

Kekuatan Keluarga Pada Keluarga Yang Anaknya Mengalami Gangguan Psikosis Episode Pertama

Nelia Afriyeni, Subandi

Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada,
email: neliaafriyeni@yahoo.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana kekuatan keluarga pada keluarga yang anaknya menderita psikosis episode pertama. Penelitian ini melibatkan tiga keluarga dengan empat orang penderita psikosis episode pertama. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi dan penggunaan data rekam medis sebagai tambahan informasi yang dibutuhkan. Data yang didapatkan diolah secara fenomenologis, sehingga didapatkan tema-tema spesifik yang memberikan gambaran tentang kekuatan keluarga tersebut. Penerimaan positif keluarga yaitu keluarga menerima jika salah satu anggota keluarga (anak) mengalami psikosis, mereka selalu berusaha untuk memperoleh pengobatan dan dalam upaya pemulihan; kemampuan menyelesaikan permasalahan; komunikasi yang efektif dan terbuka; kedekatan dan kebersamaan dalam keluarga (berkumpul bersama); dukungan dari keluarga besar seperti terlibat dalam mencari pengobatan dan bantuan finansial; ketaatan dalam beribadah dan saling mendo'akan; sumber daya ekonomi dan status sosial yang dipandang lebih di masyarakat, merupakan karakteristik kekuatan keluarga yang berperan positif dalam mempercepat proses pencarian pengobatan, maupun dalam masa pemulihan anaknya yang menderita psikosis episode pertama.

Kata kunci: *kekuatan keluarga, psikosis episode pertama, stigma, duration of untreated psychosis (DUP)*

Abstract

This research aims to explore the family strengths within the family with first episode psychosis children. This involves four patients who have first episode psychosis within three families. The data collection was conducted through interview, observation, and also the usage of medical recorded data as additional information which was needed. The data were obtained from this research was processed phenomenological. Therefore, it could obtain specific themes which gave a description regarded family's strength of themselves. Moreover, the positive acceptance from the family is very required, e.g the family receives if one member of the family (children) have psychosis, they (family) always try to obtain treatment and recovery effort; ability to solve problems; openness and effective communication; close relationship (gathering together with family); supports from the whole members of the family such as involved to seek medication and financial support; devotion to worship and pray for each other; economical resources and well social status in the community are the strengths' characteristics of the family which have positive roles in helping patients to accelerate treatment's seeking, and psychosis-recovery process for the children with first episode-psychosis.

Keywords: *family strengths, first episode psychosis, stigma, duration of untreated psychosis (DUP)*

Pendahuluan

Jumlah penderita gangguan jiwa terus bertambah, berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2001, sekitar 25 % penduduk dunia mengalami gangguan jiwa dan perilaku (dalam Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, 19 September 2011). Sementara di Indonesia, menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa angka rata-rata penderita gangguan jiwa secara nasional (seperti gangguan mental dan emosional) mencapai 11,6 % atau sekitar 19

juta penduduk yang terjadi pada usia di atas 15 tahun. Sedangkan jumlah gangguan jiwa berat rata-rata sebesar 0,64 % atau sekitar 1 juta penduduk, namun hanya sedikit dari jumlah penderita yang datang ke fasilitas pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Gangguan jiwa atau mental akan mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku seseorang dan gangguan jiwa seperti psikosis merupakan masalah kesehatan mental yang mempengaruhi sebagian besar individu, setidaknya 2 atau 3 % individu akan mengalami episode psikotik pada beberapa

tahap dalam kehidupannya (EPPIC, 2011; Compton & Broussard, 2009; Martens & Baker, 2009). Menurut Compton dan Broussard (2009), psikosis merupakan sebuah kata yang digunakan untuk menggambarkan kondisi mental seseorang saat ia keluar dari sentuhan (touch) dengan kenyataan (reality), misalnya seseorang mungkin mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak ada (halusinasi pendengaran) atau percaya pada hal-hal yang tidak benar (delusi). Lebih lanjut Compton dan Broussard (2009) menjelaskan bahwa psikosis merupakan suatu kondisi medis yang terjadi karena disfungsi dalam otak. Orang yang menderita psikosis memiliki kesulitan memisahkan pengalaman pribadinya yang palsu dengan kenyataan, dan mungkin akan berperilaku aneh atau berisiko tanpa menyadari bahwa mereka melakukan suatu hal yang tidak biasa.

Psikosis dapat terjadi setiap saat dalam kehidupan, tetapi onset atau permulaan terjadinya psikosis, yang sering disebut sebagai psikosis episode pertama biasanya terjadi rata-rata pada masa remaja akhir atau dewasa awal (Compton & Broussard, 2009; Shiers & Smith, 2010; Grano, Lindsberg, Karjalainen, Nroos, & Blomber, 2010; Law, dkk., 2005; Sharifi, Kermani-ranjbar, Amini, Alaghband-rad, Salesian, & Seddigh, 2009). Untuk pria, usia onset mungkin sedikit lebih awal dari pada wanita, rata-rata pria mengalami gejala psikosis pertama kalinya hingga tiga sampai lima tahun sebelum wanita (Compton & Broussard, 2009). Adanya gangguan psikosis akan mengganggu perkembangan remaja dan dewasa awal pada tahap perkembangan yang penting (Addington & Burnett, 2004). Pada rentang usia ini, seseorang akan memulai karirnya dan berusaha mencapai prestasi (Hurlock, 1994), dengan demikian, gangguan psikosis tentu akan menghambat pencapaian karir dan prestasi serta akan berdampak pada penurunan kualitas hidupnya (Law, dkk., 2005).

Addington dan Burnett (2004) mengatakan, bahwa ada masalah psikososial yang muncul akibat timbulnya gangguan psikosis. Masalah psikososial ini akan menjadi beban, menimbulkan kebingungan, ketakutan dan penderitaan akibat pengalaman stigma, rasa malu, isolasi, kehilangan penguasaan dan kontrol, penurunan harga diri, pendidikan atau pekerjaan menjadi terganggu, dan seringkali menimbulkan penurunan kemampuan seseorang untuk terlibat secara penuh dalam keputusan pengobatannya (McGorry, Edwards & Pennell dalam Addington & Burnett, 2004). Selain berdampak pada penderita, psikosis (seperti skizofrenia) juga menimbulkan kepedihan yang mendalam bagi keluarga dan menjadi stressor yang sangat berat yang harus ditanggung keluarga (Torrey dalam Arif,

2006).

Beberapa ahli dan peneliti (dalam McGorry, 2004), menyebutkan bahwa dua isu penting yang berhubungan dengan psikosis episode pertama adalah waktu intervensi dan kualitas intervensi. Waktu intervensi disebut juga sebagai duration of untreated psychosis (DUP) atau terjadinya penundaan dalam mendapatkan pengobatan yang efektif pada psikosis, sedangkan kualitas intervensi berhubungan dengan penyediaan layanan kesehatan yang berkelanjutan secara komprehensif pada fase pengobatan. Secara umum, DUP didefinisikan sebagai rentang waktu antara timbulnya gejala psikotik (seperti mendengar suara-suara, perasaan curiga atau paranoid) sampai dengan dimulainya pengobatan antipsikotik pada psikosis episode pertama (Chen, dkk., 2005; Grano, dkk., 2010; Sharifi, dkk., 2009). Beberapa hasil penelitian (dalam Chen, dkk., 2005) menunjukkan bahwa DUP merupakan target utama dari intervensi awal untuk gangguan psikotik. Semakin cepat dilakukan intervensi bisa mencegah timbulnya psikosis dan dapat mempersingkat DUP (Platz, dkk., 2006). Pendeknya DUP akan meningkatkan outcome pada gangguan psikotik (Sharifi, dkk., 2009), sedangkan lamanya DUP berhubungan dengan lamanya remisi gejala setelah pengobatan dimulai, tingkat kesembuhan menjadi lebih rendah, kemungkinan besar untuk kambuh dan hasil (outcome) dari proses pengobatan secara keseluruhan akan lebih buruk (Marshall, dkk., & Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman dalam Franz, Carter, Leiner, Bergner, Thompson, & Compton, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Grano, dkk. (2010) juga menunjukkan bahwa lamanya DUP berhubungan dengan gejala negatif (seperti apatis, kurangnya perhatian terhadap perawatan diri dan kebersihan, serta menarik diri dari lingkungan sosial). Hal ini diasosiasikan dengan buruknya kualitas hidup, fungsi sosial dan kinerja penderita psikosis. Dengan demikian, jika semakin lama atau terlambat mendapatkan bantuan pengobatan, akan memperpanjang penderitaan orang dengan psikosis tersebut (Tranulis, Park, Delano, & Good, 2009).

Berhubungan dengan pencarian pengobatan, peran keluarga sangatlah penting, karena sebanyak 60-70%, individu yang mengalami psikosis episode pertama masih tinggal serumah dengan keluarga mereka (Addington & Burnett, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh O'Callaghan, dkk. (2010) terhadap penderita psikosis episode pertama yang semakin mempertegas, bahwa keluarga berperan penting dalam mempercepat penerimaan pengobatan yang efektif. Dari penelitiannya diperoleh hasil, kurang dari setengah informannya mencoba mencari pengobatan sendiri, sementara sebanyak 50 % keluarga

yang terlibat langsung dalam mencari pengobatan dan sepertiganya dilakukan oleh keluarga tanpa keterlibatan dari penderita tersebut. Kedekatan keluarga juga terlihat dari budaya masyarakat Indonesia, seperti dalam keluarga Jawa bahwa keluarga merupakan pusat kehidupan bagi anggotanya (Subandi, 2011), sehingga apabila salah satu anggota mengalami psikosis, maka keluarga sebagai orang terdekat yang berusaha mencari pengobatannya walaupun tanpa diketahui oleh individu yang bersangkutan, karena biasanya seseorang kemungkinan tidak mau mengakui kalau dirinya sakit sehingga tidak mau mencari pengobatan. Pendapat yang sama juga dikatakan oleh Lincoln, Harrigan, dan McGorry (dalam De Haan, Welborn, Krikke, & Linszen, 2004), peran keluarga menjadi sangat penting ketika individu yang bersangkutan gagal dalam upaya mencari bantuan awal pada gangguan psikosisnya.

Peran keluarga juga terlihat dari seberapa peka keluarga mempersepsikan perubahan yang terjadi pada anggota keluarga yang lainnya, termasuk mengartikan gejala-gejala psikosis. Penelitian Bergner, Leiner, Carter, Franz, Thompson, dan Compton (2008), telah menemukan bahwa keluarga kemungkinan tidak mengenali gejala-gejala positif dan negatif atau terjadi misatribusi gejala. Sebagai contoh, gejala positif (halusinasi dan waham) dianggap sebagai tingkah laku yang tidak biasa dan berbahaya sehingga dapat berfungsi sebagai katalisator untuk memulai pengobatan, sedangkan gejala negatif (seperti apatis, afek datar, menarik diri, rendahnya dorongan, energi atau motivasi) dianggap sebagai bentuk pemberontakan remaja atau depresi, akibatnya keluarga menganggapnya sesuatu yang biasa terjadi pada remaja, dan merasa tidak perlu mendapatkan pengobatan.

Berhubungan dengan pengobatan, dalam Laporan Kesehatan WHO (dalam Wong, dkk., 2009), disebutkan bahwa stigma merupakan salah satu hambatan terbesar dalam pengobatan gangguan jiwa. Adanya stigma dan rendahnya pengetahuan tentang kesehatan jiwa merupakan penyebab banyaknya penderita tidak menyadari kebutuhan akan layanan kesehatan jiwa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Hal senada juga diungkapkan oleh Wong, dkk. (2009), bahwa stigma dapat mengganggu dalam hal mencari bantuan karena individu menghindari dari label gangguan jiwa dan yang berhubungan dengan perawatan kesehatan jiwa.

Menurut Compton dan Broussard (2009), secara tradisional, stigma merupakan rasa malu yang biasanya berlangsung selamanya dan tentunya stigma memiliki aspek negatif untuk penderita maupun keluarganya.

Seperti yang dijelaskan oleh Goffman (dalam Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010) stigma gangguan jiwa merupakan atribut yang sangat mendiskreditkan, hal ini menjelaskan bahwa stigma dikatakan sebagai hubungan antara atribut dan stereotip. Seperti yang diungkapkan dalam beberapa penelitian (dalam Brown, dkk., 2010), gangguan jiwa merupakan atribut stigmatisasi, meskipun sikap stigma tidak terbatas pada gangguan jiwa, namun penelitian menunjukkan bahwa sikap stigma dari masyarakat umum lebih berat pada orang dengan kondisi kejiwaan dibandingkan dengan cacat fisik.

Stigma gangguan jiwa ini dirasakan oleh anggota keluarga penderita psikosis (Wong, dkk., 2009), dan stigma merupakan beban yang paling umum dialami oleh keluarga (Subandi & Marchira, 2010). Menurut Spaniol, Zipple, dan Lockwood (dalam Addington & Burnett, 2004), beban yang dirasakan keluarga psikosis episode pertama menimbulkan ketidakberdayaan, kemarahan, putus asa dan kecemasan. Perubahan peran secara traumatis juga dirasakan oleh keluarga, apalagi di saat mereka tidak memiliki dukungan dan komunikasi dari profesional kesehatan mental, dan beban ini sering kali merupakan hasil dari penambahan peran pengasuhan (caregiving) dengan peran keluarga yang sudah ada (MacCarthy & Schene dalam Addington & Burnett, 2004). Beberapa penelitian (dalam Addington & Burnett, 2004) juga menunjukkan bahwa banyak hal negatif yang muncul dari pengalaman keluarga sebagai caregiver orang dengan psikosis, seperti tingginya stress pribadi dan psikologis, timbulnya depresi, terjadi isolasi sosial dan gaya koping yang kurang konstruktif di antara anggota keluarga. Selain itu, stress di lingkungan keluarga telah dipelajari menggunakan konsep expressed emotion (EE), yaitu adanya sejumlah komentar kritis, sikap permusuhan atau emosi yang berlebihan pada keluarga, sehingga EE berkontribusi negatif atau dapat meningkatkan kekambuhan pada psikosis (Addington & Burnett, 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh Goulding, Leiner, Thompson, Weiss, Kaslow, dan Compton (2008), menunjukkan aspek positif dari keterlibatan keluarga dan terbukti bahwa kekuatan keluarga (seperti loyalitas, menghormati, kepercayaan, sedikit konflik) memberikan kontribusi terhadap waktu mencari pengobatan. Adanya kekuatan keluarga juga terlihat dari salah satu keluarga yang menjadi subjek penelitian ini. Mereka mengetahui dan menerima jika anak perempuannya menderita gangguan jiwa (psikosis), meskipun mereka mendengar komentar yang tidak baik tentang gangguan yang dialami anaknya tersebut. Mereka tidak mau ambil pusing tentang apa perkataan orang lain. Mereka tetap mengusa-

hakan pengobatan untuk Wd. Berikut pernyataan kepala keluarga di saat pengambilan data awal:

"Ya menurut saya ya itu mbak, bermasalah dengan kejiwaannya. Gangguan jiwa. Kami orang tua bisa ngerti. Ya, semoga lekas sembuh aja anak saya. Kalaupun ada yang bilang, anakmu ini gila, bahasa kasarnya ya... Udah..udah...ra perkara. Cuek aja mbak. Nggak usah dianggap. Sing penting mbak Wd bisa sembuh." (BW, 4 Juni 2012).

Kekuatan keluarga didefinisikan sebagai seperangkat hubungan dan proses yang mendukung dan melindungi keluarga dan anggota keluarga, terutama selama masa kesulitan dan perubahan (Moore, Chalk, Scarpa, & Vandivere, 2002), serta dapat membantu dalam mengobati dan memecahkan masalah yang terjadi pada keluarga tersebut (DeFrain & Asay dalam Olson, DeFrain, & Skogrand, 2011). Penelitian Lee, dkk. (2009) membuktikan bahwa adanya kekuatan keluarga bisa mengurangi keparahan masalah pada anak, meningkatkan kompetensi orang tua dalam menangani masalah anak mereka dan meningkatkan partisipasi keluarga dalam proses pengobatan. Adanya kekuatan keluarga juga bisa mendorong pengembangan potensi yang ada pada anggotanya dan mampu memberikan kontribusi yang efektif dalam kemampuan menangani stress dan krisis (Williams, Lingren, Rowe, Van Zandt, & Stinnett dalam Kraus, Bahyarudin, Arshat, Assim, Juhari, & Yacoob, 2007), seperti halnya ketika salah satu anggota keluarga mengalami stress dan menderita gangguan psikosis.

Olson, dkk. (2011) menjelaskan ada enam karakteristik kekuatan keluarga yaitu tiga merupakan "karakteristik sistem keluarga" (yaitu kohesi, fleksibilitas dan komunikasi) dan tiga berhubungan dengan "karakteristik sosial budaya" (yaitu sistem perluasan keluarga, sistem sosial dan sistem kepercayaan). Namun dari keenam karakteristik atau bentuk kekuatan keluarga tersebut belum tentu sama antara satu keluarga dengan keluarga yang lainnya. Gambaran ini terlihat dari hasil wawancara awal terhadap dua orang bapak yang anaknya mengalami gangguan psikosis episode pertama berikut:

"Ya mbak, sewaktu mbak Wd ini sakit, ada masalah ya bicarakan sama anak-anak. Kami berkumpul dan berembug. Minta pendapat mereka, apa yang terbaik buat adiknya ini, dan kami lakukan bersama." (BW, 4 Juni 2012).

"Secara ekonomi keluarga kami memang susah mbak. Ya seperti mbak lihat. Tapi saya berusaha untuk memenuhi kebutuhan keluarga, bekerja apa saja yang penting hahal. Saya berusaha lebih lagi, tidak menyerah

mbak. Pu, Alhamdulillah sudah bekerja. Untuk Ng saya dorong, dorong carikan kerja. Tanya sana-sini. Biar dia ndak bosan di rumah mbak. Ada kegiatan, jadi nggak stress, nggak gitu lagi lah mbak. Terus, sekarang itu ya saya turuti apa mau nya, sesuai pikirannya aja, biar dia ndak kagol, kambuh." (Md, 8 Juni 2012).

Komunikasi dan kohesi dalam keluarga yaitu berbagi ide atau pendapat serta fleksibilitas keluarga, dalam hal ini adalah menggunakan sumber daya pribadi dan keluarga untuk saling membantu merupakan bentuk kekuatan keluarga yang terdapat pada keluarga bapak BW. Permasalahan yang ada dikomunikasikan dengan anggota keluarga lainnya, dicari jalan keluarnya dan secara bersama melakukan usaha untuk mengatasinya. Lain halnya yang dilakukan oleh bapak Md, keterbatasan finansial tidak menjadi penghalang, ia berusaha semaksimal mungkin untuk mengatasi masalah perekonomian keluarga. Ini termasuk kekuatan keluarga yaitu fleksibilitas menghadapi masalah atau krisis. Selain itu, komunikasi yang positif dan mendorong anaknya yang menderita psikosis agar mempunyai kegiatan dan produktif, juga merupakan bentuk dukungan dan sikap positif seorang bapak yang menjadi kekuatan dalam keluarga tersebut, sehingga anaknya yang mengalami gangguan psikosis diharapkan tidak relaps dan bisa segera pulih.

Hal di atas memberikan bukti pentingnya kekuatan keluarga pada psikosis. Sebagaimana menurut Cole, Clark, dan Gable (dalam Arshat & Baharudin, 2009), meskipun keluarga dapat terbentuk dengan cara yang berbeda, namun setiap keluarga menyelesaikan tugas-tugas yang sama seperti menyediakan kebutuhan dasar, memberikan dukungan emosional, bersosialisasi, membangun tradisi keluarga dan mendelegasikannya. Dengan melakukan tugas-tugas tersebut, keluarga mempengaruhi perkembangan individu dan caranya berfungsi secara sosial (Arshat & Baharudin, 2009). Pentingnya keluarga merawat dan memberikan dukungan terhadap individu yang mengalami gangguan jiwa ditegaskan oleh Compton, Goulding, Gordon, Weiss, dan Kaslow (2009), karena keluarga mampu memberikan rasa aman, memberikan dukungan dalam banyak hal dan mendorong kepatuhan terhadap pengobatan, keluarga memfasilitasi pencarian pengobatan dan biasanya berhubungan erat dalam proses memulai perawatan untuk remaja atau dewasa awal yang mengalami gangguan psikosis episode pertama.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengeksplorasi pengalaman tentang kekuatan pada keluarga yang anggotanya mengalami gang-

guan psikosis episode pertama, sehingga diperoleh tema-tema spesifik untuk mendapatkan gambaran tentang kekuatan keluarga tersebut. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai sumbangan bagi pengembangan kajian mengenai kekuatan keluarga yang terjadi pada keluarga yang anggotanya mengalami gangguan psikosis episode pertama, dan diharapkan menjadi alternatif solusi bagaimana berperan yang tepat terhadap penderita psikosis bagi keluarga lain yang juga mempunyai anggota penderita psikosis episode pertama, serta dapat memberikan masukan bagi para profesional kesehatan jiwa maupun masyarakat tentang bagaimana perlakuan yang pantas terhadap penderita gangguan jiwa khususnya psikosis dan mampu mengikis stigma negatif yang selama ini melekat terhadap penderita.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi. Penelitian fenomenologi bertujuan untuk mencari makna-makna dari sesuatu yang terlihat untuk mencapai inti dari intuisi dan refleksi dalam tingkahlaku sadar berdasarkan pengalaman, ide, konsep, pendapat dan pemahaman (Moustakas, 1994).

Beberapa cara dilakukan untuk memperoleh atau mengumpulkan data dalam penelitian ini, yaitu dengan melakukan wawancara, observasi dan penggunaan dokumentasi seperti catatan rekam medis psikosis episode pertama yang didapatkan dari rumah sakit tempat penderita memperoleh pengobatan. Data tersebut kemudian dianalisis dan interpretasikan secara fenomenologis mengikuti langkah-langkah dari Van Kaam (dalam Moustakas, 1994) untuk mendapatkan tema-tema spesifik, sehingga didapatkan gambaran tentang kekuatan keluarga pada keluarga yang anaknya mengalami gangguan psikosis episode pertama.

Secara praktis, prosedur analisis dan interpretasi data yang peneliti lakukan, diawali dengan menyalin hasil wawancara dalam bentuk transkrip verbatim wawancara dan melakukan proses koding. Koding merupakan proses mengolah informasi atau pernyataan menjadi segmen-segmen tulisan atau diberi label (tema-tema kecil). Tema-tema ini kemudian dianalisis atau dibentuk menjadi deskripsi umum. Selanjutnya, menunjukkan deskripsi dan tema-tema yang disajikan dalam narasi atau laporan kualitatif. Dan terakhir adalah menginterpretasikan atau memaknai data. Interpretasi pribadi dari peneliti dan interpretasi makna yang berasal dari perbandingan antara hasil penelitian atau pernyataan informan dengan informasi yang berasal dari literatur atau teori.

Subjek atau informan pada penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anak penderita psikosis episode pertama. Pemilihan subjek dalam penelitian ini diperoleh secara purposive sampling yang dilakukan oleh psikiater atau psikolog rumah sakit atau puskesmas tempat penderita pernah mendapatkan pengobatan secara medis. Tiga keluarga inti (*nuclear family*) dengan empat orang penderita psikosis episode pertama yang berdomisili di Yogyakarta diikuti perkembangannya secara alami dalam lingkungan keluarga selama 6 bulan (April-September 2012). Keempat penderita psikosis episode pertama tersebut adalah Nn (perempuan, 19 tahun), Wd (perempuan, 33 tahun), Pu (laki-laki, 22 tahun) dan Ng (laki-laki, 20 tahun), dimana Pu dan Ng merupakan saudara kandung.

Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan keluarga berperan pada saat sebelum mengetahui bahwa anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan psikosis episode pertama, ketika mencari bantuan pengobatan dan pada proses pemulihan. Pada saat sebelumnya, rendahnya kekuatan keluarga, terutama komunikasi yang tidak efektif diindikasikan menjadi penyebab keempat penderita berpotensi mengalami gangguan psikosis, walaupun pemicu munculnya gejala disebabkan oleh masalah yang berbeda.

Pada Nn, dimana orang tuanya sibuk dengan urusan masing-masing, figur bapak yang otoriter dan di saat itu Nn tidak mempunyai kegiatan setelah lulus dari SMK, mencoba mendaftar masuk STAN tetapi gagal. Di saat teman-temannya yang lain sudah bekerja atau kuliah, ia masih belum mempunyai kegiatan yang berarti, sehingga merasa sendiri. Walaupun Nn mencoba kerja di sebuah warung soto, namun kondisi di sini malah membuatnya semakin tertekan. Situasi yang tidak kondusif ini memicu timbulnya gejala psikosis pada Nn. Stigma dan beban keluarga terutama masalah biaya menjadi kendala dalam pencarian pengobatan, walaupun secara ekonomi, keluarga ini dipandang lebih mampu dibandingkan masyarakat di sekitar tempat tinggalnya (bapak pensiunan PNS Kehakiman). Kendala inilah yang mendorong bapak mencari pengobatan alternatif untuk Nn. Namun tanpa dibarengi introspeksi dari orang tua, yaitu berhubungan dengan komunikasi dalam keluarga, bapak menunjukkan ekspresi emosi negatif yang memojokkan dan memarahi Nn maupun anaknya yang lain, sehingga Nn masih sering menunjukkan gejala psikosis.

Lain halnya dengan Wd, meskipun ia tidak terbuka dan tidak pernah menceritakan permasalahan yang dihadapi kepada orang

tuanya, namun ia masih mau bercerita kepada kakak perempuannya. Figur orang tua juga tidak mengalami permasalahan di sini. Tidak begitu jelas apa yang menyebabkan Wd mengalami gangguan psikosis, namun menurut keluarga diawali kelakuan yang aneh, seperti sering melamun dari Wd semenjak ia duduk di bangku SMA dan pernah mengalami pelecehan oleh orang yang tidak dikenalnya. Selain itu, kekecewaan yang dialami Wd ketika ditinggal menikah oleh orang yang disukainya, ia menjadi putus asa dan menyalahkan nasib. Sering terlontar dari mulutnya, "Kenapa saya tidak laku-laku?". Kekecewaan inilah yang dianggap sebagai penyebab Wd menunjukkan gejala-gejala psikosis. Sama seperti yang terjadi pada Nn, keluarga Wd juga mencari pengobatan pertama melalui pengobatan alternatif (dukun).

Keluarga ketiga yaitu keluarga pak Md mempunyai dua orang anak yang menderita psikosis yaitu Pu dan Ng. Perekonomian yang tidak stabil dan kasus yang membawa bapak dipenjara selama 6,5 bulan menjadi masalah yang berat pada keluarga ini. Ketidakterbukaan dan kurangnya komunikasi antara anggota keluarga, serta Pu dan Ng yang lebih suka menyimpan masalahnya sendiri dari pada bercerita kepada keluarga, apalagi kepada bapak yang mereka anggap "galak", memberikan kontribusi terhadap munculnya gejala psikosis pada mereka berdua. Sama seperti dua keluarga sebelumnya, keluarga ini juga melakukan pengobatan pertama kalinya ke pengobatan alternatif. Dan dari ketiga keluarga di atas, menurut pengakuan keluarga tidak ada faktor keturunan yang menyebabkan anak-anaknya menderita gangguan psikosis ini.

Respon yang dimunculkan pada saat mengetahui salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan psikosis pada umumnya sama di setiap keluarga, yaitu merasa sedih, namun berusaha untuk menerima dan pasrah. Sedangkan respon yang muncul dari keluarga besar cukup kontras di antara ketiga keluarga ini. Pada keluarga Nn, keluarga besar dari ibu maupun bapak ikut membantu dalam mencari pengobatan untuk Nn, baik itu pengobatan alternatif maupun medis. Begitu juga pada Wd, dimana keluarga juga telah mencoba beberapa tempat pengobatan yang disarankan oleh orang-orang kepada mereka demi untuk kesembuhan Wd. Namun lain halnya pada Pu dan Ng, keluarga besar dari bapak malah memberikan tanggapan yang negatif, tidak mau tahu tentang keadaan keluarga bapak dan diejek-ejek karena kondisi finansial bapak yang lebih rendah dari saudara-saudara bapak lainnya.

Jika dilihat dari rentang waktu antara munculnya gejala psikosis dengan didapatkannya pengobatan medis atau disebut juga

sebagai *duration of untreated psychosis* (DUP), Nn memiliki DUP yang lebih pendek dari pada ketiga penderita yang lainnya yaitu selama 1 bulan, sedangkan Wd menurut bapaknya adalah selama 3 bulan. Tapi jika mempertimbangkan perilaku Wd yang sering menyendiri dan melamun yang terjadi sejak SMK, juga pernah hampir mencekik kakak iparnya sewaktu ia dirawat di rumah sakit karena demam berdarah dan tipes, ini menunjukkan rentang waktu yang cukup lama, malah hitungan tahun. Kemungkinan ketidaktahuan keluarga mengenai gangguan ini menjadi lamanya rentang DUP pada Wd. Apalagi menurut mereka, Wd menunjukkan perilaku yang aneh karena ia kecewa dan depresi ditinggal menikah oleh orang yang disukainya atau belum memiliki jodoh.

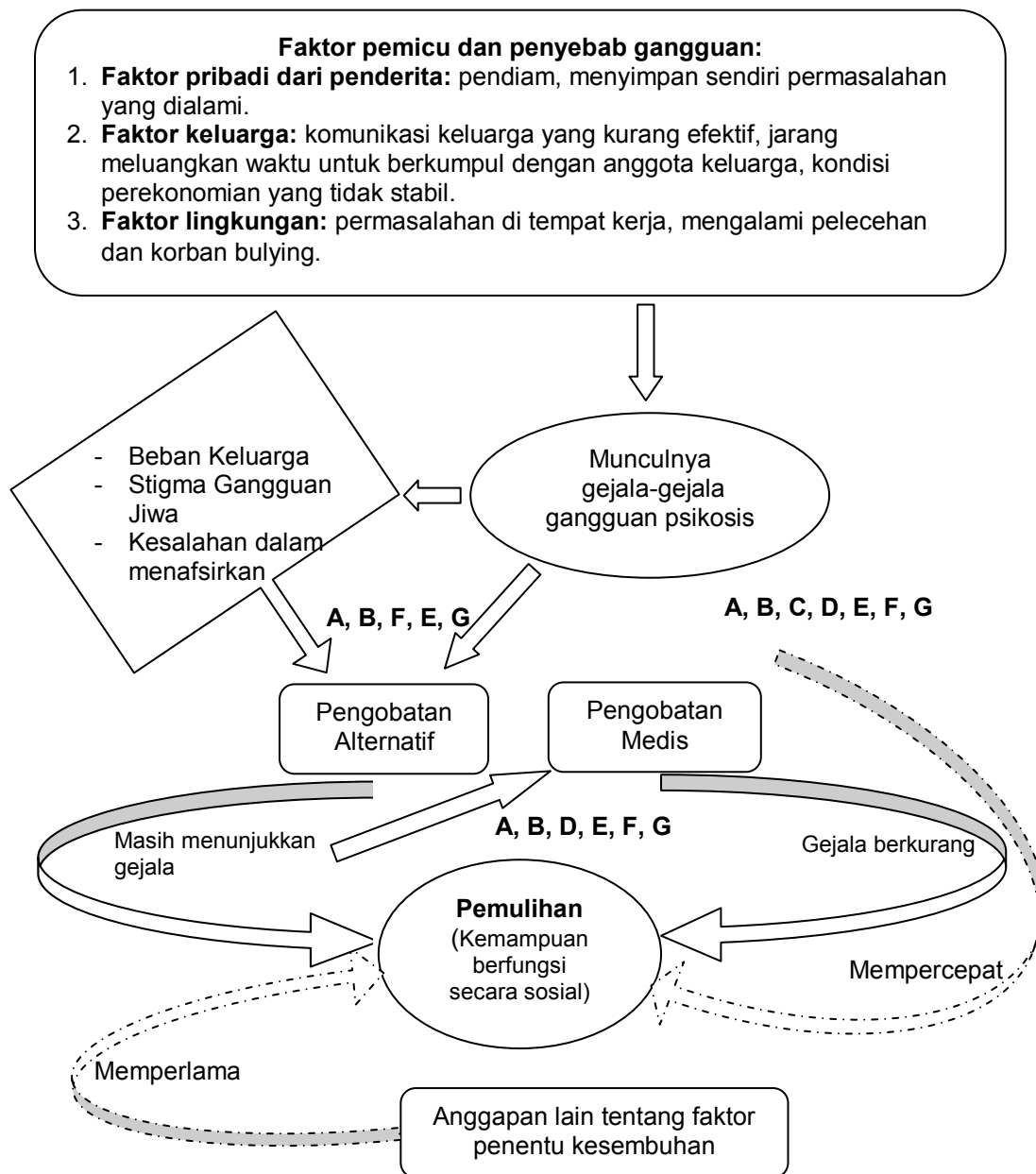
Pada Pu, lama DUP-nya adalah 3 bulan karena kurangnya informasi terhadap gangguan ini dan atas saran seorang bidan tempat biasanya keluarga berobat jika sedang sakit, barulah bapak membawa Pu berobat ke puskesmas dan mendapat rujukan berobat ke RSJ. Namun pengalaman ini tidak menjadikan keluarga ini lebih cepat membawa Ng berobat secara medis, walaupun kedua anaknya menunjukkan gejala-gejala di waktu yang berdekatan yaitu sekitar dua minggu dan terjadi di bulan Ramadhan atau Agustus 2011. Ng baru mendapatkan pengobatan medis (antipsikotik) selama 7 bulan kemudian. Ternyata hal ini terjadi, karena keterbatasan biaya untuk berobat, sehingga keluarga berinisiatif sendiri memberikan obat medis yang pernah dipakai Pu kepada Ng.

Temuan lain dalam penelitian ini adalah bahwa pada ketiga keluarga tersebut menunjukkan kekuatan keluarga yang lebih positif dari pada sebelum anaknya mengalami gangguan. Pada keluarga Nn, komunikasi positif antara bapak dengan ibu dan anak-anak, dimana bapak lebih bisa mengontrol diri dan tidak suka marah-marah kepada anggota keluarga, keluarga lebih sering berkumpul dan menghabiskan waktu bersama meskipun hanya sekedar bercanda dan menikmati tayangan televisi. Begitu juga kasus Wd, keluarga menjadi lebih sering berkumpul bersama dalam beribadah, komunikasi yang lebih positif juga ditunjukkan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, termasuk terhadap Wd. Sedangkan pada keluarga pak Md, komunikasi keluarga juga menjadi lebih positif, sering menghabiskan waktu bersama dan saling bekerja sama dalam memenuhi kebutuhan keluarga dalam bentuk berjualan dan mengelola angkringan. Perubahan tersebut diperoleh setelah mereka mendapatkan masukan dari para profesional kesehatan jiwa yaitu psikiater atau psikolog, maupun saran-saran dari masyarakat yang peduli dan berada di sekitar tempat tinggal keluarga

tersebut.

Berikut gambaran secara umum pola atau skema kekuatan keluarga pada keluarga

yang memiliki anak penderita psikosis episode pertama (Gambar 1):



Keterangan Karakteristik Kekuatan Keluarga:

- A. Penerimaan positif keluarga (menerima keadaan dan selalu berusaha).
- B. Kemampuan menyelesaikan permasalahan.
- C. Komunikasi yang efektif dan terbuka.
- D. Kedekatan dan kebersamaan dalam keluarga (berkumpul bersama).
- E. Dukungan dari keluarga besar.
- F. Ketaatan dalam beribadah dan saling mendo'akan.
- G. Sumber daya ekonomi dan status sosial di masyarakat.

Gambar 1. Skema Kekuatan Keluarga pada Keluarga yang Anaknya Mengalami Gangguan Psikosis Episode Pertama

Pembahasan

Pengertian kekuatan keluarga berfokus pada bagaimana pasangan dan keluarga mampu berhasil daripada gagal dalam pandangan secara umum, dan kekuatan keluarga ini dapat membantu dalam mengobati dan memecahkan masalah dalam keluarga (DeFraim & Asay dalam Olson, dkk., 2011). Kekuatan keluarga dapat didefinisikan sebagai seperangkat hubungan dan proses yang mendukung dan melindungi keluarga dan anggota keluarga, terutama selama masa kesulitan dan perubahan yang terjadi pada keluarga tersebut (Moore, dkk., 2002). Perubahan dan masa sulit yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ketika salah satu anggota keluarga menderita gangguan psikosis episode pertama. Gangguan ini didefinisikan sebagai pengalaman seseorang mengalami gejala psikotik atau memiliki episode psikotik untuk pertama kalinya (Martens & Baker, 2009) dan ini terlihat dari adanya gejala-gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi, dan biasanya terjadi pada usia remaja atau dewasa awal, dengan kisaran waktu dua sampai lima tahun pertama.

Berdasarkan hasil analisis data penelitian terlihat bahwa munculnya gangguan psikosis membuat keadaan keluarga tidak stabil dan berada dalam kondisi krisis, baik dalam hubungan antara anggota keluarga maupun secara finansial yang membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Sehingga benar yang disimpulkan oleh Brunet dan Birchwood (2010), bahwa keadaan awal psikosis ini merupakan hal yang sangat menyedihkan baik bagi penderita maupun bagi keluarganya.

Respon sedih dan pasrah terlihat dari ketiga keluarga dengan empat orang penderita psikosis episode pertama dalam penelitian ini. Walaupun mereka sedih melihat salah satu anggota keluarganya yaitu anak mereka mengalami gangguan psikosis, namun keluarga tetap berusaha semaksimal mungkin mendapatkan pengobatan untuk anak-anaknya. Pada keluarga Nn, usaha yang dilakukan keluarga secara finansial adalah menggadaikan barang-barang berharga yang mereka miliki, yaitu bapak menggadaikan Surat Keputusan (SK) sebagai Pegawai Negeri Sipil-nya ke bank dan ibu menggadaikan motor anak pertamanya, dan juga mendapatkan bantuan materi dari keluarga besar mereka. Sementara pada keluarga Wd, keperluan keuangan untuk pengobatan didapatkan dari hasil pensiunan bapak sebagai purnawirawan Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABRI) dan juga bantuan dari kedua kakak Wd yang sudah bekerja, bahkan adik Wd-pun berusaha ikut membantu dengan uang sakunya sendiri.

Berbeda dengan kedua keluarga di

atas, pada keluarga pak Md, kendala ekonomi sangat begitu terasa karena keluarga ini secara ekonomi termasuk keluarga yang serba kekurangan dan miskin. Meskipun telah maksimal dalam bekerja menarik becak dan melakukan pekerjaan lainnya tetap saja tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, apalagi untuk biaya pengobatan kedua anaknya, Pu dan Ng yang pada saat itu hampir bersamaan mengalami gangguan psikosis. Sehingga cara yang ditempuh oleh keluarga untuk biaya pengobatan adalah mencari pinjaman di arisan di sekitar tempat tinggalnya maupun berhutang kepada orang lain. Selain masalah finansial, menurut Martens dan Baker (2009), stigma merupakan suatu hambatan terbesar dalam pengobatan gangguan jiwa. Namun berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini, hanya satu keluarga yang terpengaruh oleh pandangan stigma tentang gangguan jiwa, sementara dua keluarga lainnya tidak begitu mempedulikan bagaimana pandangan orang lain jika anaknya dibawa berobat ke rumah sakit jiwa.

Keluarga Nn walaupun pada awalnya tidak menerima stigma tentang gangguan jiwa karena orang-orang sekitar menganggap Nn hanya mengalami depresi, bukan menderita gangguan jiwa (psikosis). Namun setelah melakukan beberapa pengobatan alternatif, Nn belum juga menunjukkan perubahan yang berarti, sehingga keluarga mencoba mencari pengobatan secara medis. Untuk menentukan tempat pengobatan secara medis inilah, keluarga mempertimbangkan masalah stigmatisasi yang akan didapatkannya jika anaknya dimasukkan ke rumah sakit jiwa, apalagi bapak dianggap mempunyai status sosial yang lebih tinggi di lingkungan masyarakatnya karena menjabat sebagai ketua RT. Mereka takut dan malu seandainya muncul anggapan negatif yang merusak citra mereka di hadapan masyarakat. Sehingga untuk menghindari munculnya stigma tersebut, orang tua Nn mencari tempat berobat yang menurutnya tidak menimbulkan efek negatif seperti "cap" atau "stempel" sebagai orang yang mengalami gangguan kejiwaan atau "gila". Oleh karena itu, bapak dan ibu lebih memilih rumah sakit tertentu daripada rumah sakit jiwa lainnya untuk membawa Nn berobat, yaitu memilih berobat dan akhirnya Nn dirawat inap di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala daripada membawanya berobat ke Rumah Sakit Jiwa Grhasia, Pakem yang menurut mereka kental sekali dengan stigma gangguan jiwa.

Masalah stigma sebenarnya juga dirasakan oleh keluarga Wd, namun di sini, orang tua Wd lebih terbuka dan tidak terlalu mempersoalkan pandangan masyarakat yang buruk terhadap keluarganya. Asalkan mereka merasa tidak terganggu atau dirugikan, bapak dan ibu menganggap pendapat atau omon-

gan orang lain tersebut sebagai hal yang tidak perlu dipikirkan. Begitu juga dengan keluarga Pu dan Ng, walaupun mereka mendapat ejekan dari orang-orang sekitar, namun mereka berusaha untuk tidak mempedulikan. Bagi mereka adalah mengupayakan kesembuhan untuk anak-anaknya.

Setiap keluarga pada penelitian ini mempunyai cara tersendiri dalam mengelola dan menghadapi permasalahan tersebut dengan menggunakan kualitas atau potensi yang menjadi kekuatan dalam keluarga. Berdasarkan teori kekuatan keluarga yang diungkapkan oleh Olson, DeFrain dan Skogrand (2011), ada enam bentuk atau karakteristik kekuatan keluarga, yaitu tiga merupakan "karakteristik sistem keluarga" (kohesi, fleksibilitas dan komunikasi) dan tiga berhubungan dengan "karakteristik sosial budaya" (sistem perluasan keluarga atau extended family, sistem sosial dan sistem kepercayaan). Karakteristik-karakteristik kekuatan keluarga tersebut secara nyata terlihat pada gambaran perjalanan gangguan psikosis yang dialami Nn, Wd, Pu dan Ng, walaupun karakteristik-karakteristik kekuatan keluarga yang berperan di sana berbeda-beda.

Pada keluarga Nn, komunikasi dalam keluarga dan peran serta keluarga besar (extended family) memberikan kontribusi yang baik sehingga Nn bisa mendapatkan pengobatan medis lebih cepat atau duration of untreated psychosis (DUP) lebih cepat yaitu sekitar satu bulan. Walaupun komunikasi yang kurang efektif yang terjadi pada keluarga yang menjadi salah satu penyebab Nn mengalami gangguan psikosis, seperti saling menyalahkan antara orang tua, anak tidak mempunyai tempat bercerita di rumah; dan kurangnya kedekatan terhadap figur bapak sebagai kepala keluarga yang mereka anggap otoriter. Namun, setelah mendapatkan pengobatan medis dan melalui arahan psikiater serta adanya proses pembelajaran dalam keluarga, sehingga tercipta kekuatan keluarga yang lebih positif, terlihat dari terbentuknya komunikasi positif atau anggota keluarga menjadi lebih terbuka satu sama lain dalam berkomunikasi, keluarga menjadi lebih dekat dan lebih sering melakukan kegiatan secara bersama. Selain itu, anggota keluarga terutama ibu dan Nn lebih berusaha mendekatkan diri kepada Tuhan melalui aktivitas beribadah, kecuali bapak yang menganggap bahwa nilai-nilai positif yang terdapat dalam ajaran agama itu yang terpenting walaupun dalam praktik beribadahnya belum dilaksanakan sesuai ajaran agama yang dianutnya (dalam Islam, shalat lima waktu belum sepenuhnya dilaksanakan oleh bapak). Status sosial dan perekonomian keluarga juga merupakan sumber yang menjadi karakteristik kekuatan keluarga. Berbeda dengan keluarga Nn, pada keluar-

ga Wd, meskipun sumber kekuatan keluarga tersedia cukup banyak, seperti keadaan perekonomian yang lumayan bagus, keikutsertaan kakak-kakak Wd dalam mencari pengobatan, namun sepertinya ketidaktahuan keluarga akan gangguan yang dialami Wd, yang menganggap Wd berperilaku aneh karena kekecewaan dan depresi ditinggal menikah oleh orang yang disukainya membuat rentang DUP-nya lebih lama, yang menurut pengakuan keluarga adalah selama 3 bulan. Namun ketika mempertimbangkan informasi lain yang peneliti dapatkan bahwa perilaku Wd yang sering menyendiri dan melamun terjadi sejak SMK, juga pernah hampir mencekik kakak iparnya sewaktu ia dirawat di rumah sakit karena demam berdarah dan tipes, kemungkinan ini telah termasuk sebagai awal munculnya gejala psikosis. Kejadian ini menunjukkan rentang waktu yang cukup lama, bahkan hitungan tahun. Seperti kejadian pada Nn, komunikasi yang kurang efektif dalam keluarga (kekuatan keluarga negatif), seperti kurangnya keterbukaan antar anggota keluarga, anak tidak pernah menceritakan permasalahannya pada bapak maupun ibu juga memberikan kontribusi terhadap munculnya gangguan psikosis pada Wd, disamping faktor-faktor lainnya yang berasal dari dalam diri Wd sendiri. Kualitas atau aktivitas yang menjadi kekuatan keluarga dalam perjalanan gangguan psikosis Wd adalah komunikasi dengan keluarga lebih terbuka satu sama lain, keluarga menjadi lebih dekat dan adanya kebersamaan dengan anggota keluarga (menghabiskan waktu bersama untuk suatu kegiatan yang berkualitas), ketaatan dalam beribadah dan saling mendo'akan serta sumber daya ekonomi.

Lain halnya pada keluarga Pu dan Ng, masalah perekonomian dan biaya pengobatan menjadi kendala utama bagi keluarga dalam memperoleh pengobatan secara medis. Disamping itu, ketidaktahuan akan gejala psikosis juga merupakan faktor penyebab lamanya mendapatkan pengobatan medis, sehingga orang tua Pu dan Ng lebih memilih pengobatan secara alternatif, melalui paranormal untuk mengobati kedua anaknya tersebut. Pada Pu, lama DUP-nya adalah 3 bulan dan atas saran seorang bidan tempat biasanya keluarga berobat jika sedang sakit, barulah bapak membawa Pu berobat ke puskesmas dan mendapat rujukan berobat ke rumah sakit jiwa. Namun pengalaman ini tidak menjadikan keluarga ini lebih cepat membawa Ng berobat secara medis, walaupun kedua anaknya menunjukkan gejala-gejala di waktu yang berdekatan yaitu sekitar dua minggu. Ng baru mendapatkan pengobatan medis (antipsikotik) selama 7 bulan kemudian. Ternyata hal ini terjadi, karena keterbatasan biaya untuk berobat, sehingga keluarga berinisiatif sendiri

memberikan obat medis yang pernah dipakai Pu kepada Ng. Walaupun cara ini ditempuh, tetap saja Ng belum memperlihatkan hasil yang baik.

Kekuatan keluarga yang dirasakan ketika Pu dan Ng mengalami gangguan psikosis adalah adanya penerimaan positif keluarga (menerima keadaan dan berusaha), terjalin kedekatan dan kebersamaan dalam berbagi peran, sumber daya ekonomi yaitu bapak bekerja keras dan saling membantu antara anggota keluarga terutama dalam mengelola "angkringan".

Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa kekuatan keluarga memang sangat penting dalam proses pencarian pengobatan pada psikosis episode pertama. Hal ini senada dengan pendapat Addington dan Burnett (2004) dan O'Callaghan dkk (2010), yang menyatakan bahwa keluarga memberikan peran yang sangat penting dalam mencari pengobatan yang efektif, menyediakan lingkungan yang mendukung dan aman untuk membantu selama fase pemulihan.

Berhubungan dengan kekambuhan, pada keluarga psikosis episode pertama, teori sistem pada kekuatan keluarga memperlihatkan bagaimana cara keluarga bereaksi terhadap gangguan psikotik dan mengorganisir dirinya sendiri sebagai seorang anggota keluarga, dan bagaimana reaksi ini melindungi atau memberikan kontribusi dalam menurunkan resiko kekambuhan (Miklowitz dalam Goulding dkk, 2008). Pada keluarga Nn, pada awalnya sikap permusuhan dan emosi yang berlebihan dari bapak seperti sering marah-marah terhadap Nn, tidak menghargai usaha yang dilakukan Nn menjadi faktor resiko terjadinya kekambuhan pada Nn. Ini sejalan dengan temuan dari beberapa penelitian terdahulu yang mengungkapkan bahwa lingkungan keluarga, seperti mengungkapkan emosi atau expressed emotion (EE) merupakan faktor resiko untuk kambuh pada penderita psikosis (Addington & Burnett, 2004; McNab & Linszen, 2009; Butzlaff & Holey dalam Subandi & Marchira, 2010). EE ini berupa perilaku kritikan, permusuhan dan keterlibatan emosional yang berlebihan dari keluarga (McNab & Linszen, 2009).

Setelah mendapatkan konsultasi dan masukan dari psikiater tempat Nn memperoleh pengobatan, sikap keluarga terutama bapak telah menunjukkan kemajuan yang positif. Bapak mencoba bersikap tidak memaksa dan berusaha menunjukkan kepedulian dan rasa sayangnya pada Nn, ia tidak lagi marah-marah dan membentak, bersikap lebih lembut terhadap anggota keluarga yang lainnya. Cara ini berpengaruh terhadap perjalanan gangguan psikosis pada Nn dan tidak mengalami kekambuhan lagi, walaupun sampai sekarang Nn masih melakukan kon-

trol secara berkala kepada psikiater.

Sikap menerima, semakin mendekatkan diri kepada Tuhan dengan mengajak Wd untuk selalu beribadah bersama, serta mengikutsertakan Wd dalam kegiatan di lingkungannya seperti senam setiap jumat pagi, telah diupayakan keluarga agar Wd tidak kambuh dari gangguan psikosis yang dideritanya. Namun, rasa malas dan kepercayaan Wd yang menganggap dirinya tidak "laku" membuatnya sulit untuk bangkit dan berusaha untuk sembuh, sehingga sampai penelitian ini berakhir, Wd masih menunjukkan beberapa gejala psikosis, seperti halusinasi pendengaran dan malas mengurus diri atau malas mandi.

Keadaan yang berbeda terlihat pada Pu dan Ng, bentuk kekuatan keluarga yang berkontribusi dalam proses pemulihan adalah orang tua yaitu bapak mengusahakan mencari kegiatan untuk anaknya. Pu dan Ng diikutsertakan berperan dalam urusan di rumah, meskipun itu dilakukan juga untuk menunjang kebutuhan perekonomian keluarga, yaitu dengan bekerjasama dalam mengelola angkringan keluarga. Adanya kegiatan dan dukungan dari keluarga itulah, sekarang mereka sudah tidak lagi mengkonsumsi obat dan menurut pengakuan mereka sendiri dan juga keluarga, Pu dan Ng tidak lagi menunjukkan gejala psikosis.

Dari seluruh uraian di atas dapat disimpulkan bahwa karakteristik kekuatan yang terdapat pada keluarga yang anaknya penderita psikosis episode pertama adalah penerimaan positif keluarga yaitu keluarga menerima jika salah satu anggota keluarga (anak) mengalami psikosis, mereka selalu berusaha untuk memperoleh pengobatan dan dalam upaya pemulihan; kemampuan menyelesaikan permasalahan; komunikasi yang efektif dan terbuka; kedekatan dan kebersamaan dalam keluarga (berkumpul bersama); dukungan dari keluarga besar seperti terlibat dalam mencari pengobatan dan bantuan finansial; dan ketaatan dalam beribadah dan saling mendo'akan; serta sumber daya ekonomi dan status sosial yang dipandang lebih di masyarakat.

Karakteristik kekuatan keluarga yang paling berperan dalam mencari pengobatan adalah sumber daya ekonomi. Perekonomian dianggap penting karena pengobatan membutuhkan biaya yang cukup banyak dan masing-masing keluarga berupaya semaksimal mungkin untuk memperoleh kekuatan ini. Sementara karakteristik kekuatan keluarga yang paling berperan dalam membantu proses pemulihan individu dengan psikosis episode pertama adalah komunikasi yang efektif dan terbuka antar anggota keluarga, sehingga individu tersebut lebih bisa mengutarakan keinginan dan kebutuhannya. Semakin positifnya komunikasi dalam keluarga juga

mempengaruhi lebih positifnya karakteristik-karakteristik kekuatan keluarga yang lainnya. Perbandingan karakteristik kekuatan keluarga pada ketiga keluarga tersebut terlihat dari karakteristik mana yang lebih berperan ketika anaknya menderita gangguan psikosis episode pertama. Karakteristik kekuatan keluarga yang lebih berperan pada keluarga Nn adalah komunikasi yang positif antara anggota keluarga. Komunikasi positif antar bapak, ibu dan anak terutama terhadap Nn juga mempengaruhi karakteristik kekuatan yang lain untuk menjadi lebih positif. Keluarga menjadi lebih sering meluangkan waktu untuk berkumpul bersama dan semakin mendekatkan hubungan antar anggota keluarga. Hal ini berpengaruh positif juga terhadap perkembangan psikologis Nn, sehingga ia mengalami kekambuhan dan lebih stabil.

Kegiatan berkumpul bersama anggota keluarga, baik itu dalam melakukan ibadah secara bersama dan komunikasi yang positif antar anggota keluarga merupakan karakteristik yang paling berperan pada keluarga Wd. Meskipun begitu, Wd masih sesekali mengalami halusinasi dan sering bermalasan. Ini karena ada faktor lain yang mempengaruhi yaitu pemikiran yang salah tentang penentu kesembuhannya, dimana ia hanya akan sembuh jika telah menikah. Sedangkan pada keluarga Pu dan Ng, karakteristik kekuatan keluarga yang paling berperan adalah berupa berbagi peran dalam melakukan suatu kegiatan sehingga keluarga menjadi lebih sering berkumpul. Karakteristik ini juga memberikan pengaruh positif terhadap karakteristik yang lain yaitu bertambahnya pemasukan keuangan keluarga (sumber daya ekonomi) dalam keluarga tersebut.

Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa sumber kekuatan keluarga yang lebih banyak terdapat pada keluarga Wd, namun progress pemulihan yang paling baik terlihat pada Pu dan Ng, meskipun mereka minim sumber kekuatan keluarga. Kualitas disini lebih berpengaruh daripada kuantitas, oleh karena itu sangat perlu memupuk dan berusaha meningkatkan kekuatan keluarga agar lebih positif. Selain itu, karakteristik kekuatan keluarga yang satu bisa meningkatkan kekuatan keluarga yang lain dan masing-masing karakteristik kekuatan keluarga akan saling mempengaruhi dan mampu memberikan kontribusi positif dalam proses perjalanan gangguan psikosis yang diderita individu, meskipun tidak menutup kemungkinan ada faktor lain yang juga mempengaruhinya. Namun penelitian ini lebih memfokuskan pada karakteristik atau bentuk kekuatan keluarga yang terdapat pada keluarga yang mempunyai anak dengan gangguan psikosis episode pertama. Ini menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, kemungkinan akan didapatkan

sumber atau karakteristik kekuatan keluarga yang lebih bervariasi jika menggunakan kategori penderita psikosis episode pertama yang lebih bervariasi, seperti penderitanya merupakan pasangan atau orang tua.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

Karakteristik kekuatan yang terdapat pada keluarga yang anaknya penderita psikosis episode pertama adalah penerimaan positif keluarga, kemampuan menyelesaikan permasalahan, komunikasi yang efektif dan terbuka, kedekatan dan kebersamaan dalam keluarga (berkumpul bersama), dukungan dari keluarga besar (terlibat dalam mencari pengobatan dan bantuan finansial), ketaatan dalam beribadah dan saling mendo'akan, serta sumber daya ekonomi dan status sosial yang dipandang lebih di masyarakat.

Karakteristik kekuatan keluarga yang paling berperan dalam mencari pengobatan adalah sumber daya ekonomi. Ini dianggap penting karena pengobatan membutuhkan biaya yang cukup banyak dan masing-masing keluarga berupaya semaksimal mungkin untuk memperoleh kekuatan ini. Sementara karakteristik kekuatan keluarga yang paling berperan dalam membantu proses pemulihan individu dengan psikosis episode pertama adalah komunikasi yang efektif dan terbuka antar anggota keluarga, sehingga individu tersebut lebih bisa mengutarakan keinginan dan kebutuhannya. Semakin positifnya komunikasi dalam keluarga juga mempengaruhi lebih positifnya karakteristik-karakteristik kekuatan keluarga yang lainnya.

Respon yang muncul dalam keluarga ketika salah satu anggotanya mengalami gangguan psikosis adalah merasa sedih, bahkan anggota keluarga yang lainnya meluapkan perasaannya dengan menangis. Namun pada akhirnya mereka pasrah dan menerima keadaan tersebut dengan lapang dada dan berusaha mencari pengobatan untuk kesembuhan anak mereka yang mengalami psikosis tersebut.

Stigma yang dirasakan keluarga masih menjadi kendala dan pertimbangan tersendiri ketika salah satu anggota keluarga mengalami gangguan psikosis. Orang tua cenderung mencari tempat pengobatan medis yang dirasa tidak memiliki pengaruh stigma negatif terhadap anaknya maupun keluarga secara umum, dalam hal ini adalah melakukan pengobatan ke rumah sakit yang tidak ada unsur kata-kata "rumah sakit jiwa" yang menurut mereka kentara dengan "cap atau label" seumur hidup sebagai tempat beradanya orang-orang yang mereka sebut "gila".

Semakin positifnya kekuatan keluarga pada subjek penelitian ini tidak terlepas dari peran serta dan saran dari professional kesehatan jiwa (dalam hal ini adalah psikiater) melalui konsultasi yang dilakukan setiap kunjungan atau kontrol perkembangan gangguan yang dialami penderita psikosis episode pertama.

Daftar Pustaka

- Addington, J. & Burnett, P. (2004). Working with families in the early stages of psychosis. Dalam Gleeson, J. F. M. & McGorry, P. D. (Ed.). *Psychological interventions in early psychosis: A treatment handbook* (pp. 99-116). Inggris: John Wiley and Sons Ltd.
- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia: Memahami dinamika keluarga pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Arshat, Z. & Baharudin, R. (2009). Correlates of family strength in Malaysia. *European Journal of Social Sciences*, 10 (1), 13-24.
- Bergner, E., Leiner, A. S., Carter, T., Franz, L., Thompson, N. J., & Compton, M. T. (2008). The period of untreated psychosis before treatment initiation: A qualitative study of family members' perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 530-536. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.02.010.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice, and discrimination: A review of measures. *Biomedical Centre - Health Services Research*, 10 (80), 1-11.
- Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D., & Reynolds III, C. F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Community Psychology*, 38 (3), 350-368. doi:10.1002/jcop.20368.
- Brunet, K. & Birchwood, M. (2010). Duration of untreated psychosis and pathways to care. Dalam French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M., & Rayne, M. (Ed.). *Promoting recovery in early psychosis: A practice manual* (pp. 9-16). Inggris: Blackwell Publishing Ltd.
- Chen, E. Y., Dunn, E. L., Miao, M. Y., Yeung, W., Wong, C., Chan, W., ..., & Tang, W. (2005). The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 350-356. doi: 10.1007/s00127-005-0908-z.
- Compton, M. T. & Broussard, B. (2009). The first episode of psychosis: A guide for patients and their families. New York: Oxford University Press, Inc.
- Compton, M. T., Goulding, S. M., Gordon, T. L., Weiss, P. S., & Kaslow, N. J. (2009). Family-level predictors and correlates of the duration of untreated psychosis in African American first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 115 (2-3), 338-345. doi:10.1016/j.schres.2009.09.029.
- De Haan, L., Welborn, K., Krikke, M., & Linszen, D. H. (2004). Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*, 19, 226-229. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.09.010.
- EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre). (2011). *Psychosis*. Diunduh pada tanggal 29 September 2011 dari <http://eppic.org.au/psychosis>.
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E., Thompson, N. J., & Compton, M. T. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 47-56. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00155.x
- Goulding, S. M., Leiner, A. S., Thompson, N. J., Weiss, P. S., Kaslow, N. J., & Compton, M. T. (2008). Family strengths: A potential determinant of the duration of untreated psychosis among hospitalized African-American first-episode patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 2, 162-168. doi: 10.1111/j.1751-7893.2008.00073.x.
- Grano, N., Lindsberg, J., Karjalainen, M., Nroos, P. G., & Blomber, A. (2010). Duration of untreated psychosis is associated with more negative schizophrenia symptoms after acute treatment for first-episode psychosis. *Clinical Psychologist*, 14 (1), 10-13. doi: 10.1080/13284201003662826.
- Hurlock, E. B. (1994). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. (5th ed, Terjemahan oleh Istiwidayanti & Soedjarwo). Jakarta: Erlangga
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Hargailah Penderita Gangguan Jiwa*. Diunduh pada tanggal 28 Desember 2011 dari <http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1669-hargailah-penderita-gangguan-jiwa.html>.
- Kraus, S. E., Bahyarudin, R., Arshat, Z., Assim, M. I. S. B. A., Juhari, R., &

- Yacoob, S. N. (2007). A comparison of component structures for the Australian inventory of family strengths (AIFS) between an Australian and Malaysian sample. *Journal of Comparative Family Studies*, 38 (4), 589-604.
- Law, C. W., Chen, E. Y. H., Cheung, E. F. C., Chan, R. C. K., Wong, J. G. W.S., Lam, C. L. K., ..., & Lo, M. S. M. (2005). Impact of untreated psychosis on quality of life in patients with first-episode schizophrenia. *Quality of Life Research*, 14, 1803-1811. doi: 10.1007/s11136-005-3236-6.
- Martens, L. & Baker, S. (2009). *Promoting recovery from first episode psychosis: A guide for families*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- McGorry, P. D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. Dalam Gleeson, J. F. M. & McGorry, P. D. (Ed.). *Psychological interventions in early psychosis: A treatment handbook* (pp. 1-21). Inggris: John Wiley and Sons Ltd.
- McNab, C. & Linszen, D. (2009). Family intervention in early psychosis. Dalam Jackson, H. & McGorry, P. (Ed.). *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (2nd ed). (pp. 305-329). New York: Cambridge University Press.
- Moore, K. A., Chalk, R., Scarpa, J., & Vandivere, S. (2002). Family strengths: Often overlooked, but real (Permit No. 1897). Diunduh pada tanggal 22 Oktober 2011 dari http://www.child-trends.org/Files/Child_Trends-2009_04_16_RB_FamilyStrengths.pdf.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2011). *Marriages and families: Intimacy, diversity, and strengths* (7th ed). New York: McGraw-Hill.
- O'Callaghan, E., Turner, N., Renwick, L., Jackson, D., Sutton, M., Foley, S. D., ..., & Kinsella, A. (2010). First episode psychosis and the trail to secondary care: Help-seeking and health-system delays. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 381-391. doi: 10.1007/s00127-009-0081-x.
- Platz, C., Umbricht, D.S., Cattapan-Ludewig, K., Dvorsky, D., Arbach, D., Brenner, H. & Simon, A.E. (2006). Help-Seeking pathways in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 967-974. doi: 10.1007/s00127-006-0117-4.
- Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. (19 September 2011). Hanya 30% penderita gangguan jiwa di Indonesia ditangani dokter. Diunduh pada tanggal 25 Oktober 2011 dari <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=5816&tbl=cakrawala>.
- Sharifi, S., Kermani-ranjbar, T., Amini, H., Alaghband-rad, J., Salesian, N., & Seddigh, A. (2009). Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first-episode psychosis in Iran. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 131-136. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00119.x
- Shiers, D. & Smith, J. (2010). Introduction. Dalam French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M., & Rayne, M. (Ed.). *Promoting recovery in early psychosis: A practice manual* (pp. 1-8). Inggris: Blackwell Publishing Ltd.
- Subandi, M. A. (2011). Family expressed emotion in a javanese cultural context. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35, 331-346. doi: 10.1007/s11013-011-9220-4.
- Subandi, M. A. & Marchira, C. (2010). The role of family empowerment and family resilience on the recovery of psychotic patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1-16.
- Tranulis, C., Park, L., Delano, L., & Good, B. (2009). Early intervention in psychosis: A case study on normal and pathological. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 33, 608-622. doi: 10.1007/s11013-009-9150-6.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., , & Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: Family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 108-115. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00116.x