

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Secara umum gangguan jiwa dibagi dalam dua golongan besar yaitu psikosa dan non psikosa. Golongan psikosa pun dibagi dalam dua sub golongan yaitu psikosa fungsional dan psikosa organik. Berdasarkan data yang disampaikan pada konferensi tahunan *The American Psychiatric Association* (APA) di Miami Florida, Mei 1995 disebutkan bahwa angka penderita Skizofrenia cukup tinggi yaitu 1 per 100 penduduk. Selanjutnya dikemukakan bahwa setiap tahun 300.000 penderita Skizofrenia mengalami kekambuhan. Menurut data *World Health Organization* (WHO), masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO (2001) menyatakan paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa dan memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Berdasarkan laporan WHO tahun 2005 menyatakan bahwa terdapat lima gangguan mental terbanyak di dunia, yaitu depresi unipolar (11,8%), *alcohol useddisorder* (3,3%), skizofrenia (2,8%), depresi bipolar (2,4%), dan demensia (1,4%) (WHO, 2005).

Skizofrenia merupakan gangguan mental klasifikasi berat dan kronis yang menjadi beban utama pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia. Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai dan merupakan penyakit kronis dan sering kambuh. Skizofrenia menjadi beban karena ciri pokok

keruntuhan fungsi peran dan pekerjaan, sehingga penderita menjadi tidak produktif dan hidupnya harus ditanggung oleh keluarga, masyarakat atau pemerintah.

Skizofrenia berasal dari kata *schizein* = pecah-belah dan *phren* = otak. Eugen Bleuler (1939 dalam Nevid & Rathus, 2003) menyebutkan istilah skizofrenia yang secara tepat menonjolkan gejala utama dari gangguan ini yaitu otak yang terpecah belah, artinya bahwa ada keretakan atau pemisahan antara proses pikir, respon-respon perasaan atau afektif, dan perilaku. Penyebab yang dapat menimbulkan patofisiologis dari skizofrenia sampai saat ini belum dapat diketahui, namun ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan munculnya skizofrenia.

Skizofrenia itu sendiri bisa dikenali melalui simtom-simtom yang muncul. Karakteristik simtom yang muncul biasanya diikuti oleh halusinasi dan delusi, penyimpangan dalam berpikirdan berbicara, penyimpangan tingkah laku, masalah pada afek dan emosi serta menurunnya fungsi kognitif. Penderita biasanya sering mendengar suara-suara yang tidak didengar oleh orang di sekitarnya. Suara ini berisi pesan perintah, yang kebanyakan didominasi oleh suara-suara yang berisikan pesan negatif yang memunculkan stres dan seringkali tidak bisa mereka hadapi. Selain halusinasi suara, mereka juga mengalami delusi atau halusinasi yang lain seperti merasa diikuti oleh seseorang terus menerus yang sebenarnya tidak ada (Maj & Sartorius, 2002).

Skizofrenia dapat disebabkan oleh integrasi faktor biologis, psikososial dan lingkungan, sebagaimana dijelaskan dalam Model Diathesis Stres.

Berdasarkan teori ini seseorang mungkin memiliki kerentanan spesifik (diathesis) yang apabila diaktifkan oleh pengaruh stres akan memungkinkan berkembangnya simptom skizofrenia (Nevid, Rathus & Greene, 2003). Perjalanan penyakit cenderung kearah kronis, namun dengan adanya pengobatan yang dini dan baik, 20% akan menjadi pengidap skizofrenia kronis, sedangkan 38% cenderung menjadi relaps, dan sekitar 40% mengalami remisi yang relatif permanen (Direktorat Kesehatan Jiwa, 1988). Secara nasional dari lebih kurang 34 Rumah Sakit Jiwa di seluruh Indonesia dengan kapasitas 7000 tempat tidur terdapat 70% penderita merupakan kasus dengan diagnosis Skizofrenia (Kintono,2007).

Hasil sebuah survei yang dilakukan oleh *The Indonesian Psychiatric Epidemiologic* tahun 2004 yaitu sekitar 18,5% orang dewasa pernah mengalami gangguan jiwa, baik ringan maupun parah dan sebagian besarnya adalah skizofrenia. Banyak dari penderita skizofrenia merupakan usia produktif, tetapi mereka cenderung ditelantarkan. Survei Kementrian Sosial tahun 2008 menunjukkan dari sekitar 650 ribu penderita gangguan jiwa berat di Indonesia, sedikitnya 30 ribu dipasung. Alasan pemasangan agar penderita tidak membahayakan orang lain dan menimpakan aib pada keluarganya.

Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional pada anggota rumah tangga dewasa (di atas 15 tahun) adalah 264 per 1000. Pada anak remaja (5-15 tahun) adalah 104 per 1000. Prevalensi di atas 100 per 1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai suatu permasalahan kesehatan yang penting. Kementerian Kesehatan lewat Riset Kesehatan Dasar

(Riskesdas) tahun 2007 mencatat, penderita gangguan jiwa berat 0,46 persen dari populasi nasional. Angka tersebut setara dengan 1.093.150 penduduk mengalami gangguan jiwa berat, termasuk skizofrenia dimana setiap tahunnya 35% kambuh, sedangkan 19 juta orang lainnya menderita gangguan jiwa ringan hingga sedang, yaitu total populasi beresiko yang menerima perawatan yang memadai. (Riskesdas, 2007). Saat ini Kementerian Kesehatan giat mengkampanyekan Indonesia Bebas Pasung 2014, namun target itu kemudian direvisi menjadi 2019 dengan pertimbangan bahwa menurut Riset Kesehatan Dasar 2007, dari total populasi 1.09 juta orang ternyata hanya 38 ribu (3.5%) yang terlayani dengan baik. Selama program sosialisasi bebas pasung itu, Kementerian Kesehatan sudah mendapatkan sebanyak 4.329 pasien gangguan jiwa yang dipasung, yang tersebar di 19 provinsi ([www.sehatnews.com/news/22516-menuju-indonesia-bebas-pasung-2014.html](http://www.sehatnews.com/news/22516-menuju-indonesia-bebas-pasung-2014.html).)

Dinas Kesehatan Provinsi Jatim menyebutkan bahwa pada tahun 2014 terdapat kurang lebih 731 warga penderita gangguan jiwa di 26 kabupaten dan kota di Jawa Timur yang masih dipasung. Jumlah itu tertinggi dibanding provinsi lain di Indonesia. Tingginya angka pemasangan di Jawa Timur disebabkan karena beberapa hal, diantaranya faktor budaya yang menganggap penderita gangguan jiwa sebagai aib dan faktor ekonomi dimana suatu keluarga tidak mampu mengobati penderita, akibatnya pemasangan banyak terjadi di daerah pedesaan kategori miskin, seperti Ponorogo, Trenggalek, Pacitan, Magetan, Nganjuk dan Bojonegoro (sumber: [www.bappeda.jatimprov.go.id/data-orang-dipasung](http://www.bappeda.jatimprov.go.id/data-orang-dipasung), 2 April 2014)

Skizofrenia menimbulkan beban bagi keluarga baik karena penyakitnya maupun jangka waktu kesembuhan. Menurut perspektif Kraepelin, skizofrenia adalah suatu penyakit memburuk. Meskipun demikian, sejalan dengan perkembangan waktu, semakin banyak penelitian yang memberikan bukti empiris tentang kesembuhan skizofrenia (Harding, dkk dalam Subandi, dalam penerbitan).

Prof. dr. Sasanto Wibisono SpKJ, Guru Besar Bagian Psikiatri Universitas Indonesia, mengungkapkan bahwa lebih dari 80% penderita skizofrenia tidak diobati. Penderita dibiarkan berkeliaran di jalan-jalan, bahkan ada yang dipasung oleh keluarganya. Padahal ketika penderita skizofrenia mendapatkan pengobatan, sepertiganya dapat sembuh total. Akan tetapi, bila tidak mendapatkan pengobatan penderita akan kambuh dan 25%-30% dari penderita akan resisten. ([www.republika.co.id](http://www.republika.co.id))

Setelah mendapatkan perawatan dari Rumah Sakit Jiwa atau institusi lainnya, sebagian besar penderita skizofrenia kembali bersama keluarganya yang merawat mereka dan membantu mereka menjalani aktivitas sehari-hari. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Winefield dan Harvey (1994) menyebutkan bahwa keluarga yang berperan sebagai *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia adalah orang tua (68,6%), saudara atau saudara ipar (17,4%), pasangan (7,4%), anak (4,1%), dan saudara biologis lain (2,5%). Apabila mereka tidak tinggal serumah, maka anggota keluarga tersebut tetap terlibat dalam penanganan perawatan mereka (Zausznewski, dkk, 2010). Sejumlah temuan penelitian menyebutkan bahwa gangguan jiwa, termasuk skizofrenia, akan mempengaruhi banyak aspek dalam kehidupan keluarga, termasuk pekerjaan, waktu bersantai,

anak-anak, pendapatan, kesehatan keluarga dan hubungan dengan kerabat, teman dan tetangga (Pratima, dkk, 2011).

Menurut Scharff & Scharff (1991 dalam Day, 2007) keluarga adalah suatu sistem yang berisi sejumlah relasi yang berfungsi secara unik. Definisi tentang keluarga menegaskan bahwa hakikat dari keluarga adalah relasi yang terjalin antara individu yang menentukan komponen-komponennya. Bila ada sesuatu menimpa atau dialami oleh salah satu anggota keluarga, dampaknya mengenai seluruh anggota keluarga yang lain. Penelitian yang dilakukan oleh Gibbons (1988) menyatakan bahwa diperkirakan sejumlah 50%–80% penderita skizofrenia maupun gangguan psikotik lainnya yang berhubungan secara rutin dengan keluarga yang juga menjadi *caregiver*-nya, maka dalam keluarga tersebut akan menunjukkan adanya tingkat beban yang tinggi terkait dengan merawat anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia (dalam McDonnel, dkk, 2003).

*Systemic View of Illness* (Heru & Dreary, 2011) menyebutkan bahwa apabila ada salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit, maka semua anggota keluarga akan terpengaruh. Apabila kesulitan dalam perawatan itu tinggi maka anggota keluarga yang lain juga akan merasakan beban yang tinggi atau sakit. Apabila *caregiver* tersebut sakit, maka pasien yang sedang sakit itu akan menghadapi kesulitan lebih besar untuk penyembuhan. Pandangan sistemik dari penyakit (*Systemic View of Illness*) ini berarti memahami pengaruh dari sakit yang dirasakan pasien terhadap sistem keluarga dan memahami dampak sistem keluarga terhadap pasien dan outcomenya (Heru & Dreary, 2011).

Perawatan penderita skizofrenia dalam keluarga adalah tanggung jawab yang berat. Menurut suatu survey yang diberikan oleh *National Family Caregiver Association* di Amerika Serikat (1997) 58% anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia mengalami gejala depresi yang signifikan, dan 34% berpendapat mereka tidak menerima bantuan dari anggota keluarga yang lain maupun teman-teman di lingkungan sosialnya. Hwu (1998) dalam penelitiannya mengenai *caregiver* penderita skizofrenia di Taiwan menyatakan adanya stress emosional berat, yaitu 64.4% menyangkal keberadaan orang dengan skizofrenia di tengah keluarga mereka dan 45,6% menarik diri dari lingkungan karena adanya penderita skizofrenia dalam keluarga mereka (dalam Wei, 2008). Temuan ini tidak merefleksikan hubungan kausal antara depresi dan perawatan penderita skizofrenia, membuktikan bahwa keluarga dari penderita skizofrenia adalah populasi yang rentan, mengalami stress dan menghadapi stigma sosial dan karenanya memiliki suatu kebutuhan yang mendesak (Wei, 2008).

Kondisi pasien skizofrenia menjadi sumber stres bagi anggota keluarganya. Seperti halnya penyakit berat lainnya, adanya skizofrenia dalam salah satu anggota keluarga dapat dipandang sebagai “kejadian musibah” atau “*catastrophic event*” oleh seluruh keluarga tersebut (Finkelman, 2000 dalam Gonzales-Torres, 2010). Munculnya berbagai gejala dari penderita dapat memberikan dampak tersendiri bagi keluarga. Keberadaan penderita di tengah-tengah keluarga memberikan beban secara fisik dan psikis untuk setiap anggota keluarga yang ada di dalamnya, terutama bagi orang tua (Jones & Hayward, 2005 dalam Jones & Pasley, 2009). Keluarga penderita skizofrenia juga akan menderita

karena banyaknya sumber stres yang terjadi, mengalami kesulitan dan kurangnya bantuan dari pelayanan kesehatan mental (Song, Biegel & Milligan, 1997 dalam Wei, 2008). Perawatan dan dukungan pada penderita schizophrenia bisa mempengaruhi *well being* dan kesehatan mental dari anggota keluarga yang lain (Cuijpers & Stam, 2000 dalam Wei, 2008).

Platt (1985 dalam Ganguly, Chada & Singh, 2013) menyebutkan bahwa beban pada keluarga penderita skizofrenia tersebut merujuk kepada adanya suatu masalah, kesulitan atau kejadian musibah (*adverse event*) yang mempengaruhi kehidupan penderita skizofrenia. Platt (1985) membedakan adanya beban obyektif dan beban subyektif. Beban obyektif adalah beban secara fisik dalam usaha perawatan penderita karena adanya perubahan perilaku penderita dan efek sosialnya terhadap kehidupan keluarga; dan terganggunya keseimbangan keluarga karena keadaan pasien yang mudah diverifikasi dan diobservasi. Beban subyektif terdiri dari dua hal, yang pertama terkait dengan beban obyektif diatas, dan yang kedua terkait dengan distress yang diakibatkan oleh perilaku penderita, maka keluarga seringkali merasakan kecemasan, depresi, berkurangnya moralitas, dan meningkatnya reaksi emosional (Rabins, Mace & Lucas 1992 dalam Ganguly, Chada & Singh, 2013).

Keadaan skizofrenia yang kronis adalah sebuah *stressor* obyektif yang mengakibatkan ketegangan karena sulitnya merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan tersebut. Hal itu dapat mempengaruhi baik keadaan fisik maupun mental anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia (Brown & Birstwistle, 1998 dalam Ganguly, Chada & Singh, 2013).



Keluarga penderita skizofrenia menghadapi kehilangan baik secara aktual maupun simbolik, antara lain kehilangan harapan karena adanya anggota keluarga yang sakit dan menghadapi stigmatisasi yang merupakan “sakit jenis kedua” (Lefley, 1987; Marsh & Johnson, 1997). Munculnya berbagai gejala dari penderita dapat memberikan dampak tersendiri bagi keluarga. Keberadaan penderita di tengah-tengah keluarga memberikan tekanan secara fisik dan psikis untuk setiap anggota keluarga yang ada di dalamnya, terutama bagi orang tua (Jones & Hayward, 2005).

Hubungan antara penderita skizofrenia dan keluarganya dapat terganggu karena adanya perilaku negatif dan pola-pola komunikasi yang kacau. Pengaruh ini akan semakin parah apabila gaya komunikasi dan sikap keluarga penderita adalah sikap yang negatif. Ini akan berpengaruh secara negatif terhadap proses penyembuhan penderita skizofrenia.

*Family Life Cycle Model* menunjukkan tahap-tahap siklus kehidupan keluarga penderita skizofrenia dan pengaruh penyakit tersebut terhadap fungsi keluarga.

**Tabel 1. Tahapan Siklus Kehidupan Keluarga dimana salah satu anggota keluarganya mengalami Skizofrenia**

Tahapan	Tugas Perkembangan	Pengaruh dari Skizofrenia
1. Dewasa Lajang	Kemandirian, berpisah dengan keluarga asal Berkembangnya hubungan sebaya, hubungan kerja dan hubungan emosional	Orang tua merawat orang dewasa yang bertingkah laku seperti anak-anak
2. Tahap membentuk ikatan	Pembentukan sistem conjugal / perkawinan. Keluarga bertambah luas, termasuk keluarga dari pasangan	Penderita skizofrenia mengalami kesulitan untuk mengarahkan energinya pada kebersamaan Pasangan yang tidak menderita skizofrenia akan kehilangan komitmen

Lanjutan tabel 1

Tahapan	Tugas Perkembangan	Pengaruh dari Skizofrenia
3. Keluarga dengan anak kecil	Keluarga bertambah dengan adanya anak dalam ikatan perkawinan. Kewajiban rumah tangga, finansial, merawat anak	Penderita skizofrenia akan mengalami kesulitan untuk merawat anak. Pasangan akan memikul tanggung jawab lebih berat. Kebutuhan anak tidak terpenuhi secara optimal
4. Keluarga dengan anak remaja	Keluarga inti memperbolehkan adanya ikatan yang fleksibel untuk remaja. Keluarga fokus pada permasalahan paruh baya. Perawatan untuk generasi yang lebih tua	Penderita skizofrenia membutuhkan perawatan dan dukungan dari pasangan dan anak. Ekspektasi pasangan akan kesembuhan tidak tercapai. Anak-anak mengambil peran / tanggung jawab orang dewasa
5. Keluarga dengan anak dewasa	Memperbaharui ikatan perkawinan. Perkembangan hubungan yang lebih dewasa dengan anaknya. Pertambahan keluarga, termasuk pasangan dari anak	Orang tua yang mengalami skizofrenia terus menerus memerlukan dukungan dari keluarga. Anak tidak mengizinkan pasangannya bertemu keluarga karena stigma

Model diadaptasi dari Carter & McGoldrick (1988), dalam Stomwall & Robinson, (1998)

Keluarga, sebaliknya, juga dapat menjadi sumber resiko bagi kerentanan penderita skizofrenia. Meta analisis dari 27 penelitian (Butzlaff & Holey, 1998) menyebutkan bahwa ekspresi emosi tinggi anggota keluarga yang dimanifestasikan dengan munculnya komentar-komentar yang kritis, sinis, tajam, dan keterlibatan emosional yang berlebihan yang muncul dalam kata-kata spontan anggota keluarga, telah berhubungan dengan keadaan/relaps penderita skizofrenia. dan timbulnya symptom positif yang lebih kuat dalam 6 bulan *follow-up* (dalam Schlosser et al, 2010).

Suatu sistem keluarga secara umum menyebutkan bahwa adanya suatu perubahan dalam peran sosial utama setiap anggotanya, akan membuat perubahan pada hubungan peran keseluruhan anggota keluarga yang lain. Perubahan tersebut mengimplikasikan bahwa keseimbangan hubungan dalam keluarga tersebut telah

terganggu, dan oleh sebab itu, diperlukan adanya perubahan keseimbangan yang baru agar unit keluarga tetap dapat berfungsi secara baik. Adanya anggota keluarga yang mengalami skizofrenia akan mengubah fungsi sosial dari subsistem keluarga dan keseluruhan keluarga sebagai suatu sistem, dan membuat suatu cara pandang baru dari peran keluarga menjadi sesuatu yang penting (Weller & Muijen, 1993).

Beban yang dialami oleh *caregiver* dapat dikurangi dengan cara meningkatkan resiliensi keluarga (Heru & Dreary, 2011). Resiliensi keluarga menerangkan mengapa pada keluarga tertentu mengalami beban yang berlebihan dan mengapa keluarga yang lain tidak. Konsep Resiliensi telah dikembangkan sejalan dengan gerakan psikologi positif (Seligman & Csikszentmihalyi 2000 dalam Plump, 2011) yang berfokus pada kekuatan dibandingkan kelemahan atau patologi yang telah menjadi pendekatan tradisional dalam psikologi. Pengetahuan tentang fungsi keluarga yang sehat, termasuk bagaimana fungsi keluarga agar dapat bertahan ketika dihadapkan pada suatu kejadian musibah, dan bagaimana suatu keluarga dapat tetap tumbuh dan menjadi semakin baik setelah kejadian musibah tersebut, dapat memperkuat aspek-aspek fungsi keluarga yang dapat memaksimalkan hasil yang baik dalam perawatan penderita skizofrenia (Walsh, 1987).

Resiliensi didefinisikan sebagai kemampuan untuk beradaptasi, mengatasi masalah, bertahan dan melenting dari musibah (Walsh 1998; Walsh, 2003, Deegan, 2005 dalam Plump, 2011). Resiliensi keluarga adalah suatu proses yang dinamis dan dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dapat memperkuat tingkat resiliensi dalam menghadapi setiap kejadian musibah, terutama musibah yang berlangsung dalam waktu lama. Resiliensi adalah kapasitas untuk adaptasi, kompetensi atau

fungsi yang positif secara sukses, tanpa melihat status resiko tinggi, stress kronis atau keadaan traumatic yang berat (Egeleand, Carlson & Sroufe, 1993 dalam Sonn & Fisher, 1998.h.458).

Resiliensi ini pada awalnya didefinisikan sebagai “adanya faktor-faktor protektif yaitu jaringan keamanan personal, familial dan institusional yang memungkinkan individu menolak stress yang terjadi dalam hidupnya. Konsep resiliensi dijelaskan oleh Rutter (1999) sebagai suatu proses yang dinamis meliputi adaptasi positif dalam konteks musibah yang signifikan (dalam Zauszniewski, 2010). Karakteristik resiliensi adalah mengatasi kejadian musibah, bukan hanya untuk bertahan dari hari kehari dalam merawat penderita skizofrenia namun juga untuk berkembang menjadi pribadi yang lebih kuat, lebih fleksibel dan lebih sehat.

Resiliensi keluarga meliputi kemampuan untuk mengembangkan ketrampilan interpersonal yang adaptif, misalnya membedakan orang dengan sakitnya, dan adanya kualitas keluarga yang positif, misalnya adanya penerimaan secara mutual dan keterlibatan yang empatik (Heru & Dreary, 2011). Apabila suatu keluarga resilien, maka keluarga tersebut dapat mengatasi stress yang berhubungan dengan perawatan anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia dan mempertahankan kondisi kesehatan baik secara pribadi maupun kesehatan dan fungsi keluarga sebagai keseluruhan (Zauszniewski, et al, 2010). Kesejahteraan dalam unit keluarga ini akan memastikan yang terbaik, bagi pasien schizoprenia dan keluarganya.

Keluarga sebagai *sosial support sistem* juga dapat dikatakan sebagai sarana terdekat bagi seseorang yang membutuhkan dukungan sosial. Dukungan sosial dalam keluarga dapat menurunkan tingkat kerentanan stress dan juga

meningkatkan kemampuan bagi penderita skizofrenia untuk bisa menghadapi dan mengatasi masalah yang menimbulkan stress (Chow, 2011). Persepsi terhadap dukungan sosial adalah indikator positif pada beban keluarga yang disebabkan oleh penderita skizofrenia, merupakan peran kunci dan berkontribusi secara signifikan terhadap kesembuhan gangguan jiwa (Thoits, 1995 dalam Chow, 2011).

Pemaknaan terhadap suatu kejadian musibah dengan sikap yang optimis akan memberikan respon yang positif terhadap kejadian tersebut dan membantu melakukan penyesuaian diri dan pemecahan masalah (Silderberg, 2001). Memahami tahapan-tahapan kesedihan, dan berusaha menyelaminya akan menjadi kunci untuk keluar dari musibah dan melangkah maju. Dalam pemahaman suatu kejadian musibah dengan derajat optimisme dan pertimbangan atau orientasi kearah masa depan berhubungan dengan regulasi emosi yang dimiliki oleh setiap anggota keluarga.

Regulasi emosi adalah fungsi yang sangat signifikan dalam kehidupan manusia. Setiap hari orang-orang akan terus menerus terpapar pada ragam stimuli yang berpotensi untuk membangkitkan emosi, oleh sebab itu reaksi emosional yang tidak sesuai, ekstrim atau tidak terkontrol akan mengganggu fungsi individu dalam masyarakat, sehingga diperlukan adanya regulasi emosi setiap waktu (Gross & John, 2003). Individu biasanya akan menunjukkan fleksibilitas dalam mengelola keadaan emosional yang ekstrim, tetapi tidak menutup kemungkinan adanya orang-orang yang kekurangan ketrampilan dasar atau kesadaran akan adanya regulasi emosi, atau terganggu disebabkan karena alasan

klinis atau perkembangan. Sebagai contoh, orang-orang yang mengalami gangguan di otak, trauma atau kondisi psikiatrik dan psikologis dapat menjadikan ia tidak mampu melakukan regulasi emosi.

Orang-orang yang seperti itu akan disebut *poor self regulator*, yaitu orang-orang yang mungkin marah atau meletakkan frustrasinya pada orang lain atau pada dirinya sendiri dan menunjukkan ekspresi wajah yang berlawanan dengan normatif pada situasi tersebut. Mereka tidak mampu mengontrol emosinya dengan baik. Regulasi emosi itu sendiri adalah bentuk kontrol yang dilakukan seseorang terhadap emosi yang dimilikinya. Regulasi dapat mempengaruhi perilaku dan pengalaman seseorang. Hasil dari regulasi dapat berupa perilaku yang ditingkatkan, dikurangi atau dihambat dalam ekspresinya. Menurut pandangan evolusioner, regulasi emosi sangat diperlukan karena beberapa bagian dari otak manusia menginginkan untuk melakukan sesuatu pada situasi tertentu, sedangkan bagian lainnya menilai bahwa rangsangan emosional ini tidak sesuai dengan situasi saat itu, sehingga membuat seseorang melakukan sesuatu yang lain atau tidak melakukan sesuatu pun (Gross, 1999).

Reiss & Patrick (1996 dalam Kring & Sloan, 2010) menyatakan bahwa ada perbedaan individual dalam reaksi emosional yang mempengaruhi bagaimana seseorang bisa mencapai keadaan emosi yang sejahtera setiap harinya. Menurut Reiss & Patrick (1996), regulasi emosi yang ditampilkan oleh setiap individu dapat menentukan kesejahteraan emosi dalam setiap interaksi sosial.

Berdasarkan penjelasan pada Latar Belakang diatas, terlihat pentingnya resiliensi keluarga agar keluarga penderita skizofrenia dapat menjadi sistem

pendukung bagi penderita skizofrenia. Asumsi yang muncul adalah bahwa munculnya suatu resiliensi dalam keluarga penderita skizofrenia disebabkan karena adanya dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman di lingkungan sehingga dapat membantu keluarga tersebut menghadapi stress dan permasalahan yang dihadapi (Fischer & Corcoran, 2007).

Hal kedua yang diasumsikan mempengaruhi resiliensi keluarga adalah kemampuan individu dalam keluarga tersebut melakukan regulasi emosi. Strategi regulasi tersebut akan meningkatkan emosi positif dan dapat mengurangi pengaruh emosi negatif ketika menghadapi stress (Tugade & Frederikson, 2011).

## **I.2. Rumusan Masalah**

Latar belakang permasalahan ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia mengalami beban yang rentan mempengaruhi kesehatan psikologisnya. Keluarga penderita skizofrenia membutuhkan resiliensi untuk dapat membantu mereka menghadapi tantangan dan beradaptasi dengan situasi krisis yang diakibatkan oleh penderita skizofrenia.

Keluarga membutuhkan dukungan sosial untuk dapat mengelola stress dan melakukan resiliensi keluarga dengan baik. Demikian juga regulasi emosi pada anggota keluarga mempengaruhi kemampuan melakukan resiliensi keluarga.

Permasalahan dalam penelitian ini adalah menguji hubungan antara dukungan sosial, regulasi emosi dan resiliensi keluarga. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara dukungan sosial dan regulasi emosi terhadap tingkat resiliensi keluarga penderita skizofrenia.

### 1.3. Signifikansi Penelitian

Signifikansi penelitian ini adalah melihat adaptasi dan beban keluarga sebagai caregiver terhadap penderita skizofrenia. Penelitian yang dilakukan oleh Devylder (2012) menunjukkan bahwa mikrosistem keluarga memainkan peran sentral baik protektif maupun resiko terhadap perkembangan psikosis. Hal itu merefleksikan dinamika sistem keluarga dimana perilaku yang dapat memunculkan perilaku kritis anggota keluarga dapat membuat keadaan dan mengarah pada gejala yang lebih parah.

Penelitian yang dilakukan oleh Schollosser, dkk (2010) melakukan perbandingan tingkat ekspresi emosi dari anggota keluarga terhadap penderita sakit jantung (*Chronic Heart Attack*) dan *first episode psychosis*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya pengaruh positif dukungan keluarga dan juga adanya hubungan antara lingkungan keluarga yang kritis dan timbulnya symptom positif yang lebih kuat dalam 6 bulan *follow-up*. Hal ini mencerminkan adanya dinamika dalam sistem keluarga dimana keluarga yang menunjukkan perilaku rentan stress dalam wujud emosi tinggi, atau perilaku yang kritis akan menjadi pemicu munculnya gejala skizofrenia yang lebih hebat sehingga diperlukan eksplorasi untuk meningkatkan kemampuan dan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia.

Frain, dkk (2008) membuat suatu penelitian untuk menentukan predictor yang meliputi optimisme dan resiliensi keluarga pada pasien HIV/AIDS. Hasilnya adalah optimisme yang berkorelasi dengan resiliensi keluarga.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wendel, Miklowitz, Richards, & George (2000, dalam McDonagh, 2005) tentang *Expressed Emotion as a*



*Precipitant of Relapse in Psychological Disorders*, hasil penelitian tersebut didapatkan hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa lingkungan keluarga dapat menjadi faktor utama yang menyebabkan stres bagi pasien penderita skizofrenia akibat dari ekspresi emosi yang ditunjukkan oleh keluarga.

Penelitian terhadap *caregiver* dari pasien yang menderita penyakit terminal, menyebutkan bahwa *caregiver* yang menggunakan lebih banyak preokupasi pikiran atau ruminasi dalam responnya terhadap mood yang negatif akan lebih depresi daripada yang kurang menggunakan ruminasi (Noeier & Hoeksema, 1994 dalam Troy & Mauss, 2011).

Suatu penelitian tentang determinan morbiditas psikologis pada 108 keluarga pasien dengan skizofrenia di Thailand menunjukkan bahwa beban, dukungan spiritual dan fungsi keluarga telah mempengaruhi morbiditas secara psikologis pada anggota keluarga (Rungreangkulkic,dkk, 2002 dalam Chow, 2011). Resiliensi keluarga dan dukungan sosial juga akan mempengaruhi secara positif fungsi keluarga penyandang gangguan autistik (Openshaw, 2011).

Penelitian yang dilakukan Enns dkk (1999) terhadap persepsi, sumberdaya dan adaptasi keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit jiwa menyebutkan bahwa keluarga pasien secara signifikan mempersepsi kurangnya dukungan sosial, harga diri dan komunikasi serta kurang mencari dukungan spiritual dibandingkan dengan populasi secara umum (Enns dkk, 1999 dalam Zauszniewski,dkk, 2010).

#### 1.4. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dan regulasi emosi terhadap resiliensi keluarga penderita skizofrenia.

Penelitian ini juga ingin menggali hubungan mana yang lebih kuat terhadap resiliensi keluarga penderita skizofrenia diantara variabel dukungan sosial dan regulasi emosi.

#### 1.5. Manfaat Penelitian

##### 1. Manfaat teoritis

- a. Penelitian ini adalah dapat menjadi kontribusi bagi ilmu psikologi komunitas dan dapat menjadi bahan kajian yang dapat digunakan bagi peneliti selanjutnya, berkenaan dengan hubungan antara dukungan sosial dan regulasi emosi terhadap resiliensi keluarga penderita skizofrenia.

##### 2. Manfaat praktis

- a. Hasil penelitian dapat menjadi informasi yang dapat digunakan untuk memberikan psikoedukasi bagi keluarga penderita skizofrenia sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia dan menurunkan tingkat kekambuhan.
- b. Hasil penelitian dapat digunakan untuk mengetahui kerentanan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia sehingga berguna untuk melakukan intervensi keluarga, sehingga pada akhirnya keluarga dapat menjadi sistem *support* yang bermanfaat bagi kesembuhan penderita skizofrenia.



