

## KEBERFUNGSIAN KELUARGA PADA KELUARGA DENGAN PASIEN SKIZOFRENIA RAWAT JALAN DI JAKARTA

Sofiana Millati & Fellianti Muzdalifah  
Jurusan Psikologi, Universitas Negeri Jakarta

[sofia.psychology@gmail.com](mailto:sofia.psychology@gmail.com)

[fellianti\\_muzdalifah@unj.ac.id](mailto:fellianti_muzdalifah@unj.ac.id)

### Abstract

The aim of this study is to analyze the family functioning among family with schizophrenic outpatient in Jakarta. The research was conducted in RSKD Duren Sawit and Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia during June-July 2013. This study used quantitative descriptive method. Incidental sampling was used as sampling technique. A total of 107 family members that lived with schizophrenic outpatient participated in this study. Family functioning assessed by self-report questionnaire Family Assessment Device (FAD) based on McMaster Model of Family Functioning. Statistical descriptive that used in this study were performed with SPSS 17.00 for windows. The result of this study showed that family functioning among family with schizophrenic outpatient was unhealthy based on general functioning dimension that assess the overall family functioning. Also found that almost all profiling dimensions of family functioning were unhealthy; communication, roles, affective involvement, and behavior control; except on problem solving and affective responsiveness dimensions were healthy.

Keyword: family functioning, family, schizophrenia, outpatient

### 1. Pendahuluan

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku—pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; afek yang datar atau tidak sesuai; berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh; menarik diri dari orang lain dan kenyataan; dan kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Davidson, Neale & Kring, 2006).

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang mempengaruhi sekitar 7 per 1000 dari populasi orang dewasa—terutama pada rentang usia 15-35 tahun—berarti gangguan jiwa ini diderita 24 juta orang di seluruh dunia. Skizofrenia merupakan jenis gangguan yang dapat dilakukan treatment, namun lebih dari 50% orang dengan skizofrenia tidak mendapat pelayanan yang memadai. Sekitar 90% orang dengan skizofrenia terdapat di negara berkembang, seperti Indonesia (WHO, 2012).

Skizofrenia termasuk jenis gangguan mental emosional, menurut survey yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI tahun 2007, prevalensi gangguan mental di Indonesia pada penduduk yang berusia  $\geq 15$  tahun adalah 11,6%. Prevalensi ini

bervariasi antar provinsi dengan kisaran antara 5,1% sampai dengan 20,0%. Pada Provinsi DKI Jakarta, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur  $\geq 15$  tahun adalah 14%, angka ini lebih tinggi dari prevalensi nasional. Menurut wilayah, prevalensi tertinggi ditemukan di Jakarta Pusat (22,8%), dan terendah di Jakarta Selatan (10,9%) (RISKESDAS, 2007). Dari data ini dapat diketahui bahwa skizofrenia, sebagai gangguan mental yang paling akut, merupakan salah satu permasalahan sosial yang patut mendapat perhatian di kota besar seperti Jakarta.

Skizofrenia adalah sindrom klinis yang paling membingungkan dan melumpuhkan. Skizofrenia merupakan gangguan psikologis yang paling berhubungan dengan pandangan populer tentang gila dan sakit mental. Pandangan ini muncul sebagai akibat dari gejala-gejala skizofrenia yang jauh dari normalitas masyarakat. Gejala atau simptom skizofrenia ini dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu simptom positif dan simptom negatif. Simptom positif mencakup hal-hal yang berlebihan dari rentang normal dan distorsi, seperti halusinasi dan waham. Sedangkan simptom negatif skizofrenia mencakup berbagai defisit perilaku (*behavioral deficit*), seperti sikap apatis (*avolition*),

alogia, anhedonia, afek datar, dan asosialitas (Davidson, dkk, 2006).

Beberapa pendekatan telah dikembangkan untuk mengetahui penyebab skizofrenia. Menurut psikiater Dadang Hawari (2009), faktor-faktor yang menjadi perjalanan penyakit skizofrenia dapat dijelaskan melalui beberapa pendekatan antara lain organobiologik, psikodinamik, psikoreligius, dan psikososial. Diantara faktor-faktor tersebut, faktor psikososial merupakan salah satu faktor utama penyebab gangguan jiwa. Pada umumnya jenis stressor psikososial antara lain : perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan hidup, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik/cidera, faktor keluarga, dan lain-lain. Dalam lingkungan sosial, terdapat stressor-stressor yang mengharuskan individu beradaptasi dalam menyelesaikan masalah, namun individu-individu yang kurang adaptif tidak dapat menanggulangnya sehingga muncullah keluhan-keluhan gangguan jiwa di masyarakat.

Salah satu faktor yang cukup berperan sebagai penyebab skizofrenia adalah faktor keluarga. Beberapa teori menjelaskan bagaimana interaksi dalam keluarga menjadi sumber skizofrenia, salah satunya adalah teori yang disebut *schizophrenogenic mother* yang digunakan untuk mendeskripsikan tentang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia. Selain itu, terdapat istilah *double bin communication* yang digunakan untuk menggambarkan gaya komunikasi orang tua terhadap anak yang menghasilkan pesan-pesan saling bertentangan, yang pada gilirannya, mengakibatkan perkembangan skizofrenia (Fromm & Reichmann, 1948; Bateson, 1959 dalam Durand & Barlow, 2007).

Di Indonesia, gangguan jiwa skizofrenia belum diketahui secara luas sebagai sindrom klinis yang dapat ditangani secara medis. Menurut Tun Kuriniasih (Kompas, 2012), skizofrenia masih dianggap sebagai gangguan yang disebabkan oleh hal yang berhubungan dengan spiritual, klenik, hingga guna-guna, sehingga pengobatan yang dilakukan lebih banyak merujuk pada orang pintar atau dukun. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit jiwa dan rasa malu akibat stigma sosial membuat masyarakat semakin takut untuk mencari pengobatan yang pada akhirnya memperparah kondisi pasien.

Rasa malu dan kehilangan harga diri tidak hanya diterima oleh pasien, namun juga oleh keluarga yang merawat pasien. Meskipun gejala prodromal terjadi sebelum onset skizofrenia, namun biasanya orang-orang disekitarnya kurang menyadari sampai faktor pencetus mengaktifkan simptom-simptom skizofrenia. Kedatangan gangguan jiwa yang tiba-tiba menjadi guncangan

bagi orang-orang terdekat, khususnya dalam keluarga itu sendiri. Hal ini membuat keluarga melakukan berbagai upaya supaya anggota keluarga yang mengalami gangguan tidak diketahui masyarakat (Subandi, 2008). Hasil penelitian dilakukan oleh Kementerian Sosial tahun 2008 menunjukkan bahwa penderita skizofrenia di Indonesia ada 650.000 orang dan sebanyak 80 persen diantaranya tidak mendapat pengobatan. Sekitar 30.000 orang dipasung dengan alasan agar tidak membahayakan orang lain atau menutupi aib keluarga (Kompas, 2011).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan mental yang tidak hanya mempengaruhi kehidupan si penderita, namun turut memberikan pengaruh besar dalam kehidupan keluarga yang tinggal bersama. Meskipun banyak teori yang menyebutkan keluarga sebagai pencetus terjadinya gangguan skizofrenia, namun pada kenyataannya keluarga merupakan relasi terdekat yang menanggung dampak dari perilaku penderita skizofrenia itu sendiri.

Pada abad ke 21, berbagai permasalahan mengenai hubungan antara keluarga dan gangguan mental, termasuk skizofrenia, telah menjadi isu global. Sebelum membahas tentang permasalahan keluarga pada pasien skizofrenia lebih lanjut, penulis akan memberikan definisi keluarga itu sendiri. Secara heuristik dan praktis, keluarga didefinisikan sebagai satu kesatuan yang minimal terdiri dari dua orang/ pasangan, tinggal bersama dalam satu tempat tinggal, memiliki ikatan emosional (positif maupun negatif), terarah pada tujuan, memiliki tujuan dan tugas yang harus dipenuhi, dan merencanakan strategi untuk pelaksanaan tugas-tugas yang ada (Stabelli & Bartel, 1995; Pinosof & Lebow, 2005). Dari definisi ini, dapat disimpulkan bawa nilai-nilai yang ada dalam keluarga, keberfungsian keluarga, dan relasi antar anggotanya memiliki dampak yang penting terhadap kesehatan individu, gangguan mental dan manajemen penyakit.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, dinamika dalam keluarga mempengaruhi kesehatan—baik fisik maupun emosional, para anggotanya, namun suatu penyakit mental kronis pada salah seorang anggota keluarga, dapat pula berdampak pada keberfungsian sistem keluarga secara keseluruhan. Keberfungsian keluarga merupakan suatu fungsi utama keluarga sebagai media perkembangan biologis, sosial, dan psikologis, serta pemeliharaan (*maintenance*) seluruh anggotanya (Epstein, Bishop. & Levin, 1978).

Pada tahun 1991, Stuart (dalam Searing, 2008) mengemukakan konsep keberfungsian keluarga sebagai suatu fungsi tugas yang terdiri dari proteksi (*protection*), pemeliharaan (*nourishment*),

dan sosialisasi (*socialization*) bagi para anggota-anggotanya. Proteksi bagi anggota keluarga merujuk pada perawatan fisik seluruh anggotanya. Perawatan anggota keluarga merujuk pada penyediaan kesempatan untuk pertumbuhan dan perkembangan. Sosialisasi anggota keluarga merujuk pada transfer nilai-nilai budaya dari orang dewasa kepada anak-anak. Fungsi-fungsi ini diperlukan untuk pemeliharaan fungsi yang sehat bagi seluruh anggota keluarga.

Untuk melihat bagaimana dinamika keberfungsian dalam keluarga, Walsh (2003) membagi keluarga dalam dua jenis, yaitu fungsional dan non-fungsional. Keluarga fungsional merupakan kompleks yang terbuka, dimana para anggotanya terikat secara emosional—meskipun mereka didorong untuk mengembangkan identitas individu mereka sendiri. Suasana keluarga penuh cinta dan penyesuaian tidak terbatas sehingga mereka menolerir konflik mereka dan membantu satu sama lain dengan sempurna. Sebaliknya, keluarga non-fungsional adalah suatu sistem tertutup dan anggota keluarga dibiarkan secara emosional dan terpisah satu sama lain, keluarga seperti tidak mau meminta bantuan dan tidak menerima masalah.

Suatu penyakit—misalnya gangguan mental seperti skizofrenia, yang terjadi dalam keluarga dapat berdampak pada keberfungsian keluarga dan kesejahteraan keluarga (Pinsolf & Lebow, 2005). Sistem keluarga tidaklah sama lagi dengan sebelum adanya gangguan skizofrenia yang muncul pada anggota keluarga. Keluarga dapat menjadi sangat terbebani oleh kesulitan-kesulitan yang ditimbulkan pasien skizofrenia (Sawant & Jethwani, 2010). Beberapa studi tentang masalah-masalah yang ditimbulkan pasien skizofrenia pada keluarga yang paling sering muncul menurut Torrey (1988 dalam Setiadi, 2006) adalah: ketidakmampuan merawat diri, ketidakmampuan menangani uang, *social withdrawal*, kebiasaan pribadi aneh, ancaman bunuh diri, gangguan pada kehidupan keluarga, *blame and shame*, serta ketakutan akan keselamatan, baik penderita skizofrenia maupun seluruh anggota keluarga. Keluarga yang memiliki pengetahuan cukup akan gangguan jiwa ini membawa anggota keluarga mereka untuk mendapat perawatan di rumah sakit jiwa dan bantuan para ahli. Perkembangan metode perawatan orang dengan gangguan jiwa sudah sangat maju di bidang psikofarmaka. Terapi ini psikofarmaka dapat menyembuhkan pasien dalam arti *manageable* dan *controllable* (Hawari, 2009). Namun pada kenyataannya, terapi psikofarmaka tidaklah cukup untuk menyelesaikan problema yang dihadapi pasien. Setelah menjalani perawatan medis, pasien skizofrenia yang kemudian menjalani rawat jalan (*out-patient*) masih harus menghadapi

berbagai permasalahan sosial di kehidupan sehari-hari.

Saat kembali ke keluarga pasca menjalani perawatan, pasien tidak lepas dari kemungkinan terjadinya kekambuhan (*relapse*). Keberfungsian keluarga memiliki peran yang berarti dalam proses perjalanan seorang pasien rawat jalan menuju kesembuhan. Keberfungsian keluarga yang tidak sehat memberikan prognosis yang buruk pada perjalanan penyakit pasien. Penelitian terbaru berkaitan dengan bagaimana interaksi keluarga memberikan kontribusi pada kekambuhan pada pasien rawat jalan yang kembali tinggal bersama keluarganya difokuskan secara khusus pada gaya komunikasi yang disebut *expressed emotion* (EE). Emosi yang diekspresikan dapat berupa *criticism* (kritik, sikap tidak setuju), *hostility* (sikap bermusuhan), dan *emotional overinvolvement* (sikap intrusif, terlalu terlibat secara emosional). Hasil penelitian ini menemukan bahwa EE yang tinggi dalam keluarga adalah prediktor yang baik pada kekambuhan di kalangan penderita skizofrenia kronis (G.W. Brown, 1959; G.W. Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962 dalam Durand & Barlow, 2007).

Pada keluarga fungsional yang memiliki keberfungsian keluarga yang sehat, EE yang ditunjukkan lebih rendah sehingga angka kemungkinan terjadi kekambuhan bisa ditekan hingga 3,7 kali daripada keluarga dengan EE tinggi (Kavanagh, 1992, Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990 dalam Durand & Barlow, 2007). Keluarga yang berfungsi dengan baik dapat memberikan manfaat suportif bagi pasien seperti proteksi dari pengisolasian, kemiskinan, kelaparan, tidak memiliki tempat tinggal, dan stress (Warner, 2000). Keluarga semacam ini dapat memberikan prognosis yang baik bagi kesembuhan pasien jika diimbangi dengan treatment psikofarmaka yang tepat serta psikoedukasi.

Keberfungsian keluarga (*family functioning*) adalah sebuah fenomena kompleks yang dapat diukur dengan cara yang beragam. Dalam beberapa dekade terakhir, pengembangan alat ukur asesmen keluarga telah mendapat perhatian para peneliti baik dalam bidang psikiatri, klinis, maupun nonklinis. Kajian-kajian untuk mengidentifikasi pola interaksi antara keluarga normal dan dengan keluarga yang memiliki anggota keluarga disfungsional, seperti skizofrenia, telah dilakukan dengan asumsi untuk menemukan perbedaan dalam mengembangkan teori etiologi psikopatologi serta upaya treatment dan terapi bagi pasien dan keluarga (Grotevant & Carlson, 1989). Salah satu model pendekatan asesmen dan treatment keluarga adalah *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) yang dikembangkan secara komprehensif dengan mengintegrasikan: teori

multidimensional keberfungsian keluarga, instrumen pengukuran yang mengukur konstruk-konstraknya, serta metode treatment yang terdefiniskan dengan baik. Keberfungsian keluarga berdasarkan MMFF adalah suatu konstruk yang mengukur bagaimana keluarga memenuhi dan mengatasi area tugas, serta struktur, organisasi, dan pola transaksi dalam keluarga melalui enam dimensi. *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) memfokuskan pada fungsi keluarga yang memiliki dampak paling penting terhadap kesehatan fisik dan emosional atau permasalahan-permasalahan yang terjadi pada anggota keluarga. Melalui dimensi-dimensi pada MMFF, didefinisikan rentangan konsep mulai dari paling efektif (*most effective*) sampai paling tidak efektif (*most ineffective*). Dihipotesiskan bahwa keberfungsian “paling efektif” dari semua dimensi berarti kesehatan emosional dan fisik pada suatu keluarga berlangsung optimal. Sebaliknya, keberfungsian “paling tidak efektif” dari beberapa dimensi dapat berkontribusi terhadap permasalahan klinis.

*McMaster Model of Family Functioning* dikembangkan berdasarkan pendekatan sistem dimana suatu kelompok terdiri dari unit unit individu bertindak sebagai satu kesatuan. Keluarga merupakan sebuah sistem terbuka yang terdiri dari sub-subsistem (perorangan, pasangan yang menikah) yang berkaitan dengan yang lainnya, sistem yang lebih besar (keluarga besar, sekolah, industri, agama). Aspek yang unik dari kelompok keluarga yang dinamis tidak bisa dipisahkan begitu saja dari karakteristik individu-individunya atau interaksi antar anggotanya. Sebaliknya, ada aturan eksplisit dan implisit, ditambah tindakan oleh anggota, yang mengatur dan memonitor setiap perilaku lainnya (Epstein & Bishop, 1973 dalam Epstein, dkk., 1978).

Asumsi penting dari sistem teori yang mendasari MMFF dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Antar bagian-bagian dalam keluarga saling terhubung.
2. Satu bagian/peran dalam keluarga tidak dapat dipahami tanpa mengikutsertakan bagian lainnya dari sistem tersebut.
3. Keberfungsian keluarga tidak dapat sepenuhnya dipahami secara sederhana melalui tiap-tiap bagian.
4. Struktur keluarga dan pengorganisasiannya merupakan faktor penting dalam menentukan perilaku dari anggota keluarga.
5. Pola transaksional dari sebuah sistem keluarga adalah yang terpenting dalam membentuk perilaku anggota-anggota keluarga.

MMFF mendeskripsikan karakteristik organisasional dan fungsional kelompok keluarga, serta pola

transaksional antar anggota keluarga dimana hal tersebut dapat membedakan antara keluarga yang sehat dan tidak sehat (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Model ini mengidentifikasi 6 dimensi keberfungsian keluarga, antara lain: penyelesaian masalah (*problem solving*), komunikasi (*communication*), peran (*roles*), tanggapan afektif (*affective responsiveness*), keterlibatan afektif (*affective involvement*), dan pengendalian perilaku (*behavioral control*) (Epstein, dkk, 1983). *McMaster Model of Family Functioning* memiliki beberapa model asesmen keluarga, salah satunya adalah *Family Assessment Device* (FAD). FAD terdiri dari 7 dimensi, 6 dimensi merupakan dimensi MMFF yang telah disebutkan sebelumnya, dan satu dimensi tambahan dikembangkan, yaitu fungsi umum (*general functioning*) yang mengukur secara keseluruhan keberfungsian dalam keluarga, apakah sebuah keluarga sehat atau patologis. Pengembangan FAD sebagai instrumen yang mengukur keberfungsian keluarga berdasarkan McMaster Model telah dilakukan secara luas, khususnya pada bidang klinis dan psikiatri (Walsh, 2003).

Beberapa penelitian yang menggunakan FAD pada keluarga dengan penderita skizofrenia telah dilakukan, salah satunya adalah penelitian di Malaysia tentang *Depressive Disorder and Family Functioning among Caregiver of Patient with Schizophrenia* dilakukan Osman, Alipah, Tutiaryani, dan Ainsah (2010) pada keluarga dengan penderita skizofrenia rawat jalan. Keluarga yang tinggal bersama pasien skizofrenia memiliki beban tersendiri yang ditimbulkan oleh pasien skizofrenia karena secara fisik maupun emosional, para pasien skizofrenia bergantung penuh pada keluarga mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir semua dimensi keberfungsian keluarga tidak sehat, kecuali penyelesaian masalah dan fungsi umum, hal ini diakibatkan oleh kemunculan stress emosional dan frustrasi dalam merawat pasien gangguan jiwa skizofrenia. Meskipun pasien skizofrenia memiliki efek negatif dalam keberfungsian keluarga, keluarga yang disfungsi pun dapat menjadi faktor pencetus penyakit atau pengahambat kesembuhan pada pasien.

Keberfungsian dalam keluarga dapat menjadi suatu tolak ukur apakah keluarga tersebut sehat atau patologis. Keluarga yang sehat dapat memberi prognosis yang baik bagi perjalanan penyakit pasien skizofrenia, namun keluarga yang memberikan ekspresi emosi (EE) tinggi dapat menjadi suatu prediktor kekambuhan pasien. Penelitian ini akan mengukur keberfungsian keluarga melalui alat ukur multidimensional *Family Assessment Device* sehingga dapat diketahui dimensi-dimensi keberfungsian keluarga pasien

skizofrenia. Fokus perhatian para klinisi pada kesembuhan pasien skizofrenia saat ini bukan hanya memberikan terapi berupa obat-obatan, namun lebih kepada pengembangan diri dalam kehidupan personal pasien, khususnya keluarga sebagai sistem terdekat dalam kehidupan pasien. Pemahaman tentang kondisi dalam keluarga dapat menjadi suatu rujukan untuk treatment dan terapi pada pasien dan keluarga karena secara umum dapat dikatakan bahwa keluarga masih kurang memiliki informasi-informasi yang adekuat tentang skizofrenia, perjalanan penyakitnya dan bagaimana tata laksana untuk mengupayakan rehabilitasi bagi pasien, serta untuk memberikan pengetahuan kepada masyarakat guna memutus pandangan-pandangan keliru yang telah berkembang di masyarakat tentang pasien gangguan jiwa (Setiadi, 2006). Dari permasalahan yang terjadi, penelitian ini memfokuskan pada aspek keberfungsian keluarga (*family functioning*) pada keluarga yang memiliki anggota keluarga pasien skizofrenia.

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian kuantitatif karena data penelitian yang disajikan berupa angka-angka dan dianalisis menggunakan statistika (Sugiyono, 2010). Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dimana penulis tidak membuat perbandingan antar variabel namun akan mendeskripsikan fenomena berdasarkan data-data yang diperoleh di lapangan. Adapun ciri-ciri populasi dari penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang telah didiagnosa skizofrenia dan melakukan rawat jalan di Jakarta. Berdasarkan tujuan dalam penelitian ini maka karakteristik sampel penelitian yang diambil oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- Memiliki hubungan kekeluargaan dengan pasien berupa ikatan darah (orang tua, anak, saudara kandung), ikatan perkawinan (suami/istri), kerabat
- Tinggal bersama dengan pasien skizofrenia
- Berusia di atas 12 tahun

Alat pengumpul data pada penelitian ini adalah *Family Assessment Device* (FAD). Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Nathan B. Epstein, Lawrence M. Baldwin, dan Duane S. Bishop (1983) di McMaster University dengan menggunakan teori dasar *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) yang terdiri dari enam dimensi yaitu: penyelesaian masalah, komunikasi, peran, tanggapan afektif, keterlibatan afektif, dan pengendalian perilaku. FAD dibuat dengan 7 dimensi. Dimensi ke-7 yaitu fungsi umum (*general functioning*) merupakan tambahan dimensi yang mengukur secara keseluruhan apakah fungsi suatu

keluarga sehat/patologis, sedangkan enam dimensi lainnya mengukur masing-masing dimensi dari MMFF.

FAD disusun menggunakan skala Likert dengan empat pilihan jawaban yaitu sangat tidak setuju (STS), tidak setuju (TS), setuju (S), dan sangat setuju (SS). Jenis pernyataan yang terdapat dalam instrument ini berupa pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Skor tiap aitem bergerak antara 1 sampai 4.

Epstein, dkk (1983) mengembangkan FAD sebagai *self-report questionnaire* dengan 53 aitem. Dimensi penyelesaian masalah terdiri dari 5 aitem, dimensi komunikasi 6 aitem, dimensi peran 8 aitem, dimensi tanggapan afektif 6 aitem, dimensi keterlibatan afektif 7 aitem, dimensi pengendalian perilaku 9 aitem, dan fungsi umum 12 aitem. Dimensi fungsi umum mengukur 6 dimensi lainnya secara keseluruhan yang terdiri dari 1 aitem penyelesaian masalah, 4 aitem komunikasi, 2 aitem peran, 1 aitem tanggapan afektif, 3 aitem keterlibatan afektif, dan 1 aitem kontrol perilaku. FAD dilaporkan memiliki reliabilitas skala pada setiap dimensi (N = 503), sebagai berikut: penyelesaian masalah ( $\alpha = .74$ ), komunikasi ( $\alpha = .75$ ), peran ( $\alpha = .72$ ), tanggapan afektif ( $\alpha = .83$ ), keterlibatan afektif ( $\alpha = .78$ ), kontrol perilaku ( $\alpha = .72$ ), dan fungsi umum ( $\alpha = .92$ ) (Epstein, dkk, 1983).

Pada tahun 1990, Kabacoff melakukan studi psikometris terhadap *McMaster Family Assessment Device* pada 3 kelompok sampel: psikiatri, medis dan nonklinis. Instrumen ini terdiri dari 60 item, 53 aitem merupakan versi original skala FAD dan sebagai tambahan: 2 aitem dimensi penyelesaian masalah, 3 aitem dimensi komunikasi, dan 3 aitem dimensi peran. Kabacoff melaporkan kenaikan reliabilitas internal pada sampel psikiatri (N=1.138) sebelum dan sesudah ditambahkan item-item pada dimensi penyelesaian masalah, komunikasi, dan peran: penyelesaian masalah ( $\alpha = .77 \rightarrow .82$ ), komunikasi ( $\alpha = .58 \rightarrow .70$ ), peran ( $\alpha = .60 \rightarrow .69$ ), tanggapan afektif ( $\alpha = .73$ ), keterlibatan afektif ( $\alpha = .78$ ), pengendalian perilaku ( $\alpha = .73$ ), dan fungsi umum ( $\alpha = .84$ ).

Instrumen FAD versi terbaru yang terdiri dari 60 aitem diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia dan kemudian modifikasi instrumen dengan menambahkan 10 item untuk dimensi penyelesaian masalah (3), peran (2), tanggapan afektif (1), keterlibatan afektif (1), pengendalian perilaku (1), dan fungsi umum (3).

Uji reliabilitas untuk instrumen *Family Assessment Device* (FAD) diujicobakan pada 55 responden keluarga pasien skizofrenia rawat jalan di RSJ Islam Klender dan Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI). Hasil uji reliabilitas per dimensi

menggunakan *Alpha Cronbach* menunjukkan angka koefisien reliabilitas alpha pada dimensi penyelesaian masalah (0,829), dimensi komunikasi (0,781), dimensi peran (0,792), dimensi tanggapan afektif (0,822), dimensi keterlibatan afektif (0,701), dimensi pengendalian perilaku(0,653), dimensi fungsi umum (0,867).

### 3. Hasil dan Diskusi

Penelitian ini dilakukan terhadap 107 orang responden yang memiliki anggota keluarga dengan diagnosis skizofrenia yang terdapat di wilayah Jakarta. Terdapat 33 responden laki-laki dan 74 responden perempuan. Sebanyak 45 responden merupakan orang tua (ayah/ibu) dari orang dengan skizofrenia (ODS). Responden yang merupakan pasangan (suami/istri) dari ODS berjumlah 9 responden. Responden yang merupakan saudara kandung (kakak/adik) dari ODS sebanyak 36 responden. Responden yang merupakan anak dari ODS berjumlah 7 responden. Responden yang termasuk dalam kategori lainnya dapat berupa saudara ipar yang tinggal serumah, ataupun kerabat yang tinggal serumah dan merupakan *caregiver* ODS berjumlah 10 responden.

Hasil analisis statistik deskriptif terhadap variabel multidimensional keberfungsian keluarga diterap-kan pada masing-masing dimensi, antara lain: penyelesaian masalah, komunikasi, peran, tanggapan afektif, keterlibatan afektif, pengendalian perilaku, dan fungsi umum. Pengkategorisasian data berdasarkan *cut off point* pada tabel 3.1 untuk menentukan keberfungsian keluarga tiap dimensi apakah sehat/tidak sehat (*healthy/ unhealthy*) (Epstein, dkk, 1983). Jika mean skor lebih besar dari *cut off point* maka hal itu mengindikasikan keberfungsian keluarga yang tidak sehat. Semakin besar mean skor per dimensi mengindikasikan keberfungsian keluarga yang semakin patologis. Mean skor dan *cut off score* tiap dimensi akan disajikan pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.1 Mean Total Skor Per Dimensi**

| No | Dimensi              | Min. Skor | Max. Skor | Mean  | Mean Skor | Cut Off Score |
|----|----------------------|-----------|-----------|-------|-----------|---------------|
| 1. | Penyelesaian Masalah | 7         | 19        | 14,74 | 2,10      | 2,20          |
| 2. | Komunikasi           | 8         | 19        | 13,47 | 2,24      | 2,20          |
| 3. | Peran                | 16        | 30        | 23,38 | 2,33      | 2,30          |
| 4. | Tanggapan Afektif    | 8         | 22        | 15,19 | 2,17      | 2,20          |
| 5. | Keterlibatan Afektif | 10        | 20        | 15,73 | 2,24      | 2,10          |
| 6. | Pengendalian         | 7         | 22        | 15,36 | 2,19      | 1,90          |

|    |             | Perilaku |    |       |      |      |
|----|-------------|----------|----|-------|------|------|
| 7. | Fungsi Umum | 15       | 38 | 26,21 | 2,18 | 2,00 |

Tabel di atas menunjukkan besar mean skor dan *cut off score* masing-masing dimensi. Dimensi fungsi umum merupakan dimensi yang mengukur keberfungsian keluarga secara keseluruhan, sedangkan enam dimensi lainnya mengukur profil keberfungsian keluarga per dimensi. Dimensi penyelesaian masalah dinyatakan sehat (2,10<2,20), dimensi komunikasi (2,24>2,20) dan dimensi peran (2,33>2,30) diindikasikan tidak sehat. Dimensi tanggapan afektif dinyatakan sehat (2,17< 2,20). Dimensi keterlibatan afektif (2,24>2,10) dan dimensi pengendalian perilaku (2,19>1,90) dinyatakan tidak sehat. Dimensi fungsi umum adalah dimensi yang mengukur keseluruhan keberfungsian keluarga secara keseluruhan, mean skor pada dimensi ini lebih besar dari *cut off score* (2,18 > 2,00) sehingga keberfungsian keluarga pada penelitian ini secara umum dinyatakan tidak sehat. Pada dimensi *penyelesaian masalah*, keberfungsian keluarga dinyatakan sehat. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Osman, Alipah, Tutiiryani (2010) di Malaysia. Hal ini menunjukkan apabila dimensi penyelesaian masalah dinyatakan sehat, maka keluarga dengan pasien skizofrenia di Jakarta mampu mengatasi permasalahan-permasalahan dalam tingkatan mempertahankan keberfungsian keluarga secara efektif. Keberfungsian keluarga yang efektif dapat digambarkan sebagai keluarga yang menyelesaikan masalah dengan cepat, mudah, tanpa berpikir terlalu banyak sehingga waktu yang ada dapat digunakan untuk menghasilkan alternatif penyelesaian masalah (Epstein, Bishop, & Levin, 1978).

Keberfungsian keluarga pada dimensi *komunikasi* dinyatakan tidak sehat. Penelitian Osman, dkk. (2010) juga menunjukkan hasil yang serupa dimana dimensi ini dinyatakan tidak sehat. Hal ini mengindikasikan bahwa keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan memiliki kesulitan dalam pola komunikasi sehari-hari. Fungsi dimensi komunikasi yang tidak sehat dapat disebabkan oleh pola komunikasi yang tersamar dan tidak langsung sehingga pesan yang disampaikan tidak dapat diterima maknanya secara tepat antar anggota keluarga yang satu dan lainnya (Epstein, dkk., 1978).

Keberfungsian keluarga pada dimensi *peran* dinyatakan tidak sehat. Seperti pada dimensi sebelumnya, penelitian Osman, dkk. (2010) menunjukkan hasil yang sejalan dimana keberfungsian keluarga pada dimensi ini dinyatakan tidak sehat. Hal ini mengindikasikan bahwa keluarga dengan pasien skizofrenia belum dapat

menjalankan pola perilaku/peran dalam memenuhi fungsi keluarga (Epstein, dkk., 1978) dimana salah satu fungsi utama keluarga adalah kemampuan menjalankan peran untuk mendidik dan menanamkan norma masyarakat kepada anggotanya (Parson & Bale, 1955 dalam William, Sawyers, Wahlstrom, 2006). Penugasan terhadap peran yang tidak seimbang dapat mengakibatkan defense yang patologis bagi anggota keluarga (Lidz, 1967).

Pada dimensi *tanggapan afektif*, keberfungsian keluarga dinyatakan sehat. Hasil ini tidak sejalan dengan temuan Osman, dkk. (2010) dan Sawant dan Jethwani (2010) dimana pada penelitian sebelumnya dimensi tanggapan afektif dinyatakan tidak sehat. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan di Jakarta memiliki kemampuan untuk memberikan tanggapan/respon afeksi dengan kuantitas dan kualitas yang tepat satu sama lain (Epstein, dkk., 1978). Respon-respon afeksi yang positif dapat disebabkan oleh kondisi keluarga dengan EE rendah yang mampu mengembangkan solidaritas terhadap kondisi pasien (Weisman, 1997).

Gambaran keberfungsian keluarga pada dimensi *keterlibatan afektif* dinyatakan tidak sehat. Penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yang sejalan (Osman, dkk., 2010; Sawant & Jethwani 2010) dimana keluarga pasien skizofrenia memiliki disfungsi dalam menunjukkan minat dan perhatian satu sama lain. Dari hasil yang diperoleh, ditunjukkan bahwa keluarga dengan pasien skizofrenia tidak secara tepat menunjukkan minat/perhatian dan penghargaan terhadap aktivitas dan kepentingan individu dalam keluarga, hal ini dapat berupa kurang keterlibatan (*lack of involvement*) ataupun keterlibatan yang berlebihan dalam kepentingan anggota keluarga lainnya (*extreme involvement*) (Epstein, dkk. 1978).

Keberfungsian keluarga pada dimensi *pengendalian perilaku* dinyatakan tidak sehat. Penelitian sebelumnya (Osman, dkk., 2010; Sawant & Jethwani, 2010; Unal, dkk., dalam Osm, dkk., 2010) melaporkan bahwa dimensi pengendalian perilaku sangat tidak efektif. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan kurang dapat mengontrol pola perilaku anggotanya dalam area: situasi fisik yang berbahaya, situasi terhadap ekspresi kebutuhan dan dorongan psikobiologis, serta situasi berupa sosialisasi perilaku interpersonal (Epstein, dkk., 1978).

Dimensi *fungsi umum* merupakan dimensi yang mengukur secara keseluruhan variabel keberfungsian keluarga. Berdasarkan analisis data pada dimensi ini, secara keseluruhan keberfungsian keluarga pada keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan di Jakarta dinyatakan tidak sehat. Penelitian Unal, dkk., (2004 dalam Osman, dkk,

2010) juga mendapatkan hasil bahwa dimensi fungsi umum menunjukkan fungsi yang rendah. Dari analisis data pada dimensi ini, ditunjukkan bahwa secara keseluruhan keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan di Jakarta belum dapat memenuhi dan mengatasi area tugas, serta struktur, dan pola transaksi dalam keluarga (Epstein, dkk. 1978).

Penelitian Osman, Alipah, Tutiiryani (2010) di Malaysia mempostulasikan bahwa keberfungsian keluarga yang tidak sehat dapat diakibatkan munculnya distress emosional dan frustrasi dalam merawat pasien skizofrenia. Keluarga yang tinggal bersama pasien skizofrenia memiliki beban tersendiri yang ditimbulkan oleh pasien karena secara fisik maupun emosional, pasien bergantung penuh pada mereka. Hasil penelitian ini juga menyimpulkan bahwa depresi memiliki hubungan yang signifikan pada keberfungsian keluarga pada *caregiver* pasien skizofrenia. Meskipun pasien skizofrenia memiliki efek negatif dalam keberfungsian keluarga, keluarga yang disfungsi pun dapat menjadi faktor pencetus penyakit atau penghambat kesembuhan pada pasien. Oleh karena itu, apabila keberfungsian keluarga baik, maka akan menjadi suatu indikator bagi prognosis yang baik. Sebaliknya, apabila keberfungsian keluarga buruk/patologis, maka prognosis pun akan buruk.

Studi yang dilakukan di India oleh Sawant dan Jethwani (2010) tentang keberfungsian keluarga dan dukungan sosial pada keluarga dan pasien skizofrenia rawat jalan menyimpulkan bahwa keluarga memiliki keberfungsian keluarga yang tidak sehat merasa terbebani oleh pasien skizofrenia dan membutuhkan dukungan emosional, finansial, dan instrumental untuk menjamin fungsi yang sehat dalam keluarga. Menurut Carr (2000) hal-hal yang menjadi permasalahan sehari-hari pada keluarga pasien skizofrenia antara lain: problem emosi yang berkaitan dengan pasien skizofrenia, masalah penarikan diri, rutinitas sehari-hari dan kebersihan diri, serta keengganan pasien untuk mengonsumsi obat. Permasalahan sehari-hari ini harus dapat diatasi dengan cara yang tepat guna meningkatkan keberfungsian dalam keluarga.

Keberfungsian dalam keluarga dapat menjadi suatu tolak ukur apakah keluarga tersebut sehat atau patologis. Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa keberfungsian keluarga pada keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan di Jakarta dinyatakan tidak sehat (*unhealthy*). Keberfungsian keluarga pada keluarga pasien skizofrenia dapat diperbaiki dengan cara pemberian psikoedukasi bagi keluarga pasien dan masyarakat untuk memberikan informasi yang adekuat tentang skizofrenia dan upaya treatment yang dapat dilakukan.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain: jumlah sampel yang didapat di wilayah Jakarta belum representatif, tidak terdapat sampel dari wilayah Kepulauan Seribu. Sampel penelitian terbatas pasien skizofrenia yang melakukan rawat jalan di RS, keberfungsian keluarga pada keluarga pasien skizofrenia yang tidak mendapatkan akses medis akan memberikan gambaran yang berbeda. Analisis deskriptif penelitian terbatas pada gambaran dimensi variabel keberfungsian keluarga, hubungan dengan data demografi tidak diukur dalam penelitian ini.

#### 4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan statistik deskriptif, dapat ditarik kesimpulan bahwa keberfungsian keluarga pada keluarga dengan pasien skizofrenia rawat jalan di Jakarta dinyatakan tidak sehat (*unhealthy*). Hal ini ditunjukkan oleh dimensi *fungsi umum* yang mengukur variabel keberfungsian keluarga secara keseluruhan yang dinyatakan tidak sehat. Gambaran profil keberfungsian keluarga oleh enam dimensi lainnya antara lain: keberfungsian keluarga yang sehat ditunjukkan pada dimensi *penyelesaian masalah* dan *tanggapan afektif*, sedangkan keberfungsian keluarga yang tidak sehat ditunjukkan oleh dimensi *komunikasi*, *peran*, *keterlibatan afektif* dan *pengendalian perilaku*.

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang keberfungsian keluarga pada pasien skizofrenia rawat jalan dan menghubungkan dengan variabel psikologis lainnya sehingga diperoleh pemahaman yang lebih luas tentang psikologi klinis dan keluarga. Peneliti selanjutnya juga dapat menggunakan alat ukur keberfungsian keluarga lainnya yang dikembangkan oleh *McMaster Model of Family Functioning*, selain *Family Assessment Device* yang digunakan dalam penelitian ini, terdapat *McMaster Clinical Rating Scale (MCRS)* dan *McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF)*.

#### Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington DC: APA.
- Azwar, S. (2009). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Azwar, S. (2010). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy: Concept, Process and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Davidson, G.C., Neale, J.M., & Kring A.M. (2006). *Psikologi Abnormal Ed.9*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Durand, V.M., & Barlow, D.H. (2007). *Intisari Psikologi Abnormal Buku Kedua Ed.4*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Duval, E.M., & Miller, B.C. (1985). *Marriage and Family Development 6<sup>th</sup> Ed*. New York: Harper & Row, Inc.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 2, 171-180.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S., & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 19-31.
- Grotevant, H.D., & Carlson, C.I. (1989). *Family Assessment: A Guide to Methods and Measures*. New York: The Guilford Press.
- Hawari, D. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ibrahim, A.S. (1999). *Skizofrenia*. Jakarta: PT Dian Ariesta.
- Kabacoff, R.I., Miller, I.W., Bishop, D.S., Epstein, N.B., & Keitner, G.R. (1990). A Psychometric Study of the McMaster Family Assessment Device in Psychiatric, Medical, and Nonclinical Samples. *Journal of Family Psychology*, 3, 4, 431-439.
- Lidz, T., Fleck, S., & Cornelison, A.R. (1967). *Schizophrenia and the Family*. New York: International Universities Press, Inc.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal Jilid 2 Ed.5*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Olson, D.H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3, 3, 64-80
- Olson, D.H., & DeFrain, J. (2006). *Marriages and Families: Intimacy, Diversity, and Strength 5<sup>th</sup> Ed*. New York: McGraw Hill.
- Osman, C.B., Alipah, B., Tutiiryani, M.D., & Ainsah, O. (2010). Depressive Disorder and Family Functioning Among the Caregiver of Patients with Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry 2010*, 20, 3, 101-108.



- Pinsof, W.M., & Lebow, J.L. (Ed.). (2005). *Family Psychology: The Art of the Science*. New York: Oxford University Press.
- Rangkuti, A.A., (2012). Buku Ajar: *Teknik Analisis Data Penelitian Kuantitatif Aplikasi dengan Program SPSS*. Jakarta : Universitas Negeri Jakarta.
- Rigby, P., & Alexander, J. (2008). Understanding Schizophrenia. *Nursing Standard*, 22, 28, 49-56.
- Riset Kesehatan Dasar 2007 (RISKESDAS). (2008). Jakarta: Balitbang Depkes RI
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2004). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis, Ed.2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sanford, K., Bingham, C.R., & Zucker, R.A. (1999). Validity Issues With the Family Environment Scale: Psychometric Resolution and Research Application With Alcoholic Families. *Psychological Assessment*, 11, 3, 315-325.
- Sawant, N.S., & Jethwani, K.S. (2010). Understanding Family Functioning and Social Support in Unremitting Schizophrenia: A Study in India. *Indian J Psychiatry* 52(2), 145-149.
- Searing, L.M. (2008). Family Functioning Scale Validation: A Rasch Analysis. *Proquest Dissertation and Theses*, 1-289.
- Setiadi, I.A. (2006). *Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Subandi, M.A. (2008). Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa. *Jurnal Psikologi*, 35, 1, 62-79.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Walsh, F. (Ed.). (2003). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity 3<sup>rd</sup> Edition*. New York: Guilford Press.
- Warner, R. (2000). *The Environment of Schizophrenia: Innovation in practice, policy and communications*. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.
- Weisman, A.G. (1997). Understanding Cross-Cultural Prognostic Variability for Schizophrenia. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3, 1, 23-35.
- Williams, B.K., Sawyer, S.C., Wahlstrom, C.M. (2006). *Marriage, Families & Intimate Relationship*. New York: Pearson Education Inc.
- Delapan Puluh Persen Penderita Skizofrenia Tak Diobati. (2011, Juni 3). diakses pada tanggal 21 Mei 2013 pukul 10.15 dari *Kompas.com*. <http://health.kompas.com/read/2011/06/03/07014272/80.Persen.Penderita.Skizofrenia.Tak.Diobati>
- Memutus Rantai Stigma Skizofrenia. (2012, Oktober 23). *Kompas.com*. diakses pada tanggal 21 Mei 2013 pukul 12.22 dari <http://health.kompas.com/read/2012/10/23/15504257/Memutus.Rantai.Stigma.Skizofrenia>
- Tiffin, P.A. (2006). *The Family Perception Scale: Draft Scoring and User Manual Version 1*. diunduh pada 24 April 2013 pukul 6.54 dari [http://www.dur.ac.uk/p.a.tiffin/fps/fps\\_man.pdf](http://www.dur.ac.uk/p.a.tiffin/fps/fps_man.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2013). *Schizophrenia*. diakses pada tanggal 2 Januari 2012 pukul 13.16 dari [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)