.6. Hasil dari *Recilience Quotiont Test* Ketiga Subjek**

<b>Subjek</b>	<b>Aspek</b>	<b>Nilai</b>	<b>Keterangan</b>
Ibu Sri Ismawati	Regulasi Emosi	14	Tinggi
	Kontrol Impuls	1	Tinggi
	Optimisme	8	Tinggi
	Analisis Kausal	8	Rata-Rata
	Empati	10	Rata-Rata
	<i>Self-Efficacy</i>	12	Tinggi
	<i>Reaching Out</i>	12	Tinggi
<b>Kesimpulan Tingkat Resiliensi = Tinggi</b>			
Ibu Titik Winarsih	Regulasi Emosi	15	Tinggi
	Kontrol Impuls	- 2	Rata-Rata
	Optimisme	7	Tinggi
	Analisis Kausal	8	Rata-Rata
	Empati	13	Tinggi
	<i>Self-Efficacy</i>	15	Tinggi
	<i>Reaching Out</i>	11	Tinggi
<b>Kesimpulan Tingkat Resiliensi = Tinggi</b>			
Pak Kholik	Regulasi Emosi	14	Tinggi
	Kontrol Impuls	3	Tinggi
	Optimisme	8	Tinggi
	Analisis Kausal	10	Tinggi
	Empati	11	Rata-rata
	<i>Self-Efficacy</i>	11	Tinggi
	<i>Reaching Out</i>	10	Tinggi
<b>Kesimpulan Tingkat Resiliensi = Tinggi</b>			

Aspek-aspek dan faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga pasien skizofrenia ini kemudian juga digali melalui metode observasi dengan menggunakan *Checklist* (lampiran 3). Karena tidak bisa mengamati secara kontinu maka digunakan pertanyaan-pertanyaan sebagai stimulus. Secara keseluruhan ketiga subjek menampakkan indikasi pribadi yang resilien. Lebih lanjut hasil dari observasi resiliensi keluarga pasien skizofrenia adalah sebagai berikut:



Tabel 4.7. Hasil Observasi Resiliensi Ketiga Subjek

Subjek	Aspek	Check
Ibu Sri Ismawati	Regulasi Emosi	V
	Kontrol Impuls	V
	Optimisme	V
	Analisis Kausal	-
	Empati	-
	<i>Self-Efficacy</i>	V
	<i>Reaching Out</i>	V
Kesimpulan Tingkat Resiliensi = <b>Tinggi</b>		
Ibu Titik Winarsih	Regulasi Emosi	V
	Kontrol Impuls	-
	Optimisme	V
	Analisis Kausal	-
	Empati	V
	<i>Self-Efficacy</i>	V
	<i>Reaching Out</i>	V
Kesimpulan Tingkat Resiliensi = <b>Tinggi</b>		
Pak Kholik	Regulasi Emosi	V
	Kontrol Impuls	V
	Optimisme	V
	Analisis Kausal	V
	Empati	V
	<i>Self-Efficacy</i>	V
	<i>Reaching Out</i>	V
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan		

#### 4.3.2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia

Resiliensi dipengaruhi oleh tiga faktor yakni: faktor kemampuan individu, faktor dukungan eksternal, dan faktor keterampilan sosial dan memecahkan masalah. Pada ketiga subjek ditemukan bahwa tingginya resiliensi mereka tidak

hanya dipengaruhi oleh satu faktor saja, namun ketiga faktor yang disebutkan di atas turut memperkuat resiliensi keluarga pasien skizofrenia.

Keluarga pasien tidak hanya memiliki kapasitas pribadi yang mumpuni namun juga dukungan lingkungan sekitar serta kemampuan mereka dalam mengumpulkan dukungan tersebut menjadikan keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini tetap resilien dalam menghadapi cobaan hidup yang dihadapinya. Lebih lengkap mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi ISI, ITW, PK dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS1

Keluarga besar (*extended family*) dari ISI berada di luar Jawa, namun ISI memiliki seorang adik kandung yang senantiasa memberikan dukungan baik emosional maupun finansial. Disamping itu anak perempuan ISI juga senantiasa membantu ISI dalam merawat PS1.

Kalau keluarga saya jauh-jauh Mbak, diluar jawa semua. Kalau suami saya itu sudah sebatang kara. Dia anak tunggal jadi pas kedua orang tuanya meninggal dia sudah tidak punya siapa-siapa lagi. Keluarga saya yang di Semarang ini cuma satu Mbak. Adik perempuan saya. Dia sering *ngutangin* saya Mbak. Kalau ada apa-apa saya pertama kali larinya mesti ke adik saya itu. Kalau Mbaknya Daniel itu sayang sekali dengan adiknya. Melihat keakraban mereka saya *nitipin* Daniel ke kakaknya. Kalau-kalau mendadak saya meninggal, kan siapa yang tahu ya Mbak (S<sub>1</sub>W<sub>6</sub>:120611).

ISI juga didukung oleh komunitas gerejanya terutama pendeta pemimpin gereja yang sering didatanginya. Disamping itu pihak RSJD-AGH juga merupakan faktor pendukung resiliensi keluarga PS1. Bahkan beberapa petugas di RSJD-AGH dan keluarga PS1 sudah seperti keluarga sendiri. Pihak RSJD-AGH

juga selalu memantau perkembangan PS1 baik saat berada di dalam rumah sakit maupun kondisi PS1 secara keseluruhan dalam menjalani hidupnya.

Selain adik saya, yang paling mendukung saya adalah Pendeta saya. Pendeta saya juga yang meminta saya untuk tidak cerita ke siapaun kalau Daniel sakit begitu. Jadi ya teman-teman saya di Gereja tidak ada yang tahu. Kecuali Bu Murni, karena dia kan juga yang menagani Daniel di rumah sakit. Tapi Bu Murni juga tidak cerita-cerita kalau Daniel pernah dirawat di RSJ. Pihak rumah sakit juga sangat peduli sama Daniel Mbak. Direktur rumah sakit yang sebelum ini sudah menganggap Daniel seperti anaknya sendiri. Makanya Daniel juga nyebutnya Ibu angkat. Lawong sudah lama dirawat di situ Mbak jadi ya pada kenal semua orang rumah sakit itu (S<sub>1</sub>W<sub>8</sub>:120611).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS2

ITW dalam merawat PS2 didukung oleh anak-anaknya yang lain. Meski suami ITW telah lama meninggal namun anak-anak ITW yang lain sangat peduli terhadap PS2. ITW dan ketiga anaknya saling menguatkan satu sama lain dalam menjalani cobaan hidup yang sedang dialaminya.

Danang itu anak ke-3 dari 4 bersaudara. Adiknya yang paling kecil sekarang malah sudah bekerja di pabrik. Kalau kakak-kakaknya sekarang sudah menikah semua. Tapi dulu pas belum nikah yah ikut bingung kalau Danang kambuh Mbak. Ya saya selalu bilang ke anak-anak bahwa Danang ini sakit dan perlu dukungan kita semua agar bisa sembuh. Kami sering “tumpang tangan” berdoa *bareng-bareng* memohon kesehatan bagi semua anggota keluarga. Dan menurut saya itulah yang membuat kami bisa kuat menjalani semua ini. Karena kami percaya Tuhan akan menolong kami (T<sub>1</sub>W<sub>6</sub>:260611).

Dukungan dari tetangga juga turut meningkatkan resiliensi keluarga PS2 dalam merawat PS2. Tetangga ITW mulai memahami kondisi yang dialami PS2 sehingga mereka tidak memberikan stigma terhadap PS2. Disamping itu pihak RSJD-AGH terutama kepala bagian rehabilitasi yakni Bapak Kadis juga turut

membantu keluarga PS2 dalam memecahkan permasalahan seputar perawatan PS2.

*Oh* tetangga ya baik-baik saja. Yah mereka *ngerti lah* Mbak, lawong Danang itu sudah lama banget sakitnya. Yah lama-lama sudah terbiasa. Lagi pula sejak Masuk rumah sakit ini Danang jarang di rumah kalau siang. Paling sore sampai malam. Itupun dia nggak kemana-mana hanya sama saya saja di rumah. Temen-temennya ya anak-anak rumah sakit juga. Kayak Daniel, Citra, dan para petugas rumah sakit. Apalagi kalau sama Pak Kadis itu dia akrab sekali. *Manut* dia kalau sama Pak Kadis (T<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:260611).

ITW juga memperoleh dukungan yang sangat besar dari pendetanya. Pendeta adalah orang yang paling berperan dalam meningkatkan resiliensi keluarga PS2.

Pak Pendeta Mbak, la saya itu cerita apa-apa sama Pak Pendeta, ya jadi Pak Pendeta tahu masalah yang saya hadapi. Pak Pendeta juga selalu menguatkan saya tiap kali saya merasa lelah menghadapi Danang (T<sub>1</sub>W<sub>8</sub>:260611).

### c. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS3.

Keluarga besar dari PK tidak terlalu ikut campur dalam menangani permasalahan yang berkaitan dengan PS3. Namun, apabila sewaktu-waktu bantuannya dibutuhkan maka keluarga besarnya akan siap sedia membantu.

Pada dasarnya masalah keluarga itu ya masalah keluarga Mbak. Jadi ya berhubung ini yang sakit anak saya maka saya harus merawat Citra. Keluarga besar saya dan istri tidak begitu ikut campur. Tapi kalau misalnya kami perlu bantuan mereka selalu membantu (L<sub>2</sub>,W<sub>6</sub>:030711).

Tingginya resiliensi keluarga PS3 juga didukung oleh orang-orang disekitar lingkungan hidup PS3 yakni tetangga-tetangganya yang tidak memberikan stigma terhadap PS3. Malahan tetangga PS3 pernah mengantarkan PS3 ke RSJD-AGH ketika PS3 kambuh.

Tetangga saya itu baik-baik Mbak. *La* Citra kan sakitnya juga sudah lama. Jadi mereka itu sudah hafal sama kelakuan Citra. Pernah dulu *pas* Citra kambuh dan saya sedang di luar kota, tetangga saya itu bantu istri saya untuk memasukkan Citra ke rumah sakit. Ya tetangga saya itu yang mengantar. Namanya Pak Hasyim (L<sub>1</sub>W<sub>7</sub>:030711).

Bagi PK orang yang paling berperan dalam meningkatkan resiliensinya adalah istrinya yang dengan setia mendampingi dan tidak pernah mengeluh. Hal tersebut menumbuhkan motivasi tersendiri bagi PK dalam menghadapi setiap permasalahan yang dihadapinya dalam hidup.

Tentu saja Istri saya Mbak yang paling mendukung saya. Dia itu *nerimo* sekali orangnya. Tidak pernah nuntut macam macam. Saya itu jadi merasa tidak tertekan karena istri saya juga tidak nuntut apa-apa dari saya. Tapi dia itu sebenarnya juga merasa bersalah sama Citra. Karena pisah lama dia dan Citra jadi tidak begitu dekat (L<sub>1</sub>W<sub>8</sub>:030711).

Lingkungan disekitar rumah keluarga pasien skizofrenia pada dasarnya sangat mendukung bagi kesembuhan pasien. Keluarga pasien juga sangat memahami bagaimana memperoleh dukungan atau pertolongan apabila mereka menemui kesulitan.

Disamping itu hasil observasi juga menunjukkan bahwa pasien berada di tengah lingkungan baik fisik maupun psikologis yang mendukung kesembuhannya. Hal ini akibat keluarga pasien skizofrenia merawat pasien dengan baik dan memberikan dukungan psikologis yang terus menerus terhadap pasien skizofrenia. Berikut merupakan hasil observasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga pasien skizofrenia:

**Tabel 4.8. Hasil Observasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.**

Indikator Perilaku	Ceck		
	ISI	ITW	PK
Faktor Kekuatan Individu	V	V	V
Faktor Dukungan Eksternal	V	V	V
Faktor Keterampilan Sosial dan Penyelesaian Masalah	V	V	V
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan			
Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan			

#### 4.3.2.2 PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi

Stigma yang ada di tengah masyarakat tentang gangguan jiwa menjadikan beberapa keluarga merasa malu apabila memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa. Oleh sebab itu banyak keluarga yang kemudian menyembunyikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa atau meninggalkannya di rumah sakit jiwa.

Berdasarkan fenomena yang peneliti temukan dilapangan banyak sekali keluarga pasien gangguan jiwa yang di rawat di RSJD-AGH yang menunjukkan indikasi rendahnya resiliensi dengan meninggalkan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Bagian rehabilitasi di RSJD-AGH sering sekali melaksanakan pemulangan paksa atas pasien gangguan jiwa yang tidak kunjung dijemput oleh keluarganya. Beberapa kali malahan keluarga pasien gangguan jiwa bahkan sampai pindah rumah guna menghindari pihak rumah sakit yang ingin memulangkan pasien gangguan jiwa kerumahnya.

Akhirnya pasien-pasien yang ditinggalkan oleh keluarganya ini tetap tinggal di bangsal rehabilitasi dan ditanggung oleh dinas sosial daerah. Hal ini

sangat menyulitkan bagi pihak rumah sakit mengingat *Bed Occupation Rate* (BOR) dari RSJD-AGH sudah sangat melebihi batas. Beberapa pihak RSJD-AGH sampai menolak pasien yang ingin rawat inap akibat tidak tersedianya kamar. Jika pun tidak pindah rumah dan tidak meninggalkan pasien di rumah sakit, banyak keluarga pasien yang jarang menjenguk anggota keluarganya yang dirawat di RSJD-AGH. Padahal, dukungan keluarga sangat penting bagi kesembuhan pasien gangguan jiwa.

Keluarga-keluarga yang jarang atau tidak pernah mengunjungi anggota keluarganya yang dirawat di RSJD-AGH inilah yang kemudian diundang untuk mengikuti terapi keluarga berbasis PMFG ini. Harapannya dari sini keluarga dapat memahami bahwa tidak ada yang perlu disembukan ataupun ditakuti dari memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Disamping itu juga agar keluarga memahami perannya dalam kesembuhan anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa.

#### 4.3.2.2.1 Prosedur Pelaksanaan PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi

Dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia, PMFG memiliki sasaran terhadap aspek-aspek resiliensi optimisme, analisis kausal, empati, efikasi diri, dan *reaching out*. Optimisme dibangun dengan menghadirkan pasien gangguan jiwa yang telah “sembuh” dan mampu kembali ke tengah-tengah masyarakat secara mandiri. Kemudian analisis kausal dibangun dengan memberikan pemahaman kepada keluarga pasien akan hakikat dari gangguan skizofrenia yang diderita anggota keluarganya.

Sementara itu setelah pemahaman tentang gangguan skizofrenia diperoleh oleh keluarga pasien maka akan muncul empati dari keluarga pasien terhadap pasien. Sehingga apabila pasien mengamuk ataupun mengacaukan situasi rumah, keluarga pasien dapat memahami bahwa pasien melakukan hal tersebut tanpa sengaja. Mengamuknya pasien adalah akibat dari gangguan skizofrenia yang dideritanya.

Secara otomatis apabila keluarga pasien telah memahami hakikat dari gangguan skizofrenia maka keluarga pasien akan memahami bagaimana cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Hal ini akan berlanjut dengan peningkatan kepercayaan diri (efikasi diri) keluarga pasien dalam merawat pasien dan mengusahakan kesembuhan pasien.

Dengan banyak mengenal orang-orang baru dengan permasalahan yang sama, keluarga pasien dapat saling bertukar pengalaman tentang bagaimana mengusahakan pengobatan yang terbaik bagi pasien. Keluarga pasien juga menjadi mengetahui kemana harus meminta tolong apabila ada permasalahan tertentu yang dialaminya.

#### 4.3.2.2.2 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia Setelah Diberikan PMFG

Setelah mengikuti PMFG resiliensi keluarga pasien dirasakat oleh keluarga pasien semakin meningkat. Namun, dari observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti menemukan bahwa pada dasarnya keluarga pasien skizofrenia yang memiliki resiliensi yang tinggi memang telah terbiasa tegar menghadapi permasalahan yang ia hadapi dalam hidupnya. Namun, bukan berarti PMFG tidak memiliki efek sama sekali, melainkan efeknya tidak begitu besar.



Hal yang peneliti temukan dari ketiga subjek dalam membangun resiliensi dirinya yakni dengan membangun kepercayaannya kepada Tuhan. Ketiga subjek dalam penelitian ini memiliki kepercayaan yang kuat terhadap Tuhan YME. Kemampuan *reaching out* dari keluarga pasien meningkat pesat karena keluarga pasien mencoba memahami bahwa apapun yang telah terjadi merupakan takdir Tuhan yang harus mereka jalani. Dan ketiganya juga meyakini bahwa Tuhan memiliki maksud yang baik atas cobaan hidup yang diberikannya. Dalam hal ini peneliti justru menemukan bahwa kepercayaan terhadap Tuhan (keimanan) memiliki korelasi yang erat dengan resiliensi.

Efek psikologis dari PMFG bagi keluarga pasien yakni dapat berfungsi sebagai *support group* baru bagi keluarga pasien skizofrenia. Sebagai tempat atau sarana saling berbagi perasaan senasib. Selain itu efek katarsis dari kegiatan ini juga sangat besar karena dalam proses PMFG keluarga pasien dibebaskan mengungkapkan segala keluh kesah dan kesulitan yang dihadapinya dalam merawat pasien gangguan jiwa. Lebih lanjut mengenai hal ini IHM menjelaskan sebagai berikut:

Menurut saya kegiatan ini sangat bermanfaat guna mendampingi keluarga pasien skizofrenia dalam merawat pasien rawat jalan. Serta bisa digunakan untuk sarana menyiapkan keluarga pasien rawat inap yang akan dipulangkan (H<sub>1</sub>W<sub>2</sub>:150511).

Dalam setiap kali terapi kan keluarga boleh mengajukan pertanyaan misalnya mereka merasa ada yang dibingungkan dari perilaku keluarganya yang gangguan jiwa. Sehingga setelah pulang kerumah mereka tahu bagaimana harus menangani pasien gangguan jiwa yang mengamuk misalnya. Disamping itu juga dihadirkan pasien-pasien yang telah berhasil sembuh dan berfungsi kembali dalam masyarakat. Tujuannya agak meningkatkan optimisme keluarga

nbahwa pasien gangguan jiwa masih bisa berguna dan masih bisa berfungsi dalam masyarakat (H<sub>1</sub>W<sub>4</sub>:150511).

Menghadirkan mantan pasien gangguan jiwa yang telah kembali berfungsi dalam masyarakat juga dapat meningkatkan optimisme keluarga pasien skizofrenia. Disamping itu pemahaman yang diperoleh setelah diberikan penjelasan mengenai gangguan skizofrenia dapat meminimalisir terjadinya *miss-behave* dari keluarga pasien terhadap pasien.

Dengan dukungan dari berbagai macam sisi diduga kemungkinan kambuh dapat diminimalisir. Hal ini akibat tidak ada alasan lagi bagi keluarga pasien untuk takut menghadapi pasien, mengeluh, ataupun depresi akibat tidak mampu memahami pasien gangguan jiwa yang dirawatnya. Para petugas di RSJD-AGH pun juga telah merasakan dampak dari adanya PMFG ini terhadap tingkat keambuhan pasien. Hal ini lebih rinci dijelaskan oleh IHM sebagai berikut:

Kalau soal data saya kurang tahu tapi sepertinya sekarang saya sudah jarang menemui pasien yang sama disini. Dulu Poli Psikologi ini biasanya didatangi oleh pasien yang itu-itu saja. Dan keluarga yang mengeluh ya yang itu-itu saja. Sampai kadang saya sering diundang kerumah pasien karena keluarga pasien bingung bagaimana mengendalikan pasien (H<sub>1</sub>W<sub>10</sub>:150511).

Dari sini dapat disimpulkan bahwa keluarga pasien yang masih kebingungan bagaimana merawat pasien telah berkurang. Jika seluruh keluarga pasien memahami bagaimana cara berinteraksi dengan pasien secara otomatis tingkat kekambuhan dapat turun akibat dari pasien merasa nyaman dan diterima dalam keluarganya.

#### 4.3.2.2.3 Keefektifan PMFG untuk Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia

Tingkat efektifitas dari PMFG guna meningkatkan resiliensi ini memang sangat mencolok. Namun, terdapat satu faktor penting dalam tiap pribadi yang resilien yakni kepercayaannya terhadap Tuhan. Peneliti menemukan meski beberapa peserta PMFG terkadang tidak mampu memahami paparan dari terapis namun ia tetap resilien karena kepercayaannya terhadap Tuhan.

Namun, secara keseluruhan program ini dapat dikatakan berhasil melihat antusias dari keluarga yang semakin banyak yang ingin mengikuti PMFG. Hal ini kemudian disiasati pihak RSJD-AGH dengan memindah proses terap ke ruangan yang lebih besar. Meskipun terapi secara mengelompok idealnya berisi 10-12 peserta tapi untuk menampung antusiaame keluarga pasien pihak RSJD-AGH masih hanya mampu memperbesar ruangan. Karena jika harus menambah terapis atau menambah jam atau hari masih belum memungkinkan untuk saat ini.

Mengenai dampak dari adanya PMFG ini diungkapkan oleh narasumber utama sebagai berikut:

Kemarin kamu lihat sendiri kan pas terapi keluarga ada keluarga pasien yang jauh-jauh dari pekalongan hanya untuk mengungkapkan rasa terima kasihnya karena telah diberi bimbingan sehingga hubungannya dan anaknya yang pernah mengalami ganggguan jiwa menjadi menjadi lebih baik sekarang. Ya akibat ikut terapi keluarga itu. Dulu padahal sudah dua minggu pasien masuk rumah sakit tidak ada keluarga yang datang menjenguk. Ternyata mereka itu takut sama anaknya yang gangguan jiwa sehingga tidak berani menjenguk. Tapi setelah tahu bagaimana efek obat dan bagaimana menghadapi pasien yang marah keluarga tersebut mau menjenguk ke sini (H<sub>1</sub>W<sub>9</sub>:150511).

Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan data bahwa keluarga pasien skizofrenia yang pada awalnya takut terhadap pasien, setelah mengikuti PMFG menjadi paham bagaimana harus merawat pasien. Sejauh ini manfaat dan keefektifan PMFG telah dirasakan keluarga pasien. Namun PMFG yang dijalankan selama ini hanya berlangsung selama satu jam padahal idealnya minimal satu setengah jam.

Sejauh ini menurut saya sudah efektif ya. Tapi mungkin akan lebih efektif lagi kalau jamnya ditambah. Karena satu jam rasanya singkat sekali. Mungkin satu jam setengah ideal lah (H<sub>1</sub>W<sub>12</sub>:150511).

Efektifitas dari PMFG tidak hanya dirasakan oleh para petugas di RSJD-AGH namun juga oleh para keluarga pasien. Mereka mengaku memiliki *support group* baru dan lebih optimis setelah mengikuti kegiatan ini. Kegiatan ini berusaha menghapus stigma tentang gangguan jiwa yang menahun, dan tidak dapat disembuhkan menjadi bisa sembuh asalkan dengan dukungan keluarga dan *insight* terhadap pengobatan yang tinggi.

#### **4.4. Pembahasan**

Pembahasan didasari oleh unit analisis dan temuan penelitian, meliputi: (1) Resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH, dan (2) PMFG dalam meningkatkan resiliensi. Lebih lanjut pembahasan dijelaskan sebagai berikut.

##### **4.4.1 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia**

Keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini diduga memang telah memiliki tingkat resiliensi yang tinggi sebelum mengikuti PMFG di RSJD-AGH.

Namun, tingkat resiliensi tersebut semakin meningkat setelah mengikuti PMFG di RSJD-AGH. Aspek-aspek yang meningkat meliputi: analisis kausal, optimisme, efikasi diri, dan *reaching out*. Sementara regulasi emosi dan pengendalian impuls lebih dipengaruhi oleh spiritualitas yang dimiliki ketiga subjek. Sementara empati sangat dipengaruhi oleh kepribadian dan juga dipengaruhi oleh jenis kelamin.

Terdapat tujuh aspek psikologis yang membangun kemampuan resiliensi keluarga pasien skizofrenia yakni:

1) Regulasi emosi

Sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya bahwa regulasi emosi merupakan hasil dari pengalaman yang panjang. Dalam hal ini PMFG tidak memberi dampak yang cukup besar terhadap regulasi emosi dari keluarga pasien skizofrenia. Namun demikian, keluarga pasien skizofrenia telah memiliki regulasi emosi yang baik akibat dari kepercayaannya terhadap Tuhan yang sangat tinggi (spiritualitas).

Keluarga PS1 meregulasi emosinya dengan cara mengembalikan segalanya kepada Tuhan. Keluarga PS1 melakukan katarsis atas emosi-emosi yang dialaminya selama merawat pasien skizofrenia dengan melalui kegiatan berdoa tiap jam tiga dini hari. Hal ini lebih kurang senada dengan apa yang dilakukan oleh keluarga PS2.

Sebagaimana keluarga PS1 dan PS2, keluarga PS3 juga memiliki kepercayaan yang besar bahwa Tuhan akan menolong mereka dalam menyelesaikan permasalahan kehidupan yang mereka alami.

Selain itu hasil dari RQ *test* juga menunjukkan bahwa ketiga subjek menunjukkan tingkatan regulasi emosi yang tinggi. Skor dari kemampuan regulasi emosi berdasarkan RQ *test* disajikan sebagai berikut:

**Tabel 4.9. Skor Aspek Regulasi Emosi Berdasarkan RQ *Test***

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	14	Tinggi
2.	ITW	15	Tinggi
3.	PK	14	Tinggi

2) Pengendalian impuls

Pengendalian impuls dari keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini dilakukan dengan berbagai cara. Namun pada intinya ketiganya berlandaskan pada spiritualitas yang mereka miliki. ISI mengendalikan impuls dengan dia dan berdoa memohon pertolongan Tuhan, begitu juga halnya dengan ITW. Sementara PK menggunakan zikir untuk mengendalikan impulsnya. Ketiga subjek mengkaitkan segala sesuatu yang terjadi dengan perintah Tuhan. Misalnya mereka berada dalam kondisi yang sulit maka mereka memaknainya sebagai perintah untuk sabar. Sementara itu cara ketiga subjek dalam mengendalikan impuls dijelaskan dalam pernyataan berikut:

Keluarga PS1 memilih untuk diam ketika menghadapi PS1 yang sedang mengamuk. Namun, sesekali ketika tidak mampu menahan dorongan emosi, ISI menangis di depan PS1. Hal inilah yang kemudian membuat PS1 lebih tenang dan kemudian minta maaf ke ISI.

Sementara itu keluarga PS2 memilih untuk mengusapkan air kewajah PS2 ketika PS2 mengamuk kemudian mengajak PS2 berdoa bersama anak-anaknya yang lain. Semua hal yang bisa dilakukan agar tidak timbul situasi-situasi yang

bisa memancing emosi telah ITW siasati. Misalnya saja berhubung PS2 selalu memecahkan barang-barang yang ada disekitarnya, ITW menyiasatinya dengan mengganti semua perabotannya dengan yang terbuat dari plastik. Selain itu ITW juga tidak pernah membiarkan PS2 melamun atau berdiam diri sendirian dalam waktu yang cukup lama.

Sementara itu keluarga PS3 mengucapkan *istighfar* (zikir) untuk mengendalikan impulsnya. Saat menangani PS3 yang tengah mengamuk biasanya PK langsung memeluk PS3 untuk menenangkannya. Selain itu PK juga berusaha memberi pengertian kepada PS3 dan mencoba membantu PS3 untuk membedakan antara kenyataan dan halusinasi.

Disamping itu, hal yang paling membuat PK selalu mampu mengendalikan impuls tiap kali PS3 kambuh adalah perasaan bersalahnya terhadap PS3 karena telah meninggalkannya dirumah neneknya selama bertahun-tahun. PK juga meyakinkan dirinya bahwa kemarahan atau kondisi dimana PS3 terlihat mengamuk pada dasarnya adalah dampak dari penyakit yang dideritanya dan bukan karena sengaja.

Pada dasarnya ketiga subjek merasakan luapan emosi yang mengganggu ketika anaknya mengamuk akibat halusinasinya. Namun, ketiganya memilih untuk tetap sabar dan terus merawat anak-anaknya sampai “sembuh”. Skor dari RQ *test* menunjukkan bahwa ISI dan PK memiliki kemampuan mengendalikan impuls yang tergolong tinggi. Sementara ITW hanya tergolong dalam kategori rata-rata. Dalam wawancara juga terungkap bahwa ITW terkadang masih belum mampu mengontrol dorongan untuk menangis saat PS2 mengamuk.

**Tabel 4.10. Skor Aspek Pengendalian Impuls Berdasarkan RQ Test**

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	1	Tinggi
2.	ITW	-2	Rata-Rata
3.	PK	3	Tinggi

2) Optimisme

Optimisme dalam menghadapi masalah ditunjukkan oleh keluarga dari ketiga pasien yang menjadi fokus kajian dalam penelitian ini. Keluarga PS1 meyakini bahwa setiap kondisi pasti akan berubah. Keluarga PS1 merasa yakin akan mampu menyelesaikan setiap masalah yang dihadapinya dalam hidup. ISI melakini bahwa Tuhan selalu memberikan permasalahan beserta solusinya.

Keluarga PS2 meyakini bahwa Tuhan tidak akan memberikan masalah yang tidak sanggup dihadapi oleh hamba-Nya. Dengan keyakinan ini ITW merasa yakin akan mampu mengatasi semua kesulitan dalam merawat PS2. Meski dari latar belakang agama yang berbeda namun keluarga PS3 juga memiliki keyakinan yang sama dengan keluarga PS2. sebagaimana diungkapkannya sebagai berikut:

Saya bukannya sombong Mbak. Tapi saya yakin karena di Al-Qur'an jelas disebut bahwa Allah tidak akan membebani hambanya melebihi kemampuan hambanya (L<sub>1</sub>W<sub>31</sub>:030711).

Optimisme keluarga pasien skizofrenia sebelum mengikuti PMFG sangat dipengaruhi oleh spiritualitasnya. Sementara setelah mengikuti PMFG optimisme semakin meningkat karena pada saat PMFG dihadirkan pula pasien-pasien yang telah berhasil "sembuh". Hasil dari RQ test juga menunjukkan bahwa ketiganya memiliki optimisme yang tergolong tinggi.



**Tabel 4.11. Skor Aspek Optimisme Berdasarkan *RQ-Test***

<b>NO.</b>	<b>Subjek</b>	<b>Skor</b>	<b>Keterangan</b>
1.	ISI	8	Tinggi
2.	ITW	7	Tinggi
3.	PK	8	Tinggi

### 3) Analisis Kausal

Kemampuan analisis kausal keluarga PS1 dalam memahami penyebab dari gangguan jiwa yang diderita PS1 diperoleh ISI dari kegiatan PMFG. ISI mengerti bahwa gangguan skizofrenia merupakan gangguan yang bersumber dari otak sehingga apabila PS1 terkadang tidak mampu mengontrol perilakunya hal tersebut merupakan akibat gangguan yang terjadi pada syaraf-syaraf diotaknya. Dengan memahami bahwa perilaku PS1 merupakan dampak dari gangguan jiwa yang dideritanya ISI menjadi lebih objektif dalam menentukan tindakan penyelesaian yang bisa diambil.

Keluarga PS2 awalnya tidak memahami penyebab dari semua tingkah aneh yang dilakukan oleh PS2. Namun, setelah mengikuti PMFG secara rutin kini ITW mengetahui penyebab dari gangguan jiwa yang diderita oleh PS2. Disamping itu ITW juga jadi mengetahui bahwa penyakit yang diderita PS2 sangat mungkin dialami oleh manusia lain sehingga ITW tidak perlu merasa malu akan penyakit yang diderita anaknya. Selain itu ITW juga semakin mengetahui manfaat obat dalam mengendalikan perilaku-perilaku PS2 yang tidak diharapkan seperti mengamuk atau merusak barang-barang yang ada di rumah.

Keluarga PS3 mengungkapkan hal yang serupa dengan keluarga PS1, dan PS2. Pada intinya kemampuan analisis kausala dari ketiga subjek telah mengalami

kemajuan sejak mengikuti PMFG. PK juga semakin memahami bahwa segala hal ganjil yang dilakukan PS3 merupakan akibat dari penyakit yang dideritanya. Sementara itu hasil dari RQ *test* menunjukkan skor yang tinggi pada aspek analisis kausal hanya terdapat pada PK. Sementara pada ISI dan ITW hasil RQ *test* hanya menunjukkan skor yang berada pada kisaran rata-rata. Diduga hal ini disebabkan oleh pengaruh emosi yang masih sangat dominan pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Pengaruh emosi mengakibatkan ISI dan ITW terkadang tidak mampu melihat penyebab sebuah permasalahan secara objektif.

**Tabel 4.12. Skor Aspek Analisis Kausal Berdasarkan RQ Test**

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	8	Rata-Rata
2.	ITW	8	Rata-Rata
3.	PK	10	Tinggi

4) Empati

Kemampuan keluarga pasien skizofrenia dalam berempati terhadap orang lain dibuktikan dari banyaknya orang-orang disekitar mereka yang menjadikan mereka sebagai tempat mencurahkan perasaan. Hal ini tidak akan mungkin terjadi apabila keluarga pasien tidak memiliki empati yang baik terhadap orang lain. Hal ini diperkuat dengan pernyataan sebagai berikut:

Iya, saya itu seperti jadi tempat *curhat* bagi teman-teman saya. Saya suka berbagi pengalaman hidup dengan teman-teman (S<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:120611).

Oh, sering Mbak. Biasa Ibu-Ibu sini itu suka cerita-cerita kalau ada masalah ke saya. Soalnya juga saya suka mendengar cerita-cerita dari orang lain siapa tahu saya bisa belajar dari sana (T<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:260611).

Berbeda dengan ISI dan ITW, PK tidak terlalu sering menjadi tempat untuk mencurahkan perasaan dari orang-orang disekitarnya.

Sesekali iya Mbak. Tapi cuma minta saran atau masukan saja (L<sub>1</sub>W<sub>34</sub>:030711).

Hasil dari RQ *test* menunjukkan hasil yang sama dengan hasil wawancara. ISI dan ITW memiliki skor yang tinggi pada aspek empati. Sementara PK menunjukkan skor rata-rata pada aspek empati. Diduga hal ini juga dipengaruhi oleh jenis kelamin. PK yang berjenis kelamin laki-laki menunjukkan kepekaan sosial yang lebih rendah dibandingkan ISI dan ITW pada saat wawancara. Dan hal ini diperkuat dengan hasil RQ *test* yang menunjukkan bahwa PK hanya termasuk dalam kategori rata-rata pada skor empati.

**Tabel 4.13. Skor Aspek Empati Berdasarkan RQ-Test**

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	13	Tinggi
2.	ITW	13	Tinggi
3.	PK	11	Rata-Rata

#### 5) Efikasi Diri

Efikasi diri adalah keyakinan bahwa diri ini mampu menghadapi dan memecahkan masalah dengan efektif. Individu dengan efikasi diri yang tinggi, maka ia memiliki komitmen dalam memecahkan masalah dan tidak akan menyerah untuk menemukan solusi atau strategi-strategi yang bisa membuat dirinya berhasil memecahkan masalah.

Kepercayaan diri keluarga pasien skizofrenia dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya dalam hidup muncul akibat adanya spiritualitas

yang tinggi di dalam dirinya. Dalam penelitian ini peneliti memaknai spiritualitas sebagai keyakinan terhadap Tuhan yang kuat dan bukan sebagai pemahaman akan keagamaan (religiusitas). Peneliti menemukan bahwa meskipun pemahaman terhadap hukum agama tidak terlalu mendalam pada ketiga subjek namun keyakinannya terhadap keberadaan Tuhan dan takdir sangat tinggi. Hal inilah yang mengakibatkan efikasi diri keluarga pasien skizofrenia menjadi tinggi.

Sementara itu peningkatan efikasi diri dari keluarga pasien skizofrenia pasca mengikuti PMFG meningkat akibat dari dihadirnya pasien-pasien dan keluarga-keluarga yang telah berhasil mengantarkan pasien menuju kesembuhan dan kembali ke tengah-tengah masyarakat. Hasil dari *RQ test* menunjukkan hal yang serupa yakni ketiga subjek memiliki skor efikasi diri yang termasuk dalam kategori tinggi. Meski ketiganya memiliki skor yang berbeda namun skor-skor yang diperoleh masih dalam kategori yang sama.

**Tabel 4.14. Skor Aspek Efikasi Diri Berdasarkan *RQ-Test***

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	12	Tinggi
2.	ITW	15	Tinggi
3.	PK	11	Tinggi

6) *Reaching Out*

Setelah mengikuti PMFG, jangkauan keluarga pasien skizofrenia dalam menggalang bantuan yang dibutuhkan guna menyelesaikan permasalahannya ketika menghadapi pasien skizofrenia menjadi lebih luas. Hal ini disebabkan oleh pada saat mengikuti PMFG keluarga pasien skizofrenia memperoleh *support group* baru dan berbagi pengalaman seputar perawatan pasien skizofrenia.

Disamping itu pihak RSJD-AGH juga menjelaskan cara-cara agar keluarga pasien dapat memperoleh bantuan yang dibutuhkan dengan cepat dan mudah. Tingginya kemampuan *reaching out* ini juga ditunjukkan dengan tingginya skor *RQ test* pada aspek *reaching out* dari ketiga subjek.

**Tabel 4.15. Skor Aspek *Reaching Out* Berdasarkan *RQ-Test***

NO.	Subjek	Skor	Keterangan
1.	ISI	12	Tinggi
2.	ITW	11	Tinggi
3.	PK	10	Tinggi

Individu yang resilien berusaha menangani apa yang mereka pikirkan dan rasakan tentang permasalahan yang mereka hadapi dengan cara yang sehat. Namun, tidak hanya berhenti sampai di situ. Pribadi yang *resilience* tidak hanya mampu melakukan  *coping* atas permasalahan yang mereka hadapi, namun mereka juga tetap produktif pada aspek kehidupan mereka yang lainnya. Sebagaimana ketiga subjek dalam penelitian ini tetap aktif dalam kegiatan sosialnya meski juga harus merawat anaknya yang mengalami gangguan skizofrenia.

Dalam penelitian ini resiliensi keluarga pasien skizofrenia diukur dengan menggunakan wawancara, observasi, dan *Recilience Quotion (RQ) Test* yang dikembangkan oleh Reivich dan Shatte yang terdiri dari 56 aitem. Dari ketiga metode pengukuran tersebut ketiga subjek menunjukkan hasil resiliensi yang tinggi. Dengan adanya anggota keluarga yang memiliki resiliensi yang tinggi ini pasien gangguan jiwa tidak akan merasakan hal-hal negatif yang bisa memicu kekambuhan mereka.

#### 4.4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia

Keluarga pasien tidak hanya memiliki kapasitas pribadi yang mumpuni namun juga dukungan lingkungan sekitar serta kemampuan mereka dalam mengumpulkan dukungan tersebut menjadikan keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini tetap resilien dalam menghadapi cobaan hidup yang dihadapinya. Lebih lengkap mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga pasien skizofrenia dijelaskan sebagai berikut:

##### a. Faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS1

Keluarga besar (*extended family*) dari ISI berada di luar Jawa. Namun, ISI memiliki seorang adik kandung yang senantiasa memberikan dukungan baik emosional maupun finansial kepadanya. Disamping itu anak perempuan ISI juga senantiasa membantu ISI dalam merawat PS1.

Selain adik kandungnya, ISI juga didukung oleh komunitas gerejanya terutama pendeta pemimpin gereja yang sering didatanginya. Disamping itu pihak RSJD-AGH juga merupakan faktor pendukung resiliensi keluarga PS1. Bahkan beberapa petugas di RSJD-AGH dan keluarga PS1 sudah seperti keluarga sendiri. Pihak RSJD-AGH juga selalu memantau perkembangan PS1 baik saat berada di dalam rumah sakit maupun kondisi PS1 secara keseluruhan dalam menjalani hidupnya.

##### b. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS2

ITW dalam merawat PS2 didukung oleh anak-anaknya yang lain. Meski suami ITW telah lama meninggal namun anak-anak ITW yang lain sangat peduli

terhadap PS2. ITW dan ketiga anaknya saling menguatkan satu sama lain dalam menjalani cobaan hidup yang sedang dialaminya.

Dukungan dari tetangga juga turut meningkatkan resiliensi keluarga PS2 dalam merawat PS2. Tetangga ITW mulai memahami kondisi yang dialami PS2 sehingga mereka tidak memberikan stigma terhadap PS2. Disamping itu pihak RSJD-AGH terutama kepala bagian rehabilitasi yakni Bapak Kadis juga turut membantu keluarga PS2 dalam memecahkan permasalahan seputar perawatan PS2.

ITW juga memperoleh dukungan yang sangat besar dari pendetanya. Pendeta adalah orang yang paling berperan dalam meningkatkan resiliensi keluarga PS2.

#### c. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga PS3.

Keluarga besar dari PK tidak terlalu ikut campur dalam menangani permasalahan yang berkaitan dengan PS3. Namun, apabila sewaktu-waktu bantuannya dibutuhkan maka keluarga besarnya akan siap sedia membantu.

Tingginya resiliensi keluarga PS3 juga didukung oleh orang-orang disekitar lingkungan hidup PS3 yakni tetangga-tetangganya yang tidak memberikan stigma terhadap PS3. Malahan tetangga PS3 pernah mengantarkan PS3 ke RSJD-AGH ketika PS3 kambuh.

Bagi PK orang yang paling berperan dalam meningkatkan resiliensi-nya adalah istrinya yang dengan setia mendampingi dan tidak pernah mengeluh.

Hal tersebut menumbuhkan motivasi tersendiri bagi PK dalam menghadapi setiap permasalahan yang dihadapinya dalam hidup.

Lingkungan disekitar rumah keluarga pasien skizofrenia pada dasarnya sangat mendukung bagi kesembuhan pasien. Keluarga pasien juga sangat memahami bagaimana memperoleh dukungan atau pertolongan apabila mereka menemui kesulitan.

Disamping itu hasil observasi juga menunjukkan bahwa pasien berada di tengah lingkungan baik fisik maupun psikologis yang mendukung kesembuhannya. Hal ini akibat keluarga pasien skizofrenia merawat pasien dengan baik dan memberikan dukungan psikologis yang terus menerus terhadap pasien skizofrenia. Berikut merupakan hasil observasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi keluarga pasien skizofrenia:

**Tabel 4.16. Hasil Observasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia.**

Indikator Perilaku	Ceck		
	ISI	ITW	PK
Faktor Kekuatan Individu	V	V	V
Faktor Dukungan Eksternal	V	V	V
Faktor Keterampilan Sosial dan Penyelesaian Masalah	V	V	V
Tanda <i>check</i> (V) : menunjukkan bahwa indikator perilaku dilaksanakan Tanda <i>strip</i> (-) : menunjukkan bahwa indikator perilaku tidak dilaksanakan			

Faktor kekuatan individu (*I Am*), merupakan kekuatan yang berasal dari dalam diri, seperti perasaan, tingkah laku dan kepercayaan yang terdapat dalam diri seseorang. Faktor ini terdiri dari beberapa bagian antara lain; bangga pada diri sendiri, perasaan dicintai dan sikap yang menarik, individu dipenuhi harapan,



iman, dan kepercayaan, mencintai, empati dan *altruistic*, yang terakhir adalah mandiri dan bertanggung jawab.

Ketiga subjek dalam penelitian ini memiliki faktor kekuatan individu yang sangat kuat. Mereka memiliki empati, altruistik, memiliki harapan, dan yang paling menonjol dari ketiganya adalah keimanan atau kepercayaan yang besar terhadap Tuhan. Dua dari subjek beragama kristen katolik sementara satu beragama islam. Ketiganya mempercayai kebesaran Tuhannya dengan cara mereka masing-masing dan hal inilah yang menyebabkan kepercayaan diri mereka dalam menghadapi masalah menjadi meningkat.

Faktor dukungan eksternal merupakan bantuan dan sumber dari luar yang meningkatkan resiliensi. Sumber-sumbernya adalah memberi semangat agar mandiri, dimana individu baik yang independen maupun masih tergantung dengan keluarga, secara konsisten bisa mendapatkan pelayanan seperti rumah sakit, dokter, atau pelayanan lain yang sejenis.

Kesamaan yang ditemukan pada ketiga subjek yakni ketiganya memiliki hubungan yang akrab dengan pihak RSJD-AGH. Mereka tidak hanya membangun hubungan antara petuga kesehatan dan pasien, namun ketiganya juga memnjalin kedekatan emosional dengan para petuga kesehatan di RSJD-AGH. Hal ini menjadikan mereka dapat memperoleh informasi yang lebih cepat dari pasien-pasien lainnya mengenai program pengobatan yang dimiliki RSJD-AGH. Di samping itu mereka juga bisa langsung mengetahui kemana harus bertanya apabila memiliki suatu permasalahan tertentu dalam merawat anak-anak mereka yang mengalami gangguan jiwa.

*Role Models* juga merupakan sumber dari faktor dukungan eksternal yaitu orang-orang yang dapat menunjukkan apa yang individu harus lakukan seperti informasi terhadap sesuatu dan memberi semangat agar individu mengikutinya. Dua dari tiga subjek yakni ISI dan ITW sama-sama memiliki role model yakni Pendeta. Ketika menghadapi masalah ISI dan ITW sering mengkonsultasikannya kepada Pendeta dari gereja yang mereka datangi setiap hari minggu. Sementara pada PK peneliti tidak memiliki adanya role model tertentu yang dianut atau dipercayai oleh PK.

Sumber yang terakhir adalah mempunyai hubungan. Orang-orang terdekat dari individu seperti suami, anak, orang tua merupakan orang yang mencintai dan menerima individu tersebut. Tetapi individu juga membutuhkan cinta dan dukungan dari orang lain yang kadangkala dapat memenuhi kebutuhan kasih sayang yang kurang dari orang terdekat mereka. Keluarga besar (*extended family*) subjek-subjek dalam penelitian ini memberikan dukungan yang besar kepada mereka. Hal ini menyebabkan ketiga subjek merasa memiliki seseorang untuk berbagi beban kehidupan.

Ketrampilan sosial dan penyelesaian masalah merupakan kompetensi sosial dan interpersonal seseorang. Bagian-bagian dari faktor ini adalah mengatur berbagai perasaan dan rangsangan dimana individu dapat mengenali perasaan mereka, mengenali berbagai jenis emosi, dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan tingkah laku namun tidak menggunakan kekerasan terhadap perasaan dan hak orang lain maupun diri sendiri. Individu juga dapat mengatur rangsangan

untuk memukul, kabur, merusak barang, atau melakukan berbagai tindakan yang tidak menyenangkan.

Mencari hubungan yang dapat dipercaya dimana individu dapat menemukan seseorang misalnya orang tua, saudara, teman sebaya untuk meminta pertolongan, berbagi perasaan dan perhatian, guna mencari cara terbaik untuk mendiskusikan dan menyelesaikan masalah personal dan interpersonal.

Sumber yang lain adalah keterampilan berkomunikasi dimana individu mampu mengekspresikan berbagai macam pikiran dan perasaan kepada orang lain dan dapat mendengar apa yang orang lain katakan serta merasakan perasaan orang lain.

Mengukur temperamen diri sendiri dan orang lain dimana individu memahami temperamen mereka sendiri (bagaimana bertingkah, merangsang, dan mengambil resiko atau diam, reflek dan berhati-hati) dan juga terhadap temperamen orang lain. Hal ini menolong individu untuk mengetahui berapa lama waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, membantu individu untuk mengetahui kecepatan untuk bereaksi, dan berapa banyak individu mampu sukses dalam berbagai situasi. Ketiga subjek menunjukkan kemampuan berkomunikasi yang baik dan kemampuan menjalin hubungan baru dengan orang baru. Hal ini ditunjukkan oleh subjek dalam proses interview dengan peneliti.

Bagian yang terakhir adalah kemampuan memecahkan masalah. Individu dapat menilai suatu masalah secara alami serta mengetahui apa yang mereka butuhkan agar dapat memecahkan masalah dan bantuan apa yang mereka butuhkan dari orang lain. Individu dapat membicarakan berbagai masalah dengan

orang lain dan menemukan penyelesaian masalah yang paling tepat dan menyenangkan. Individu terus-menerus bertahan dengan suatu masalah sampai masalah tersebut terpecahkan.

Setiap faktor dari *I Am*, *I Have*, *I Can* memberikan kontribusi pada berbagai macam tindakan yang dapat meningkatkan potensi resiliensi. Individu yang resilien tidak membutuhkan semua sumber-sumber dari setiap faktor, tetapi apabila individu hanya memiliki satu faktor individu tersebut tidak dapat dikatakan sebagai individu yang beresiliensi, misalnya individu yang mampu berkomunikasi dengan baik (*I Can*) tetapi ia tidak mempunyai hubungan yang dekat dengan orang lain (*I Have*) dan tidak dapat mencintai orang lain (*I Am*), ia tidak termasuk orang yang memiliki resiliensi.

Pada ketiga subjek ditemukan bahwa tingginya resiliensi mereka tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor saja, namun ketiga faktor yang disebutkan diatas turut memperkuat resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Keluarga pasien tidak hanya memiliki kapasitas pribadi yang mumpuni namun juga dukungan lingkungan sekitar serta kemampuan mereka dalam mengumpulkan dukungan tersebut menjadikan keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini tetap resilien dalam menghadapi cobaan hidup yang dihadapinya.

Lingkungan disekitar rumah keluarga pasien skizofrenia pada dasarnya sangat mendukung bagi kesembuhan pasien. Keluarga pasien juga sangat memahami bagaimana memperoleh dukungan atau pertolongan apabila mereka menemui kesulitan. Hasil observasi juga menunjukkan bahwa pasien berada di tengah lingkungan baik fisik maupun psikologis yang mendukung

kesembuhannya. Hal ini akibat keluarga pasien skizofrenia merawat pasien dengan baik dan memberikan dukungan psikologis yang terus menerus terhadap pasien skizofrenia.

ISI, ITW, dan PK memiliki tingkat resiliensi yang tinggi. Namun, kadar untuk tiap aspeknya berbeda-beda. Disamping itu dukungan eksternal dan kemampuan sosial dari ketiga subjek juga berbeda-beda. Lebih jelas mengenai perbedaan faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi ketiga subjek dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel sebagai berikut:

**Tabel 4.17. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia**

No.	Subjek	Faktor		Keterangan
1.	ISI	Keterampilan Pribadi	Bangga pada diri sendiri	ISI memiliki kemampuan pribadi yang membuat ISI memiliki resiliensi yang tinggi. Namun, dari kesemua keterampilan pribadi yang dimiliki terdapat satu hal yang paling mencolok yakni Iman.
			Perasaan dicintai	
			Memiliki harapan	
			Iman	
			Mencintai	
			Empati	
			Altruistik	
		Dukungan Eksternal	Pendeta	ISI dalam merawat PS I memperoleh dukungan baik dukungan psikologis maupun finansial dari pendeta, anak perempuan serta menantu ISI, adik ISI serta beberapa petugas dari RSJD-AGH.
			Anak Perempuan	
			Menantu	
			Petugas RSJD-AGH	
		Keterampilan sosial dan penyelesaian masalah	Pengendalian Impuls	ISI memiliki kemampuan yang membangun hubungan, berkomunikasi dan memecahkan masalah serta memiliki pengendalian emosi yang baik.
			Kemampuan membangun hubungan	
Kemampuan komunikasi				
Kemampuan memecahkan masalah				
2.	ITW	Keterampilan	Bangga pada diri sendiri	ITW memiliki keimanan

		Pribadi	Perasaan dicintai Memiliki harapan Iman Mencintai Empati Altruistik	yang kuat. Hal inilah yang kemudian menimbulkan harapan, altruistik dan perasaan dicintai.
		Dukungan Eksternal	Pendeta Anak-Anak ITW Tetangga Pihak RSJD-AGH Extended Family	Dalam merawat PS2 ITW mendapat dukungan dari pendeta, anak-anak ITW, tetangga, keluarga besar ITW dan petugas RSJD-AGH.
		Keterampilan sosial dan penyelesaian masalah	Pengendalian Impuls Kemampuan membangun hubungan Kemampuan komunikasi Kemampuan memecahkan masalah	Meskipun kemampuan mengendalikan impuls pada ITW tidak terlalu baik namun ITW memiliki kemampuan membangun hubungan dan komunikasi yang baik serta kemampuan memecahkan masalah.
<b>No.</b>	<b>Subjek</b>	<b>Faktor</b>		<b>Keterangan</b>
3.	PK	Keterampilan Pribadi	Bangga pada diri sendiri Perasaan dicintai Memiliki harapan Iman Mencintai Empati Altruistik	PK memiliki iman yang kuat yang membuatnya memiliki harapan positif dalam menghadapi masalah. Disamping itu PK juga memiliki kemampuan altruistik dan mencintai baik terhadap keluarga maupun orang lain.
		Dukungan Eksternal	Istri <i>Extended Family</i> Tetangga Anak-anak PK Petugas RSJD-AGH	Dalam merawat PS3, PK memperoleh dukungan dari istri, anak-anak, tetangga dan pihak RSJD-AGH.
		Keterampilan sosial dan penyelesaian masalah	Pengendalian Impuls Kemampuan membangun hubungan Kemampuan komunikasi Kemampuan memecahkan masalah	Meskipun kemampuan membangun hubungan pada PK tidak terlalu baik. Namun, PK memiliki kemampuan yang baik dalam berkomunikasi,

				memecahkan masalah, dan mengendalikan impuls.
--	--	--	--	---

Resiliensi keluarga pasien skizofrenia sebelum adanya PMFG dapat disimpulkan berada dalam taraf yang rendah. Hal ini ditunjukkan dengan banyaknya keluarga yang meninggalkan pasien gangguan jiwa di RSJD-AGH. Bahkan ketika akan dipulangkan oleh pihak rumah sakit keluarga menghindari kepulangan pasien dengan pindah rumah agar tidak bisa ditemukan oleh pihak RSJD-AGH.

Berdasarkan studi pendahuluan, di RSJD-AGU Semarang, terutama di Ruang Arimbi yang umumnya merupakan pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) atau yang dulu lebih dikenal dengan sebutan ASKIN. Kurangnya peran keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat dilihat dari jumlah pasien Ruang Arimbi bulan Februari-Agustus 2010 ialah 402 pasien dengan jumlah kunjungan keluarga hanya 72 pengunjung. Data tersebut menginformasikan bahwa rata-rata hanya 10 pengunjung setiap bulannya yang datang untuk mengunjungi keluarganya.

Keluarga umumnya datang hanya pada saat mengantarkan klien untuk rawat inap, setelah itu keluarga sebagian besar tidak pernah berkunjung ke RSJ lagi bahkan tidak menjemput klien ketika klien sudah dinyatakan “sembuh” dan diperbolehkan pulang. Kurangnya dukungan keluarga inilah yang kemudian menyebabkan proses penyembuhan pasien gangguan jiwa berlangsung lama. Bahkan ketika pasien telah dinyatakan sembuh dan kemudian dipulangkan, beberapa waktu kemudian pasien kembali lagi kerumah sakit akibat *relaps*.

Tidak hanya sampai di situ, beberapa keluarga pasien juga menjadi turut mengalami gangguan jiwa akibat tidak memahami bagaimana harus berinteraksi dengan pasien di rumah. Fenomena-fenomena tersebut menunjukkan indikasi-indikasi rendahnya resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH. Individu yang resilien tidak akan lari dari permasalahan yang sedang mereka hadapi.

#### **4.4.3 Gambaran Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia Pasca Diberi PMFG**

Setelah diadakan PMFG pasien yang kembali lagi ke RSJD-AGH akibat kambuh telah menurun. Di samping itu keluarga yang datang berkonsultasi di poli psikologi juga telah berkurang. Hal ini disebabkan oleh segala hal yang membingungkan keluarga pasien skizofrenia dapat ditanyakan dan didiskusikan bersama dalam proses PMFG. Beberapa keluarga pasien saling bertukar informasi tentang bagaimana merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia.

Dari hasil RQ *test* ditemukan bahwa resiliensi ketiga subjek tergolong tinggi. Meski tidak dapat dipastikan apakah tingginya resiliensi keluarga pasien ini adalah akibat dari PMFG ataukah memang keluarga pasien telah memiliki resiliensi yang tinggi sebelumnya. Namun, hal ini telah dibantu oleh metode lain yakni wawancara dan observasi.

Dari proses wawancara subjek-subjek dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa ketiganya merasakan dampak positif dari kegiatan PMFG ini. Diantaranya mereka jadi lebih memahami tentang gangguan skizofrenia, mereka merasa memiliki teman yang senasib, dan mereka menjadi lebih optimis



lantaran mereka telah melihat sendiri pasien-pasien yang telah berhasil berfungsi lagi di tengah-tengah masyarakat meski dulunya pernah kambuh berkali-kali.

Sementara itu dari proses observasi selama proses penelitian sempat terdapat keluarga pasien yang berasal dari pekalongan datang untuk mengikuti PMFG hanya untuk mengucapkan terima kasih karena kegiatannya ini menjadikannya memiliki hubungan yang lebih akrab dengan anaknya yang mengalami gangguan skizofrenia. Ayah dari pasien ini mengungkapkan kepada para peserta PMFG bahwa dulu dirinya sama sekali tidak bisa memahami anaknya yang mengalami gangguan jiwa. Namun, kini ia telah bisa membaca pola-pola perilaku tertentu yang biasa ditunjukkan anaknya dan bagaimana menanganinya atau meresponya.

Dari data-data diatas dapat disimpulkan bahwa kegiatan PMFG telah meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Meskipun tidak diketahui seberapa besar peningkatan resiliensi yang dihasilkan setelah mengikuti kegiatan PMFG ini.

#### **4.4.4 Keefektifan PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia**

Dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia, PMFG memiliki sasaran terhadap aspek-aspek resiliensi optimisme, analisis kausal, empati, efikasi diri, dan *reaching out*. Optimisme dibangun dengan menghadirkan pasien gangguan jiwa yang telah “sembuh” dan mampu kembali ke tengah-tengah masyarakat secara mandiri. Kemudian analisis kausal dibangun dengan

memberikan pemahaman kepada keluarga pasien akan hakikat dari gangguan skizofrenia yang diderita anggota keluarganya.

Sementara itu setelah pemahaman tentang gangguan skizofrenia diperoleh oleh keluarga pasien maka akan muncul empati dari keluarga pasien terhadap pasien. Sehingga apabila pasien mengamuk ataupun mengacaukan situasi rumah, keluarga pasien dapat memahami bahwa pasien melakukan hal tersebut tanpa sengaja. Mengamuknya pasien adalah akibat dari gangguan skizofrenia yang dideritanya.

Secara otomatis apabila keluarga pasien telah memahami hakikat dari gangguan skizofrenia maka keluarga pasien akan memahami bagaimana cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Hal ini akan berlanjut dengan peningkatan kepercayaan diri (efikasi diri) keluarga pasien dalam merawat pasien dan mengusahakan kesembuhan pasien.

Dengan banyak mengenal orang-orang baru dengan permasalahan yang sama, keluarga pasien dapat saling bertukar pengalaman tentang bagaimana mengusahakan pengobatan yang terbaik bagi pasien. Keluarga pasien juga menjadi mengetahui kemana harus meminta tolong apabila ada permasalahan tertentu yang dialaminya.

Meski tidak bisa disimpulkan secara akurat namun pihak RSJD-AGH merasakan bahwa sejak adanya PMFG tidak kekambuhan pasien menjadi menurun. Hal ini sangat bermanfaat guna memberikan kesempatan kepada pasien lain yang belum sempat memperoleh penanganan medis dari RSJD-AGH (yang sebelumnya ditolak akibat tidak ada bangsal kosong yang masih tersisa). Dengan membangun

lingkungan yang sehat baik secara fisik maupun psikologis bagi pasien skizofrenia dihapkan proses penyembuhan dan kemandirian pasien menjadi lebih cepat terwujud.

Keluarga sebagai lingkungan pertama tempat pasien belajar kembali ke tengah-tengah masyarakat memang seharusnya dilibatkan dalam proses penyembuhan pasien gangguan jiwa. Karena apabila hanya mengandalkan obat dan perawatan dari pihak rumah sakit hal ini tidak akan efektif. Beberapa keluarga sering mengeluhkan bahwa pasien bisa tenang ketika berada di rumah sakit. Namun, kemudian tidak bisa dikendalikan ketika berada di rumah. Hal ini akibat dari pola asuhan keluarga di rumah tidak sama seperti di rumah sakit. Sehingga pasien lebih nyaman berada di rumah sakit dari pada berada di rumah.

PMFG mengajarkan keluarga bagaimana merawat pasien di rumah. Di samping itu PMFG juga memberikan pemahaman tentang penyebab sesungguhnya dari perilaku atau tindakan pasien gangguan jiwa yang terkadang dianggap ganjil atau aneh oleh keluarga. Seringkali akibat bingung bagaimana harus bersikap, keluarga menjadi terpancing emosinya tak tidak lagi bisa bersabar menghadapi pasien. Dengan PMFG keluarga diajari bagaimana merespon perilaku pasien dengan tepat.

Pasien yang telah dipulangkan menerima perawatan yang tepat dari keluarganya, kemudian dimotivasi agar lekas sembuh dan tidak dikucilkan serta diterima dengan baik oleh orang-orang disekitarnya maka pasien tidak akan lagi merasa bahwa dirinya berbeda dengan yang lain. Karena pada dasarnya selama pasien gangguan jiwa masih tetap rajin meminum obatnya ditambah dengan

insight yang tinggi akan kondisi dirinya, pasien gangguan jiwa dapat melakukan rutinitas sebagaimana orang normal lainnya.

Orang-orang yang paling dekat dengan pasien yaitu keluarga sudah memperlakukan pasien dengan berbeda dan memberikan stigma-stigma tertentu maka pasien tidak akan bisa memperluas jangkauan kepercayaannya menjadi lebih luas yakni masyarakat. Kegagalan keluarga dalam membangun kepercayaan diri pasien gangguan jiwa akan menjadika pasien tidak dapat berfungsi dalam masyarakat dan akan selalu tergantung pada keluarga. Bahkan jika pasien tidak bisa mempercayai siapapun di keluarganya maka pasien akan cenderung merasa sendiri dan ini akan memperparah sakitnya sehingga kemungkinan untuk kambuh dan dimasukkan lagi ke rumah sakit menjadi lebih besar.

Dalam hal ini PMFG hadir untuk memberikan solusi-solusi atas permasalahan yang dihadapi keluarga pasien skizofrenia dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan skizofrenia. Dengan sasaran meningkatkan aspek-aspek resiliensy keluarga pasien PMFG menjadi salah satu sarana yang efektif untuk mengurangi kemungkinan pasien kambuh dan kembali ke rumah sakit lagi.

Masukan-masukan yang diperoleh dari narasumber penelitian ini ditambah dengan observasi yang dilakukan oleh peneliti dapat menjadi rujukan proses peningkatan efektifitas PMFG sebagai salah satu metode penanganan gangguan jiwa. Dari hasil observasi peneliti menemukan bahwa beberapa keluarga yang berasal dari kalangan menengah kebawah kurang bisa memahami apa yang disampaikan oleh terapis dalam proses terapi. Beberapa istilah seperti tilikan,

relapse, halusinasi dan berbagai istilah-istilah ilmiah yang sering digunakan terapi dalam proses terapi tidak dapat dipahami oleh peserta PMFG. Maka untuk menyasati hal ini terapis dapat menggunakan bahawsa daerah (bahasa jawa) dalam proses terapi, atau mengganti istilah ilmiah yang biasa digunakan dengan istilah yang lebih bisa dipahami oleh seluruh peserta PMFG.

Diamping itu durasi satu jam dirasa masih kurang mengingat biasanya peserta melebihi jumlah ideal peserta PMFG yakni sekitar 10 s.d. 12 orang. Agar semua permasalahan yang dihadapi keluarga pasien dapt ditampung dan dicari pemecahannya waktu terapi bisa disesuaikan dengan jumlah peserta atau sebaliknya jumlah peserta yang mengikuti lamanya prose terapi. Selain itu moderator PMFG diharapkan lebih aktif lagi dlam membangun suasana kekeluargaan yang penuh pengertian. Jangan sampai hanya karena masalah waktu yang hampir habis moderator menjadi memotong keluhan atau pertanyaan dari peserta PMFG.

Kedepannya ada baiknya jika sasaran dari PMFG ini tidak hanya keluarga pasien melainkan juga tetangga pasien atau orang-orang disekitar lingkungan hidup pasien. Apabila tidak memungkinkan mengundang tetangga pasien untuk datang kerumah sakit maka pihak RSJD-AGH bisa mbekerjasama dengan pihak desa atau kelurahan agar menyediakan satu tempat untuk PMFG. Kemudian terapis dan pihak-pihak yang bertanggung jawab atas PMFG dari RSJD-AGH yang mendatangi lingkungan tersebut dan memberikan pemahaman kepada masyarakat sekitar tentang gangguan skizofrenia.

## **BAB 5**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Simpulan**

Berdasarkan fokus kajian dan tujuan penelitian, hasil penelitian disimpulkan menjadi dua yaitu: (1) PMFG dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH dan (2) resiliensi keluarga pasien skizofrenia di RSJD-AGH.

##### **5.1.1 PMFG dalam Meningkatkan Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia**

Dalam meningkatkan resiliensi keluarga pasien skizofrenia, PMFG memiliki sasaran terhadap aspek-aspek resiliensi optimisme, analisis kausal, empati, efikasi diri, dan *reaching out*. Optimisme dibangun dengan menghadirkan pasien gangguan jiwa yang telah “sembuh” dan mampu kembali ke tengah-tengah masyarakat secara mandiri. Kemudian analisis kausal dibangun dengan memberikan pemahaman kepada keluarga pasien akan hakikat dari gangguan skizofrenia yang diderita anggota keluarganya.

Sementara itu setelah pemahaman tentang gangguan skizofrenia diperoleh oleh keluarga pasien maka akan muncul empati dari keluarga pasien terhadap pasien. Sehingga apabila pasien mengamuk ataupun mengacaukan situasi rumah, keluarga pasien dapat memahami bahwa pasien melakukan hal tersebut tanpa sengaja. Mengamuknya pasien adalah akibat dari gangguan skizofrenia yang dideritanya.

Secara otomatis apabila keluarga pasien telah memahami hakikat dari gangguan skizofrenia maka keluarga pasien akan memahami bagaimana cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Hal ini akan berlanjut dengan peningkatan kepercayaan diri (efikasi diri) keluarga pasien dalam merawat pasien dan mengusahakan kesembuhan pasien.

Dengan banyak mengenal orang-orang baru dengan permasalahan yang sama, keluarga pasien dapat saling bertukar pengalaman tentang bagaimana mengusahakan pengobatan yang terbaik bagi pasien. Keluarga pasien juga menjadi mengetahui kemana harus meminta tolong apabila ada permasalahan tertentu yang dialaminya.

PMFG mengajarkan keluarga bagaimana merawat pasien di rumah. Di samping itu PMFG juga memberikan pemahaman tentang penyebab sesungguhnya dari perilaku atau tindakan pasien gangguan jiwa yang terkadang dianggap ganjil atau aneh oleh keluarga. PMFG hadir untuk memberikan solusi-solusi atas permasalahan yang dihadapi keluarga pasien skizofrenia dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan skizofrenia. Dengan sasaran meningkatkan aspek-aspek resiliensi keluarga pasien PMFG menjadi salah satu sarana yang efektif untuk mengurangi kemungkinan pasien kambuh dan kembali ke rumah sakit lagi.

### **5.1.2 Resiliensi Keluarga Pasien Skizofrenia di RSJD-AGH**

Ketiga subjek utama dalam penelitian ini yakni Ibu Sri Ismawati, Ibu Titik Winarsih, dan Pak Kholik merupakan pribadi yang memiliki resiliensi tinggi. Hal ini ditunjukkan para subjek dengan tetap merawat anak mereka yang mengalami

gangguan skizofrenia dan sementara itu di sisi lain dalam kehidupannya mereka tetap produktif.

Terdapat tujuh aspek psikologis yang membangun kemampuan resiliensi seseorang. Tujuh aspek tersebut adalah: regulasi emosi, pengendalian Impuls, optimisme, analisis kausal, empati, efikasi diri, *reaching out*. Ketiga narasumber utama dari keluarga pasien dalam penelitian ini setidaknya menunjukkan lima dari tujuh aspek yang disebutkan sebelumnya.

Namun, resiliensi keluarga pasien skizofrenia ini tidak semata-mata hanya dipengaruhi oleh kemampuan pribadi dari individu, tetapi juga akibat dari faktor-faktor yang turut mendukung mereka menghadapi segala permasalahan hidup. Faktor tersebut meliputi dukungan eksternal (*I have*) dan sumber-sumbernya yang ada pada diri seseorang misalnya keluarga, lembaga-lembaga pemerhati dan sebagainya. Kekuatan personal yang berkembang dalam diri seseorang (*I am*) seperti *self-esteem*, *capacity for self monitoring*, spritualitas dan *altruism*. Kemampuan sosial (*I can*) seperti mengatasi konflik dan kemampuan berkomunikasi.

Pada ketiga subjek ditemukan bahwa tingginya resiliensi mereka tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor saja, namun ketiga faktor yang disebutkan di atas turut memperkuat resiliensi keluarga pasien skizofrenia. Keluarga pasien tidak hanya memiliki kapasitas pribadi yang mumpuni namun juga dukungan lingkungan sekitar serta kemampuan mereka dalam mengumpulkan dukungan tersebut menjadikan keluarga pasien skizofrenia dalam penelitian ini tetap resilien dalam menghadapi cobaan hidup yang dihadapinya.



Resiliensi keluarga pasien skizofrenia sebelum adanya PMFG dapat disimpulkan berada dalam taraf yang rendah. Hal ini ditunjukkan dengan banyaknya keluarga yang meninggalkan pasien gangguan jiwa di RSJD-AGH. Bahkan ketika akan dipulangkan oleh pihak rumah sakit keluarga menghindari kepulangan pasien dengan pindah rumah agar tidak bisa ditemukan oleh pihak RSJD-AGH.

Setelah diadakan PMFG, pasien yang kembali lagi ke RSJD-AGH akibat kambuh telah menurun. Hal ini ditunjukkan oleh tingkat kekambuhan pasien yang awalnya berada pada taraf 30% kini turun menjadi 5%. Disamping itu keluarga yang datang berkonsultasi di poli psikologi juga telah berkurang. Hal ini disebabkan oleh segala hal yang membingungkan keluarga pasien skizofrenia dapat ditanyakan dan didiskusikan bersama dalam proses PMFG. Beberapa keluarga pasien juga saling bertukar informasi tentang bagaimana merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia.

## **5.2. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, saran-saran yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

### **5.2.1 Bagi RSJD-AGH**

Sebaiknya dalam penyelenggaraan PMFG pihak RSJD-AGH menggunakan bahasa yang lebih mudah untuk dipahami oleh peserta PMFG, disamping itu pembatasan peserta perlu dilakukan agar tidak terjadi *over load*. Durasi pelaksanaan PMFG sebaiknya ditambah lagi menjadi satu jam setengah

agar keluarga pasien dapat lebih leluasa mengungkapkan kendala-kendala yang dihadapinya dalam merawat pasien skizofrenia.

Prosedur pemilihan peserta PMFG sebaiknya lebih terperinci lagi agar setiap keluarga pasien yang ingin mengikuti kegiatan ini bisa difasilitasi secara maksimal. Kerahasiaan pasien merupakan hal utama yang harus dijaga oleh RSJD-AGH. Sebaiknya selain untuk kepentingan ilmiah informasi tentang pasien skizofrenia tidak diberikan kepada pihak lain karena hal ini dapat menghambat proses rehabilitasi pasien.

### **5.2.2 Bagi keluarga pasien**

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam proses penyembuhan pasien gangguan jiwa. Oleh sebab itu sebaiknya keluarga menjadi *support-group* utama bagi pasien. Proses pengobatan di rumah sakit jiwa tidak mungkin dilakukan selamanya, sementara pasien gangguan jiwa memiliki kemungkinan untuk sembuh total sangat kecil bahkan hampir tidak mungkin. Oleh sebab itu keluarga sebaiknya dapat menggantikan fungsi perawatan di rumah sakit dengan hal yang serupa di rumah. Dukungan keluarga terhadap pasien juga menjadi hal yang paling penting dalam proses kesembuhan pasien, hendaknya keluarga menjadi lingkungan yang sehat secara psikologis bagi pasien.

### **5.2.3 Bagi praktisi psikoterapi**

PMFG tidak hanya efektif digunakan sebagai salah satu bentuk penanganan gangguan jiwa. Namun, pendekatan ini juga efektif untuk mengatasi permasalahan-permasalahan yang dialami keluarga seperti anak ADHD, dampak perceraian, dan permasalahan-permasalahan lain yang melibat orang-orang dalam

keluarga. Pengobatan dengan menggunakan obat-obatan tidak akan berpengaruh besar terhadap kesembuhan pasien gangguan jiwa apabila lingkungan tempat tinggalnya tetap merupakan lingkungan yang tidak sehat secara psikologis. Oleh sebab itu dalam penanganan gangguan jiwa baik ringan maupun berat ada baiknya jika pendekatan ini digunakan secara lebih luas.

#### **5.2.4 Bagi penelitian selanjutnya**

Dalam proses penelitian ditemukan bahwa spiritualitas atau keimanan seseorang sangat mempengaruhi tingkat resiliensinya. Pengetahuan yang banyak tentang agama tidak menjamin seseorang dapat resilien dalam menghadapi cobaan hidup. Namun, keyakinan yang kuat akan adanya Tuhan dapat membuat resiliensi pada diri seseorang meningkat dan bertahan lama. Ada baiknya jika penelitian selanjutnya mengkaji lebih dalam kaitan antara spiritualitas dengan resiliensi.

#### **5.2.5 Bagi Jurusan Psikologi**

Semoga penelitian ini dapat menjadi wacana baru mengenai terapi keluarga dan resiliensi. Harapannya setelah ini tidak akan ada lagi penelitian dengan atribut-atribut psikologis yang diulang secara terus-menerus (jenuh).

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, Laeli. 2009. Kesiapan Keluarga Menghadapi Kepulangan Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa. *Skripsi*. Jurusan Psikologi Unnes. (Tidak Diterbitkan).
- Banaag, C. G. 2002. Reiliency, street Children, and substance abuse prevention. *Prevention Preventif. New York Journal*. Nov. 2002, Vol 3.
- Bonanno, A. George. 2005. Recilience in the Face of Potencial Trauma. *Sage*. Jun. 2005, Vol. 14, No. 3, P. 135-138.
- Connor, M. Katheryn. dan Jonathan R.T. Davidson. 2003. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. Vol. 18, P. 76-82.
- Corrigan, W. Patrick & Penn, L. David. 2001. *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington DC: American Psychological Association.
- Corsini, J. Raymond. Danny Wedding. 2005. *Current Psychotherapies*. Canada: Thompson Learning, Inc.
- Davis, N.J. 1999. Resilience & School Violence Prevention: Research-based program. National Mental Health Information Center
- Effendy, Nasrul. 1988. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Grothberg, H. Edith. 1995. *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The Hague: Bernard Van Leer Foundation.
- Hauser, Marta. Marion Lautenschlager. Yehonala Gudlowski. Seza Ozgurdal. Henning Witthaus. Andreas Bechdorf. Josef Bauml. Andreas Heinz. Georg Juckel. 2009. *Journal of Patient Education and Counseling*. Vol. 76, P.138–142.
- Haviland, A. William. 1985. *Antropologi*. Edisi keempat jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Henderson, Nan. 2007. *Resiliency in Action*. California: Reciliency In Action, Inc.

- Issacson, Boonie. 2002. Characteristic and enhancement of resiliency in young children. *Tesis*. University of Winconsin-Stout. Online at [www.finddoc.com](http://www.finddoc.com) [accessed 26/02/11].
- Klohn, E.C. 1996. Conceptual Analysis and Measurement of The Construct of Ego Resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 70, No. 5, P 1067-1079.
- Korban Merapi Alami Gangguan Jiwa. Online at [www.kompas.com](http://www.kompas.com) [accessed 26/02/11].
- Lebow, L Jay. 2005. *Hand Book of Clinical Family Therapy*. Canada: John Wiley & Son, Inc.
- Maslim, Rusdi. 2002. *Diagnosis Gangguan Jiwa*. Jakarta: Himpesi
- Moleng, Lexy J. 1998. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Petterson, M. Joan. 2002. Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*. May. 2002, Vol. 64, No. 2, P. 349-360.
- Reivich, K. & Shatte, A. 2002. *The Resilience Factor*. New York: Broadway Books
- Ronan, R. Kevin & Johnston, M. David. 2005. *Promoting Community Resilience in Disasters The Role for School, Youth, and Families*. USA: Springer
- Poerwadarminta, W.J.S. 2002. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta :Balai Pustaka
- Schwartz, Richard C. 2004. *Family Therapy Concept and Methods Sixth Edition*. Boston: Pearson Education.
- Siebert, Al. 2005. *The Resiliency Advantage*. San Fransisco: Berret-Kohler Publishers, Inc.
- Sudiby, Anton. 2011. Saat 33.000 Warga Didera Sakit Jiwa. *Suara Merdeka*. 24 April. Hlm. 4.
- Taylor, Shelly E. 2003. *Health Psychology Edisi Kelima*. New york: Mc Graw Hill.

Suwarna, Budi. (2010). Kasih Sayang untuk Penderita Skizofrenia. Online at [www.kompas.com](http://www.kompas.com) [accessed 26/02/11].

Walsh, Froma. 2002. A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Journal of Family Relations*. Apr. 2002, Vol. 51, No. 2.

Wiramiharja, Sutardjo A. 2007. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: Refika Aditama.

