

**KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR
EKSPRESI EMOSI *CAREGIVER* PASIEN SKIZOFRENIA:
SUATU USAHA UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN
SOSIAL SERTA KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

TESIS

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan untuk

Mencapai Derajat Magister

Program Studi Kedokteran Keluarga

Minat Utama : Biomedik



**OLEH :
SITI BADRIYAH
S500208022**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2011**

**KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR
EKSPRESI EMOSI CAREGIVER PASIEN SKIZOFRENIA:
SUATU USAHA UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN
SOSIAL SERTA KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

Disusun oleh :

SITI BADRIYAH

S500208022

Telah disetujui oleh tim pembimbing :

Dewan Pembimbing :

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Pembimbing I	Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr. SpKJ(K) NIP. 194611021976091001	.....	.....
Pembimbing II	Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ(K) NIP. 19500131976031001	.....	.....

Mengetahui :

Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga

Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr., M.M.M.Kes., PAK
NIP. 19483131976101001

commit to user

**KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR
EKSPRESI EMOSI CAREGIVER PASIEN SKIZOFRENIA:
SUATU USAHA UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN
SOSIAL SERTA KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

Disusun oleh :

SITI BADRIYAH

S500208022

Telah disetujui oleh Tim Penguji :

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua	Prof. Dr. Harsono Salimo, dr., SpA(F)	.....	.....
Sekretaris	Prof.Em. Ibrahim Nuhriawangsa, dr.SpKJ, SpS (K)	.....	.....
Anggota Penguji	1. Prof. Dr. H. M.Syamsulhadi, dr.SpKJ (K)	.....	.....
	2. Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ(K)	.....	.....

Mengetahui :

Ketua Program Studi	Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.	.....	.....
Kedokteran Keluarga	MM., MKes., PAK NIP. 19480313 197610 1 001		
Direktur Program Pascasarjana	Prof. Dr.Ir Ahmad Yunus, MS. NIP. 196107171986011001	.....	.....

commit to user

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan karunia-NYA sehingga penyusunan tesis ini dapat terlaksana. Penelitian dengan judul **“KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR EKSPRESI EMOSI CAREGIVER PASIEN SKIZOFRENIA: SUATU USAHA UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN SOSIAL SERTA KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA”**KATA Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat magister program studi Magister Kedokteran Keluarga (MKK) minat utama biomedik di Program Pasca sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penyusun mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Ravik Karsidi, M.S., selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan kemudahan penulis dalam melaksanakan pendidikan Pasca Sarjana Program studi Magister Kedokteran Keluarga minat utama Biomedik.
2. Prof. Dr.Ir Ahmad Yunus, MS. sebagai Direktur Program Pasca Sarjana UNS beserta staf atas kebijakannya yang telah mendukung dengan memberikan kemudahan penulis dalam melaksanakan pendidikan Pasca Sarjana Program studi Magister Kedokteran Keluarga minat utama Biomedik.

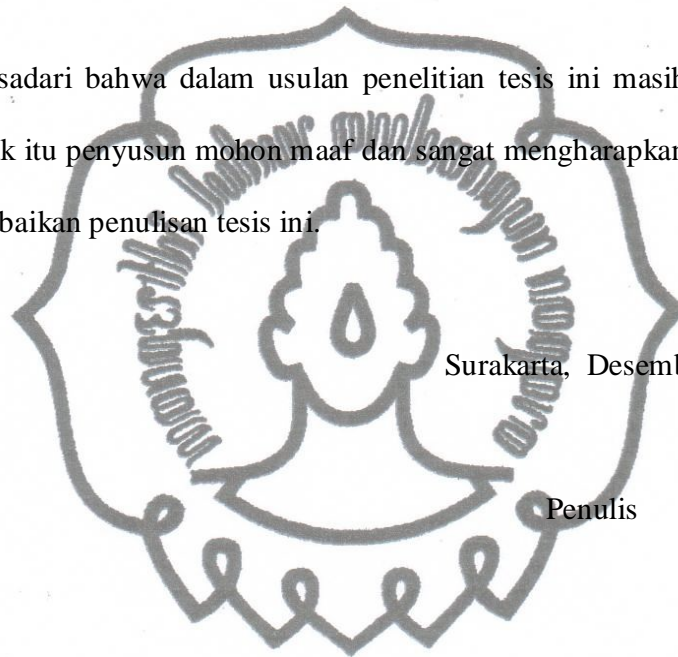
3. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr. MM. Mkes. PAK sebagai Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga yang telah memberikan dorongan kepada penulis untuk pelaksanaan dan penulisan tesis ini.
4. Prof. Dr. Harsono Salimo, dr., Sp.A (K) sebagai Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga minat utama Biomedik yang telah memberikan dorongan kepada penulis untuk pelaksanaan dan penulisan tesis ini.
5. Prof. Bhisma Murti, dr., MPH, M.Sc, PhD, selaku penguji dan guru besar pasca sarjana yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
6. Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr. SpKJ (K) selaku pembimbing penelitian, yang telah membimbing dan memberikan pengarahan dalam penyusunan tugas tesis ini, serta memberikan kemudahan penulis dalam melaksanakan pendidikan PPDS Psikiatri.
7. Prof. DR. Dr. H. Aris Sudiyanto, SpKJ (K) selaku pembimbing penelitian, yang telah membimbing dan memberikan pengarahan dalam penyusunan tugas tesis ini, serta memberikan kemudahan penulis dalam melaksanakan pendidikan PPDS Psikiatri.
8. Prof. Dr. Zainal Arifin Adnan, Sp.PD, K-KR-FINASIM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta, yang telah memberikan kemudahan dan dukungan kepada penulis selama menjalani pendidikan PPDS Psikiatri.

9. Prof. Dr. H. Ibrahim Nuhriawangsa, SpS, SpKJ (K), selaku Guru Besar yang telah memberikan bimbingan dan saran kritik yang membangun dalam perencanaan, pelaksanaan dan penyusunan tesis ini.
10. Prof. DR. Dr. H..M. Fanani, Sp.KJ (K) selaku Guru Besar yang telah memberikan bimbingan dan saran kritik yang membangun dalam perencanaan, pelaksanaan dan penyusunan tesis ini.
11. Dr. Hj. Mardiatmi Susilohati, SpKJ(K) selaku Kepala Bagian Psikiatri FK UNS / RSUD Dr Moewardi yang telah memberikan ijin dan bimbingan sehingga tugas penulisan tesis ini terwujud.
12. Seluruh Staf Pengajar Psikiatri FK UNS / RSUD Dr Moewardi: Dr. H. Yusvick M. Hadin, SpKJ., Dr. H. Djoko Suwito, SpKJ., Dra. Hj. Machmuroh, Msi, Dr. IGB Indro Nugroho, SpKJ., Dr. Gst Ayu Maharatih, SpKJ., dr. Istar Yuliadi, M.Psi, dr. Debree Septiawan, Sp.KJ, M.Kes., yang telah memberi dorongan, membimbing, dan memberikan bantuan dalam segala bentuk sehingga penulis bisa menyusun tugas penulisan tesis ini.
13. Segenap dosen Program Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah membekali ilmu pengetahuan yang sangat berarti bagi peneliti.
14. Direktur dan segenap staf Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang telah meberi kesempatan dan membantu selama penulis melakukan penelitian.
15. Suami, anak-anak, orang tua, kakak, serta adik penulis yang telah memberikan dorongan baik moril maupun materil dalam menjalani pendidikan di Pasca Sarjana maupun PPDS.

16. Seluruh Senior di Psikiatri yang telah lulus yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis baik dalam penelitian ini maupun selama menjalani pendidikan.

17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu – persatu, yang telah membantu penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini

Sangat disadari bahwa dalam usulan penelitian tesis ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu penyusun mohon maaf dan sangat mengharapkan saran serta kritik dalam rangka perbaikan penulisan tesis ini.



Surakarta, Desemberr 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SINGKATAN KATA.....	xi
DAFTAR TABEL DAN SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
SURAT PERNYATAAN	xiv
ABSTRAK.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II LANDASAN TEORI.....	9
A. Tinjauan Pustaka.....	9
1. Skizofrenia.....	9
a. Definisi	9
b. Epidemiologi	9
c. Etiologi	11

d.	Gambaran dan Perjalanan klinis	12
e.	Diagnosis	15
f.	Penataaksanaan skizofrenia.....	17
2.	Konseling Keluarga.....	19
a.	Pengertian Konseling Keluarga	19
b.	Tujuan Konseling Keluarga	20
c.	Proses Dan Tahapan Konseling Keluarga.....	21
d.	Pendekatan Konseling Keluarga.....	23
3.	Kapasitas Fungsi Personal dan Sosial.....	27
4.	Kualitas Hidup.....	28
5.	Ekspresi emosi pada <i>caregiver</i>	30
6.	Hubungan Konseling Keluarga, ekspresi emosi <i>care giver</i> , Performans Personal dan Sosial serta kualitas hidup pasien Skizofrenia.....	33
B.	Kerangka Berpikir	37
C.	Hipotesis.....	38
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		39
A.	Jenis Penelitian.....	39
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian	39
C.	Subjek Penelitian	39
D.	Teknik Penetapan Sampel.....	39
E.	Besar Sampel.....	40
F.	Kriteria Inklusi <i>caregiver</i>	41

G. Kriteria Eksklusi <i>caregiver</i>	41
H. Kriteria Inklusi pasien skizofrenia.....	41
I. Kriteria eksklusi pasien skizofrenia.....	42
J. Identifikasi Variabel.....	42
K. Definisi Operasional Variabel	42
L. Instrumen Penelitian.....	43
M. Cara Kerja	43
N. Teknik Analisis Data.....	44
O. Prosedur Penelitian	45
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	46
BAB V PEMBAHASAN.....	52
A Pembahasan.....	52
B.Keterbatasan Penelitian.....	54
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	56
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	58

DAFTAR SINGKATAN KATA

SOP	: <i>Standardoperasional procedure.</i>
PPDGJ III	: <i>Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III</i>
NE	: <i>Norepinephrine.</i>
GAF	: <i>Global Assesment Functioning.</i>
PSP	: <i>Personal and Social Performans.</i>
WHO	: <i>World Health Organization.</i>
WHOQOL	: <i>World Health Organization Quality of Life.</i>
PANSS	: <i>Possitive and Negative Symptom Scale.</i>
ScoRSv1	: <i>Schizophrenia Cognition Rating Scale versi Indonesia</i>
APA	: <i>American Psychiatric Association.</i>
CC	: <i>Critical Comment</i>
EOI	: <i>Emotional overinvolment</i>
FQ	: <i>Family Quesioner</i>

DAFTAR TABEL

Tabel-4.1. Karakteristik demografi subjek dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	46
Tabel 4.2 Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap kualitas hidup (QoL)	47
Tabel-4.3 Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap performan persoal dan sosial (PSP)	47
Tabel-4.4. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap EOI	47
Tabel-4.5. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap CC	47

DAFTAR SKEMA

Gambar -2.1. Kerangka Pemikiran	37
Gambar -3.2. Alur prosedur penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ethical Clearance

Lampiran 2. Surat Persetujuan Penelitian.

Lampiran 3. Data Peserta Penelitian

Lampiran 4. Wawancara Terstruktur *Personal & Social Performance Scale (PSP)*.

Lampiran 5. Panduan Konseling Keluarga Untuk Meningkatkan Peran Personal dan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia.

Lampiran 6. Lembar *Chek-list* Pelaksanaan Konseling Keluarga.

Lampiran 7. Instrumen Kualitas Hidup WHOQOL BREEF

Lampiran 8. Instrumen *Family Questionnaire*

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Siti Badriyah

NIM : S500208022

Statu : Mahasiswa *Combined Degree* Pascasarjana Program Studi
Kedokteran Keluarga – Biomedik UNS Surakarta

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul
**“KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR
EKSPRESI EMOSI CAREGIVER PASIEN SKIZOFRENIA: SUATU USAHA UNTUK
MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN SOSIAL SERTA KUALITAS
HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
SURAKARTA”** adalah benar –benar karya saya sendiri. Hal- hal yang bukan karya saya
dalam tesis ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam kepustakaan.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya
bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar saya yang saya
peroleh dari tesis saya tersebut.

Surakarta, Desember 2011

Yang membuat pernyataan

Siti Badriyah

ABSTRAK

Siti Badriyah, NIM; S500208022. 2011. Keefektifan Konseling Keluarga untuk Memperbaiki Skor Ekspresi Emosi Caregiver Pasien Skizofrenia : Suatu Usaha Untuk Meningkatkan Fungsi Performans Personal dan Sosial Serta Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dalam Remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta..

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan konseling keluarga dalam memperbaiki skor ekspresi emosi *caregiver* pasien skizofrenia sebagai suatu usaha untuk meningkatkan kapasitas fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Penelitian Keefektifan Konseling Keluarga dalam Memperbaiki Skor Ekspresi emosi Caregiver Pasien skizofrenia : Suatu Usaha Untuk Meningkatkan Fungsi Performans Personal dan Sosial serta Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dalam Remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah penelitian eksperimental dengan rancangan *double blind randomized controlled trial* yang mengambil lokasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Subjek pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia di poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, pengambilan sampel secara *purposive sampling*, analisis datanya menggunakan analisis regresi linier.

Setelah dilakukan analisis diperoleh kesimpulan bahwa konseling Keluarga efektif memperbaiki skor ekspresi emosi Caregiver dan meningkatkan fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia.

Kata kunci : Konseling keluarga, ekspresi emosi, performans personal dan sosial, kualitas hidup, skizofrenia.

ABSTRACT

Siti Badriyah, S500208022. 2011. Effectiveness of Family Counseling to Improve Scores Emotional Expression Caregiver of Patient Schizophrenia: an effort to Improve the Role of Performans Personal and Social Function and Quality of life in Schizophrenia Patients in Remission in the Regional Mental Health Hospital Surakarta.

The aims of this study to determine the effectiveness of family counseling to improve the emotional expression, performance personal and social functioning and the quality of life of patients with schizophrenia.

The study of Effectiveness of Family Counseling to Improve Scores Emotional Expression Caregiver of Patient Schizophrenia an effort to Improve the Role of Performans Personal and Social Function and Quality of life in Schizophrenia Patients in Remission in the Regional Mental Health Hospital Surakarta, is an experimental research design with a double-blind randomized controlled trial which took place in Regional Mental Health Hospital Surakarta. The subject in this study were patients with schizophrenia in the outpatient clinic of the Regional Mental Health Hospital Surakarta, sampling by purposive sampling, data analysis using multiple linear regression test. Conclusion of this study is family counseling is effectiveness to improve emotional expression score and the personal social performance, and quality of life of patients with schizophrenia

Key word : family counseling, emotional expression score, personal social performance, quality of life, schizophrenia

KEEFEKTIFAN KONSELING KELUARGA UNTUK MEMPERBAIKI SKOR EKSPRESI EMOSI *CAREGIVER* PASIEN SKIZOFRENIA: SUATU USAHA UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI PERFORMANS PERSONAL DAN SOSIAL SERTA KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DALAM REMISI DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA*

Siti Badriyah**

ABSTRAK

Latar Belakang. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang perjalanan penyakitnya berlangsung kronik. Pada pasien skizofrenia dijumpai adanya hendaya nyata pada taraf kemampuan fungsional sebelumnya dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial, merawat diri, dan bidang lainnya yang selanjutnya akan menyebabkan kualitas hidup mereka buruk. Medikasi antipsikotik merupakan inti pengobatan skizofrenia, sedangkan intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Konseling keluarga sebagai salah satu bentuk intervensi psikososial dapat digunakan sebagai salah satu alternatif untuk memperbaiki skor ekspresi emosi *caregiver* yang selanjutnya dapat meningkatkan kapasitas fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia.

Tujuan : Tujuan penelitian ini adalah mengetahui keefektifan konseling keluarga dalam memperbaiki skor ekspresi emosi, sebagai suatu usaha untuk meningkatkan kapasitas fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Metode : Penelitian ini adalah penelitian eksperimental menggunakan rancangan penelitian *double blind randomized control trial design*. Sebanyak 39 pasien skizofrenia secara random dibagi menjadi kelompok perlakuan (N= 19) dengan konseling keluarga dan kelompok kontrol (N = 20) tanpa konseling keluarga. Ekspresi emosi diukur dengan FQ (Family questioner), Performans personal dan sosial diukur dengan PSP (*Personal and social performance*), kualitas hidup diukur dengan *Quality of life BREEF*. Modul konseling keluarga terdiri 6-8 sesi, diberikan sekali dalam seminggu.

Hasil : analisis regresi linier digunakan untuk mengetahui keefektifan konseling keluarga keluarga pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa konseling keluarga pada kelompok perlakuan menghasilkan perbaikan pada skor ekspresi emosi dan fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup yang sangat bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($P < 0,05$) yang ditunjukkan dengan peningkatan skor Ekspresi emosi, PSP dan QoL BREEF versi Indonesia.

Kesimpulan : Konseling keluarga efektif memperbaiki skor Ekspresi emosi dan meningkatkan fungsi performans personal, sosial serta kualitas hidup pada pasien skizofrenia.

Kata Kunci : Skizofrenia, ekspresi emosi, performans personal dan sosial, kualitas hidup, konseling keluarga

* Tugas akhir PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta

**Peserta PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta

EFFECTIVENESS OF FAMILY COUNSELING TO IMPROVE SCORES EMOTIONAL EXPRESSION CAREGIVER OF PATIENT SCHIZOPHRENIA: AN EFFORT TO IMPROVE THE ROLE OF PERFORMANS PERSONAL AND SOCIAL FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN REMISSION IN PROVINCE MENTAL HEALTH HOSPITAL of SURAKARTA *

Siti Badriyah**

ABSTRACT

Background. Schizophrenia is a severe mental disorder with signs and symptoms are diverse, both in degree and type, and is often marked by chronic and recurrent course. In patients with schizophrenia found a real disability for the level of functional ability before in the field of employment, social relationships, self care, and other fields, which in turn will cause the poor quality of their lives. Antipsychotic treatment of schizophrenia, whereas psychosocial interventions in this family counseling to strengthen the clinical improvement. Family counseling as a form of psychosocial interventions can be used as an alternative to improve the emotion expression score of the caregivers and will continue to improve the capacity of social functioning and the quality of life of individual with schizophrenia.

Objective. This study aims to determine the effectiveness of family counseling to improve the emotional expression, performance personal and social functioning and the quality of life of patients with schizophrenia.

Methods. This study used a double-blind study design randomized control trial of pre- and post- test design. Subjects were patients with schizophrenia in the Outpatient Unit of the Province Mental Hospital in Surakarta wick qualified the research. Samples obtained by using purposive random sampling technique were 39 people, comprising 19 assignment with family counseling and 20 control without family counseling. Emotional Expression measured with Family questionnaire (FQ), Personal and Social Performance measured by the PSP (Personal and Social Performance) scale and quality of life measured by the QOL BREEF (Quality of Life) BREEF Scale. Data analysis using unpaired t test,

Results and Conclusion. Multiple linier regression test used to found out about the effectiveness of family counseling in the assignment group compare to control group. This study results suggest that family counseling in the assignment group acquired the capacity improvement of emotional expression score, performance personal and social functioning and quality of life of the patients with schizophrenia was significant in the assignment group compared with the control group ($p < 0.05$). As a conclusion is the effectiveness family counseling to improve emotional expression score and the personal social performance, and quality of life of patients with schizophrenia

Key words : Schizophrenia, Emotional Expression, Personal and Social Performance, Quality of life, Family Counseling.

* Final assignment of Psychiatry Specialistic Doctor Education Program, Faculty of Medicine Sebelas Maret University/Muwardi Hospital

**Participant of Psychiatry Specialistic Doctor Education Program, Faculty of Medicine Sebelas Maret University/Muwardi Hospital

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang perjalanan penyakitnya berlangsung kronis (Pierre, 1997). Menurut APA (American Psychiatric Association) menyebutkan bahwa 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia, penelitian yang sama oleh WHO juga mengatakan bahwa prevalensi skizofrenia di masyarakat berkisar 1-3 permil penduduk. di mana penyakit ini muncul di awal usia 20 tahun, serta memberi akibat yang buruk. Tidak dapat menyelesaikan sekolah atau mendapat pekerjaan yang layak (Buchanan dan Carpenter, 2003; Andreasen dan Black, 2001).

Pada pasien skizofrenia dijumpai adanya hendaya yang nyata pada taraf kemampuan fungsional sebelumnya dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial, kemampuan merawat diri dan bidang lainnya yang selanjutnya akan menyebabkan kualitas hidup mereka menjadi buruk, sehingga pasien skizofrenia cenderung menggantungkan sebagian besar dan aspek kehidupannya pada pihak yang peduli terhadapnya baik itu hubungannya sebagai keluarga maupun relasi lainnya (Bustillo *et al.*, 2000; Lafely, 2001).

Oleh karena skizofrenia menyebabkan hendaya yang bersifat jangka panjang dan memerlukan banyak biaya untuk berobat, baik rawat jalan maupun rawat inap, dan juga untuk rehabilitasi, maka dibutuhkan beaya pengobatan yang sangat besar (Analysis Group, 2006). Kehidupan suatu keluarga pada

commit to user

umumnya akan terganggu bila terdapat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia. Bila dalam satu sistem keluarga dijumpai adanya pasien skizofrenia maka biasanya akan terjadi defisit dalam fungsi keluarga tersebut yang mengakibatkan keluarga tersebut kurang dapat memenuhi tugas dan fungsinya secara optimum. Suatu keluarga yang sulit beradaptasi terhadap kondisi anggota keluarganya yang menderita skizofrenia maka secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi respon dalam kecenderungan menerima atau menolak kondisi anggota keluarganya tersebut (Atkinson J, 1995; Wuerker A, 2000).

Meskipun medikasi antipsikotik merupakan inti dari pengobatan skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dari pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial (Kaplan dan Saddock, 2003). Kemahiran penerapan farmakologik, psikoterapi, rehabilitasi psikososial, dan intervensi keluarga serta dukungan masyarakat dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas penyakit, memperbaiki hasil pengobatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup (Wayne, 2000).

Saat ini perkembangan terapi pasien skizofrenia adalah mengoptimalkan fungsi kehidupan pasien skizofrenia yang telah remisi baik total maupun parsial. Pada mulanya sasaran terapi adalah bagaimana mengendalikan gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia. Setelah hal ini dapat dicapai sasaran selanjutnya bertujuan untuk mengembalikan fungsi pasien kepada fungsi sebelum menderita skizofrenia atau paling tidak mendekati fungsi sebelum

commit to user

menderita skizofrenia (Surilena, 2005; Bastaman, 2006). Dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan sanak keluarga dalam program terapi merupakan jalan yang baik untuk menurunkan kekambuhan dan rawat inap kembali pasien skizofrenia, kecepatan kambuh dapat diturunkan hingga 20% (Pitschel, 2001). Terapi psikososial dimaksudkan agar pasien skizofrenia mampu merawat diri, mandiri, serta tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Barrowclough *et al.*, 2001), sehingga penatalaksanaan pasien skizofrenia lebih diutamakan di dalam lingkup keluarganya, bukan lagi dalam institusi rumah sakit. Penelitian Gibbons dkk, yang dilakukan pada tahun 1984 dan Lehman dkk 1998, menunjukkan bahwa sekitar 50%-80% pasien skizofrenia serta gangguan psikotik lainnya tinggal bersama keluarganya (Mcdonell, 2003). Penelitian Creer (1982), Abramowitz (1989), Norton (1993) dan Brady (1996) di Amerika Serikat juga menunjukkan sekitar 40-60% pasien skizofrenia kembali ke lingkungan tempat tinggalnya dan mengandalkan bantuan keluarganya (Reay young *et al.*, 2008). Di negara berkembang seperti India dan Sri Langka bahkan mayoritas pasien gangguan jiwa berat hanya di rawat di rumah oleh keluarga mereka sendiri karena keterbatasan fasilitas pelayanan medis psikiatrik. Di Indonesia sendiri kondisinya kurang lebih sama, terlebih lagi karena keterbatasan jumlah rumah sakit jiwa di Indonesia, hanya terdapat 31 rumah sakit jiwa untuk populasi penduduk lebih dari 210 juta jiwa. Hal ini lebih menekankan peran penting keluarga sebagai salah satu sistem pendukung utama dalam penatalaksanaan skizofrenia yang berkesinambungan di masyarakat (Irmansyah, 2005).

Keluarga sebagai pendukung utama pasien berperan penting dalam perawatan pasien. Keluarga dalam hal ini adalah *Care giver* / pengampu mempunyai tugas sebagai *emotional support* merawat pasien(memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan, dan berkomunikasi langsung dengan pelayanan formal (Khung, 2003). Adanya anggota keluarga yang menderita skizofrenia akan membuat sedikitnya satu anggota keluarga yang lain harus mengundurkan diri dari pekerjaan atau sangat membatasi kehidupan pribadinya untuk meluangkan waktu untuk merawat. Selanjutnya beban yang berat tersebut akan menimbulkan sikap dan emosi yang keliru, yang berdampak negatif pada pasien. Jadi beban berat yang ditanggung oleh *caregiver* (keluarga) akan membuatnya menjadi emosional dan gemar mengkritik, bahkan bermusuhan, sehingga memicu kekambuhan (Schena *et al.*,1998).

Keluarga yang berhubungan dengan pasien skizofrenia memerlukan lebih banyak informasi tentang gangguan skizofrenia dan cara memperlakukan pasien dengan lebih baik. Salah satu tujuan psikoedukasi keluarga adalah menstabilkan lingkungan keluarga dengan cara meningkatkan pengetahuan mereka mengenai skizofrenia dan mendukung keluarga untuk menggunakan mekanisme yang lebih efektif. Salah satu caranya adalah dengan metode untuk mengurangi kritikan-kritikan yang berlebihan terhadap pasien (Leli Resna, 2002 *cit.*, Syamsulhadi, 2004).

Kritik yang berlebihan, pengasingan dari keluarga terhadap pasien merupakan salah satu stresor pada pasien skizofrenia. Penyakit yang diderita

commit to user

pasien akan mempengaruhi semua anggota keluarga, karena keluarga dihadapkan pada suatu keadaan dan situasi baru yang berhubungan dengan sakitnya pasien. Kadangkala keluarga saling menyalahkan satu dengan yang lain. Tekanan dan sikap yang diterima pasien dari keluarga ataupun masyarakat menjadikan pasien merasa asing dengan lingkungan, menambah rasa bersalah pada pasien yang pada akhirnya pasien merasa tidak mampu untuk mengatasinya sehingga lebih mudah mengalami kekambuhan. Dalam keluarga sering terjadi ekspresi emosi yang sulit terkendali sehingga mencetuskan kekambuhan. Ekspresi emosi merupakan sikap atau perilaku keluarga yang ditujukan pada pasien. Menurunkan kadar ekspresi emosi keluarga terhadap pasien gangguan jiwa akan dapat memperbaiki prognosis gangguan jiwa termasuk memperbaiki fungsi sosial dan peran yang selanjutnya dapat meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia (Glashan & Hoffman *cit.*, Kaplan, 1999; King & Dixon, 1999 *cit.*, Syamsulhadi, 2004; Sukarto *cit.*, Syamsulhadi, 2004; Edith Humris Pleyte, 2004).

Konseling keluarga merupakan salah satu bentuk terapi psikososial yang membantu individu keluarga untuk mengaktualisasikan potensinya atau mengantisipasi masalah yang dialaminya melalui sistem kehidupan keluarga dan mengusahakan agar terjadi perubahan perilaku yang positif pada diri individu yang akan memberi dampak positif pula terhadap anggota keluarga lainnya (Sofyan, 2008). Banyak penelitian menunjukkan pendekatan ini dapat mengurangi angka kekambuhan, memperbaiki hasil akhir penyembuhan serta kualitas hidup pasien skizofrenia. Dasar terapi ini adalah dukungan keluarga dalam menghadapi pasien skizofrenia. Termasuk dukungan emosional, pengetahuan tentang

commit to user

skizofrenia serta bantuan dalam menghadapi masalah atau saat kritis dalam menangani pasien di keluarganya. Pendekatan ini melibatkan pasien dengan sedikitnya satu anggota keluarga, pasangan hidup, saudara atau orang tua sehingga komunikasi antar pasien dan keluarga diharapkan menjadi lebih baik, ekspresi emosi diharapkan lebih rendah, bersama-sama saling mendukung dalam menghadapi dan memecahkan suatu masalah serta keluarga dapat mengenal secara dini gejala kekambuhan pasien (Heru, 2006; Miklowitz *et al.*, 2007).

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa intervensi keluarga meningkatkan fungsi sosial pasien skizofrenia (Barrowclough dan Tarrier, 2002; Xiong *et al.*, 2008). Penelitian terbaru membandingkan pada keluarga yang ekspresi emosinya tinggi dengan keluarga yang ekspresi emosinya rendah, ternyata angka kekambuhan meningkat 3,7 kali lebih besar daripada keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah. Sikap dan respon keluarga terhadap pasien sangat mempengaruhi perilaku dan cara berfikir pasien (Donagh, 2006; Aris Sudyanto, 2008).

Berdasarkan fenomena di atas, maka dilakukan penelitian untuk mengetahui keefektifan konseling keluarga untuk meningkatkan ekspresi emosi *caregiver* sehingga diharapkan dapat meningkatkan fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

B. Perumusan Masalah

1. Apakah konseling keluarga dapat memperbaiki skor ekspresi emosi *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ?

commit to user

2. Apakah konseling keluarga dapat meningkatkan fungsi *performans* personal dan sosial pasien skizofrenia dalam remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ?
3. Apakah konseling keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia dalam remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui keefektifan konseling keluarga dalam memperbaiki ekspresi emosi *care giver* pasien skizofrenia dalam remisi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
2. Untuk mengetahui pengaruh perubahan ekspresi emosi *caregiver* pasien skizofrenia, dalam meningkatkan fungsi *performans* personal dan sosial serta peningkatan kualitas hidup pasien skizofrenia.

D. Manfaat Penelitian

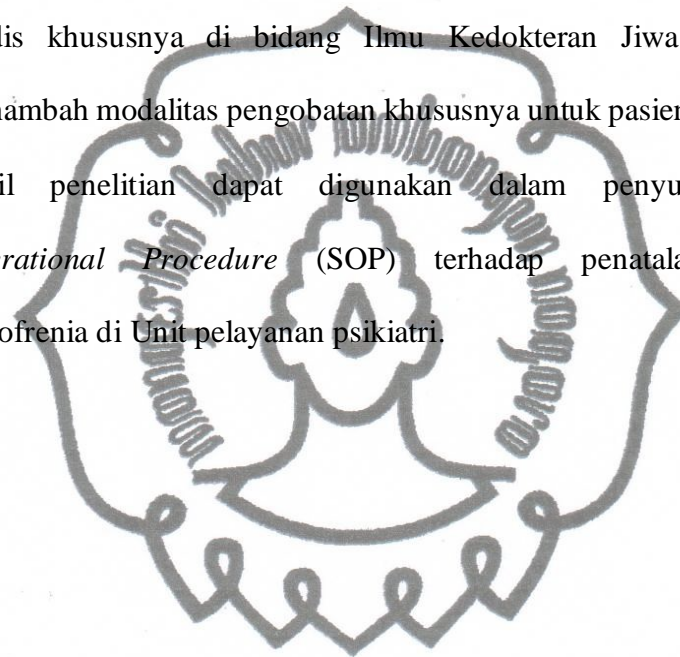
Manfaat teoritis :

- Penelitian ini dapat digunakan untuk memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang keterlibatan intervensi psikososial dalam pengobatan skizofrenia.
- Penelitian ini dapat digunakan untuk mengetahui pengaruh konseling keluarga untuk memperbaiki ekspresi emosi *care giver* pasien skizofrenia dalam remisi yang diharapkan dapat menjadi langkah awal untuk meningkatkan fungsi *performans personal* dan sosial serta kualitas hidup.

- Menambah wawasan serta pengetahuan keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan skizofrenia sehingga diharapkan keluarga dapat membantu kesembuhan pasien.

Manfaat Praktis :

- Implikasi hasil penelitian dapat menambah masukan bagi dokter /tenaga medis khususnya di bidang Ilmu Kedokteran Jiwa sehingga dapat menambah modalitas pengobatan khususnya untuk pasien skizofrenia.
- Hasil penelitian dapat digunakan dalam penyusunan *Standard Operational Procedure* (SOP) terhadap penatalaksanaan pasien skizofrenia di Unit pelayanan psikiatri.



BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti terpisah atau pecah dan *phren* yang artinya jiwa. Menurut Eugen Bleuler, skizofrenia adalah suatu gambaran jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau ketidak harmonisan antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan (Maramis, 2006).

Dalam PPDGJ III, skizofrenia diartikan sebagai suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab yang banyak belum diketahui dan perjalanan penyakit yang luas namun tidak selalu bersifat kronik, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya.

b. Epidemiologi

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang multidimensional, mencakup banyak akibat yang mengakibatkan hendaya pada tingkah laku, persepsi, proses berpikir, emosi, neurokognisi serta hendaya psikososial. Laporan menunjukkan prevalensi seumur hidup skizofrenia sekitar 1,3% dan biasanya mulai menyerang usia 20 tahunan yang memberi dampak tidak dapat pulih kembali seperti awal kehidupan remaja, hambatan di sekolah, kehilangan kesempatan untuk mendapat pekerjaan serta

commit to user

kemampuan berkeluarga ataupun mempunyai keturunan (O'Leary *et al*, 2000 *cit.*, Meyer dan Nasrallah, 2003; Syamsulhadi, 2004).

Skizofrenia ditemukan di semua kelompok masyarakat dan wilayah geografis. Meskipun data yang tepat sulit diperoleh, namun angka insidensi dan prevalensi di seluruh dunia secara kasar sama. Insidensi skizofrenia pada pria sedikit lebih besar dibandingkan pada wanita. Terdapat insidensi skizofrenia yang lebih besar di daerah urban dibandingkan rural. Derajat keparahan skizofrenia lebih besar di negara maju, dibandingkan negara sedang berkembang (Buchanan dan Carpenter, 2005).

Beberapa penelitian yang melibatkan survey berulang terhadap populasi yang sama selama 10 tahun lebih, mayoritas memperkirakan prevalensi berada di kisaran 2,4 hingga 6,7 tiap 1000 populasi berisiko di negara maju dan di kisaran 1,4 hingga 6,8 tiap 1000 populasi berisiko di negara berkembang (Tamiaga, 2009).

Di Indonesia laporan Departemen Kesehatan tahun 2001 diperkirakan satu diantara 4 - 5 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa atau berarti 200-250 per 1000 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa, mulai dari gangguan jiwa ringan hingga berat. Prevalensi ini jauh lebih tinggi dari yang ditetapkan WHO yang hanya 1-3 per 1000 penduduk (Hasanat. 2004).

c. Etiologi

Seperti penyakit kanker, penyebab pasti skizofrenia belum jelas. Dugaan bahwa skizofrenia merupakan suatu kelompok gangguan dengan penyebab yang berbeda sehingga gejala klinis, perjalanan penyakit dan respon pengobatan akan sangat bervariasi (Soeharto Heerdjan, 1987; Glashan, 1997 *cit.*, Syamsulhadi, 2003).

Ada beberapa penelitian yang dilaporkan saat ini bahwa penyebab skizofrenia karena faktor biologi, biokimia, genetika dan keluarga (Amir N, 2010):

1) Biologi

Gangguan yang paling banyak dijumpai pada pasien skizofrenia yaitu pelebaran ventrikel tiga dan lateral yang stabil yang kadang-kadang sudah terlihat sebelum awitan penyakit, atrofi bilateral lobus temporal medial, penurunan volume korteks prefrontal dorsolateral.

2) Biokimia

Etiologi biokimia skizofrenia belum diketahui. Hipotesis yang paling banyak yaitu adanya gangguan neurotransmitter sentral yaitu terjadinya peningkatan aktivitas dopamin sentral. Hipotesis ini dibuat berdasar penemuan adanya peningkatan jumlah reseptor D2 di nukleus kaudatus, nukleus akumbens, dan putamen pada skizofrenia, selain itu adanya efektivitas obat-obat neuroleptik pada skizofrenia, dimana ia bekerja memblokir reseptor dopamin pasca sinaps (D2). Teori lain adanya

peningkatan serotonin di susunan saraf pusat terutama 5HT_{2A} dan kelebihan NE di limbik (Amir N, 2010).

3) Genetika

Skizofrenia mempunyai komponen yang diturunkan secara bermakna, kompleks, dan poligen. Semakin dekat hubungan kekerabatan, semakin tinggi risiko. Pada penelitian anak kembar, dimana kembar monozigot mempunyai risiko 4-6 kali lebih sering menjadi sakit bila dibandingkan kembar dizigot (Amir N, 2010).

4) Keluarga

Kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan dan mempertahankan remisi. Pasien berisiko adalah pasien yang tinggal bersama keluarga yang memperlihatkan kecemasan berlebihan, sangat protektif terhadap pasien, sangat pengeritik yang disebut ekspresi emosi tinggi. Penelitian terbaru menyatakan bahwa pola komunikasi keluarga tersebut mungkin disebabkan oleh dampak memiliki anak skizofrenia (Amir N, 2010).

d. Gambaran dan Perjalanan Klinis

Skizofrenia adalah penyakit kronis dengan gejala heterogen. Menurut penelitian terakhir psikopatologi pada skizofrenia dapat digolongkan dalam tiga dimensi, yakni gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala-gejala positif meliputi halusinasi, waham, gaduh gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif meliputi afek tumpul atau datar, menarik diri, berkurangnya motivasi, miskin kontak

commit to user

emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis, dan sulit berpikir abstrak. Gejala-gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku, serta gangguan pemusatan perhatian dan pengolahan informasi. Gejala-gejala ini juga dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pasien skizofrenia (Kirkpatrick dan Tek, 2005).

Perjalanan klinis gangguan skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase, dimulai dari keadaan premorbid (sebelum sakit), prodromal (awal sakit), fase aktif, dan keadaan residual (sisa).

1). Fase premorbid

Riwayat premorbid tipikal pada skizofrenia adalah mereka sebelum sakit memiliki ciri atau gangguan kepribadian tertentu, yakni skizoid, skizotipal, paranoid, dan ambang (Kirkpatrick & Tek, 2005).

2). Fase prodromal

Yang dimaksud dengan prodromal adalah tanda dan gejala awal suatu penyakit. Untuk kepentingan deteksi dini, pemahaman terhadap fase prodromal menjadi sangat penting karena dapat memberi kesempatan atau peluang yang lebih besar untuk mencegah berlarutnya gangguan, disabilitas, dan memberi kemungkinan kesembuhan yang lebih besar jika diberi terapi yang tepat. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia berupa anxietas, depresi, keluhan somatik, perubahan perilaku, dan timbulnya minat baru yang tidak lazim. Gejala prodromal tersebut dapat berlangsung beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia

commit to user

ditegakkan. Keluhan kecemasan dapat berupa perasaan khawatir, was-was, tidak berani sendiri, takut keluar rumah, dan merasa diteror. Keluhan somatik dapat berupa nyeri kepala, nyeri punggung, kelemahan, atau gangguan pencernaan. Perubahan minat, kebiasaan, dan perilaku dapat berupa pasien mengembangkan gagasan abstrak, filsafat, dan keagamaan. Munculnya gejala prodromal ini dapat terjadi dengan atau tanpa pencetus, misalnya trauma emosi, frustrasi karena permintaannya tidak terpenuhi, penyalahgunaan zat, atau separasi dengan orang yang dicintai (Kirkpatrick dan Tek, 2005).

3). Fase aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinik, yakni kekacauan alam pikir, perasaan, dan perilaku. Penilaian pasien terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk atau bahkan tidak ada (Sudiyanto, 2004). Pada fase ini diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan Biasanya berupa adanya waham dan halusinasi. Hendaya penilaian realita juga terganggu. Di samping itu terdapatnya gangguan alam fikiran, perasaan dan perilaku. Gejala skizofrenia secara garis besar dapat dibagi menjadi dua, yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif berupa waham dan halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau permusuhan. Penumpulan afek atau mendatar, menarik diri, kontak emosional yang berkurang, pasif, apatis atau acuh tak acuh serta kehilangan kehendak, merupakan gejala negatif skizofrenia (Andreasen dan Black, 2001; Sudiyanto,A. 2004).

commit to user

4). Fase residual

Pada fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia, hanya tersisa beberapa gejala sisa, misalnya berupa penarikan diri (*withdrawn*), hendaya fungsi peran, perilaku aneh, hendaya dalam perawatan diri, afek tumpul atau mendatar, merasa mampu meramal atau melihat suatu peristiwa yang belum terjadi (*clairvoyance*), ide atau gagasan yang aneh, tidak masuk akal (Andreasen dan Black, 2001; Herz dan Marder, 2002 *cit.*, Sudyanto, A 2004).

e. Diagnosis

Pedoman diagnosis skizofrenia menurut PPDGJ III adalah sebagai berikut :

- d.1. *Thought echo, thought insertion* atau *withdrawal, thought broadcasting*.
- d.2. Waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of influence*) atau *passivity* yang jelas merujuk pada pergerakan tubuh atau pergerakan anggota gerak atau pikiran, perbuatan atau perasaan (*sensation*) khusus; persepsi delusional,
- d.3. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri, atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- d.4. Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “ manusia super “

commit to user

(misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain),

d.5. Halusinasi yang menetap dalam setiap modalitas, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang / melayang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun oleh ide-ide berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus,

d.6. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme,

d.7. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme, dan *stupor*.

d.8. Gejala-gejala “negative” seperti sikap masa bodo (apatis), pembicaraan yang terhenti dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika,

d.9. Suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku perorangan, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, berdiam diri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Persyaratan yang normal untuk diagnosis skizofrenia harus ada minimal satu gejala di atas yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih apabila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) dari gejala yang termasuk salah satu dari kelompok (d1) sampai (d4) tersebut diatas atau paling sedikit dua gejala dari kelompok (d5) sampai (d9) diatas yang harus ada secara jelas selama kurun waktu satu bulan atau lebih (Depkes RI, 1993).

f. Penatalaksanaan

Oleh karena psikopatogenesis skizofrenia adalah multifaktorial, dimana adanya interaksi dari tiga faktor (biogenik, psikogenik, dan sosiogenik) maka penanganan juga melibatkan beberapa unsur di samping obat-obatan yang meliputi farmakoterapi, psikoterapi, serta dukungan sosial dan keluarga. Prinsip ini bertujuan untuk menjunjung tinggi bahwa setiap manusia baik dalam kondisi sehat maupun sakit senantiasa harus dipandang sebagai suatu keseluruhan yaitu organobiologik, psikoedukatif, dan sosiokultural (Ibrahim, 2005)

Terapi biologik meliputi pengobatan dengan obat-obat psikofarmaka, terapi kejang listrik, dan terapi biologik yang lainnya. Terapi biologik dapat didefinisikan sebagai suatu usaha memodifikasi atau mengoreksi perilaku, pikiran, atau mood yang patologis dengan zat kimia atau cara fisik yang lain. Meskipun pengetahuan tentang otak dan manifestasinya terhadap gangguan mental belum dimengerti secara menyeluruh, tetapi bukti-bukti empiris menunjukkan keefektifan terapi

biologis terhadap kondisi psikopatologis tertentu (Kaplan dan Saddock, 2007).

Terapi psikososial dimaksudkan agar pasien skizofrenia mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mandiri, serta tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Syamsulhadi, 2004). Termasuk dalam terapi psikososial adalah terapi perilaku (*behaviour*), social skill training, *token economy*, terapi berorientasi keluarga (Kaplan dan Saddock, 2007).

Terapi keluarga (*family therapy*) dikombinasi dengan antipsikotik menunjukkan pengurangan kekambuhan pasien skizofrenia. Terapi keluarga memainkan peran penting, diduga karena keluarga membantu kepatuhan berobat pasien skizofrenia, keluarga yang pertamakali mengetahui gejala awal kekambuhan, serta dukungan keluarga sangat berperan dalam kesembuhan pasien. Banyak penelitian menunjukkan pengurangan angka kekambuhan dengan terapi keluarga, turun menjadi sebesar 25% dibandingkan hanya menerima terapi farmakologis, di mana angka kekambuhan mencapai 65% (Andreasen dan Black, 2001; Sudyanto, A. 2004; Jones dan Buckley, 2006).

Aris Sudyanto (1998) melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan jiwa keluarga terhadap pasien gangguan afektif berat juga memberikan hasil bahwa pendidikan kesehatan jiwa dapat menurunkan angka kekambuhan.

2. KONSELING KELUARGA

a. Pengertian Konseling Keluarga

Konseling adalah upaya membantu individu melalui proses interaksi yang bersifat pribadi antara konselor dan pasien agar pasien mampu memahami diri dan lingkungannya, mampu membuat keputusan dan menentukan tujuan berdasarkan nilai yang diyakininya sehingga pasien merasa bahagia dan efektif perilakunya (Nurihsan, 2006).

Konseling Keluarga adalah usaha membantu individu anggota keluarga untuk mengaktualisasikan potensinya atau mengantisipasi masalah yang dialaminya melalui sistem kehidupan keluarga dan mengusahakan agar terjadi perubahan perilaku yang positif pada diri individu yang akan memberi dampak positif pula terhadap anggota keluarga lainnya (Sofyan, 2008). Maksud dari suatu sistem disini bahwa memandang keluarga secara keseluruhan bahwa anggota keluarga bagian yang tidak mungkin dipisahkan baik dalam permasalahannya maupun penyelesaiannya. Sebagai suatu sistem, maka permasalahan yang dialami seorang anggota keluarga akan efektif diatasi jika melibatkan anggota keluarga yang lain.

Sedangkan menurut Perez (1979) dalam bukunya *Family counseling Theory and Practice*, konseling keluarga adalah suatu proses interaktif untuk membantu keluarga dalam mencapai keseimbangan dimana setiap anggota keluarga merasakan kebahagiaan (Sofyan, 2008).

Konseling keluarga memandang keluarga secara keseluruhan bahwa anggota keluarga adalah bagian yang tidak mungkin dipisahkan dari anak (klien) baik dalam permasalahannya maupun penyelesaiannya. Sebagai suatu sistem, permasalahan yang dialami seorang anggota keluarga akan efektif diatasi jika melibatkan anggota keluarga yang lain. (Latipun, 2008; Sudyanto A).

b. Tujuan Konseling Keluarga

Tujuan konseling keluarga oleh para ahli dirumuskan secara berbeda. Menurut Minuchin tujuan konseling keluarga adalah mengubah struktur dengan cara menyusun kembali kesatuan dan menyembuhkan perpecahan antar anggota keluarga. Sedangkan menurut Perez tujuan konseling keluarga yaitu : (1) Membantu anggota keluarga belajar dan menghargai secara emosional bahwa dinamika keluarga adalah kait mengkait di antara anggota keluarga; (2) Untuk membantu anggota keluarga agar menyadari tentang fakta jika satu anggota keluarga bermasalah, maka akan mempengaruhi kepada persepsi dan interaksi anggota keluarga yang lain (Sofyan, 2008).

Tujuan yang ingin dicapai dalam konseling keluarga adalah mendorong setiap anggota keluarga agar mampu membuat keputusan, merubah perilaku dan mengembangkan suasana kehidupan keluarga sehingga keluarga berfungsi secara keseluruhan, meningkatkan ketahanan keluarga serta mengembangkan potensi baik sebagai pribadi maupun sebagai anggota keluarga. Tujuan akhir konseling keluarga adalah

commit to user

memperbaiki fungsi keluarga dengan cara memperbaiki komunikasi antar anggota keluarga serta mengurangi konflik antar anggota keluarga sehingga diharapkan anggota keluarga dapat saling membantu dalam menghadapi suatu masalah ataupun penyakit dalam keluarga tersebut (Glick *et al.*, 1997). Konseling keluarga menjadi efektif untuk mengatasi masalah-masalah jika semua anggota keluarga bersedia untuk mengubah system keluarganya yang telah ada dengan cara-cara baru untuk membantu mengatasi anggota keluarga yang bermasalah.

c. Proses dan Tahapan Konseling Keluarga

Konseling keluarga adalah salah satu bentuk konseling kelompok yang melibatkan paling sedikit satu orang tua dengan pasien, tetapi biasanya antara kedua orang tua bersama dengan pasien. Dalam kasus skizofrenia, konseling keluarga ditujukan pada anggota keluarga pasien skizofrenia, untuk mengurangi rasa permusuhan, kebencian, kritik serta “pengkambinghitaman” serta hukuman dari anggota keluarga terhadap pasien, juga memungkinkan antar anggota keluarga mencari cara dan langkah yang efektif dalam menghadapi gejala penyakit ini (Andreasen dan Black, 2001).

Tahapan Konseling secara umum (Latipun, 2008) :

1. Tahap Eksplorasi masalah : Pada tahap ini konselor / terapis menciptakan hubungan baik dengan pasien, saling membangun kepercayaan, menggali pengalaman, perilaku pasien lebih dalam, mendengarkan apa yang menjadi perhatian pasien, menggali

pengalaman-pengalaman pasien, dan merespon isi, perasaan dan arti dari apa yang dibicarakan pasien.

2. Tahap Perumusan Masalah: Masalah - masalah pasien baik afeksi, kognisi, maupun tingkah laku diperhatikan oleh konselor / terapis. Setelah itu konselor /terapis dan pasien merumuskan dan membuat kesepakatan masalah apa yang sedang dihadapi. Masalah sebaiknya dirumuskan dalam terminologi yang jelas. Jika rumusan masalahnya tidak disepakati perlu kembali ke tahap pertama.
3. Tahapm Identifikasi masalah.: Konselor / terapis bersama pasien mengidentifikasi alternatif - alternatif pemecahan dari rumusan masalah yang telah disepakati. Alternatif yang diidentiikasi adalah yang sangat mungkin dilakukan, yaitu yang tepat dan realistik. Konselor / terapis dapat membantu pasien menyusun daftar alternatif, dan pasien memiliki kebebasan untuk memilih alternatif yang ada. Dalam hal ini konselor / terapis tidak boleh menentukan alternatif yang harus dilakukan pasien.
4. Tahap Perencanaan: Jika pasien telah menentukan pilihan dari sejumlah alternatif, selanjutnya menyusun rencana tindakan. Rencana tindakan menyangkut apa saja yang dilakukan dan sebagainya. Rencana yang baik jika realistik, bertahap, tujuan setiap tahap juga jelas dan dapat dipahami oleh pasien. Dengan kata lain, rencana yang dibuat bersifat tentatif sekaligus pragmatis.

5. Tahap Tindakan atau Komitmen : Tindakan berarti operasional rencana yang disusun. Konselor /terapis perlu mendorong pasien untuk mau melaksanakan rencana tersebut. Usaha pasien untuk melaksanakan rencana sangat penting bagi keberhasilan konseling, karena tanpa tindakan nyata proses konseling tidak ada artinya.
6. Tahap penilaian dan umpan balik : Konselor dan klien perlu mendapatkan umpan balik dan penilaian tentang kehasilannya. Jika ternyata ada kegagalan maka perlu dicari apa yang menyebabkan dan pasien harus mulai dari tahap yang mana lagi. Mungkin diperlukan rencana – rencana baru yang lebih sesuai dengan keadaan pasien dan perubahan-perubahan yang dihadapi pasien. Jika ini yang diperlukan maka konselor / terapis dan pasien secara fleksibel menyusun alternatif atau rencana yang lebih tepat.

d. Pendekatan Konseling Keluarga

Untuk memahami mengapa suatu keluarga bermasalah dan bagaimana cara mengatasi masalah-masalah keluarga tersebut, perlu pendekatan konseling keluarga. Ada beberapa pendekatan konseling keluarga :

1. Pendekatan sistem keluarga Murray Bowen mengkonseptualisasi keluarga sebagai sistem hubungan emosional. Menurutnya, dalam keluarga terdapat kekuatan yang dapat membuat anggota keluarga bersama-sama dan kekuatan itu dapat pula membuat anggota keluarga melawan yang mengarah pada individualitas. Sebagian anggota keluarga tidak dapat

commit to user

menghindari sistem keluarga yang emosional yaitu yang mengarahkan anggota keluarganya mengalami kesulitan (gangguan). Jika hendak menghindari dari keadaan yang tidak fungsional itu, dia harus memisahkan diri dari sistem keluarga. Dengan demikian dia harus membuat pilihan berdasarkan rasionalitasnya bukan emosionalnya.

2. Pendekatan Bihavioral : Konseling keluarga bihavioral mengambil prinsip-prinsip belajar manusia, penguatan positif dan negatif, pembentukan dan belajar sosial. Pendekatan bihavioral menekankan lingkungan, situasional dan faktor-faktor sosial dari perilaku. Konselor yang berorientasi bihavioral berupaya untuk meningkatkan interaksi yang positif diantara anggota-anggota keluarga, mengubah kondisi - kondisi lingkungan yang menentang atau menghambat interaksi, dan melatih orang untuk memelihara perubahan-perubahan perilaku positif yang diperlukan.
3. Pendekatan Humanistik : Konselor keluarga terkenal yang berorientasi humanistik adalah Virginia Satir. Dalam pendekatannya ia memadukan kesenjangan komunikasi antara anggota keluarga dengan orientasi humanistik untuk membangun harga diri (*self esteem*) dan penilaian diri seluruh anggota keluarga. Satir mengemukakan pandangannya ini berangkat dari asumsi bahwa anggota keluarga menjadi bermasalah jika tidak mampu melihat dan mendengarkan keseluruhan yang dikomunikasikan anggota keluarga yang lain.

4. Pendekatan Struktural : Minuchin (1974) beranggapan bahwa masalah keluarga sering terjadi karena struktur keluarga dan pola transaksi yang dibangun tidak tepat. Seringkali dalam membangun struktur dan transaksi ini batas-batas antara subsistem dari sistem keluarga itu tidak jelas. Mengubah struktur dalam keluarga berarti menyusun kembali keutuhan dan menyembuhkan perpecahan antara dan seputar anggota keluarga. Oleh karena itu, jika dijumpai keluarga yang bermasalah perlu dirumuskan kembali struktur itu dengan memperbaiki transaksi dan pola hubungan yang baru yang lebih sesuai.
5. Pendekatan Psikodinamik : Pandangan psikodinamik berdasar pada model psikoanalisis, yaitu memberikan perhatian terhadap latar belakang dan pengalaman setiap anggota keluarga. Para konselor psikodinamik ini menaruh perhatian terhadap masa lalu yang melekat pada individu. James Framo meyakini bahwa konflik intra psikis yang tidak terselesaikan dibawa dari keluarga diteruskan dengan bentuk proyeksi kedalam hubungan yang terjadi saat ini. Dalam proses konseling, berbicara dengan pasangan suami istri sendirian, kemudian memasuki kelompok anggota keluarga. Robin Skynner berpendapat, bahwa orang dewasa yang mengalami kesulitan berhubungan telah mengembangkan harapan-harapan yang tidak realistis terhadap orang lain dengan cara membentuk sistem proyeksi yang dikaitkan dengan kekurangan pada masa kanak-kanak. Upaya terapeutik dengan memfasilitasi perbedaan diantara pasangan-pasangan perkawinan. John

commit to user

Bell mendasarkan pendekatannya pada teori psikologis sosial tentang perilaku kelompok kecil dengan cara mempromosikan interaksi, memfasilitasi komunikasi, menjelaskan dan menafsirkan. Bell mengarahkan perhatiannya untuk membantu menciptakan lingkungan keluarga dengan teknik konseling yang disebut konseling kontekstual (Latipun, 2008).

Dalam penelitian ini digunakan konseling keluarga terintegratif (ekletik) dimana konseling ekletik menunjuk pada suatu sistematika dalam konseling yang berpegang pada pandangan teoritis dan pendekatan yang merupakan perpaduan dari berbagai unsur yang diambil atau dipilih dari beberapa konsep serta pendekatan. Dengan kata lain, konseling ekletik merupakan pandangan yang memakai berbagai sistem metode, teori atau doktrin yang dimaksudkan untuk memahami dan menerapkannya dalam situasi yang tepat dalam rangka membantu pasien menyelesaikan masalahnya. Konseling ekletik berarti konseling yang didasarkan pada berbagai konsep dan tidak berorientasi pada satu teori (Latipun, 2008). Karena itu pendekatan konseling ekletik mempelajari teori dan menerapkannya sesuai dengan keadaan riil pasien. Dengan pendekatan ini, terapis dapat menggunakan berbagai variasi, tindakan, pikiran sesuai dengan kebutuhan dan ciri khas masalah yang dihadapi oleh pasien. Meskipun demikian terapis harus menguasai sejumlah prosedur dan tehnik serta memilih manakah yang paling tepat dan sesuai dari berbagai prosedur dan tehnik tersebut (Latipun, 2008).

commit to user

3. Kapasitas Fungsi Personal dan Sosial.

Fungsi personal yang berhubungan dengan aktivitas hidup sehari-hari dapat didefinisikan sebagai kemampuan hidup sehari-hari yang dilakukan secara mandiri, seperti kebersihan diri, melakukan pekerjaan rumah tangga, belanja atau bekerja (Surilena, 2005).

Kapasitas fungsi sosial dan hubungan interpersonal yaitu kemampuan mempertahankan hubungan dengan orang lain, dapat menjalankan peran sosial seperti mempertahankan pekerjaan, perkawinan, mengurus anak serta adaptif menghadapi masalah dan tidak terisolasi dari lingkungan sosialnya (Surilena, 2005).

Pasien skizofrenia seringkali menarik diri dari hubungan sosial gangguan pikiran dan kemampuan bicara, serta perilaku bertujuan. Gangguan fungsi sosial merupakan karakteristik penting dan mendasar yang menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari. Banyak pasien skizofrenia yang sangat sedikit terlibat dalam perilaku sosial, cenderung terisolasi, dan lebih terlibat dengan fantasi dan impian-impian (Ambarini, 2007).

Secara umum di Indonesia, klinisi mengevaluasi kapasitas fungsi ini dengan menggunakan *Global Assessment Functioning* (GAF) pada pasien skizofrenia. Penilaian GAF untuk menilai fungsi tampaknya masih ada kekurangan. Dimana pada GAF *range* terlalu jauh (Syamsulhadi, 2011). Saat ini, para ahli telah mengembangkan instrumen untuk mengukur kapasitas fungsi personal dan sosial dengan lebih akurat namun

tetap sederhana dan praktis, yaitu *Personal and Social Performance (PSP) Scale* (Purnama, 2008). Instrumen ini sudah divalidasi oleh Darmawan dengan validitas dan reliabilitas yang tinggi.

4. KUALITAS HIDUP

Menurut WHO (1994) definisi kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan sesuai dengan sistem budaya dan nilai-nilai tempat mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan hidup, harapannya dan standar yang ingin dicapainya (WHOQOL Group, 1994).

Beranjak dari konsep di atas, empat domain kualitas hidup diidentifikasi sebagai suatu perilaku, status keberadaan, kapasitas potensial, dan persepsi atau pengalaman subjektif (WHOQOL Group, 1994). Keempat domain tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan aspek lingkungan. Kesehatan fisik merupakan salah satu yang paling dikenal sebagai indikator yang secara tradisional digunakan. Hal ini meliputi, nyeri dan rasa tidak nyaman, ketergantungan pada terapi medis, energi dan kelelahan, mobilitas, tidur, aktivitas sehari-hari, dan kemampuan kerja. Kesehatan psikologis mengacu pada afek positif, spiritualitas, berfikir, belajar, memori, konsentrasi, gambaran diri, harga diri, dan efek negatif. Hubungan sosial meliputi hubungan peribadi, aktivitas seksual, dan dukungan sosial. Sedangkan aspek lingkungan terdiri dari keselamatan dan keamanan fisik, lingkungan fisik, sumber keuangan, kesempatan untuk mendapatkan

commit to user

informasi baru, peran serta dan kesempatan untuk rekreasi atau aktivitas santai, lingkungan rumah, kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan dan sosial, serta transportasi (WHOQOL Group, 1994).

Kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari kemampuannya menjalani kehidupan menyangkut fisik, mental, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, lingkungan, spiritual, agama dan keyakinan diri. Bila seseorang mengalami salah satu gangguan jiwa yang paling ringan sekalipun, kualitas hidupnya menurun. Misalnya seseorang yang mengalami kecemasan ataupun konflik yang tak terselesaikan (Kaunang, 2009). Keadaan ini akan menyebabkan individu tersebut sulit berkonsentrasi dalam aktivitas harian dan pekerjaan, sehingga tidak mampu menciptakan sesuatu yang lebih baik dalam kehidupannya, baik dalam kehidupan pribadi maupun pekerjaan. Kualitas hidup yang mengalami penurunan menyebabkan kualitas pekerjaan juga mengalami penurunan ..

Sejumlah penelitian membuktikan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu umur, jenis kelamin, beratnya psikopatologi, efek samping obat, respon subjektif pasien terhadap obat dan penyesuaian psikososial pasien (Tempier dan Pawliuk, 2001).

Untuk menilai kualitas hidup digunakan kuesioner WHOQOL-BREF yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100 yang terdiri dari 4 dimensi (domain) dan 26 pertanyaan. Kuesioner WHOQOL-

commit to user

BREF versi Indonesia telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji sensitivitas, spesifitas dan akurasi memperlihatkan hasil yang cukup memuaskan, sehingga dapat dikatakan WHOQOL-BREF dapat mengukur kualitas hidup yang sebenarnya (Wulandari, 2004).

5. Ekspresi emosi pada *caregiver*

Ekspresi emosi adalah persepsi dalam bentuk verbal dan non verbal, merupakan aspek penting menentukan efektivitas dalam komunikasi hubungan interpersonal (Rahmat, 2001). Ekspresi emosi (EE) merupakan salah satu alat yang merepresentasikan beberapa aspek utama dari relasi interpersonal. Dalam ilmu kedokteran jiwa, terutama psikiatri keluarga, dikenal adanya ekspresi emosi yang terdiri dari tingkat kritik, permusuhan dan keterlibatan emosional yang berlebihan dalam *caregiver*. Ekspresi emosi merupakan suatu sikap, pandangan serta perilaku *caregiver* yang ditujukan pada pasien skizofrenia. Tingginya ekspresi emosi merupakan prediktor utama kekambuhan dalam gangguan skizofrenia, depresi, mania dan penyalahgunaan alkohol. Kritik yang berlebihan merupakan komponen penting dalam ekspresi emosi dan berhubungan dengan hasil akhir yang buruk untuk pasien. Ketidak tahuan mengenai gangguan jiwa adalah salah satu faktor pendukung tingginya ekspresi emosi *caregiver* (Miklowitz, 2004 *cit.*, Heru, 2006).

Terdapat 5 komponen untuk menilai ekspresi emosi yaitu *Critical Comment (CC)*, *Hostility (H)*, *Emotional Over Involvement (EOI)*, *commit to user*

Warmth (W) dan *Positive Remark (PR)*. Penilaian ekspresi emosi ini dapat dilakukan dengan memakai alat ukur yang disebut *Camberwell Family Interview*, suatu wawancara terstruktur yang menilai pola tingkah laku serta perkataan anggota keluarga terhadap pasien. Tiga komponen pertama (CC, H, EOI) mempunyai nilai diagnostik penting dalam menilai ekspresi emosi. Dikatakan EE tinggi apabila keluarga mempunyai 6 atau lebih *critical comment* dan atau skor *emotional over involvement* 3 atau lebih, dan atau menunjukkan sikap permusuhan (*hostility*) (Leff & Vaughn, 1976 *cit.*, Santos & Leal, 2005; Hooley & Hiller, 2000 *cit.*, Donagh, 2006).

Tabel 1. Skala *Camberwell Family Interview* dari EE (Ekspresi Emosi), dikutip dari Santos & Leal (2005)

Skala	Definisi	Cut-offs
<i>Critical comments (CC)</i>	Pernyataan atau ungkapan yang berupa komentar tidak mengenakkan terhadap tingkah laku dan karakter orang yang dimaksud	EE tinggi bila ≥ 6 CC EE rendah bila < 6 CC
<i>Hostility (H)</i>	Sikap permusuhan dikatakan ada bila pasien dipojokkan oleh anggota keluarga karena penyakitnya atau apa yang dilakukannya di depan keluarganya	EE tinggi bila ada sikap ini EE rendah bila tidak ada sikap permusuhan

<p><i>Emotional Overinvolvement (EOI)</i></p>	<p>Skala ini menilai respon emosional yang lebih-lebihkan dari anggota keluarga menanggapi gangguan yang timbul pada pasien, termasuk hal-hal yang dibesar-besarkan dan perilaku yang terlalu melindungi terhadap pasien atau pengorbanan yang terlalu berlebihan dari anggota keluarga</p>	<p>EE tinggi bila ≥ 3 Rendah apabila < 3</p>
<p><i>Warmth (W)</i></p>	<p>Hanya kehangatan atau ekspresi kasih sayang yang ditunjukkan pada saat wawancara yang dinilai</p>	<p>Skala 0-5</p>
<p><i>Positive Remarks (PR)</i></p>	<p>Perkataan atau komentar positif, berupa suatu pernyataan yang mengungkapkan pujian, persetujuan atau penghargaan pada tingkah laku yang ditujukan pada pasien</p>	<p>Frekuensi timbulnya PR</p>

Ekspresi emosi yang tinggi pada *caregiver* pasien skizofrenia dilaporkan dipengaruhi pula oleh gejala-gejala positif maupun negatif, hambatan sekunder, dan hambatan ekstrinsik yang dialami oleh penderita skizofrenia itu sendiri. Berdasarkan penelitian ekspresi emosi, hasil analisis terhadap factor kritik didapatkan bahwa sanak keluarga pasien skizofrenia lebih cenderung mengkritik gejala-gejala negatif daripada gejala-gejala positif. Hal ini mendorong pasien

commit to user

menjadi frustrasi, putus asa, kehilangan harapan, dan menurun kualitas hidupnya. Akibatnya dalam dinamika keluarga anggota keluarga skizofrenia sering mengalami distress dan hendaya. (Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C, 2003)

6. Hubungan Konseling Keluarga, ekspresi emosi *caregiver*, Fungsi *Performans Personal* dan Sosial serta Kualitas Hidup pasien skizofrenia.

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang sering dijumpai dengan akibat kecacatan dan gangguan pada taraf kemampuan fungsi sebelumnya yaitu pekerjaan, hubungan sosial, dan kemampuan merawat dirinya sendiri (Saddock dan Bentsen, 2001), sehingga mereka mengalami isolasi sosial dan menyebabkan kualitas hidup mereka menjadi buruk (Surilena, 2005).

Sejak tahun 1990-an, para ahli mulai mengupayakan penatalaksanaan skizofrenia menggunakan intervensi psikososial karena telah terbukti bahwa penatalaksanaan yang hanya berbasis pada psikofarmakologi ternyata tidak menjawab masalah yang dialami oleh penderita. Saat ini para ahli mencoba memberikan perlindungan pada fungsi kognitif pasien skizofrenia dengan obat antipsikotik atipikal, walaupun demikian hal ini pun masih dalam perkembangan (Surilena, 2005). Obat antipsikotik bagaimanapun juga masih menyisakan beberapa gejala yang tertinggal yang menyebabkan pasien mengalami kesulitan dalam merawat diri sehari-hari, melakukan hubungan

interpersonal dengan lingkungannya, bermasalah dengan fungsi pekerjaan sampai pada tingkah laku yang agresif. Hal ini semua terjadi karena keterbatasan efektifitas antipsikotik sehingga meninggalkan gejala sisa. Untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang berhubungan dengan fungsi personal, sosial dan pekerjaan tersebut para ahli menyarankan penggunaan intervensi psikososial seperti *social skill training*, terapi okupasi, terapi kognitif perilaku, terapi keluarga dll untuk melengkapi manajemen skizofrenia dan ternyata banyak berperan dalam mengembalikan ketrampilan sosial, personal dan pekerjaan pasien sampai mendekati fungsi sebelum menderita skizofreni (Bastaman, 2004; Surilena, 2006).

Lebih dari 25% pasien skizofrenia tinggal bersama keluarga. Seringkali pasien dipulangkan dalam keadaan remisi, sehingga keluarga merupakan pendukung utama dalam perawatan skizofrenia. Penanganan skizofrenia bukan hanya memulihkan pasien tetapi juga bertujuan mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga yang berhubungan dengan proses perjalanan penyakit dan kekambuhan penyakit. Keluarga dapat berperan aktif dalam usaha pencegahan gangguan jiwa yang selama ini mempunyai kecenderungan berlangsung menahun dan diwarnai oleh kekambuhan pasien. Peran keluarga diharapkan akan menurunkan kekambuhan atau rawat inap ulang hingga 20%. Ekspresi emosi (EE) keluarga mempunyai arti penting dalam memberi

commit to user

dukungan kesembuhan pasien (Aris Sudiyanto, 1998; Pitchel *et al*, 2001 *cit.*, Syamsulhadi, 2004; Analysis Group, 2006). Dalam keluarga sering terjadi ekspresi emosi yang sulit terkendali sehingga mencetuskan kekambuhan. Salah satu faktor adalah kritik dari anggota keluarga. Schizophrenia Daily News (2007) menggambarkan tingginya ekspresi emosi sebagai sikap keluarga terhadap pasien yang ditunjukkan sebagai kemarahan, kebingungan, ketidaktahuan, permusuhan, kritik berlebihan serta proteksi yang berlebihan pada pasien. Sedangkan dukungan, simpati, rasa belas kasihan serta kepedulian tanpa sikap yang berlebihan dari anggota keluarga terhadap pasien, dikatakan sebagai ekspresi emosi yang rendah.

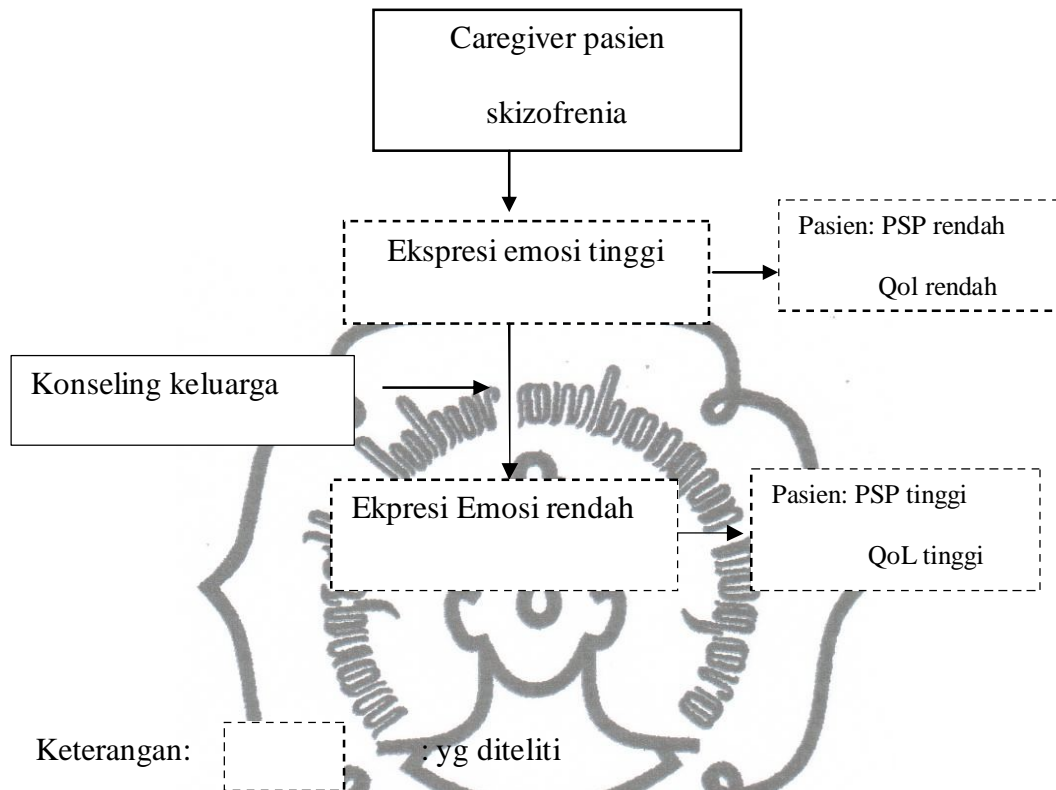
Tingginya ekspresi emosi yang dihadapi pasien di lingkungan sehari-hari dapat dicegah dan dikurangi dengan intervensi keluarga melalui konseling keluarga. Konseling keluarga adalah salah satu bentuk terapi psikososial untuk pasien skizofrenia, di mana dalam konseling keluarga melibatkan paling sedikit satu orang tua dengan pasien, tetapi biasanya antara kedua orang tua bersama dengan pasien. Dalam kasus skizofrenia, konseling keluarga ditujukan pada anggota keluarga pasien skizofrenia, untuk mengurangi rasa permusuhan, kebencian, kritik serta “pengkambinghitaman” serta hukuman dari anggota keluarga terhadap pasien, juga memungkinkan antar anggota keluarga mencari cara dan langkah yang efektif dalam menghadapi gejala penyakit ini (Andreasen dan Black, 2001). Konseling keluarga memberi pengertian,

commit to user

pendidikan mengenai gangguan jiwa yang terjadi pada pasien, gejala apa yang mungkin saja timbul dari penyakit itu sehingga pengertian dan simpati dari anggota keluarga terhadap pasien akan menurunkan tingkat ekspresi emosi dalam lingkungan keluarga sehingga diharapkan dapat memperbaiki fungsi personal dan sosial yang selanjutnya akan meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia serta kekambuhan pasien akan dapat dicegah. (Farlane *et al.*, 1995 *cit.* Heru, 2006; Czarnecki, 2006; Aris Sudyanto, 2008).



A. Kerangka berpikir

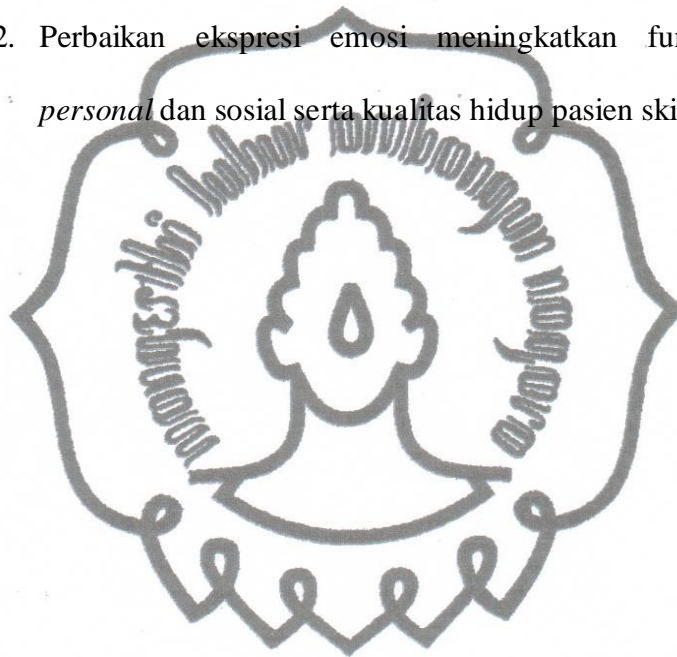


Care giver (pengampu) pasien skizofrenia sering didapatkan ekspresi emosinya tinggi sehingga menyebabkan *performans personal* dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia rendah /buruk. Kemudian diberikan konseling keluarga pada pengampu (*care giver*), diharapkan ekspresi emosi *care giver* (pengampu) rendah yang akan menyebabkan atau berdampak *performans personal* dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia tinggi

C.Hipotesis

Berdasarkan landasan teori diatas maka diajukan hipotesis penelitian yaitu :

1. Konseling keluarga dapat memperbaiki ekspresi emosi *caregiver* pasien skizofrenia dalam remisi.
2. Perbaikan ekspresi emosi meningkatkan fungsi *performans personal* dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *randomized controlled trial (RCT)* yang bertujuan menguji atau menaksir pengaruh perlakuan terhadap variabel hasil, dengan kondisi penelitian berada di bawah kendali peneliti (Murti, 2010).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Poli rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan lama penelitian kurang lebih 3 bulan.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah keluarga (*care giver*) dan pasien skizofrenia yang berobat di poliklinik RSJD Surakarta pada bulan Februari - Maret 2011 dan memenuhi kriteria inklusi penelitian.

D. Teknik Penetapan Sampel

Sampel didapatkan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* (Widagdo, 2002). Jumlah sampel adalah semua pasien skizofrenia dan keluarga (*care giver*) yang memenuhi kriteria inklusi dan berobat di poli rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada bulan Februari – Maret 2011.

E. Besar Sampel

Untuk penetapan besar sampel dihitung berdasarkan rumus uji hipotesis satu sisi tentang beda mean dari dua populasi (Lemeshow *et al.* 1990 *cit.*, Murti, 2010) :

$$n = \frac{2}{\sigma^2} \frac{(\mu_1 - \mu_2)^2}{2}$$

Di mana σ^2 merupakan varian populasi yang tidak diketahui nilainya, tetapi dapat diperkirakan dari studi awal dengan menggunakan s_p^2 . Sedangkan $\mu_1 - \mu_2$ merupakan beda mean yang diperkirakan. Rumus

$$s_p^2 = \frac{s_1^2 + s_2^2}{2}$$

Dimana ;

n_1 = jumlah sampel kelompok perlakuan

n_2 = jumlah sampel kelompok kontrol

s_1 = standar deviasi kelompok perlakuan

s_2 = standar deviasi kelompok kontrol

Dari penelitian sebelumnya diperoleh data kelompok perlakuan $n_1=10$, standar deviasi 1,08, dan kelompok kontrol $n_2=10$, standar deviasi 1,08 beda mean dari penelitian tersebut adalah 4,4 dan σ^2 diperoleh dari perhitungan $s_p^2 = 10$. Dengan $\alpha=0,10$ dan $\beta=0,10$, maka dapat dihitung ukuran sampel sebagai berikut : $n = 2(10)(1,64+1,28) / (4,4)^2 = 8,83$ dibulatkan 9. Jadi diperlukan sampel 9 subjek untuk masing-masing kelompok.

Untuk 2 kelompok diperlukan sampel sebesar $2 \times 9 = 18$ subjek penelitian. Untuk mengatasi berkurangnya sampel digunakan rumus sebagai berikut (Thabane, 2005 *cit.*, Murti, 2010). $n' = \frac{n}{1-L}$

di mana n' ukuran sampel setelah direvisi, n = ukuran sampel asli, L = *non respon rate*, atau proporsi subjek yang hilang. Dari penelitian didapatkan

angka *nonresponse rate* = 36%, sehingga dapat dihitung $n' = \frac{18}{1-0,36}$

28 subjek penelitian

F. Kriteria Inklusi Caregiver :

1. Usia 20-50 tahun.
2. Pendidikan minimal SD.
3. Laki-laki atau perempuan.
4. Tinggal serumah dengan pasien.
5. Berhubungan dengan pasien minimal 8jam sehari.
6. Mampu membaca, menulis, dan berkomunikasi dengan baik.
7. Bersedia mengikuti penelitian dan menandatangani surat persetujuan sebagai peserta penelitian

G. Kriteria eksklusi caregiver

1. Menderita gangguan jiwa.
2. Menderita gangguan pendengaran.
3. Menderita penyakit fisik yang berat.

H. Kriteria Inklusi pasien skizofrenia:

1. Pasien skizofrenia yang sudah remisi (ditegaskan berdasarkan PPDGJ III, dan Skor PANSS ≤ 95 oleh psikiater).
2. Usia 18 - 45 tahun.
3. Pendidikan minimal SD.
4. Tidak mengalami disfungsi kognitif (nilai ScoRSvL ≤ 2).
5. Responden datang didampingi keluarga/*care giver*.
6. Mendapat terapi standart

I. Kriteria eksklusi pasien skizofrenia

1. Pasien skizofrenia dengan kelainan organik.
2. Subjek tidak dapat berkomunikasi sehingga tidak dapat diwawancarai
3. Mengalami eksaserbasi akut selama penelitian.

J. Identifikasi Variabel.

1. Variabel bebas : konseling keluarga.
2. Variabel tergantung : Ekspresi emosi, kapasitas fungsi peran personal dan sosial, kualitas hidup pasien skizofrenia.
3. Variabel kendali : Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dukungan keluarga, jenis psikofarmaka.

K. Definisi Operasional Variabel

1. Konseling Keluarga pendekatan Ekletik : Konseling kelompok /individu yang ditujukan pada anggota keluarga (orang tua, saudara kandung, atau saudara lain termasuk *care giver* diberikan sebanyak 8

sesi, satu kali dalam seminggu, setiap sesi antara 30-45 menit, Panduan konseling keluarga terlampir.

2. Kapasitas fungsi performans, personal, sosial pasien skizofrenia : Diukur dengan skala PSP (Personal and Social Performance) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Darmawan dari Departemen Psikiatri FK UI/RSUPN-CM.
3. Kualitas hidup : diukur berdasar skor WHOQOL –BREEF, yang telah divalidasi oleh Wulandari dari Departemen Psikiatri FK UI/RSUPN-CM.
4. Ekspresi emosi Adalah persepsi dalam bentuk verbal dan non verbal, merupakan aspek penting menentukan efektivitas dalam komunikasi hubungan interpersonal (Rakhmat,2001). Yang termasuk dalam ekspresi emosi yaitu CC (Critical comment) dan EOI(Emotional overinvolment).Dan tingkatan ekspresi emosi ini di ukur dengan *Family Questionnaire* (FQ) yang sudah divalidasi oleh Ika Sri Nurtanti dan Irmansyah dari Departemen Psikiatri FKUI/RSUPN-CM.
5. *Care giver* (pengampu) : Adalah keluarga yang berdasarkan hubungan sedarah, perkawinan atau adopsi yang memberikan perawatan pada anggota keluarganya dan kontak dengan pasien skizofrenia ≥ 8 jam sehari

L. Instrumen Penelitian

1. Data identitas responden
2. WHOQOL BREEF

commit to user

3. PSP (*personal and social performance*)
4. *Informed consent*
5. Family Questionnaire (FQ).
6. Panduan konseling keluarga.

M. Cara Kerja.

1. Pengisian data pribadi.
2. Pengisian persetujuan penelitian.
3. Pembagian kelompok perlakuan konseling keluarga dan kelompok kontrol, secara acak sederhana.
4. Pengukuran FQ pre test pada care giver dan PSP *pre-test* dan kualitas hidup *pre test* pada subjek.
5. Kelompok perlakuan diberi konseling keluarga sebanyak 6-8 kali pada keluarga pasien
6. Di akhir penelitian kuesioner FQ, Skala PSP dan WHOQOL dibagikan kembali kepada kedua kelompok sebagai nilai *post-test*.
7. Menganalisis hasil secara statistik

N. Teknik Analisis Data

Keefektifan Konseling untuk memperbaiki skor ekspresi emosi dan meningkatkan fungsi performans personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia dalam remisi di Rumah Sakit jiwa Daerah Surakarta dianalisis dengan model analisis regresi linier ganda dengan persamaan sebagai berikut (Murti, 2010) :

$$Y = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3$$

commit to user

- Y = Skor PSP dan kualitas hidup pasien skizofrenia setelah konseling.
- X₁ = Status konseling (0 = tidak; 1 = ya).
- X₂ = Skor PSP dan kualitas hidup konseling sebelum konseling (*pre- test*).
- X₃ = Skor ekspresi emosi (CC dan EOI) setelah konseling (*post- test*).

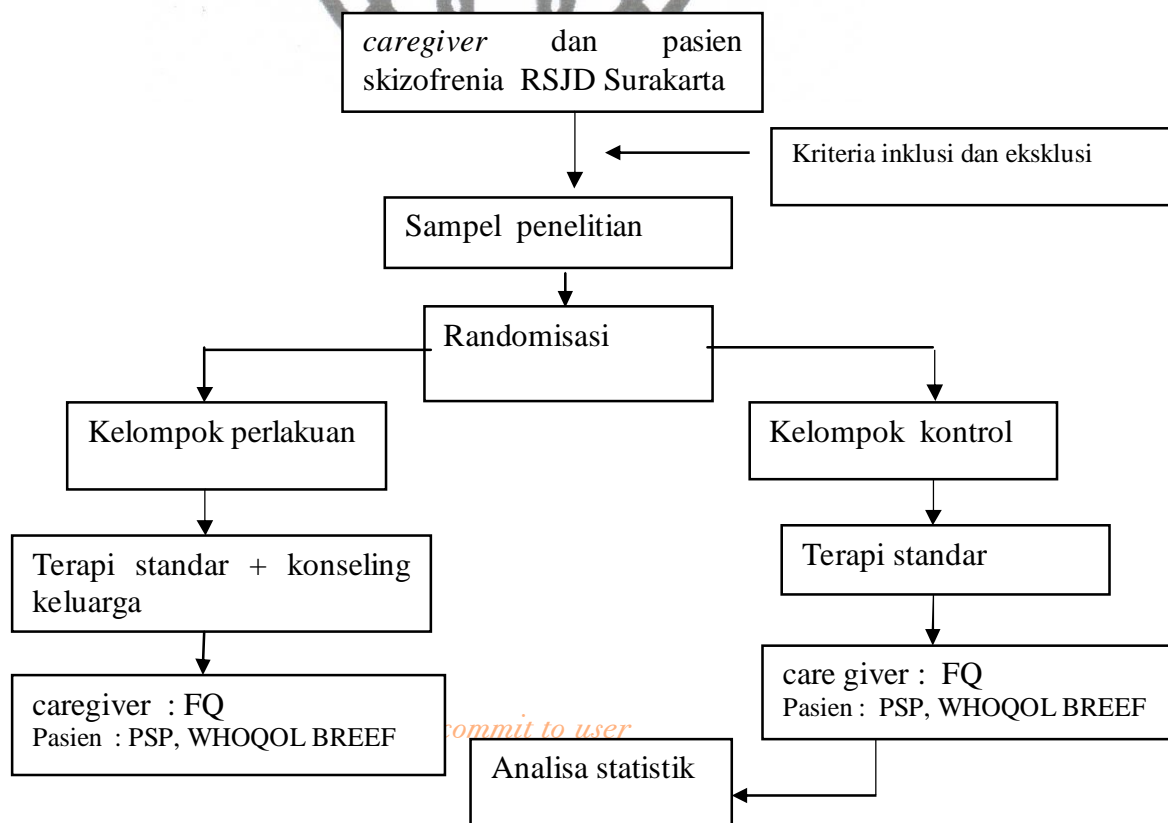
Efek konseling ditunjukkan oleh besarnya b₁.

b₁ = 0 berarti konseling tidak efektif memperbaiki skor Ekspresi emosi atau meningkatkan skor PSP serta kualitas hidup pasien skizofrenia.

b₁ > 0 berarti konseling memperbaiki skor ekspresi emosi atau meningkatkan skor PSP serta kualitas hidup .

b₁ < 0 berarti konseling efektif memperbaiki skor ekspresi emosi atau meningkatkan PSP serta kualitas hidup .

O. Prosedur Penelitian





BAB IV

HASIL PENELITIAN

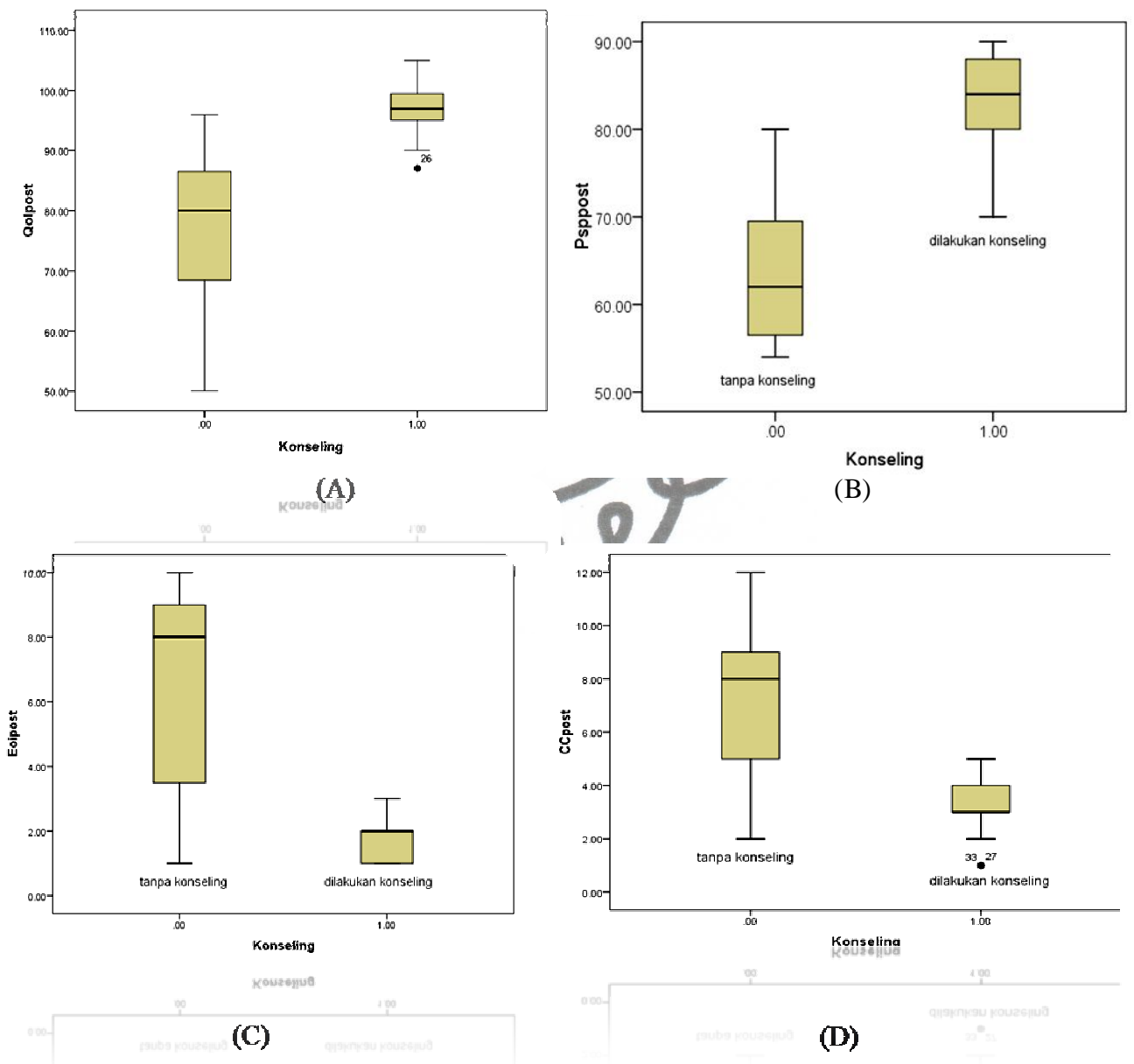
Telah dilakukan penelitian di di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada minggu ke tiga Februari 2011 hingga minggu kedua Mei 2011. Sampel diambil secara *purposive sampling*, yang keterwakilannya sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Didapatkan 40 pasien memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Mereka dibagi secara acak menjadi kelompok perlakuan dengan konseling keluarga, dan kelompok kontrol tanpa konseling keluarga, masing masing sebanyak 20 pasien. Pada kelompok perlakuan ada 1 pasien yang di eksklusi karena mengalami fase aktif selama penelitian berlangsung pada sesi 3

Tabel-4.1 menunjukkan karakteristik demografi subjek dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status tempat tinggal, dan status dukungan keluarga dengan menggunakan analisis statistik *Chi Square*. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna karakteristik demografi subjek berdasarkan status pernikahan ($p = 0.185$), tingkat pendidikan ($p = 0.096$), status pekerjaan ($p = 0.758$), status *care giver* ($p = 0.256$), status dukungan keluarga ($p = 0.798$), jenis kelamin ($p = 0.331$), diagnosis ($p = 0.978$), Hal ini menunjukkan bahwa secara demografi sampel adalah homogen atau setara

Tabel-4.1.Karakteristik demografi subjek dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Karakteristik	Perlakuan n (%)	Kontrol n (%)	Total n (%)	χ^2	P
Status Pernikahan					
- Menikah	5(25%)	9(45%)	14(100%)	1.76	0.185
- Belum menikah	15(75%)	11(55%)	26(100%)		
Umur					
- <20	1(5%)	1(5%)	2 (100%)	2.65	0.449
- 21-30	9 (45%)	6 (30%)	15 (5100%)		
- 31-40	10(50%)	11(55%)	21 (100%)		
- 40<	0 (0%)	2(10%)	2 (2%)		
Pendidikan					
- SD	1(5%)	5 (25%)	6(100%)	6.35	0.096
- SMP	4(20%)	5(25%)	9 (100%)		
- SMA	9(45%)	9 (45%)	18(100%)		
- PT	6(30%)	1(5%)	7(100%)		
Jenis kelamin					
- Laki-laki	14(70%)	11(55%)	25(100%)	0.96	0.327
- Perempuan	6(30%)	9(45%)	15(100%)		
Status pekerjaan					
- Bekerja	9(45%)	10 (50%)	19(100%)	0.10	0.752
- Tidak bekerja	11(55%)	10 (50%)	21(100%)		
Status care giver					
- Tetap	17(85%)	14(70%)	31(100%)	1.29	0.256
- Ganti	3 (15%)	6(30%)	9(100%)		
Status dukungan keluarga					
- Dukungan tinggi	14(70%)	14(70%)	28(100%)	0.07	0.798
- Dukungan rendah	5(25%)	6(30%)	11(100)		

Gambar 4.2



Pada Gambar 4.2 berturut-turut ditunjukkan keefektifan konseling keluarga terhadap QOL (A), PSP (B), EOI (C), dan CC (D)

Hasil analisis regresi linier ganda untuk mengetahui keefektifan konseling keluarga terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia Tabel-4.2.

Tabel-4.2. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap Kualitas Hidup (Qol).

Variabel Independen	Koefisien regresi (b)	T	P	CI 95%	
				Batas bawah	Batas atas
Konstanta	46.04	5.27	<0.001	28.31	63.76
Konseling	17.71	6.17	<0.001	11.89	23.54
Qol awal	0.42	3.73	<0.001	0.19	0.65

N observasi = 39
Adjusted R² = 61.4%
p < 0.001

Tabel-4.2. menunjukkan efek konseling yang secara statistik bermakna terhadap peningkatan kualitas hidup . Kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga rata-rata mengalami peningkatan kualitas hidup dengan skor sebesar 17.71 poin lebih tinggi dibandingkan dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling (b = 17.71; CI = 95 % dari 11.89 hingga 23.54 p < 0.001). Analisis ini telah mempertimbangkan / mengontrol / memperhitungkan skor total perubahan sebelum konseling (*pre test*) dan sesudah konseling (*post test*).

Tabel-4.3. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap Performan , Personal dan Sosial (PSP).

Variabel Independen	Koefisien regresi (b)	T	P	CI 95%	
				Batas bawah	Batas atas
Konstanta	40.48	6.52	<0.001	27.89	53.08
Konseling	19.05	10.01	<0.001	15.20	22.92
PSP awal	0.40	3.76	<0.001	0.19	0.62

N observasi = 39
Adjusted R² = 76.8%

commit to user

$p < 0.001$

Tabel-4.3. menunjukkan efek konseling yang secara statistik bermakna terhadap Performan Personal dan Sosial (PSP). Kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga rata-rata mengalami peningkatan PSP dengan skor sebesar 19.05 poin lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling keluarga ($b = 19.05$; CI = 95 % dari 15.20 hingga 22.92 ; $p = 0.001$). Analisis ini telah mempertimbangkan / mengontrol / memperhitungkan skor total perubahan sebelum konseling (*pre test*) dan sesudah konseling (*post test*).

Tabel-4.4. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap EOI.

Variabel Independen	Koefisien regresi (b)	T	P	CI 95%	
				Batas bawah	Batas atas
Konstanta	4.91	4.89	<0.001	2.88	6.96
Konseling	-4.69	-6.71	<0.001	-6.12	-3.28
EOI awal	0.22	2.07	<0.005	0.04	0.44

N observasi = 39

Adjusted $R^2 = 60.5\%$

$p < 0.001$

Tabel-4.4. menunjukkan efek konseling yang secara statistik bermakna terhadap EOI . Kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga rata-rata mengalami penurunan EOI dengan skor sebesar -4.69 poin lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling ($b = -4.69$; CI= 95% dari -6.12 hingga -3.28; $p=0.001$). Analisis ini telah mempertimbangkan / mengontrol / memperhitungkan skor total perubahan sebelum konseling (*pre test*) dan sesudah konseling (*post test*).

Tabel-4.5. Hasil analisis regresi linier ganda tentang keefektifan konseling keluarga terhadap CC.

Variabel Independen	Koefisien regresi (b)	T	P	CI 95%	
				Batas bawah	Batas atas
Konstanta	6.15	6.23	<0.000	4.15	0.15
Konseling keluarga	-3.75	-5.13	<0.000	-5.24	-2.37
CC awal	0.12	1.18	<0.245	0.09	0.32

N observasi = 39
Adjusted R² = 42.5%
p > 0.001

Tabel-4.5. menunjukkan efek konseling yang secara statistik bermakna terhadap CC (critical comment). Kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga rata-rata mengalami penurunan CC dengan skor sebesar -3.75 poin lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling (b = -3.75; CI = 95 % dari -5.24 hingga -2.37; p = 0.000). Analisis ini telah mempertimbangkan / mengontrol / memperhitungkan skor total perubahan sebelum konseling (*pretest*) dan sesudah konseling (*post test*).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada awal penelitian dengan perhitungan statistik menunjukkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah setara dalam hal karakteristik demografi, mencakup: status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status *care giver*, dan status dukungan keluarga, status jenis kelamin, status diagnosis. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa subjek penelitian adalah berasal dari sampel yang homogen.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa konseling keluarga mempunyai efek yang secara statistik bermakna terhadap ekspresi emosi, peningkatan performan personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia. Kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga, rata-rata mengalami perubahan skor ekspresi emosi yang ditunjukkan dengan skor EOI dan skor CC, sebesar -4.69 dan -3.75 poin lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling keluarga (kelompok kontrol), begitu juga pada kelompok subjek yang mendapatkan konseling keluarga rata-rata mengalami perubahan skor Kualitas Hidup (QOL) sebesar 17.71 dan skor Performans Personal dan sosial (PSP) sebesar 19.05 poin lebih tinggi secara bermakna dibanding dengan subjek yang tidak mendapatkan konseling keluarga (kelompok kontrol)

commit to user

Konseling keluarga pasien skizofrenia dalam remisi pada penelitian ini diberikan selama 3 bulan terdiri 6 -8 sesi yang dilaksanakan 1kali seminggu dengan durasi 30-45 menit untuk tiap keluarga. Dari penelusuran literatur di sebutkan bahwa *American Psychiatric Association (APA)* merekomendasikan pentingnya terapi keluarga sebagai panduan praktik sehari-hari dalam menghadapi pasien skizofrenia. Panduan itu meliputi intervensi terhadap pasien dan anggota keluarganya selama 9 bulan meliputi pendidikan tentang penyakit, intervensi krisis, dukungan emosional dan latihan bagaimana berhadapan dengan gejala penyakit dan masalah-masalah yang terkait (Heru, 2006). Pada guideline skizofrenia disebutkan terapi keluarga kurang dari 6 bulan memberikan hasil yang positif bagi pasien skizofrenia yaitu peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan sedangkan pada keluarganya adanya peningkatan pengetahuan tentang skizofrenia serta hubungan keluarga yang baik. (Dixon *et al.*, 2009). Tapi pada beberapa sumber/referensi mengatakan bahwa intervensi psikososial untuk pasien skizofrenia berfokus pada perubahan perilaku (behaviour), sosial skill training, token ekonomi,

Pada penelitian ini konseling diberikan secara individu, Ini berdasarkan bahwa setiap keluarga pasien mempunyai permasalahan yang berbeda-beda. Hal ini sesuai dengan teori bahwa konseling dapat diberikan secara individu atau kelompok (bustillo, 2001). Dalam hal ini, sebagai terapis pada penelitian ini adalah psikiater, sedang peneliti sebagai penghubung antara keluarga (responden) dan terapis.

commit to user

Kelompok kontrol pada penelitian ini adalah *caregiver* dan pasien yang diberikan terapi standar tanpa konseling keluarga sedangkan kelompok perlakuan adalah *caregiver* dan pasien yang diberikan terapi standar dengan konseling keluarga.

Penelitian sejenis yang dilakukan oleh Falloon dan Pederson (1985), Tarrrier (1988, 1989) yang menyimpulkan bahwa intervensi keluarga dapat memperbaiki fungsi pasien. Penelitian meta analisis yang dilakukan Dixon, Lehman A, 1995,) yang menyimpulkan bahwa konseling keluarga melalui tehnik pemecahan masalah dan psikoedukasi keluarga dapat menurunkan gejala positif dan negatif, sehingga penderita skizofrenia dapat lebih fokus pada fungsi sosial dan peran dengan demikian dapat meningkatkan kualitas hidup, juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh David *et al.*, 2005 menyimpulkan bahwa konseling keluarga yang berfokus pada komunikasi dan pemecahan masalah serta ketrampilan sosial dapat mengurangi angka kekambuhan dan meningkatkan fungsi sosial pada psikotik episode pertama.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien skizofrenia membutuhkan rehabilitasi untuk dapat berfungsi secara sosial di masyarakat. Konseling keluarga sebagai salah satu bentuk terapi psikososial dengan melalui pendekatan yang terintegartif dimana menerapkan secara cermat dan tepat terhadap permasalahan yang berbeda pada setiap pasien sehingga dapat berfungsi secara sosial di masyarakat.

B. Keterbatasan Penelitian

Karena keterbatasan kemampuan peneliti, waktu, dan biaya, maka ada beberapa kelemahan dalam penelitian ini :

commit to user

1. Dosis dan jenis antipsikotik tidak disebutkan dan disetarakan hanya semua sampel menggunakan terapi standar.
2. Tidak dilakukan pengukuran ciri kepribadian terlebih dahulu.
3. Tidak dilakukan *follow up*, guna mengetahui seberapa lama perbaikan fungsi performan personal dan sosial pasien skizofrenia dalam remisi dapat bertahan.
4. Profil *caregiver* (umur, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, tidak dianalisis)
5. Dosis konseling tiap keluarga tidak sama, sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitiann
6. Hasil konseling hanya berdasar pada persepsi *caregiver*.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Konseling keluarga efektif memperbaiki ekspresi emosi *care giver* pasien skizofrenia dalam remisi yang ditunjukkan dengan skor CC ($b = -3.75$; $p < 0.001$) dan EOI ($b = -4.69$; $p < 0.001$)
2. Dengan perbaikan ekspresi emosi *caregiver* konseling keluarga efektif meningkatkan performan personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia dalam remisi yang ditunjukkan dengan skor PSP ($b = 19.05$; $p = 0.001$) dan QOL ($b = 17.71$; $p < 0.001$)

B. SARAN

- 1 Penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri terutama di unit pelayanan rehabilitasi Rumah Sakit Jiwa.
- 2 Penelitian ini dapat dimanfaatkan dalam penyusunan *Standard Operasional Procedure* (SOP) untuk penatalaksanaan pasien skizofrenia khususnya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta..
- 3 Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui lamanya efek konseling keluarga dalam memperbaiki ekspresi emosi dan meningkatkan performan personal dan sosial serta kualitas hidup pasien skizofrenia.

commit to user

- 4 Penelitian ini dapat menjadi landasan penelitian lanjutan sehingga dapat memberikan keuntungan dalam penatalaksanaan pasien skizofrenia.
- 5 Perlu penelitian lanjutan dengan mengendalikan faktor perancu seperti dosis dan jenis antipsikotik disetarakan, dilakukan pengukuran ciri kepribadian, profil *caregiver* (pengampu) dianalisis, dan dosis konseling juga ikut dianalisis.

