

## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. Intervensi

##### 1. Pengertian Intervensi

Istilah intervensi digunakan dalam banyak bidang ilmu. Intervensi berasal dari bahasa latin *intervening* yang berarti “yang datang diantara” mengacu pada usaha untuk mengubah kehidupan yang sedang berjalan dengan cara tertentu. Sedangkan secara umum intervensi diartikan sebagai upaya untuk mengubah perilaku, pikiran, atau perasaan seseorang<sup>12</sup>.

Menurut Arthur S. Reber dan Emily S. Reber dalam Kamus Psikologi, intervensi diartikan sebagai sebuah istilah umum yang digunakan bagi prosedur atau teknik apapun yang dirancang untuk menginterupsi, mencampurtangani dengan memodifikasi proses yang telah berlangsung<sup>13</sup>.

Menurut Prochaska dan De Clemente bahwa intervensi yaitu usaha mengarahkan, memberi pengertian dan menimbulkan kesadaran yang mendorong untuk melakukan suatu perubahan. Selanjutnya dorongan tersebut diarahkan untuk menuju suatu perubahan dan yang terakhir diusahakan lebih lanjut agar adanya perubahan tersebut diyakini dapat bermanfaat baginya melalui dukungan sosial lingkungannya<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Suprpti Slamet dan Sumarmo Markam, *Pengantar Psikologi Klinis* (Jakarta: UI Press, 2008), 135.

<sup>13</sup> S. Reber dan Emily S. Reber, *Kamus Psikologi* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2010), 487.

<sup>14</sup> Sri Rahayu Martaniah, *Peran Psikologi Di Indonesia* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2000), 9.

Pendapat lain menyebutkan bahwa intervensi merupakan ikut campurnya orang lain terhadap permasalahan yang dialami seorang individu. Intervensi dalam rangka psikologi, khususnya psikologi klinis, adalah membantu klien atau pasien menyelesaikan masalah psikologis, terutama sisi emosionalnya. Kendal dan Norton Ford berpendapat bahwa intervensi klinis meliputi penggunaan prinsip-prinsip psikologi untuk menolong orang menangani masalah-masalah dan mengembangkan kehidupan yang memuaskan. Psikolog klinis menggunakan pengetahuannya mengenai pemfungsian manusia dan sistem-sistem sosial dalam kombinasi dengan hasil assesmen klinis guna merumuskan cara untuk membantu perubahan klien kearah yang lebih baik<sup>15</sup>.

Alasan menggunakan intervensi psikologi didasarkan pada tiga konsep, yaitu (a) Ameliorasi, diartikan sebagai upaya menolong orang atau sistem sosial untuk menanggulangi masalah-masalah yang telah terjadi; (b) Prevensi, merupakan usaha-usaha untuk meramalkan masalah-masalah sebelum berkembang; (c) Pengembangan, merupakan usaha untuk membantu orang untuk meningkatkan keterampilan pribadi, relasi, dan lingkungan hidupnya. Pengembangan dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas hidup daripada menyelesaikan masalah atau mengatasi disfungsi<sup>16</sup>.

Berdasarkan uraian di atas peneliti menyimpulkan bahwa pengertian intervensi adalah suatu perilaku atau tindakan yang dilakukan seseorang terhadap orang lain dalam upaya membantu menangani masalah psikologisnya

---

<sup>15</sup>Sudardjo A. Wiramiharja, *Pengantar Psikologi Klinis* (Bandung: Refika Aditama, 2006), 83.

<sup>16</sup>Ibid.

dengan mengubah perilaku, pikiran, atau perasaan seseorang serta mengembangkan kehidupan yang memuaskan. Dalam penelitian ini intervensi yang diteliti yaitu intervensi yang dilakukan oleh keluarga pasien penderita Skizofrenia.

## 2. Orientasi-orientasi Dasar Intervensi

Dalam memikirkan tentang cara membantu orang lain secara psikologis, terdapat lima dasar intervensi psikologis, diantaranya<sup>17</sup>:

### a. Orientasi Pertolongan Alamiah

Pada orientasi ini masalah seringkali ditangani secara informal dengan menerapkan pengetahuan umum atau keyakinan berbasis budaya atau cara-cara tradisional yang terkait dengan masalah manusia.

### b. Orientasi Kuratif (medis)

Merupakan cara yang paling dikenal dan digunakan secara luas untuk mendekati isu-isu klinis. Orientasi kuratif menganggap masalah psikologis, emosional dan perilaku berasal dari penyakit atau patologis yang memiliki analogi dengan patologi fisik, dan bahwa diagnosi yang benar akan mengarah ke terapi yang dapat mengurangi masalah itu. Dalam hal ini, tujuan klinis tidak untuk mengobati gangguan melainkan hanya mengurangi kondisinya atau membantu pasien menerima berbagai keterbatasannya atau kondisi kesehatan pasien yang menurun.

---

<sup>17</sup>Norman D. Sunberg, Allen A. Winebarger dan Jullian R. Taplin, *Psikologi Klinis* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2009), 60.

c. Orientasi Belajar (*behavioral kognitif*)

Orientasi belajar dalam kata lain model edukatif atau orientasi latihan membuat konsentrasinya diletakkan pada cara-cara bertindak atau berpikir yang perlu diubah dengan melakukan penguatan.

d. Pertumbuhan (perkembangan)

Orientasi ini berasumsi bahwa terdapat proses-proses pribadi yang perlu diperkuat. Sudah ada kekuatan-kekuatan positif dan korektif dalam diri setiap orang. Orientasi perkembangan menekankan pada saat sekarang dan pada usaha membantu orang untuk memahami dirinya sendiri dan berbagai kemungkinan arah untuk memasuki dunianya.

e. Ekologis (*interaktif environmental*)

Orientasi ekologis melihat kearah analisis dan pemanfaatan lingkungan yang relevan dengan masalahnya. Seperti halnya sebuah sistem, pendekatan ini bersifat interaktif, dengan menyadari bahwa perubahan-perubahan dalam diri seseorang atau pada suatu tempat akan mempengaruhi yang lainnya, dan perubahan di lingkungan akan mempengaruhi individu yang terdapat didalamnya.

3. Perencanaan dalam intervensi

Menyusun rencana untuk intervensi pada kasus klinis pada dasarnya adalah masalah menyusun desain. Dengan menggunakan banyak informasi, sang perancang mengambil serangkaian keputusan yang tepat untuk keseluruhan paketnya, yang disesuaikan dengan orang-orang tertentu dalam situasi tertentu.

Adapun beberapa tahap dalam proses perencanaan intervensi adalah sebagai berikut<sup>18</sup>:

- 1) Memastikan situasi saat ini, siapa saja pelaku utamanya dan apa saja hal-hal yang mempengaruhi.
- 2) Mengklarifikasikan apa yang diinginkan dilihat dari beberapa sudut pandang. Yang paling sering dipakai adalah sudut pandang klien, keluarganya dan bagian-bagian lain yang berpengaruh.
- 3) Menelaah sumber daya yaitu siapa yang dapat menangani klien dan dengan desain program yang ada, apa yang bisa dilakukan.
- 4) Memformulasikan rencana untuk kasus atau program, yang akan melibatkan lingkungan sekitar pasien dan akan memindahkan orang-orang yang terlibat pada situasi yang lebih tepat.
- 5) Mengevaluasi perkembangan yang sedang berjalan dan bila perlu merumuskan kembali rencana penanganan.
- 6) Menindaklanjuti program setelah selesai, guna mengembangkan kapasitas desain yang lebih baik untuk masa yang akan datang.

Dalam menyusun suatu desain intervensi atau rencana penanganan, agar efektif hendaknya melibatkan pasien atau klien secara intim dalam prosesnya. Penyusunan desain intervensi secara partisipatif diperlukan untuk memunculkan komitmen pribadi dalam langkah berikutnya menyepakati kontrak. Kontrak adalah kesepakatan diantara orang-orang untuk melakukan hal tertentu dengan masing-masing pihak yang bersangkutan. Kontrak

---

<sup>18</sup>Ibid, 69.

dibutuhkan untuk memunculkan komitmen pribadi pasien dalam langkah penanganan berikutnya. Agar efektif kebanyakan desain intervensi harus melibatkan pasien secara intim dalam proses penyusunan rancangan desain intervensi. Dengan kontrak yang jelas, maka masing-masing pihak dapat terus menerus mengevaluasi kesuksesan yang telah dicapai. Salah satu tugas psikolog klinis adalah menyusun kontrak rencana penanganan, secara eksplisit dan implisit<sup>19</sup>.

#### 4. Bentuk-bentuk intervensi

##### a. Psikoterapi

Psikoterapi merupakan salah satu intervensi dalam konteks hubungan profesional antara psikolog dengan klien atau pasien<sup>20</sup>. Menurut Norcross psikoterapi adalah pengaplikasian berbagai metode klinis dan sikap interpersonal yang *informed* (didasari oleh informasi yang cukup) dan dilakukan secara sengaja, berdasarkan prinsip-prinsip psikologis yang sudah mapan, dengan maksud membantu orang lain untuk memodifikasi perilaku, kognisi, emosi, dan/atau karakteristik pribadi lainnya kearah yang diinginkan oleh partisipannya<sup>21</sup>.

Adapun aspek sentral dari psikoterapi adalah komunikasi pertukaran (*interchange*) verbal maupun nonverbal diantara orang-orang. Aspek sentral lainnya adalah hubungan yang dilandasi kepercayaan dan bersifat rahasia antara si penolong dan orang yang meminta tolong

---

<sup>19</sup>Ibid.

<sup>20</sup>Slamet dan Markam, *Pengantar Psikologi Klinis*, 135.

<sup>21</sup>Sunberg, Winebarger dan Taplin, *Psikologi Klinis*, 135.

memiliki sikap cukup mempercayai dan menghormati memungkinkan untuk mengungkap dan menyelesaikan berbagai masalah.

b. Rehabilitasi psikososial

Merupakan alternatif intervensi yang berusaha memberikan informasi bagi keluarga pasien mengenai masalah gangguan yang dialami, membantu pasien memahami, mengurangi dan mencegah munculnya masalah terkait dengan situasi sosial; atau membantu pasien menormalkan dan mengoptimalkan kembali kualitas hidup mereka terutama di lingkungan sosial.

Selain itu rehabilitasi psikososial bertujuan untuk membantu pasien yang mengalami gangguan jiwa agar dapat menyesuaikan diri dengan keadaan sakitnya, agar dapat mencegah dampak yang lebih buruk dari gangguan yang sedang dialami. Karena penyebab gangguan jiwa tidak hanya dari faktor biologis dan psikologis, namun juga interaksi antara individu dengan aspek ekonomik, sosial dan fisik dari lingkungannya. Pendekatan ini disebut pendekatan *ekologis*, yaitu intervensi yang berusaha untuk mencocokkan individu dengan lingkungan spesifik yang mempunyai kemungkinan untuk meningkatkan penyesuaian diri pasien<sup>22</sup>.

c. Intervensi preventif

Menurut Sri Mulyani di dalam kesehatan masyarakat dikenal tiga macam intervensi prevensi yaitu<sup>23</sup>:

---

<sup>22</sup>Slamet dan Markam, *Pengantar Psikologi Klinis*, 143.

<sup>23</sup>Srimulyani, *Peran Psikologi Di Indonesia* (Yogyakarta: Yayasan Pembina Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, 2000), 27.

### 1) Prevensi primer

Merupakan suatu metode yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan terkenanya penyakit rakyat, usaha ini yang dilakukan untuk mengurangi atau membatasi laju timbulnya gangguan dengan melakukan modifikasi lingkungan atau memperkuat individu agar terhindar menjadi resiko tinggi.

Terdapat lima metode dalam level pencegahan primer yaitu; a) Meningkatkan kelekatan yang aman dan mengurangi kekerasan dalam rumah tangga; b) Mengajarkan keterampilan kognitif dan sosial; c) Merubah lingkungan menjadi lebih mendukung berkembangnya perilaku adaptif; d) Meningkatkan keterampilan dalam mengelola stres (mengurangi stressor lingkungan, membantu individu mengatasi stres lebih efektif); e) Mempromosikan pemberdayaan kelompok masyarakat, dengan membantu masyarakat mengendalikan dan mengurangi resiko berkembangnya gangguan mental (perubahan sosial).

### 2) Prevensi sekunder

Merupakan usaha untuk mengurangi lamanya penyakit bagi mereka yang menderita sakit. Fokusnya adalah menemukan penyakit sedini mungkin dan memberikan penyembuhan seawal mungkin.

### 3) Prevensi tersier

Adalah usaha untuk mengurangi akibat penyakit bagi mereka yang sudah mengalami sakit. Caranya dengan bermacam-macam rehabilitasi fisik, vokasional maupun mental.



Adapun dalam penelitian ini bentuk desain intervensi yang digunakan adalah psikoterapi dengan pendekatan terapi keluarga.

## **B. Terapi Keluarga Dalam Upaya Penyembuhan Penderita Gangguan Skizofrenia**

### 1. Gambaran Umum Terapi Keluarga

Pada umumnya terapi keluarga didasarkan pada model sistem dan memiliki sejumlah prinsip yang sama. Terapi keluarga banyak difokuskan pada nilai-nilai penting sistem, fungsi sistem, dan batas-batas sub sistem. Adapun menurut Carlson, Sperry dan Lewis sebagaimana dikutip Sunberg, Allen dan Taplin, prinsip-prinsip yang terdapat di kebanyakan terapi keluarga adalah sebagai berikut<sup>24</sup>:

- a. Keseluruhan biasanya lebih besar dibandingkan hasil penjumlahan bagian-bagiannya;
- b. Bagian-bagian dari sistem keluarga hanya dapat dipahami dalam konteks sistem secara keseluruhan;
- c. Model-model sebab dan akibat linier digantikan oleh model-model sirkuler, simultan dan resiprokal;
- d. Perubahan pada salah satu bagian sistem akan mempengaruhi seluruh bagian sistem itu;
- e. Sistem memiliki kecenderungan untuk mencari keseimbangan atau ekuilibri(homeostatis) yang menjaga keseimbangan dan dapat mencegah terjadinya perubahan;

---

<sup>24</sup>Sunberg, Winebarger dan Taplin, *Psikologi Klinis*.,390.

- f. Mekanisme feedback (umpan-balik) membantu mengembalikan keseimbangan yang terganggu;
- g. Metode-metode yang digunakan untuk mengembalikan keseimbangan dapat menimbulkan masalah dalam sistem yang tidak sehat;
- h. Intervensi difokuskan pada sistem dan bukan pada individu-individu dalam sistem.

## 2. Jenis-jenis Terapi Keluarga

### a. Terapi Keluarga Eksperiensial

Kerangka umumnya adalah kejadian saat ini yaitu data terkini dan dari pengalaman yang diobservasi secara langsung. Tujuan dari terapi ini adalah insight, kematangan psikoseksual, penguatan fungsi ego, pengurangan gejala patologis, dan memuaskan lebih banyak relasi obyek. Aturan dari proses ketidaksadaran adalah pilihan bebas dan kesadaran akan kemampuan diri lebih penting daripada motivasi yang tidak disadari. Fungsi utama dari terapis adalah sebagai fasilitator aktif pada potensi-potensi untuk pertumbuhan dan menyediakan keluarga pada pengalaman baru.

Jenis-jenis terapi yang digunakan dalam pendekatan *experiential* atau *humanistic* adalah sebagai berikut<sup>25</sup>:

#### 1) Terapi pengalaman (*Experiential or symbolic family therapy*)

Menggunakan pendekatan non-teoritis dalam terapi tetapi lebih menekankan pada proses, yaitu sesuatu yang terjadi selama tahapan terapi

---

<sup>25</sup>Ummu Hany Almasitoh, *Model Terapi Dalam Keluarga* (Klaten: UNWIDHA, Tt), 32.

keluarga dan bagaimana setiap orang mengalami perasaan-perasaan dan perubahan pada perilakunya.

2) *Gestalt family therapy*

Menekankan pada pengorganisasian diri secara menyeluruh. Fokus utamanya adalah membantu individu melalui transisinya dari keadaan yang selalu dibantu oleh lingkungan ke keadaan mandiri (*self support*).

3) Humanistik

Terapis berperan dalam memperkaya pengalaman keluarga dan memperbesar kemungkinan setiap anggota keluarga untuk menyadari keunikan dan potensi mereka yang luar biasa.

4) Pendekatan proses atau komunikasi

Terapis dan keluarga bekerjasama untuk menstimulasi proses *healing-promoting*. Pendekatan yang digunakan adalah mengklarifikasi adanya ketidaksesuaian dalam proses komunikasi diantara anggota keluarga.

b. Bowenian

Kerangka umumnya dari Bowen adalah mengutamakan masa kini dan tetap memperhatikan latar belakang keluarga. Tujuan terapi adalah memaksimalkan diferensiasi diri pada masing-masing anggota keluarga. Aturan dari ketidaksadaran adalah konsep terkini yang menyatakan konflik yang tidak disadari meskipun saat ini tampak pada masa interaktif. Fungsi utama dari terapis adalah langsung tapi tidak konfrontasi dan dilihat melalui penyatuan keluarga. Bowen mencoba menjembatani antara pendekatan yang berorientasi pada psikodinamika yang menekankan pada perkembangan diri,

isu-isu antar generasi dan peran-peran masa lalu dengan pendekatan yang membatasi perhatian pada unit keluarga dan pengaruhnya dimasa kini.

Bowen menggunakan delapan konsep dalam sistem hubungan emosional dalam keluarga, yang digunakan Bowen untuk menganalisis kasus adalah sebagai berikut<sup>26</sup>:

- 1) Perbedaan individu
- 2) Triangulasi
- 3) Sistem emosional keluarga
- 4) Proses proyeksi keluarga
- 5) Pemutusan emosional
- 6) Proses penularan multigenerasi
- 7) Posisi saudara kandung
- 8) Regenerasi masyarakat

c. Terapi Keluarga Komunikasi dan Satir

Ciri khas pendekatan terapi keluarga ini adalah kenaikan *self esteem* anggota keluarga sebagai sarana untuk mengubah sistem interpersonal keluarga. Pendekatan-pendekatan ini mengasumsikan keberadaan keterkaitan antara *self esteem* dan komunikasi, dimana kualitas yang satu mempengaruhi kualitas yang lain. Keluarga dilihat sebagai sistem holistik yang peran anggota-anggotanya mempengaruhi fungsi keluarga melalui pengaruh yang mereka berikan pada aturan, proses komunikasi, dan respon terhadap stres.

---

<sup>26</sup>Ibid, 33.

Tujuan dari pendekatan ini adalah meningkatkan kematangan keluarga. Adapun penanganan yang dilakukan oleh terapis yaitu (a) memfasilitasi penciptaan harapan dalam keluarga; (b) memperkuat keterampilan *coping* keluarga; (c) memberdayakan setiap individu dalam keluarga itu agar dapat menentukan pilihan dan bertanggung jawab terhadap pilihan yang diambilnya; (d) memperbaiki kesehatan masing-masing anggota keluarga dan kesehatan dalam sistem keluarga tersebut<sup>27</sup>.

#### d. Terapi keluarga Milan

Pada pendekatan ini seorang individu terlibat dalam interaksi-interaksi resiprokal yang menyebabkan evolusi berkelanjutan dalam keluarga. Masalah yang tampak dianggap merupakan fungsi keluarga dan bukan sebagai gejala-gejala patologis yang melekat pada individu tertentu. Perubahan sering dilihat sebagai sebuah proses relatif acak dan tidak berkelanjutan, yang dapat dipengaruhi dengan cara menstimulasi anggota-anggota keluarga agar mengubah kognisi, persepsi, atribusi dan makna-makna yang disimpulkannya sebagai cara untuk memperbaiki hasil dari sistem keluarga itu.

Tugas terapis pada pendekatan ini adalah membantu keluarga menemukan aturan permainan keluarga itu dan memberdayakan mereka untuk merubah aturan itu agar keluarga berfungsi lebih baik. Selama proses ini seorang terapis bersikap netral dan memfasilitasi atau memandu proses terapi, bukan menjadi bagian yang terorganisir dalam sistem keluarga itu<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup>Sunberg, dkk, *Psikologi Klinis*.,391.

<sup>28</sup>Ibid, 393.

e. Terapi Keluarga Konstruktif atau Naratif

Pendekatan terapi ini lebih pada perkembangan makna atau cerita tentang kehidupan orang dan peran yang dimainkan orang dalam kehidupannya. Masalah dilihat sebagai cerita tentang diri sendiri yang disetujui oleh individu dan keluarga untuk diceritakan kepada terapis, dan cerita-cerita itu merefleksikan makna yang diberikan oleh para anggota secara individual atau oleh keluarga pada kejadian-kejadian yang mereka alami dalam kehidupannya, dan riwayat hidup keluarga itu. Cerita-cerita inilah yang menjadi fokus intervensi.

Fokus pendekatan ini adalah pada perubahan proses-proses evaluasi dan pemaknaan yang dilakukan oleh seluruh anggota keluarga dan sistem keluarga itu sendiri dengan tujuan memperbaiki fungsi unit keluarga secara keseluruhan dan mengurangi kepedihan dan penderitaan.<sup>29</sup>

f. Terapi Keluarga Berfokus Solusi

Pendekatan terapi keluarga ini berasumsi bahwa perubahan merupakan suatu yang tak terhindarkan dan menjadi bagian kehidupan yang konstan baik bagi individu maupun keluarga, dan berusaha memfokuskan keluarga ke dalam bidang-bidang yang dapat diubah dan memfokuskan pada yang mungkin, bukan yang tidak mungkin. Pendekatan ini berusaha mengambil kekuatan dan kompetensi yang sudah ada dalam keluarga itu dan memanfaatkannya serta memfasilitasi kesuksesan yang berkelanjutan dan terus meningkat.

---

<sup>29</sup>Ibid.

Merumuskan tujuan untuk keluarga, merupakan cara untuk menanganimasalah-masalah yang sedang terjadi, tujuan-tujuan itu akan sangat berguna bila bersifat spesifik, dapat diukur,realistis, dan menantang. Tujuan-tujuan ini kemudian direalisasikan melalui perubahan persepsi keluarga pada cara pandangnyaterhadap dunia, persepsi, dan perilaku anggota keluarga sementara mereka berusaha mencari solusi untuk isu yang muncul<sup>30</sup>.

g. Terapi Keluarga Strategik

Terapi keluarga strategik lebih tertarik pada perubahan perilaku daripada perubahan pemahaman atau *isight*. Konskuensinya para ahli terapi keluarga strategik lebih banyak berkonsentrasi pada teknik daripada teori, dan pada dihasilkannya solusi-solusi baru untuk masalah-masalah yang dhadapi oleh keluarga. Terapis strategik biasanya berasumsi bahwa keluarga mampu menghadapi perubahan-perubahan cepat terapis memiliki tanggungjawab tertentu dalam proses perubahan itu. Model terapi keluarga ini berasumsi bahwa keluarga pada dasarnya adalah sistem yang dijalankan berdasarkan aturan-aturan dan bahwa berbagai kesulitan dan kekuatan hanya dapat dipahami dalam konteks ini.

Tujuan keseluruhan terapi keluarga strategik adalah solusi masalah yang dikemukakan oleh keluarga itu dengan merencanakan intervensi-intervensi yang menangani berbagai masalah dalam konteks sosial keluarga secara yang memadai. Disamping itu, model strategik ini juga menganggap

---

<sup>30</sup>Ibid, 393.

pentingnya fasilitas perpindahan keluarga dan individu-individu dalam keluarga ke fase siklus kehidupan berikutnya.

Menurut Jay Haley sebagaimana dikutip Sunberg, salah seorang terapis strategik yang sukses, adalah dengan menggunakan lima tahap dasar terapi keluarga strategik. Lima tahap dasar tersebut adalah: 1) tahap sosial, dimana seorang klinisi berbicara dengan setiap anggota keluarga dan memperlakukannya seperti perlakuan tuan rumah kepada tamu dalam sebuah pertemuan sosial; 2) tahap masalah, terapis melontarkan beberapa pertanyaan spesifik tentang masalah-masalah yang dialami dalam keluarga; 3) tahap interaksi, terapis mengumpulkan anggota-anggota keluarga itu untuk mendiskusikan masalah-masalah keluarga sambil mengobservasi proses interseksional keluarga itu; 4) tahap penetapan tujuan merupakan sesi dimana terapis mendefinisikan secara operasional tujuan-tujuan yang diinginkan oleh keluarga itu; (5) tahap penetapan tugas, tugas terapis adalah memberikan berbagai intruksi berupa pola-pola perilaku atau pekerjaan rumah yang harus dikerjakan oleh masing-masing anggota keluarga diluar sesi terapi<sup>31</sup>.

#### h. Terapi Keluarga Struktural

Terapi keluarga struktural lebih menekankan pada pentingnya proses daripada isi dan melihat struktur keluarga sebagai struktur yang terdiri atas sejumlah transaksi komunikasi keluarga. Terapi keluarga struktural menelaah sub sistem, batas-batas, koalisi-koalisi dan kebiasaan-kebiasaan yang dipakai keluarga dalam memecahkan masalah. Pendekatan dalam terapi

---

<sup>31</sup>Ibid, 394.



ini bergerak maju melalui tiga langkah umum yaitu: 1) terapis berusaha bergabung dan diakomodasi oleh sistem keluarga, hal ini biasanya mengharuskan terapis untuk menyesuaikan diri dengan proses komunikasi dan persepsi dari keluarga klien; 2) proses diagnosa struktural, dimulai dengan proses bergabung dengan keluarga dan berlanjut di sepanjang keterlibatan terapis, dalam proses ini biasanya membutuhkan observasi terus-menerus terhadap keluarga pasien dan reformulasi hipotesis yang terus-menerus tentang struktur keluarga beserta kualitas dan fungsi transaksinya; 3) proses terapeutik bergerak maju, terapis struktural berusaha menggunakan intervensi-intervensi yang akan menghasilkan struktur sistem keluarga yang baru, yang mampu mengatasi stres kehidupan yang dihadapi oleh keluarga dan anggota-anggota keluarga yang efektif.

i. Terapi Behavioral dan Kognitif Behavioral

Terapi dengan pendekatan ini berfokus pada fungsi-fungsi perilaku dan kognisi. Terapis mengajari keluarga untuk mengakses tindakan dan pola pikirnya sendiri dan konsekuensi-konsekuensi yang membuat tindakan atau pola pikir mereka bertahan atau diulangi. Keluarga juga diajari untuk mengganti perilaku-perilaku yang maladaptif dengan perilaku yang adaptif. Langkah-langkah ini sering kali diselesaikan dengan mengajarkan keterampilan komunikasi, keterampilan mengatasi masalah, strategi resolusi konflik, menjalin kontrak, negosiasi dan pemanfaatan berbagai penguatan perilaku atau kognisi yang sehat bagi keluarga klien. Keluarga juga sekaligus didorong untuk mengurangi penguatan pola-pola perilaku dan kognitif yang

maladaptif, seraya mempertahankan tingkat penguatan intrakeluarga yang tinggi untuk tindakan-tindakan dan pikiran-pikiran yang adaptif<sup>32</sup>.

j. Terapi Keluarga Psikodinamik dan Relasi Obyek

Tipe terapi ini difokuskan pada latar belakang intrapsikis dari masing-masing anggotanya, hubungan mereka di masa lalu terutama dengan orang tuanya dan berbagai ingatan konflik di awal kehidupan lainnya. Banyak pengalaman awal yang berdampak pada pada proses sadar maupun tak sadar dalam fungsi keluarga. Tujuan utama dari pendekatan ini adalah untuk membuat pola-pola yang berlaku dalam keluarga yang tidak disadari menjadi pola-pola yang disadari. Terapi keluarga relasi objek akan mengembangkan aliansi terapeutik dan kemudian menelaah pertahanan resistensi keluarga secara sistematis, membantu anggota keluarga untuk menginternalisasikan objek-objek yang adaptif dan untuk membangun hubungan-hubungan yang lebih efektif<sup>33</sup>.

3. Desain intervensi keluarga dalam upaya penyembuhan penderita gangguan Skizofrenia.

Terapi keluarga merupakan cara untuk mengetahui permasalahan seseorang, memahami perilaku, perkembangan simtom dan cara pemecahannya dalam sistem keluarga<sup>34</sup>. Dalam terapi keluarga, yang menjadi unit perawatan adalah keluarga bukan individu. Terapi keluarga bertujuan untuk membantu keluarga-keluarga yang mengalami kesulitan untuk

---

<sup>32</sup>Ibid, 385.

<sup>33</sup>Ibid, 395.

<sup>34</sup>Almasitoh, *Model Terapi Dalam Keluarga*, 31.

mengatasi konflik dan masalah dengan cara-cara yang tidak hanya membantu keluarga untuk berfungsi dengan baik sebagai suatu unit, tetapi juga membantu setiap anggota keluarga untuk menanggulangi secara lebih efektif dengan mereduksikan stres yang ditimbulkan oleh konflik keluarga<sup>35</sup>.

Dalam terapi keluarga, anggota keluarga dibantu untuk berkomunikasi secara lebih efektif dan untuk mengurangi perbedaan pemikiran dalam keluarga. Konflik-konflik dalam keluarga sering muncul pada suatu saat dalam kehidupan keluarga, bila pola-pola dalam keluarga berubah karena adanya perubahan salah seorang anggota keluarga atau lebih. Konflik dalam keluarga berpengaruh terhadap keluarga sebagai keseluruhan dan juga untuk setiap anggota keluarga. Para anggota keluarga dengan harga diri yang rendah mungkin tidak mampu menahan sikap dan tingkah laku yang berbeda dari anggota-anggota yang lain, dan tetap berusaha keras untuk berubah atau berkembang kearah yang lebih bebas.

Para terapis keluarga bekerjasama dengan keluarga untuk memecahkan konflik-konflik ini dan membantu mereka berkembang kearah otonomi dan kebebasan yang lebih besar<sup>36</sup>.

Menurut Davision dan Snale sebagaimana di kutip Fausiah Fitri, beberapa hal yang dapat dilakukan pada terapi keluarga dalam menangani gangguan Skizofrenia adalah: 1) memberikan pendidikan tentang Skizofrenia termasuk simtom dan tanda-tanda kekambuhannya; 2) memberikan informasi

---

<sup>35</sup>Semiun, Yustinus. *Kesehatan Mental3* (Yogyakarta: Kanisius, 2006), 565.

<sup>36</sup>Ibid, 566.

tentang dan memonitor efek pengobatan dengan antipsikotik; 3) menghindari saling menyalahkan dalam keluarga; 4) meningkatkan komunikasi dan keterampilan memecahkan masalah dalam keluarga; 5) mendorong pasien dan keluarga atau mengembangkan kontak sosial mereka, terutama berkaitan dengan jaringan pendukung; 6) meningkatkan harapan bahwa segala sesuatu akan membaik, dan pasien mungkin tidak harus kembali ke rumah sakit.

Menurut Lauriello sebagaimana dikutip Sunberg bahwa intervensi-intervensi psikoterapeutik keluarga penderita Skizofrenia dapat dilakukan dengan memberikan edukasi kepada anggota keluarga pasien tentang Skizofrenia, memberikan dukungan kepada anggota keluarga pasien, dan menyediakan pelayanan intervensi krisis. Intervensi-intervensi itu menawarkan *skill building* untuk mengatasi masalah dan komunikasi kepada seluruh anggota keluarga. Intervensi-intervensi ini ditemukan efektif dalam preventi dan penundaan kekambuhan dan berkaitan dengan peningkatan fungsi secara keseluruhan dari pasien Skizofrenia maupun keluarganya<sup>37</sup>.

Dalam penelitian ini prinsip yang dipakai dalam intervensi keluarga adalah modifikasi dari pendapat Lauriello, Davision dan Snale yaitu psikoedukasi terkait Skizofrenia, informasi dan monitoring obat antipsikotik, penerimaan keluarga, komunikasi dan kemampuan problem solving keluarga, pengembangan kontak sosial, dukungan keluarga, harapan terhadap masa depan dan *skill building*.

---

<sup>37</sup>Sunberg, dkk, *Psikologi Klinis*.,280.

## C. Keluarga

### 1. Pengertian keluarga

Di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, keluarga adalah ibu bapak dengan anaknya, satuan kekarabatan yang sangat mendasar dimasyarakat.<sup>38</sup> Scaff dan Bowen mengartikan keluarga sebagai suatu sistem yang berisi sejumlah relasi yang berfungsi secara unik. Hakikat dari keluarga adalah relasi yang terjalin antar individu-individu, yang merupakan komponen-komponennya. Jadi setiap anggota keluarga terhubungkan satu sama lain dalam suatu matriks relasi yang kompleks. Relasi yang sangat terkait ini dapat dipahami bahwa bila salah satu anggota keluarga tertimpa suatu masalah maka dampaknya akan mengenai seluruh anggota keluarga yang lain<sup>39</sup>.

Pembentukan kepribadian terjadi dalam matrik keluarga ini. Oleh karena itu relasi-relasi yang ada dalam keluarga akan berpengaruh pada kepribadian individu. Terdapat dua hal yang penting dalam pembentukan kepribadian sehat yaitu ruangan psikologis dalam keluarga yang memadai dan adanya relasi yang mendalam antar anggota keluarga<sup>40</sup>.

Seorang bayi yang berkembang dalam keluarga yang memiliki ruang psikologis dan hubungan keluarga yang memadai, bagaikan bibit yang ditanam ditanah yang subur. Potensi dirinya akan berkembang dengan baik, sehingga menjadi kepribadian yang matang, unik dan *well adjusted* dengan

---

<sup>38</sup>Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* (Jakarta: Balai Pustaka, 1996), 471.

<sup>39</sup>Iman Arif Setiadi. *Skizofrenia: Memahami Dinamika Dalam Keluarga Pasien*. (Bandung: PT. Refika Aditama, 2006), 49.

<sup>40</sup>Ibid, 7.

lingkungannya. Karena keberadaannya telah mendapat respon yang memadai dan ia mampu menjalin relasi hangat dan penuh kasih dalam keluarga, maka ia akan menjadi pribadi yang juga mampu menghargai orang lain dan membina relasi yang hangat dengan orang lain<sup>41</sup>.

## 2. Bentuk-bentuk keluarga

Keluarga dibagi menjadi menjadi tiga kategori yaitu:

- a. Keluarga inti, yang terdiri dari bapak, ibu dan anak-anak, atau hanya ibu atau bapak atau nenek dan kakek.
- b. Keluarga inti terbatas, yang terdiri dari ayah dan anak-anaknya, atau ibu dan anak-anaknya.
- c. Keluarga luas (*extended family*), yang memiliki ragam cukup banyak seperti rumah tangga nenek yang hidup dengan cucu yang masih sekolah, atau nenek dengan cucu yang telah kawin, sehingga istri dan anak-anaknya hidup menumpang juga<sup>42</sup>.

## 3. Fungsi Keluarga

Menurut Soewaryo Wangsanegara, sebagaimana dikutip Abu Ahmadi, fungsi-fungsi keluarga meliputi beberapa hal, sebagai berikut<sup>43</sup> :

- a. Pembentukan kepribadian. Di dalam lingkungan keluarga, para orang tua meletakkan dasar-dasar kepribadian kepada anak-anaknya, dengan tujuan untuk memproduksi serta melestarikan kepribadian mereka dengan anak cucu dan keturunannya. Mulai sejak anak-anak tertatih-tatih belajar berjalan sampai dengan usia sekolah dengan penuh kesadaran dan rasa tanggung

<sup>41</sup>Ibid,10.

<sup>42</sup>Mufidah, *Psikologi Keluarga Berwawasan Gender* (Malang: Malang Press, 2008), 40.

<sup>43</sup>Abu Ahmadi, *Ilmu Sosial Dasar* (Jakarta: Rineka Cipta, 1991), 91.

jawab, lingkungan keluarga yang bertitik sentral pada ayah dan ibu secara intensif membentuk sikap dan kepribadian anak-anaknya.

- b. Erat kaitanya dengan pembentukan kepribadian keluarga juga berfungsi sebagai alat reproduksi kepribadian-kepribadian yang berakar dari etika, estetika, moral keagamaan, dan kebudayaan yang berkorelasi fungsional dengan sebuah struktur masyarakat tertentu.
- c. Keluarga merupakan eksponen dari kebudayaan masyarakat, karena menempati posisi kunci. Keluarga adalah sebagai jenjang dan perantara pertama dalam transmisi kebudayaan.
- d. Keluarga berfungsi sebagai lembaga perkumpulan perekonomian. Dalam fungsi ini maka orang tua diwajibkan untuk berusaha keras agar seluruh anggota keluarga dapat terpenuhi kebutuhan primernya.
- e. Keluarga berfungsi sebagai pusat pengasuhan dan pendidikan.

#### **D. Skizofrenia**

##### **1. Pengertian Skizofrenia**

Menurut Chaplin J.P., *Schizophrenia* adalah istilah suatu nama umum untuk sekelompok reaksi psikotis, dicirikan dengan pengunduran atau pengurangan diri, gangguan pada kehidupan emosional dan afektif, dan bergantung pada tipe dan adanya halusinasi, delusi, tingkah laku negativistis, dan kemunduran atau kerusakan yang progresif.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup>J.P. Chaplin, *Kamus Lengkap Psikologi*, terj. KartiniKartono, (Jakarta : RajaGrafindo Persada, 2011), 446.

Drake Ralcigh mengatakan bahwa Skizofrenia adalah suatu kekacauan mental fungsional (penyebabnya tidak berhubungan dengan faktor-faktor organis) yang mengakibatkan kepribadian kasar.<sup>45</sup>

Di Dalam buku Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ) III, Skizofrenia diartikan sebagai suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau “*deterriorating*”) yang luas serta sejumlah akibat yang bergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi serta oleh efek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu berkembang kemudian.<sup>46</sup>

## 2. Tipe-Tipe Skizofrenia

### a. Skizofrenia Tipe Hiberfrenik

Pada tipe ini kekacauan pikiran sangat menonjol yang tampil dalam bentuk autisme (gejala menutup diri secara total dan tidak mau berhubungan lagi dengan dunia lain) yang jelas, inkoherensi (berbicara kacau dan tidak bisa dimengerti). Waham-waham yang tidak beraturan. Halusinasi dan delusinya biasanya bersifat aneh-aneh, pendek-pendek dan cepat berganti-ganti. Emosinya datar dan tidak teratur atau serasi. Sering tertawa seperti

---

<sup>45</sup>Dadang Hawari, *Al-Qur'an; Ilmu Kedokteran Jiwa Dan Kesehatan Jiwa*, (Yogyakarta : PT. Dana Bhakti Prisma Yasa, 1997), 307.

<sup>46</sup>Rusdi Maslim, *Diagnosa Gangguan Jiwa PPDGJ III* (Jakarta: Direktorat Kesehatan RI, 2007), 46.



anak kecil, suka tersenyum dengan wajah dungu, senang berkaca, mudah tersinggung atau sangat iritabel, sering dihinggapi sarkasme (sindiran tajam) dan menjadi meledak-ledak marah tanpa suatu alasan<sup>47</sup>.

b. Skizofrenia Tipe Katatonik

Gangguan tingkah laku dan bicara mirip gejala yang menonjol. Ada dua sub tipe, yaitu; stoper (membisu, mematung, amat berkurangnya dalam aktifitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktifitas spontan) dan gaduh, gelisah (tampak jelas aktifitas motorik) yang tidak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal<sup>48</sup>.

Kedua keadaan tersebut bisa terjadi silih bergantian pada seseorang penderita. Pada keadaan gaduh, gelisah, penderita dapat mencederai dirinya sendiri atau orang lain. Sedangkan pada keadaan membisu, mematung, perlu diperhatikan kondisi jasmaninya. Karena penderita mungkin butuh waktu cukup lama, menolak makan, minum, atau menahan buang air besar atau buang air kecil<sup>49</sup>. Penyakit ini biasanya dimulai pada usia 15 sampai 40 tahun<sup>50</sup>.

c. Skizofrenia Tipe Paranoid

Pada jenis ini waham tampak menonjol, terutama waham kejar atau curiga dan waham kebiasaan. Disertai macam-macam ilusi dan halusinasi terus menerus berganti coraknya dan tidak teratur sifatnya. Pasien tampak lebih waras dan tidak sejanjil jika dibandingkan dengan penderita

---

<sup>47</sup>Kartini Kartono, *Psikologi Abnormal Dan Abnormalitas Seksualitas* (Bandung: C.V. Mandar Maju, 1989), 196.

<sup>48</sup>Rusdi Maslim, *Diagnosa Gangguan Jiwa*, 122.

<sup>49</sup>ibid, 124.

<sup>50</sup>H. G Morgan, *Segi Praktis Psikiatri Edisi II*, (Jakarta: Binarupa Aksara, 1991), 43.

Skizofrenia jenis lainnya. Akan tetapi biasanya bersikap sangat bermusuhan terhadap siapapun juga<sup>51</sup>.

#### d. Skizofrenia Tipe Residual

Orang-orang yang mengalami gangguan Skizofrenia residual adalah orang yang sekurang-kurangnya memiliki riwayat satu episode psikotik yang jelas pada masa lampau dan sekarang memperlihatkan beberapa tanda Skizofrenia seperti emosi yang tumpul, menarik diri dari orang-orang lain atau masyarakat, bertingkah laku eksentrik, atau mengalami gangguan pikiran, tetapi simtom-simtom ini pada umumnya tidak begitu kuat. Biasanya didapatkan ketidakserasian atau penumpukan emosi. Asosiasi pikirannya terganggu, sementara waham dan halusinasi biasanya tidak menonjol.<sup>52</sup>

### 3. Faktor Penyebab Skizofrenia

#### a. Faktor Biologis

Aspek herediter dan konstitusi mental jasmaniah yang diwarisi dari orang tua atau generasi sebelumnya yang psikotis.<sup>53</sup> Kemudian disebabkan karena bermacam-macam proses biokimia dan proses fisiologi syaraf. Disamping itu, sebab-sebab organis ada perubahan atau kerusakan pada sistem syaraf sentral. Juga terdapat gangguan-gangguan pada sistem kelenjar adrenal mengalami *atrofi* berat. Dapat juga disebabkan oleh proses

---

<sup>51</sup>Kartini Kartono, *Higiene Mental*, (Bandung: C.V Mandar Maju, 2000) 134.

<sup>52</sup>Maslim, *Pedoman Penggolongan*, 124.

<sup>53</sup>Kartini Kartono, *Patologi Sosial 3 Gangguan Kejiwaan* (Jakarta : PT Raja Grafindo Persada, 2002), 242.

*klimaktering* dan gangguan menstruasi. Semua gangguan tadi menyebabkan degenerasi pada energi fisik dan mentalnya.<sup>54</sup>

Karena terdapat beberapa efek organis (cacat jasmaniah), biasanya timbul perasaan tidak mampu. Dia selalu menghindarkan diri dari realitas. Mengembangkan kebiasaan dan pola hidup yang salah, misalnya pengembangan ilusi, angan-angan dan pikiran yang salah. Halusinasi dan delusi-delusi, perasaan curiga, benci dan agresif, sehingga dia menjadi eksplosif, meledak-ledak dan sangat berbahaya. Sebab biasanya bisa melukai dan membunuh orang-orang disekitarnya. Dia menjadi jorok, sama sekali tidak menghiraukan diri sendiri.<sup>55</sup>

#### b. Faktor Psikososial

Dalam kehidupan sehari-hari, banyak kebutuhan biologis yang terpaksa dikekang demi kebahagiaan atau demi kesejahteraan hidup bersama. Misalnya kebutuhan-kebutuhan vital harus diatur, makanan terpaksa diransum, nafsu seks dibantai, nafsu memiliki dikekang dan lain-lain. Pada orang tua bisa disebabkan konflik dengan anak-anaknya, karena masing-masing ingin mempertahankan pola kehidupan, gaya hidup, adat kebiasaan, norma dan standar penilaian sendiri.<sup>56</sup>

Adanya pengalaman traumatik dimasa kecil, proses belajar yang salah dalam mengatasi masalah hidup dan dalam mengemban peran sosial.<sup>57</sup>

Untuk sekelompok orang-orang tertentu peraturan, larangan, dan norma-

---

<sup>54</sup>Ibid, 244.

<sup>55</sup>Ibid.

<sup>56</sup>Ibid, 30.

<sup>57</sup>A. Supratiknya, *Mengenal Perilaku Abnormal* (Yogyakarta: Kanisius, 1995), 74.

norma yang sudah dibakukan secara sah dirasakan sebagai suatu kondisi yang mengikat atau membelenggu dirinya. Bahkan dirasakan sebagai himpitan beban yang menyebabkan tekanan batin, stres dan penderitaan lahir batin dan lambat laun kejadian tersebut berkembang menjadi gangguan penyakit mental<sup>58</sup>.

c. Faktor Sosiokultural

Kondisi lingkungan, kebudayaan dan sosial itu saling mempengaruhi yang kerap kali bisa mencetuskan situasi-situasi yang menekan dan menyulitkan manusia. Macam-macam konflik yang luas dalam masyarakat berupa konflik antar individu dan masyarakat. Konflik antara nilai dan tingkah laku diantara dua kelompok sosial atau lebih. Konflik-konflik batin dalam diri pribadi sebagai akibat dari partisipasinya dalam beberapa kelompok sosial maupun perorangan. Sehingga orang menjadi ketakutan dan mengalami ketegangan batin yang tidak bisa diintegrasikan dalam kehidupan.

Norma-norma modern juga sering berkonflik dengan norma-norma tradisional dan konvensional. Tidak ada lagi persetujuan diantara anggota masyarakat mengenai tata kehidupan dan norma keadilan. Tak ada lagi keserasian hidup bersama. Hilang hubungan intim dengan relasi sosial, berkembanglah kemudian paham individualisme dan egoisme yang menonjolkan kepentingan sendiri.

---

<sup>58</sup>Kartini Kartono, *Patologi Sosial* 3, 31.

Kontak-kontak sosial menjadi steril, tanpa afeksi dan emosi tanpa perasaan belas kasih. Relasi sosial menjadi berkeping-keping dalam bentuk fraksi-fraksi dan sekte-sekte yang sangat fanatik dan mementingkan ambisi sendiri. Semua ini mengakibatkan banyak ketakutan dan frustrasi pada anggota masyarakat umumnya. Lalu menumbuhkan rasa tidak aman, ketakutan dan kecemasan.<sup>59</sup>

#### 4. Gejala-gejala Skizofrenia

Gejala-gejala atau simtom pada penderita Skizofrenia dibagi menjadi dua, yakni simtom positif dan simtom negatif.

##### a. Gejala Positif.

##### 1) Simtom Kognitif.

Simtom ini sangat penting dan jelas, simtom ini meliputi delusi, halusinasi, disorganisasi pikiran, dan pembanjiran kognitif. Delusi merupakan keyakinan-keyakinan yang salah dan tidak rasional serta begitu melekat pada pikiran penderita, sehingga tidak mungkin lagi berubah. Hal-hal yang tidak rasional itu biasanya terungkap dalam ide-ide referensi, delusi dikejar-kejar, dan delusi kemegahan<sup>60</sup>.

Salah satu tanda penyakit mental yang paling awal dan sangat sering dilihat oleh keluarga penderita ialah kecenderungan untuk memberikan arti yang besar pada peristiwa-peristiwa yang tidak penting, dan ia tetap berpendapat bahwa peristiwa-peristiwa tersebut ada hubungan istimewa dengan dirinya.

---

<sup>59</sup>Ibid, 31.

<sup>60</sup>Yustinus semiun, *Kesehatan Mental3* (Yogyakarta: Kanisius, 2006),23.

Halusinasi penderita mengungkapkan pengalamannya tentang kenyataan secara salah dan sama sekali tidak tetap, seperti mendengar, mencium, atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Macam-macam dari halusinasi ini adalah halusinasi pendengaran (*auditory hallucination*), halusinasi pembauan (*olfactory hallucination*), halusinasi rasa (*gustatory hallucination*), halusinasi penglihatan (*visual hallucination*), dan halusinasi perabaan.

Disorganisasi pikiran, penderita Skizofrenia mengalami disorganisasi pikiran dimana pikiran-pikirannya kehilangan hubungan asosiatif sehingga pikiran-pikirannya menjadi tidak relevan, yakni tidak ada hubungan antara pikiran yang satu dengan pikiran yang lain. Sehingga sangat sulit mengikuti jalan pikirannya, serta akibatnya komunikasi yang efektif hampir tidak mungkin baginya.

Pembanjiran Kognitif, penderita Skizofrenia memiliki perhatian yang meluas yang mengakibatkan apa yang dinamakan sarat dengan stimulus. Banyak dari penderita Skizofrenia tidak bisa menyaring stimulus-stimulus yang datang dari dalam maupun dari luar dirinya. Seolah-olah saringan yang dimiliki semua orang untuk menyaring dan menghilangkan stimulus pada orang yang menderita Skizofrenia sudah rusak. Akibatnya, mereka terpaksa memperhatikan segala sesuatu yang ada di sekitarnya atau ada dalam dirinya sendiri dan merasa seolah-olah kebanjiran dan bahkan juga terbebani oleh persepsi, pikiran, dan perasaan.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup>Ibid, 22-26.

## 2) Simtom-simtom Suasana Hati.

Penderita Skizofrenia secara khas memperlihatkan ketidakmampuan untuk mengalami emosi yang sejati. Dengan kata lain, penderita Skizofrenia mengalami ketumpulan emosi. Sikap apatis, menyendiri, dan melamun merupakan respon terhadap terhadap situasi-situasi yang seharusnya menimbulkan kegembiraan, ketakutan, atau kemarahan. Mereka rupanya tidak mampu mengadakan kontak dengan orang lain. Jika respons emosional benar-benar terjadi, maka respons tersebut mungkin sangat ekstrem dan mirip dengan perasaan gempar, bahkan panik, dan bukannya pengalaman emosional yang khusus. Respons-respons emosionalnya juga tidak terdiferensiasi dan kelihatannya datang silih berganti serta tidak terkendali.

## 3) Simtom-simtom Somatik.

Simtom-simtom yang menarik perhatian adalah rangsangan fisiologis umum seperti denyut jantung, tekanan darah, telapak tangan berkeringat. Tetapi bukti-bukti yang ada tidak konsisten dan bertentangan. Dalam beberapa penelitian ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan Skizofrenia lebih terangsang secara fisiologis dibandingkan dengan orang-orang yang normal. Sedangkan dalam penelitian lain ditemukan bahwa mereka kurang terangsang. Penemuan-penemuan yang bertentangan tersebut mungkin disebabkan oleh tingkat-tingkat rangsangan yang berbeda yang ada kaitannya dengan tipe-tipe Skizofrenia yang berbeda. Halusinasi dan delusi sering menyebabkan gangguan-gangguan somatik (individu mungkin mengalami rasa sakit, sedangkan penyebabnya organiknya tidak ada atau

mungkin merasa bahwa bagian-bagian tubuhnya membusuk). Tapi kita harus hati-hati dan tidak boleh menyamakan simtom-simtom kognitif tersebut dengan simtom-simtom somatik aktual.

4) Simtom-simtom Motor.

Penderita Skizofrenia akan memperlihatkan bermacam-macam tingkah laku yang aneh dan berlebihan. Akan tetapi ada gangguan-gangguan tertentu yang rupanya menjadi ciri khas dari penderita Skizofrenia seperti menyerigai, gerakan-gerakan stereotipis atau tetap (seperti mengusap-usap tangan, menghapus apa saja, menarik rambut, sikap badan yang kaku dan tegang, senyuman yang tampaknya hambar), memerankan halusinasi yang dialami (seperti mendengar dengan penuh perhatian), mengambil posisi yang aneh (sering kali kikuk dan melelahkan).<sup>62</sup>

b. Simtom-simtom Negatif.

1) Avolisi

Merupakan ketidakmampuan untuk memulai atau mempertahankan berbagai macam kegiatan. Penderita gejala ini (yang disebut apathy), menunjukkan minat yang rendah untuk melakukan sesuatu. Bahkan fungsi dasar sehari-hari, termasuk kesehatan pribadi.

2) Alogia

Mengacu pada relatif ketiadaan pembicaraan. Penderita alogia mungkin merespon pertanyaan dengan jawaban-jawaban pendek yang isinya terbatas dan mungkin tampak tidak tertarik untuk bercakap-cakap.

---

<sup>62</sup>Ibid, 26-27.



Defisiensi dalam komunikasi semacam itu diyakini mencerminkan adanya gangguan pikiran negatif dan bukan ketrampilan komunikasi yang tidak adekuat. Sebagian peneliti menyatakan bahwa penderita alogia mungkin mengalami kesulitan untuk menemukan kata-kata yang tepat untuk memformulasikan pikirannya.

### 3) Anhedonia

Adalah ketiadaan perasaan senang yang dialami oleh sebagian penderita Skizofrenia. seperti halnya beberapa gangguan suasana perasaan, anhedonia memberikan isyarat sikap tidak peduli terhadap kegiatan-kegiatan yang biasanya dianggap menyenangkan, termasuk makan, interaksi sosial, dan hubungan sosial.

### 4) Pendataran Afek

Seperempat penderita Skizofrenia memperlihatkan apa yang disebut afek datar. Mereka seperti orang yang mengenakan topeng karena tidak memperlihatkan emosi pada saat mereka mestinya memperlihatkannya. Mereka mungkin akan menatap dengan pandangan kosong, berbicara dengan datar dan tanpa nada, serta nampak tidak terpengaruh oleh segala hal yang terjadi disekitarnya. Tetapi, meskipun tidak bereaksi secara terbuka terhadap berbagai situasi emosional, mereka mungkin memberikan respons secara batiniah.

Efek datar dalam Skizofrenia mungkin mempresentasikan kesulitan dalam mengalami emosi, dan bukan karena mereka tidak berperasaan. Pengekspresian afek atas ketiadaan ekspresi ini mungkin merupakan gejala

penting bagi perkembangan Skizofrenia. Para peneliti membuktikan bahwa anak-anak yang kelak mengembangkan Skizofrenia biasanya memperlihatkan lebih sedikit efek positif dan lebih banyak efek negatif, jika dibandingkan dengan teman-teman seusianya.<sup>63</sup>

**E. Desain Intervensi Keluarga Dalam Upaya Penyembuhan Penderita Gangguan Skizofrenia Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kediri**

Masing-masing dari kita mungkin pernah menyaksikan di jalan-jalan, orang yang berpakaian compang camping bahkan terkadang telanjang, berkulit dekil, rambut *gimbal* atau kasar seperti bertahun-tahun tidak dicuci dan disisir. Jika diperhatikan lebih lanjut, terkadang mereka tampak berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara, terkadang *mengomel* atau marah-marah pada orang-orang disekitarnya tanpa tujuan yang jelas. Melihat hal tersebut biasanya orang-orang langsung menyebutnya “orang gila”, “orang sinting”, “orang edan” dan lain sebagainya. Secara ilmiah, orang semacam ini dikatakan menderita Skizofrenia yaitu suatu gangguan yang dianggap sebagai salah satu gangguan mental yang paling parah<sup>64</sup>.

Hingga sekarang penanganan penderita gangguan Skizofrenia belum maksimal. Penyebab yang pasti gangguan jiwa juga belum ditemukan, selain itu ketidaktahuan keluarga maupun masyarakat terhadap jenis gangguan Skizofrenia menimbulkan pandangan yang negative (stigma) bahwa Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang tidak dapat diobati dan disembuhkan. Hal tersebut di atas menyebabkan penderita gangguan jiwa

<sup>63</sup>V. Mark Durand dan David H. Barlow, *Intisari Psikologi Abnormal Edisi ke Empat*. (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007), 235-236.

<sup>64</sup>Fitri Fausiah dan Julianti Widuri, *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa* (Jakarta: UI Press, 2008), 121.

mengalami perlakuan yang diskriminatif bahkan dilerantarkan dan tidak mendapatkan pertolongan yang memadai.

Informasi diberitakan oleh Radar Kediri berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri menyatakan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa yang di pasung dari tahun 2012 hingga tahun 2014 mengalami peningkatan. Tahun 2012 terdapat 46 orang penderita dan tahun 2013 ada 73 penderita gangguan jiwa<sup>65</sup>. Perlakuan yang kurang tepat ini dilakukan karena keluarga dengan kondisi yang ada bingung harus dengan cara apa memperlakukan pasien agar tidak meresahkan lingkungannya.

Informasi yang diperoleh peneliti dari narasumber BNT, beliau adalah seorang ibu yang memiliki anak penderita gangguan Skizofrenia di Rumah Sakit Bhayangkara, beliau menyatakan bahwa “ketika kondisi anak saya sedang kacau, saya mengikatnya dikamar menggunakan rantai”<sup>66</sup>.

Gangguan Skizofrenia memang permasalahan yang kompleks, karena tidak hanya berdampak pada individu penderitanya tetapi juga bagi orang yang terdekatnya. Biasanya keluarganya yang paling terkena dampak hadirnya gangguan Skizofrenia di keluarga mereka. Selain biaya perawatan tinggi pasien juga membutuhkan perhatian dan dukungan yang lebih dari masyarakat terutama keluarga, sedangkan pengobatan gangguan jiwa membutuhkan waktu yang relative lama, bila pasien tidak melanjutkan pengobatan maka akan mengalami kekambuhan.

---

<sup>65</sup>“Naik, Penderita Sakit Jiwa Dipasung”, *Radar Kediri*, 23 April 2014, 25.

<sup>66</sup>Wawancara dengan BNT, ibu pasien penderita gangguan Skizofrenia, Kediri, 9 Juni 2014.

Menurut Caplan, Sandock dan Grebb, sebagaimana dikutip Fausiah Fitri, diperkirakan tidak lebih dari 10% pasien Skizofrenia yang dapat berfungsi secara baik dengan pendekatan yang hanya menekankan pada obat anti psikotik dan perawatan rumah sakit singkat<sup>67</sup>. Sedangkan 90 % sisanya membutuhkan berbagai pendekatan dinamis termasuk farmakoterapi, terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga dan perawatan rumah sakit dalam penanganan Skizofrenia. Oleh karenanya tidak ada pendekatan tertentu yang dapat disebut sebagai pengobatan untuk Skizofrenia. Semua intervensi yang dilakukan harus disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap pasien<sup>68</sup>.

Peran keluarga sangat penting terhadap pasien gangguan jiwa karena pasien gangguan jiwa sangat memerlukan perhatian dari keluarganya. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat maupun sakit pasien. Apabila keluarga memahami kebutuhan anggota keluarganya yang sakit maka keluarga akan memberikan dukungan untuk melakukan pengobatan. Sebaliknya apabila keluarga tidak memahami kebutuhan anggota keluarganya yang sakit, maka akan memperburuk perjalanan gangguan jiwa karena pasien tidak mendapatkan perhatian dan dukungan serta perlakuan yang semestinya diberikan oleh keluarganya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gracia dan kawan-kawan sebagaimana yang dikutip M.A Subandi bahwa dukungan keluarga pada keturunan Meksiko-Amerika dapat memprediksi penggunaan obat-obatan. Dengan demikian dukungan keluarga yang tinggi dapat

---

<sup>67</sup>Fausiah Fitri dan Julianti Widuri, *Psikologi Abnormal Klinis.*, 131.

<sup>68</sup>Ibid, 132.

meningkatkan rutinitas penggunaan obat-obatan, sehingga kekambuhan dapat dicegah.<sup>69</sup>

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Petty Juliarti dan Sriningsih yang berjudul “Terapi Keluarga Untuk Peningkatan Komunikasi Verbal Pada Orang Dengan Skizofrenia” diperoleh hasil bahwa terapi keluarga berpengaruh terhadap peningkatan komunikasi verbal pada penderita Skizofrenia, bahkan efeknya masih mampu bertahan meskipun sudah lewat fase pemberian terapi. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terapi keluarga merupakan salah satu jenis intervensi yang tepat dikenakan bagi orang dengan Skizofrenia, dalam rangka peningkatan kemampuan komunikasi verbalnya<sup>70</sup>.

Dari informasi yang diperoleh peneliti dari buku dan dari wawancara yang telah dipaparkan di atas peneliti tertarik untuk menyusun desain intervensi (rencana penanganan) keluarga dalam upaya penyembuhan gangguan Skizofrenia. Sebab, peneliti berasumsi bahwa penanganan secara medis saja dirasa tidak cukup untuk menyembuhkan gangguan Skizofrenia jika tanpa diimbangi dengan dukungan sosial yang memadai.

---

<sup>69</sup>M. A Subandi, “Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa”, *Jurnal Psikologi*, 35(Juni 2008), 63-64.

<sup>70</sup>Petty Juniarti dan Sri Ningsih, “Terapi Keluarga Untuk Peningkatan Komunikasi Verbal Pada Orang Dengan Skizofrenia”, *Jurnal Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta*, Tt, 8.