

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang ditandai dengan gangguan dalam berpikir, emosi, dan perilaku, termasuk halusinasi dan delusi. Secara klinis, manifestasi skizofrenia mencakup gejala positif seperti waham dan halusinasi pendengaran, serta gejala negatif seperti penarikan diri secara sosial dan tumpulnya afek. Gangguan ini berdampak signifikan tidak hanya bagi individu yang mengalaminya tetapi juga bagi keluarga dan lingkungan sosialnya (APA, 2020). Ketika individu anggota keluarga didiagnosis skizofrenia, seluruh dinamika rumah tangga mengalami pergeseran. Keluarga bukan lagi sekadar unit sosial, melainkan unit perawatan kesehatan primer yang harus mendampingi 24 jam sehari. Berdasarkan data Kemenkes RI (2018), terdapat sekitar 400.000 individu di Indonesia yang mengalami skizofrenia, namun angka ini kemungkinan lebih tinggi mengingat adanya stigma sosial yang menyebabkan *underreporting* kasus (Sari & Ambarwati, 2024). Fenomena "gunung es" ini mencerminkan bahwa banyak keluarga yang memilih menyembunyikan anggota keluarga mereka yang sakit karena malu atau takut dikucilkan oleh masyarakat.

Dalam konteks budaya kolektivistik Indonesia, peran keluarga menjadi sangat penting karena perawatan pasien sering kali menjadi tanggung jawab *caregiver* utama (Fatimah et al., 2018). Berbeda dengan budaya individualis di Barat di mana negara atau institusi formal mengambil peran besar, di Indonesia, beban perawatan diletakkan di atas bahu keluarga inti atau keluarga besar. Hal ini menciptakan ikatan yang kuat namun sekaligus memberikan tekanan yang luar biasa. Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa beban yang ditanggung *caregiver* sangat berat, mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan finansial yang diperburuk oleh terbatasnya akses informasi serta stigma masyarakat (Fitriani et al., 2021; Amanah & Nuralita, 2022). Beban fisik muncul dari kelelahan merawat pasien yang mungkin sulit tidur atau mengalami kegelisahan motorik. Beban emosional berakar dari rasa sedih melihat orang yang dicintai kehilangan realitasnya. Beban finansial muncul dari biaya pengobatan jangka panjang dan hilangnya produktivitas ekonomi, baik dari pasien maupun *caregiver* yang harus berhenti bekerja untuk merawat.

Kondisi ideal sebuah keluarga dicapai ketika sistem mampu menjalankan tugas dasarnya melalui keberfungsian keluarga (*family functioning*) yang optimal. Keberfungsian keluarga bukan berarti ketiadaan masalah, melainkan kemampuan sistem keluarga untuk beradaptasi dan mengatasi krisis secara sehat. Berdasarkan model *McMaster*, keluarga yang sehat (*healthy functioning*) ditandai dengan penyelesaian masalah yang kolaboratif, komunikasi jelas, pembagian peran adil, serta keterlibatan emosional yang hangat (Epstein et al., 1978). Model ini menekankan bahwa keluarga berfungsi sebagai sebuah sistem; jika satu bagian

terganggu, bagian lain harus menyesuaikan diri untuk menjaga stabilitas atau "homeostasis".

Dalam konteks skizofrenia, *family functioning* yang optimal berperan krusial dalam membantu keluarga menyesuaikan komunikasi dan hubungan interpersonal saat menghadapi tantangan emosional yang berat (Erlangga & Nafiah, 2021). Keberfungsian yang baik ditunjukkan melalui dukungan nyata dalam perawatan, keterlibatan aktif pasien dalam aktivitas harian, serta pengawasan terhadap kepatuhan pengobatan (Perdana et al., 2022). Keluarga yang berfungsi dengan baik mampu membedakan antara perilaku pasien yang disebabkan oleh penyakit dengan kepribadian asli pasien, sehingga mereka tidak merespons gejala psikotik dengan kemarahan. Selain itu, dukungan keluarga yang meliputi perhatian, kasih sayang, dan motivasi merupakan elemen kunci bagi pemulihan pasien (Nasir & Muhith, 2011 dalam Roro, 2023). Tanpa dukungan emosional yang stabil, pasien cenderung mengalami relaps atau kekambuhan yang lebih sering, yang pada gilirannya akan semakin memperburuk keberfungsian keluarga itu sendiri.

Namun, kehadiran Orang Dengan Skizofrenia (ODS) sering kali mendisrupsi keseimbangan tersebut secara mendalam. Perjalanan penyakit yang kronis dan sering kambuh menciptakan ketegangan yang terus-menerus. Penelitian menunjukkan bahwa keberfungsian keluarga ODS sering berada pada level rendah karena tingginya ekspresi emosi negatif dan ketidakmampuan mempertahankan *behavioral control* (Firlana, 2021; Wardhani et al., 2022). Ekspresi emosi tinggi, yang mencakup kritik tajam dan sikap bermusuhan, merupakan prediktor utama kekambuhan. Secara spesifik, gangguan kognitif pada ODS—seperti kesulitan berkonsentrasi dan memproses informasi—menghambat kemampuan *problem solving* keluarga (Syulthoni & Gunadi, 2020). Keputusan-keputusan sederhana menjadi rumit ketika salah satu anggota keluarga tidak dapat memberikan masukan yang rasional.

Pada dimensi komunikasi, keluarga sering terjebak dalam pola *double-bind communication* yang membingungkan (Keliat et al., 2023). Ini adalah kondisi di mana pesan verbal dan non-verbal yang disampaikan saling bertentangan, menciptakan lingkungan yang penuh kecurigaan dan ambiguitas. Dalam dimensi *roles* atau peran, *caregiver* utama sering kali memikul beban tunggal karena anggota keluarga lain menarik diri untuk menghindari konflik, yang memicu disfungsi kronis dan burnout (Rahmani et al., 2022). Ketidakadilan dalam pembagian tugas perawatan ini sering kali memicu kecemburuan dan pertengkaran antar saudara kandung atau antara pasangan. Kondisi ini diperparah oleh aspek ekonomi dan sosial, di mana pengeluaran tak terduga untuk rawat inap atau obat-obatan menciptakan kondisi "keluarga reaktif" (Zulfitria et al., 2022). Keluarga reaktif adalah keluarga yang hidup dalam mode "bertahan hidup", di mana mereka hanya beraksi terhadap krisis tanpa memiliki rencana jangka panjang. Selain itu, *courtesy stigma*—stigma yang menular kepada anggota keluarga pasien—memicu isolasi sosial dan menyebabkan keluarga mengabaikan kebutuhan afektif anggota

keluarga yang sehat (Nasriati, 2021; Widiанти et al., 2023). Anak-anak sehat dalam keluarga sering kali menjadi "anak yang terlupakan" karena seluruh energi orang tua terserap oleh anggota keluarga yang sakit.

Meskipun tantangan perawatan ODS sangat nyata, fakta empiris menunjukkan bahwa tidak semua keluarga terjebak dalam disfungsi; banyak keluarga tetap mampu menjalankan keberfungsian secara efektif melalui strategi penanganan yang adaptif sebagai bagian dari proses pemulihan (Pardede et al., 2020). Resiliensi keluarga muncul ketika mereka mampu memaknai penderitaan sebagai bagian dari perjalanan hidup yang memperkuat ikatan batin. Literasi kesehatan mental melalui program psikoedukasi membantu keluarga menjaga dimensi *problem solving* dan komunikasi tetap efektif (Maulana et al., 2023). Dengan memahami bahwa delusi adalah hasil dari ketidakseimbangan kimiawi di otak, keluarga dapat mengurangi rasa bersalah dan kemarahan mereka. Pengetahuan yang memadai berhubungan positif dengan kesejahteraan psikologis, meningkatkan kepercayaan diri, serta mendorong strategi penanganan yang proaktif (Zhou et al., 2021).

Selain itu, aspek spiritualitas, penerimaan (*acceptance*), dan belas kasihan (*compassion*) menjadi faktor kunci bagi kesejahteraan psikologis *caregiver* (Sari et al., 2020; Wahyuni & Rohmah, 2022). Di Indonesia, banyak keluarga menemukan kekuatan dalam doa dan keyakinan bahwa merawat orang sakit adalah bentuk ibadah yang mulia. Penerimaan radikal terhadap kondisi pasien memungkinkan keluarga untuk berhenti berfokus pada "apa yang hilang" dan mulai berfokus pada "apa yang masih dimiliki". Keberfungsian tetap terjaga melalui *collaborative caregiving*, tanggung jawab didistribusikan secara adil di antara anggota keluarga besar, serta dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti dukungan sosial dari tetangga dan status ekonomi yang stabil (Prabowo et al., 2021; Laksmi & Herdiyanto, 2019; Amalia & Rahmatika, 2020). Dukungan komunitas, seperti kelompok pendukung sebaya (*support groups*), memberikan ruang aman bagi *caregiver* untuk berbagi beban tanpa takut dihakimi.

Banyak penelitian telah meneliti dampak psikologis pada *caregiver* secara individual, seperti tingkat depresi atau kecemasan yang mereka alami. Namun, pemahaman mengenai pengaruh peran mereka terhadap *family functioning* secara keseluruhan masih belum sepenuhnya terungkap karena fokus yang sering kali terlalu individual (Fitri et al., 2020). Keluarga adalah sebuah ekosistem; kesehatan mental satu orang tidak bisa dipisahkan dari kesehatan sistem di mana ia berada. Terdapat perbedaan yang mencolok antara kondisi ideal (*das sollen*), yaitu keluarga dengan sistem pendukung kuat yang mampu mengintegrasikan ODS ke dalam kehidupan sehari-hari, dengan kenyataan (*das sein*), yaitu tekanan besar tanpa dukungan memadai yang sering kali berujung pada pemasungan atau pengabaian.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini berupaya memahami secara mendalam pengalaman *caregiver* utama ODS dalam memaknai peran mereka serta mengeksplorasi pola keberfungsian keluarga yang muncul dari

pengalaman empiris tersebut. Mengapa beberapa keluarga tidak efektif sementara yang lain tetap kokoh? Bagaimana *caregiver* menyeimbangkan kebutuhan pribadi mereka dengan tuntutan perawatan yang tiada henti? Temuan penelitian ini diharapkan berkontribusi pada pengembangan intervensi yang lebih efektif dalam meningkatkan kesejahteraan *caregiver* dan keluarga, khususnya dalam aspek dukungan psikososial dan strategi *coping* jangka panjang. Intervensi di masa depan harus beralih dari sekadar edukasi medis menuju penguatan struktur keluarga secara holistik, memastikan bahwa setiap unit keluarga memiliki resiliensi untuk menghadapi badai skizofrenia dengan martabat dan kasih sayang yang utuh.

1.1.1. Tinjauan Pustaka

1.1.1.1. *Family Functioning*

1.1.1.1.1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah lingkungan utama dan paling awal individu terlibat dalam interaksi sosial. Keluarga berperan sebagai fondasi pertama dalam memperkenalkan budaya-budaya yang ada di masyarakat, anggota keluarga dapat belajar tentang karakteristik dan perilaku individu lain di luar lingkungan keluarga mereka sendiri sehingga keluarga memiliki peran yang sangat signifikan dalam membentuk karakter, hubungan interpersonal, kehidupan sosial, dan kreativitas. Keluarga berfungsi sebagai sebuah lembaga sosial yang memiliki berbagai peran dalam memfasilitasi dan memperkuat interaksi di antara anggotanya (Ulfiah, 2016).

Menurut Soelaeman (1994), keluarga memiliki berbagai fungsi yang meliputi: edukasi dalam membentuk kepribadian anak, sosialisasi untuk mengenalkan norma sosial, proteksi dalam memberikan rasa aman, afeksi sebagai sumber kehangatan emosional, religius dalam menanamkan nilai agama, ekonomis untuk memenuhi kebutuhan finansial, rekreatif dalam menciptakan kenyamanan, serta biologis dalam memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga.

Berdasarkan penjelasan di atas, keluarga memegang peran sentral dalam perkembangan individu, menjadi lingkungan pertama di mana interaksi sosial terjadi dan di mana nilai-nilai serta perilaku masyarakat diperkenalkan, memiliki peran vital dalam membentuk karakter, hubungan sosial, dan kreativitas dari setiap anggotanya, dengan memberikan perhatian kasih sayang dan pembelajaran nilai-nilai kehidupan, keluarga membantu individu tumbuh menjadi kontributor yang baik dalam masyarakat. Semua fungsi keluarga bekerja bersama-sama untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat bagi setiap anggota keluarga.

1.1.1.1.2. Pengertian *Family Functioning*

Family Functioning adalah kapasitas sejauh mana keluarga dapat memenuhi tanggung jawabnya untuk memastikan kesejahteraan dan perkembangan sosial, fisik, dan psikologis dari setiap anggota keluarga (Epstein et al., 2003; Asay, & Olson, 2009). McArthur (2005) menambahkan bahwa keluarga

yang berfungsi dengan baik adalah keluarga yang mampu menjalankan tugas-tugasnya dengan benar. Keluarga yang berjalan sesuai dengan fungsinya mampu membuat individu memiliki ruang untuk berkembang menjadi diri mereka sendiri, merasakan kehangatan kasih sayang, dan solidaritas antara anggota keluarga.

Family Functioning dapat ditunjukkan melalui sikap anggota keluarga memberikan waktu dan dukungan satu sama lain, menunjukkan perhatian terhadap kebutuhan keluarga, dan menjadikan kesejahteraan anggota keluarga sebagai prioritas dalam kehidupan. Kesejahteraan keluarga adalah hasil dari ketahanan keluarga, yaitu kemampuan keluarga untuk mengelola sumber daya yang tersedia, baik yang dimiliki maupun yang dapat diakses, serta mengatasi masalah yang dihadapi untuk mencapai tujuan keluarga (Akbar & Kartika, 2016).

Salah satu model teori *family functioning* diajukan oleh Epstein pada tahun 1987, menemukan bahwa fungsi dasar keluarga adalah untuk menyediakan kondisi lingkungan yang sesuai bagi anggota keluarga untuk berkembang secara fisik, psikologis, sosial, dan aspek lainnya. Sistem keluarga harus menyelesaikan serangkaian tugas, termasuk tugas dasar (seperti memenuhi kebutuhan material individu dalam hal garis hidup makanan dan pakaian), tugas perkembangan (seperti beradaptasi dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan anggota), dan tugas krisis (seperti menangani segala jenis keadaan darurat keluarga) (Dai & Wang, 2015).

1.1.1.1.2.1 McMaster Model of Family Functioning

Salah satu model pendekatan *family functioning* adalah *McMaster Model of Family Functioning*. *McMaster Model of Family Functioning* berfokus pada bagaimana fungsi keluarga memengaruhi kesehatan fisik dan emosional serta kemunculan masalah pada anggota keluarga. *Model McMaster* tentang keberfungsian keluarga berfokus pada bagaimana pola interaksi dan organisasi keluarga memengaruhi kesehatan fisik serta emosional setiap anggotanya. Model ini berlandaskan pada asumsi teori sistem yang menyatakan bahwa seluruh bagian keluarga saling terkait dan tidak dapat dipahami secara terpisah. Fungsi keluarga dipandang sebagai hasil dari pola transaksi yang membentuk perilaku anggotanya, struktur dan organisasi sistem menjadi faktor penentu utama dalam menghadapi masalah (Ryan et al., 2012). Asumsi-asumsi penting dari teori sistem yang mendasari model ini adalah sebagai berikut (Miller et al., 2000; Epstein et al., 1978):

- 1) Semua bagian keluarga saling terkait.
- 2) Salah satu bagian keluarga tidak dapat dipahami secara terpisah dari sisa sistem keluarga.
- 3) Fungsi keluarga tidak dapat sepenuhnya dipahami dengan hanya memahami setiap anggota keluarga atau sub kelompok secara individual.

- 4) Struktur dan organisasi keluarga adalah faktor penting yang sangat memengaruhi dan menentukan perilaku anggota keluarga.
- 5) Pola transaksi dalam sistem keluarga sangat membentuk perilaku anggota keluarga.

Model ini mengidentifikasi berbagai dimensi dalam fungsi keluarga, yang berkisar dari yang paling efektif hingga yang paling tidak efektif. Model ini menghipotesiskan bahwa tingkat keberfungsian "paling efektif" dalam setiap dimensi dapat mengindikasikan kesehatan emosional dan fisik yang optimal dalam keluarga. Sebaliknya, tingkat keberfungsian "paling tidak efektif" dalam beberapa dimensi dapat menunjukkan adanya masalah klinis di dalam keluarga (Miller et al., 2000; Epstein et al., 1978). Model McMaster tidak berfokus pada satu dimensi saja sebagai landasan untuk mengkonseptualisasikan perilaku keluarga (Epstein et al., 1978).

Model ini mengidentifikasi enam dimensi keberfungsian yang bergerak dalam rentang dari paling efektif hingga paling tidak efektif sebagai berikut (Ryan et al., 2012; Miller & Ryan, 2020):

1. **Penyelesaian Masalah (*Problem Solving*):** Kemampuan keluarga untuk mengatasi masalah instrumental (aspek praktis seperti keuangan dan medis) dan masalah afektif (aspek emosional) guna mempertahankan efektivitas sistem. Keluarga yang efektif mampu menjalankan tahapan sistematis mulai dari identifikasi masalah, pengembangan rencana aksi, hingga evaluasi keberhasilan tindakan.
2. **Komunikasi (*Communication*):** Merupakan pertukaran informasi verbal di dalam keluarga. Komunikasi dinilai berdasarkan dua poros: kejelasan (*clear vs masked*) dan keterlangsungan (*direct vs indirect*). Pola komunikasi yang dianggap paling efektif adalah komunikasi yang jelas dan langsung ditujukan kepada orang yang dimaksud.
3. **Peran (*Roles*):** Pola perilaku yang berulang untuk memenuhi fungsi keluarga, baik secara instrumental maupun afektif. Dimensi ini menekankan pada pembagian tanggung jawab (alokasi peran) dan tanggung jawab atas tugas tersebut (akuntabilitas peran). Keberfungsian yang sehat ditandai dengan distribusi tugas yang tepat dan mekanisme akuntabilitas yang jelas.
4. **Responsivitas Afektif (*Affective Responsiveness*):** Kemampuan keluarga untuk merespons rangsangan dengan kualitas dan intensitas perasaan yang sesuai. Hal ini mencakup perasaan kesejahteraan (*welfare emotions*) seperti cinta dan kegembiraan, serta perasaan darurat (*emergency emotions*) seperti kemarahan atau ketakutan.
5. **Keterlibatan Afektif (*Affective Involvement*):** Sejauh mana anggota keluarga menunjukkan minat dan penghargaan terhadap aktivitas serta kepentingan satu sama lain. Rentang keterlibatan ini bergerak dari kurangnya keterlibatan (*lack of involvement*), keterlibatan empatik yang dianggap

paling efektif, hingga keterlibatan simbiosis yang terlalu mendominasi sehingga mengaburkan batasan antar individu.

6. Kontrol Perilaku (*Behavior Control*): Pola yang digunakan keluarga untuk mengelola perilaku anggotanya dalam situasi berbahaya, pemenuhan dorongan psikobiologis, dan sosialisasi interpersonal. Gaya kontrol perilaku dibedakan menjadi kaku (*rigid*), fleksibel (*flexible*), masa bodoh (*laissez-faire*), dan kacau (*chaotic*), di mana kontrol yang fleksibel dianggap paling adaptif.

Secara keseluruhan, *Model McMaster* menekankan bahwa tingkat keberfungsian yang efektif pada setiap dimensi merupakan indikator kesehatan emosional dan fisik yang optimal. Sebaliknya, kegagalan fungsi pada satu atau lebih dimensi dapat menunjukkan adanya masalah klinis yang memerlukan intervensi dalam sistem keluarga tersebut.

1.1.1.2. Gangguan Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis yang mengganggu fungsi kognitif, emosi, dan perilaku individu secara menyeluruh. Gangguan ini ditandai dengan kekacauan pikiran, keyakinan tidak realistis (delusi), serta pengalaman halusinasi (Pardede et al., 2019). Secara klinis, individu dengan skizofrenia (ODS) menunjukkan tiga kategori gejala utama: gejala positif (halusinasi dan delusi), gejala negatif (penurunan minat sosial, anhedonia, dan penumpukan emosi), serta gejala terdisorganisasi (bicara kacau dan perilaku tidak lazim) (Lambert & Naber, 2004). Gejala negatif sering kali muncul sebagai fase prodromal sebelum timbulnya gejala psikotik yang nyata.

Berdasarkan standar diagnostik internasional (DSM-V) maupun nasional (PPDGJ-III), diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila setidaknya dua gejala utama muncul secara dominan dan persisten selama minimal satu bulan, dengan total durasi gangguan minimal enam bulan. Kriteria diagnostik utama meliputi adanya *thought echo*, delusi kontrol, serta halusinasi auditorik yang prominen. Selain aspek klinis, diagnosis ini mensyaratkan adanya disfungsi sosial atau pekerjaan yang signifikan, yang ditandai dengan perubahan perilaku pribadi seperti isolasi sosial, hidup tanpa tujuan, serta hilangnya minat secara konsisten. Secara substansial, skizofrenia bukan sekadar gangguan persepsi, melainkan kondisi yang mengubah kualitas hidup individu dan kapasitasnya dalam merespons realitas secara wajar..

1.1.1.3. Caregiver

Caregiver pada pasien skizofrenia merujuk pada anggota keluarga yang memiliki keterikatan emosional dan tinggal serumah dengan individu yang mengalami gangguan skizofrenia. *Caregiver* tidak hanya mendampingi pasien dalam kehidupan sehari-hari, tetapi juga terlibat aktif dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan pasien. Hubungan yang terjalin antara *caregiver* dan pasien umumnya telah berlangsung selama dua tahun atau lebih,

menunjukkan adanya keterlibatan jangka panjang dalam aspek sosial dan emosional pasien (Swaroop et al., 2013).

Secara umum, *caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai seseorang yang memikul tanggung jawab utama terhadap kesejahteraan orang lain yang mengalami gangguan kesehatan, baik fisik maupun mental. Peran ini dijalankan tanpa kompensasi finansial, sehingga lebih menekankan pada tanggung jawab sosial dan emosional dalam konteks perawatan informal (Rofail et al., 2016).

Lebih lanjut, menurut Award dan Vuroganti (2008), *caregiver* tidak hanya berperan sebagai penyedia dukungan emosional, tetapi juga melaksanakan tugas-tugas praktis seperti membantu pasien dalam aktivitas dasar sehari-hari—memandikan, memberi makan, memakaikan baju, serta memastikan konsumsi obat yang tepat, mengatur urusan keuangan, berperan dalam pengambilan keputusan penting terkait perawatan, dan menjadi penghubung utama antara pasien dan layanan kesehatan formal.

1.2. Tujuan dan Manfaat

Penelitian ini bertujuan untuk menggali pemahaman mendalam mengenai *family functioning* dalam keluarga yang memiliki Orang Dengan Skizofrenia (ODS) berdasarkan perspektif *caregiver* utama. Fokus utama penelitian ini adalah mengidentifikasi berbagai aspek serta dinamika yang terjadi dalam keluarga yang merawat individu dengan skizofrenia. Dengan memahami bagaimana keluarga berfungsi dalam menghadapi tantangan merawat ODS, penelitian ini dapat memberikan wawasan yang lebih luas mengenai peran, komunikasi, serta strategi yang digunakan oleh keluarga dalam menjaga keseimbangan di tengah kondisi yang kompleks.

Secara teoritis, penelitian ini berkontribusi pada pengembangan wawasan dalam bidang Psikologi Keluarga, khususnya dalam konteks budaya Indonesia Timur. Selain itu, penelitian ini memperkaya pemahaman yang sudah ada mengenai Orang Dengan Gangguan Skizofrenia (ODS) serta bagaimana keluarga mereka berfungsi dalam menghadapi berbagai tantangan yang muncul. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi penelitian-penelitian selanjutnya terkait *family functioning* dalam konteks gangguan mental.

Secara praktis, penelitian ini memberikan manfaat bagi berbagai pihak. Bagi peneliti, studi ini menjadi sarana untuk memahami lebih dalam mengenai dinamika *family functioning* yang merawat ODS serta memberikan pengalaman langsung dalam menggali fenomena ini. Bagi keluarga dengan anggota yang mengidap skizofrenia, penelitian ini dapat membantu mereka dalam memahami tantangan yang dihadapi serta memberikan wawasan tentang strategi pendampingan yang lebih efektif. Dengan pemahaman yang lebih baik, keluarga diharapkan dapat mengembangkan cara-cara untuk meningkatkan kualitas hubungan dan fungsi keluarga dalam mendukung ODS.

Selain itu, penelitian ini juga bermanfaat bagi masyarakat umum dengan menyediakan pemahaman yang lebih luas mengenai tantangan yang dihadapi oleh keluarga dengan ODS. Kesadaran yang meningkat di tingkat masyarakat dapat menjadi dasar dalam pengembangan program pembinaan dan dukungan sosial yang lebih inklusif. Dengan adanya wawasan ini, berbagai pihak dapat bekerja sama dalam menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi individu dengan skizofrenia serta keluarga mereka, sehingga *family functioning* dapat terus ditingkatkan dan kualitas hidup mereka dapat lebih terjaga.