

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* (FPE)
TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM
MERAWAT PENDERITA SKIZOFRENIA
(*LITERATURE REVIEW*)**

SKRIPSI



**Oleh :
Zulfa Korina
NIM. 17010057**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* (FPE)
TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM
MERAWAT PENDERITA SKIZOFRENIA
(*LITERATURE REVIEW*)**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Ilmu Keperawatan (S.Kep)



Oleh :
Zulfa Korina
NIM. 17010057

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

HALAMAN PERSEMBAHAN

Segala puji Allah SWT atas limpahan rahmat dan Ridho-Nya yang senantiasa selalu memberikan kemudahan, petunjuk, kekuasaan dan keyakinan sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya.

Skripsi ini saya persembahkan:

1. Ucapan syukur dan terimakasih untuk Allah SWT yang tak henti-henti memberikan petunjuk dan memberikan kelancaran atas terselesainya skripsi saya.
2. Kepada orang tua tercinta Bapak dan alm. Ibu, terutama bapak sekaligus menjadi ibu selama ini yang telah memberikan segenap kasih sayang, waktu, motivasi, serta do'a-do'anya untuk membesarkan saya, serta biaya sehingga saya sampai pada titik ini dan menyandang gelar S.Kep. terima kasih telah menjadi orang tua yang sempurna dan semoga bapak sehat selalu.
3. Ucapan terimakasih kepada kakek & nenek serta kerabat yang selalu memberikan motivasi selama pendidikan dan kehidupan sehari-hari saya.
4. Kepada dosen dan staf-staf Universitas dr. Soebandi Jember yang telah memberikan ilmu pengetahuan, dan memberikan banyak motivasi selama perkuliahan.
5. Tidak lupa terimakasih untuk teman-teman yang selalu memberikan semangat, dukungan dan bantuan ide-ide sehingga saya mampu memperjuangkan proses-proses untuk meraih gelar sarjana keperawatan.

MOTTO

“Kesabaran itu ada dua macam: sabar atas sesuatu yang tidak kau ingin dan sabar menahan diri dari sesuatu yang kau ingini.”

(Ali bin Abi Thalib)

“Ingatlah Allah SWT saat hidup tak berjalan sesuai keinginanmu, karena Allah SWT pasti punya jalan yang lebih baik untukmu”

(Zulfa Korina)

LEMBAR PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Zulfa Korina

Nim : 17010057

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan sebagai syarat skripsi, baik di Universitas dr. Soebandi Jember maupun di perguruan tinggi lain. Skripsi ini murni gagasan dan rumusan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing. Dalam perumusan skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat orang lain yang telah ditulis serta dipublikasikan, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan atau sanksi lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku dalam perguruan tinggi ini.

Jember, 02 Juli 2021

Yang menyatakan



Zulfa Korina
17010057

LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil penelitian ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar hasil pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember

Jember, 02 Juli 2021

Pembimbing I



Susilawati, S.ST.,M.Kes
NIDN. 4003127401

Pembimbing II



Ns. M. Elyas Arif Budiman, S.Kep.,M.Kep
NIDN. 0710029203

HALAMAN PENGESAHAN

Tugas Akhir yang berjudul (*Pengaruh Family Psychoeducation (FPE) Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia Literature Review*) telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan pada:

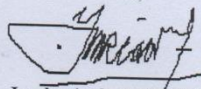
Hari : Jum'at

Tanggal : 02 Juli 2021

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember

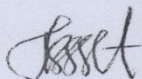
Tim Penguji

Ketua,



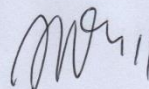
Jamharivah, S.ST., M.kes
NIDN. 4011016401

Penguji II



Susilawati, S.ST., M.Kes
NIDN. 4003127401

Penguji III



Ns. M. Elvas Arif Budiman, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0710029203

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu kesehatan
Universitas dr. Soebandi,



Hella Melia Tursina, S.Kep., NS., M.Kep
NIDN. 0706109164

SKRIPSI

PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION* (FPE) TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PENDERITA SKIZOFRENIA (*LITERATURE REVIEW*)

Oleh :

Zulfa Korina

NIM. 17010057

Pembimbing

Pembimbing utama : Susilawati, S.ST., M.Kes

Pembimbing Anggota : Ns. M. Elyas Arif Budiman, S.Kep., M.Kep

ABSTRAK

Korina, Zulfa* Susilawati** Budiman, Elyas Arif***. 2021. **Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia: *Literature Review***. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Pendahuluan: Kurangnya pengetahuan dan keahlian keluarga dalam merawat penderita skizofrenia, karena informasi dasar mengenai gangguan mental sangat penting dalam membantu keluarga merawat penderita skizofrenia, maka perlunya penanganan terhadap kemampuan keluarga. Tujuan *literature review* ini untuk menganalisis pengaruh *Family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. **Metode:** Desain penelitian *literature review*. Pencarian *database Google Scholar, Pubmed dan BMC* dari hasil penelitian tahun 2016-2021, seleksi format PICOS. Jumlah artikel yang memenuhi kriteria yaitu 10 artikel. **Hasil:** Dari 10 artikel bahwa kemampuan keluarga yang awalnya tidak mampu dalam merawat penderita dan setelah pemberian intervensi keluarga menjadi mampu dalam merawat penderita skizofrenia, maka intervensi *family psychoeducation* dapat membantu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. **Kesimpulan:** Ada pengaruh *Family psychoeducation terhadap* kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia **Diskusi:** intervensi *family psychoeducation* dapat diterapkan sebagai salah satu intervensi kepada keluarga yang paling sederhana dan mudah untuk diterapkan oleh tenaga kesehatan.

Kata Kunci : psikoedukasi keluarga, merawat, skizofrenia

*Peneliti : Zulfa Korina

**Pembimbing I : Susilawati, S.ST., M.Kes

***Pembimbing II : Ns. M. Elyas Arif Budiman, S.Kep.,M.Kep

ABSTRACT

Korina, Zulfa* Susilawati** Budiman, Elyas Arif***. 2021. *The Effect of Family Psychoeducation (FPE) on Family's Ability in Caring for Schizophrenia Patients: Literature Review*. Nursing Science Study Program Universitas dr. Soebandi Jember.

Introduction : Lack of family knowledge and expertise in caring for people with schizophrenia, because basic information about mental disorders is very important in helping families care for people with schizophrenia , it is necessary to deal with family abilities. Interest literature review is to analyze the effect of F amily psychoeducation (FPE) on the ability of families in caring for patients with schizophrenia. **Methods:** Literature review research design. Search Google Scholar, Pubmed and BMC database from 2016-2021 research results, format Population Intervention Comparison Outcome Study design, quasi-experimental article design one group pre-test post-test design . **Results:** From 10 articles that the family psychoeducation intervention can help improve the ability of families to care for people with schizophrenia. **Conclusion:** There is an effect of family psychoeducation on the ability of families to care for people with schizophrenia. **Discussion:** Family psychoeducation intervention can be applied as one of the simplest and easiest interventions to families to be applied by health workers.

Keywords: family psychoeducation, caring, schizophrenia

*Peneliti : Zulfa Korina

**Pembimbing I : Susilawati, S.ST., M.Kes

***Pembimbing II : Ns. M. Elyas Arif Budiman, S.Kep.,M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, atas rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat penderita Skizofrenia”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan skripsi ini sangatlah besar sehingga penyusunan skripsi dapat terwujud, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Drs. H. Said Mardijanto, S.Kep.,Ns.,MM selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Ns. Hella Meldy Tursina, S.Kep.,M.Kep selaku Dekan fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember yang telah mendukung dalam skripsi ini
3. Ns. Irwina Angelia Silvanasari, S.Kep.,M,Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember yang telah memberikan arahan dan motivasi secara maksimal dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Susilawati, S.ST.,M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan kesempatan, fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan

pendidikan dan dengan penuh perhatian, kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan skripsi ini dapat selesai tepat waktu.

5. Ns. M. Elyas Arif Budiman S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
6. Jamhariyah, S.ST.,M.Kes Selaku dosen penguji studi *literature review* yang telah memberikan saran perbaikan sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.

Semoga Allah subhanahu Wa Ta'ala, membalas budi baik kepada semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, namun harapan peneliti adalah semoga skripsi ini dapat membawa manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Jember, 02 Juli 2021



Zulfa Korina

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORIGINALITAS	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah	5
1.3 Tujuan penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Skizofrenia	7
2.1.1 Pengertian skizofrenia	7

2.1.2 Etiologi skizofrenia	8
2.1.3 Klasifikasi skizofrenia	11
2.1.4 Tanda dan gejala skizofrenia	13
2.1.5 Fase terjadinya skizofrenia	16
2.2 Keluarga	18
2.2.1 Definisi keluarga	18
2.2.2 Fungsi keluarga	18
2.2.3 Tugas kesehatan keluarga	19
2.2.4 Faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga	21
2.3 Psikoedukasi keluarga	22
2.3.1 Pengertian psikoedukasi keluarga	22
2.3.2 Tujuan psikoedukasi keluarga	24
2.3.3 Program psikoedukasi	24
2.3.4 Pedoman dan pelaksanaan psikoedukasi keluarga	26
2.4 Kerangka teori	29
BAB III METODE PENELITIAN	30
3.1 Strategi pencarian <i>literature</i>	30
3.1.1 Protokol dan registrasi	30
3.1.2 Database pencarian	30
3.1.3 Kata kunci	30
3.2 Kriteria inklusi dan eksklusi	31
3.3 Seleksi studi dan penilaian kualitas	32
3.3.1 Hasil pencarian dan hasil studi	32
3.4 Kerangka kerja	33
BAB IV HASIL DAN ANALISIS	35
4.1 Kualitas studi	35
4.2 Karakteristik studi	36

4.3 Karakteristik responden keluarga	44
4.4 Karakteristik responden penderita skizofrenia	46
4.5 Intervensi psikoedukasi keluarga	46
4.6 Kemampuan keluarga sebelum intervensi psikoedukasi keluarga	48
4.7 Kemampuan keluarga sesudah intervensi psikoedukasi keluarga	48
4.8 Analisa pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia	49
BAB V PEMBAHASAN	50
5.1 Kemampuan keluarga sebelum intervensi psikoedukasi keluarga	50
5.2 Kemampuan keluarga sesudah Intervensi psikoedukasi keluarga	51
5.3 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia	52
BAB VI PENUTUP	57
6.1 Kesimpulan	57
6.1.1 Kemampuan keluarga sebelum intervensi psikoedukasi keluarga	57
6.1.2 Kemampuan keluarga sesudah intervensi psikoedukasi keluarga	57
6.1.3 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia	57
6.2 Saran	58
6.2.1 Bagi tenaga kesehatan	58
6.2.2 Peneliti selanjutnya	58

6.2.3 Bagi keluarga	58
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.4 Kerangka teori	29
Gambar 3.4 Kerangka kerja	34

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Kriteria inklusi dan eksklusi	32
Tabel 4.1 Penilaian studi <i>literature review</i> menggunakan <i>JBICritical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental</i>	35
Tabel 4.2 Daftar pencarian jurnal	37
Tabel 4.3 Usia responden	44
Tabel 4.6 Kemampuan akeluarga sebelum intervensi	48
Tabel 4.7 Kemampuan keluarga sesudah intervensi	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Persyaratan dalam penelitian	64
Lampiran 2 Lembar <i>Critical appraisal for Quasi-Experimental Studies</i> ...	71
Lampiran 3 Artikel / jurnal	42

DAFTAR ISTILAH

FPE	: <i>Family Psychoeducation</i>
BMC	: <i>Biomedical Center</i>
ODS	: Orang Dengan Skizofrenia
PICOS	: Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design, Publication Years, Language
WHO	: <i>World Health Organization</i>
PRISMA	: <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses</i>
CRCT	: <i>Cluster Randomised Controlled Trial</i>
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
JBIC	: <i>The Joanna Briggs Institute</i>
ART	: Anggota Rumah Tangga

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan penyakit mental kronis yang menyebabkan gangguan proses berfikir, proses pikiran terganggu yang menimbulkan halusinasi, delusi, pikiran yang tidak jelas, perubahan perilaku, bicara tidak wajar dan kecemasan yang berlebihan (I Wayan S., 2020). Keadaan seseorang yang mengalami skizofrenia dalam sebuah keluarga akan mempengaruhi keberlangsungan keluarga itu sendiri. Ketidakmampuan keluarga untuk menyesuaikan diri dengan perubahan situasi tersebut menyebabkan keluarga tidak mampu merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dengan baik. Dimana keluarga adalah sistem pendukung yang utama untuk mencegah seorang anggota keluarga jatuh pada keadaan maladaptif, selain itu keluarga merupakan bagian yang sangat penting dalam merawat penderita skizofrenia (Cheryl M.R, Irene H.K.C, Mao Y.W.W, Bo F.L, & Cecilia L, 2016). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Adelheid R., Herminsih, Wisnu Barlianto, & Rinik Eko, 2017) terdapat 62% keluarga mengatakan merasa was-was, cemas dan khawatir melihat kondisi penderita serta kadang-kadang merasa tidak tenang jika berada didekat penderita, namun kurangnya pengetahuan dan keahlian keluarga dalam merawat penderita skizofrenia di rumah menjadi perhatian serius karena informasi dasar mengenai gangguan mental sangat penting dalam membantu keluarga merawat penderita skizofrenia dengan baik.

Berdasarkan Badan kesehatan Dunia (WHO, 2018) mencatat sekitar 300 juta orang di seluruh dunia menderita depresi dan sekitar 23 juta orang mengalami skizofrenia. Menurut (Riskesdas, 2018) sedikit lebih tinggi prevalensi skizofrenia pada penduduk Indonesia yaitu 1,8 per 1000 penduduk dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 yang menyebutkan prevalensi skizofrenia 1,7 per 1000 penduduk. Provinsi yang tinggi prevalensinya di Pulau Jawa dan Bali yaitu di pulau Jawa berkisar 1,3 hingga 3,5 per 1000 penduduk. Angka yang tinggi juga ditemukan di Provinsi Bali yaitu 3,0 per 1000 penduduk. Menurut (Riskesdas, 2018) di pulau Jawa dari 1000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang merawat anggota rumah tangga (ART) yang menderita skizofrenia. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1000 rumah tangga yang merawat ART menderita skizofrenia.

Dampak buruk pada penderita skizofrenia salah satunya akan mengalami seperti halusinasi bahkan cenderung melakukan tindakan buruk seperti mencelakai diri sendiri, menghancurkan sesuatu atau melukai orang lain. Adanya stigma yang negatif dari masyarakat membuat keluarga merasa malu untuk membawa ke dokter tetapi klien skizofrenia sering disembunyikan, dikurung melainkan keluarga membawa penderita skizofrenia ke “orang pintar”. Dampak lain yaitu terjadi kekambuhan seumur hidup sehingga memerlukan pengobatan jangka panjang dan intensif, dari dampak-dampak tersebut bahwa pentingnya keluarga sebagai dukungan dan memiliki pengetahuan tentang gangguan jiwa serta mampu mengenali gejala awal kekambuhan sehingga keluarga mampu merawat dengan baik (Chan S.Y.Y, Ho G.W.K, & Bressingotn D., 2019).

Terapi yang dapat dilakukan salah satunya yaitu *family psychoeducation* (FPE) berperan penting dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Intervensi ini berbasis keluarga yang dapat menurunkan kejadian kekambuhan (*relaps*) dengan menggunakan pendekatan kolaboratif yang melibatkan keluarga, pasien dan klinis. Isi dari pendekatan tersebut terutama psikoedukasi tentang etiologi, perjalanan penyakit dan terapi skizofrenia (Ratri I., 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sasono T.N, 2015) ditemukan bahwa angka kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25 - 50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga 5 - 10%. *family psychoeducation* (FPE) dapat memberikan pemahaman yang mendalam tentang kondisi gangguan jiwa yang dialami sehingga pasien maupun keluarganya merasa lebih terkontrol dan kecemasannya menurun. Selain itu, FPE juga dapat mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita dan mengatasi masalah kesehatan jiwa dalam keluarga, mempercepat penyembuhan dan kemungkinan kambuh dapat dicegah. Psikoedukasi keluarga telah terbukti menjadi intervensi yang efektif untuk penderita skizofrenia dan anggota keluarga mereka.

Psikoedukasi dikenal untuk mengurangi tingkat kekambuhan dan rawat inap di beberapa gangguan kejiwaan seperti skizofrenia, depresi dan gangguan bipolar. Psikoedukasi keluarga dapat membantu keluarga dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa yang dialami oleh anggota keluarga agar dapat memaksimalkan fungsi keluarga (Liyanovitasari, Noorhamdani, &

Astari M.A, 2017). Terapi psikoedukasi keluarga dapat memperkuat strategi koping keluarga untuk mengatasi perubahan mental pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa serta tetap mempertahankan keberadaan anggota keluarga dalam masyarakat (Kartika R & At Al., 2017). Intervensi pada psikoedukasi keluarga berupa pemberian informasi dan edukasi dengan komunikasi terapeutik, sehingga dalam pelaksanaannya akan membantu keluarga dalam mengidentifikasi dan merubah keadaan maladaptif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam penyelesaian masalah (Qolina E, 2017). Menurut penelitian (Gajali & Badar, 2016) bahwa program psikoedukasi yang diberikan dapat meningkatkan kemampuan kognitif serta kemampuan psikomotor keluarga, dan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sasono T.N, 2015) bahwa *family psychoeducation* efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Menurut penelitian (Gajali & Badar, 2016) menyatakan bahwa ditemukan adanya peningkatan rerata kemampuan keluarga merawat penderita skizofrenia aspek kognitif sebelum intervensi sebesar 34,72 menjadi 38,80 sesudah intervensi FPE.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah diuraikan, peneliti merumuskan masalah yakni bagaimana pengaruh *family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui pengaruh *family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia berdasarkan *literature review* yang berkaitan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mendeskripsikan kemampuan keluarga sebelum dilakukan *family psychoeducation* (FPE) berdasarkan *literature* yang berkaitan.
2. Mendeskripsikan kemampuan keluarga sesudah dilakukan *family psychoeducation* (FPE) berdasarkan *literature* yang berkaitan.
3. Mendeskripsikan pengaruh *family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia berdasarkan *literature* yang berkaitan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

literature review ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan ilmiah yang bermanfaat untuk pengembangan terapi keluarga dan khususnya pengembangan teori *family psychoeducation* agar semakin mudah diterapkan untuk keluarga.

2. Manfaat praktis

a. Manfaat untuk peneliti

Literature review ini memberikan pengalaman bagi peneliti sendiri yaitu peneliti dapat menerapkan *family psychoeducation* (FPE) kepada keluarga yang merawat klien dengan skizofrenia.

b. Manfaat untuk perawat

Hasil *literature review* diharapkan menjadi pertimbangan bagi perawat khususnya perawat jiwa untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia.

c. Manfaat untuk keluarga

Menambah pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia.

d. Manfaat untuk pasien

Mendapatkan perawatan yang optimal untuk mengurangi kekambuhan dan mempercepat penyembuhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai adanya halusinasi atau gangguan persepsi sensori, waham atau delusi, gangguan pada pikiran, pembicaraan dan perilaku serta emosi yang tidak sesuai. Pasien mendengar bisikan, menyerang diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan sehingga menimbulkan perilaku kekerasan adalah bentuk halusinasi pendengaran. pasien melihat bayangan atau seolah-olah sedang melihat orang lain berbicara, diskusi, sedih dan bahagia bersama, yang sesungguhnya orang tersebut tidak ada, adalah bentuk halusinasi penglihatan (Yusuf, Rizki fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati, & Rr. Dian Tristiana, 2019). Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat serta adanya gangguan fungsi psikososial. Gangguan pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, efek yang datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik bizzare. Orang dengan skizofrenia (ODS) menarik diri dengan orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Yosep, H. I & Sutini, T, 2014).

Skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa yang menyebabkan beban serta mekanisme koping maladaptif pada keluarga. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu (Yudhantara D. S & Istiqomah R, 2018). Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang melibatkan banyak hal yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu yang ditandai dengan gangguan psikososial yaitu delusi, halusinasi, gangguan bicara seperti inkoheren serta tingkah laku katatonik (Rizka Yunita, iin Isnawati, & Widya Addiarto, 2020).

2.1.2 Etiologi skizofrenia

(Yusuf, Rizki fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati, & Rr. Dian Tristiana, 2019) menyebutkan etiologi skizofrenia meliputi :

1. Teori stres model ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis. Faktor biologis, hasil kajian secara biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa isunya disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia.
2. Faktor genetika sebenarnya schizophrenia bukanlah penyakit keturunan, tetapi kecenderungan sifat anak diwariskan dari genetika orang tuanya. Anak belajar dari perilaku orang tuanya, jika orang sangat suka bakso, anak cenderung juga suka bakso, senang pedas, pemarah, lebih pendiam maka anak cenderung belajar dari perilaku orang tuanya. keluarga adalah

tempat yang pertama dan utama dalam proses sosialisasi dan pembelajaran anak. Apapun yang terjadi anak lebih sering mirip dengan sifat orang tuanya, meskipun ada yang dominan atau resisten sama dengan diabetes melitus koma hipertensi adalah juga penyakit yang terjadi karena pewarisan sifat genetika dengan demikian, meskipun salah satu anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa, diabetes melitus atau hipertensi, asal anak dapat mengantisipasi dengan memperbaiki pola perilaku dan konsumsi yang adekuat sifat-sifat genetika orang tua bisa tidak dominan. Apabila mengetahui sifat orang tua pemaarah, belajarlal hidup yang lebih sabar titik apabila tahu sifat orang tua sangat manis, belajarlal dan pilihlah menu sehat agar terhindar dari diabetes melitus atau hipertensi. Penelitian menunjukkan bahwa kembar identik berisiko mengalami gangguan skizofrenia sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal berisiko hanya 15%. Hal ini menunjukkan bahwa skizofrenia sedikit di turunkan. Pada populasi umum skizofrenia terjadi 1% namun resiko tersebut meningkat sampai 13% pada mereka yang memiliki keluarga inti dengan skizofrenia. Mereka yang memiliki keluarga dekat (kakek, nenek, paman, tante atau sepupu) dengan skizofrenia juga memiliki resiko mengalami skizofrenia lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum (2-5%).

3. Faktor psikologis sosial mempelajari resiko terjadinya skizofrenia karena pengaruh teori perkembangan, teori belajar dan teori keluarga. Ahli teori perkembangan sullivan dan ericsson mengemukakan bahwa kurangnya

perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan tidak tercapainya identitas diri, salah satu interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia tipe menurut ahli teori belajar anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir rasional orang tua yang mungkin memiliki emosional yang bermakna. Teori keluarga sebenarnya menyimpulkan tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia titik namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang bisa fungsional.

Adapun menurut (Zahnia S. & Sumekar W., 2016) bahwa etiologi dari skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin pria lebih dominan terjadi skizofrenia sekitar (72%) pria kemungkinan berisiko karena kaum pria menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup.

3. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 karena orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres.

4. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa karena status perlu untuk pertukaran ego ideal dan perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian.

5. Konflik keluarga

Kejadian atau masalah-masalah yang terjadi didalam keluarga besar kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia.

6. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia karena ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang.

2.1.3 Klasifikasi skizofrenia

1. Skizofrenia paranoid

Dimana halusinasi atau waham menonjol, sementara gangguan proses berfikir, gangguan afektif dan kemauan tidak menonjol. Gejalanya cenderung konsisten dengan perjalanan penyakit yang relatif stabil, umumnya timbul setelah usia 30 tahun

2. Skizofrenia hebefrenik

Dimana penderita sering menunjukkan perilaku kekanak-kanakan akibat menonjolnya gangguan proses berfikir yang kacau (*disorganized*) tanpa adanya waham yang sistematis. Gejalanya sering dimulai pada usia yang lebih muda, yaitu umur 15-25 tahun.

3. Skizofrenia katatonik

Dimana gejala yang menonjol terletak pada pergerakan (psikomotor) penderita. Skizofrenia jenis ini terbagi atas katatonik gaduh gelisah dan stupor. Pada jenis katatonik stupor, biasanya penderita tidak bergerak dalam waktu lama, tidak berbicara, dengan wajah seperti topeng (tanpa ekspresi) terdapat kekakuan alat gerak (*rigiditas*) dengan usaha mempertahankan posisi tubuh tertentu secara sukarela maupun yang dibentuk oleh orang lain (*fleksibilitas serea*) meski tidak nyaman atau tampak menentang upaya perubahan posisi (*negativisme*). Sebaliknya pada katatonik gaduh gelisah, penderita menunjukkan peningkatan pergerakan yang tidak bertujuan.

4. Skizofrenia residual

Dimana penderita sebelumnya mengalami episode skizofrenia dengan gejala positif minimal setahun sebelumnya, namun kemudian memperlihatkan gejala negatif (penarikan diri, penurunan aktivitas dan ekspresi, psikomotor lambat, pasif, miskin pembicaraan dan kontak mata).

5. Skizofrenia simpleks

Dimana gejala utama adalah kemauan yang menurun dan pendangkalan emosi, ditandai oleh kehilangan minat kemampuan merawat diri, tanpa tujuan hidup dan penarikan diri secara sosial. Gejala-gejala negatif ini tidak didahului oleh gejala positif sebelumnya, biasanya timbul perlahan dan bersifat lebih progresif, serta timbul pertama pada masa pubertas (Djauri, Lilik, Kharimah, & Azimatul, 2015).

2.1.4 Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut (Djauri, Lilik, Kharimah, & Azimatul, 2015) gejala skizofrenia yang ditunjukkan tiap penderita dapat bervariasi. Secara umum gejala skizofrenia dapat digolongkan dalam lima dimensi yaitu gejala positif, negatif, kognitif, afektif dan agresif:

1. Gejala positif merupakan gejala atau perilaku yang terdapat pada penderita dan biasanya tidak ditemukan pada orang sehat.
 - a. Waham/delusi adalah keyakinan terhadap suatu yang tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya, tidak realistis atau tidak wajar bagi orang disekelilingnya, serta tidak dapat digoyahkan. Hal ini terjadi pada lebih dari 90% orang dengan skizofrenia. Penderita kadang-kadang mengalami waham yang sepertinya aneh (*bizarre*) seperti mempercayai bahwa tetangganya dapat mengontrol perilaku mereka melalui gelombang magnetik atau bahwa orang-orang di televisi menyampaikan pesan untuk mereka atau bahwa stasiun radio menyiarkan pikiran mereka ke masyarakat. Beberapa penderita mengalami waham persekutorik, percaya bahwa orang lain telah menipu, meracuni, memata-matai, mencoba melukai atau berkomplot melawan mereka.
 - b. Halusinasi adalah gangguan persepsi pada indera yang terjadi tanpa adanya stimulus/rangsangan, dimana penderita mendengar, melihat, membau, mengecap sesuatu yang tidak ada atau merasakan sensasi yang tidak biasa pada tubuh. Halusinasi pendengaran paling sering

terjadi pada skizofrenia. Banyak penderita yang mendengar suara-suara berupa komentar, pujian, kritikan, ancaman, perintah, peringatan atau percakapan maupun bunyi-bunyian seperti suara tawa, peluit/siulan, mendengung/bergumam.

- c. Pembicaraan yang tidak beraturan (*discorganized speech*) menandakan adanya gangguan pada proses berfikir dari penderita. Pembicaraan sering kali tidak berurutan dan sulit untuk dipahami. Bentuk lain dapat berupa pembicaraan yang terputus (*blocking*), dimana penderita dapat berhenti tiba-tiba saat berbicara. Penderita kadang-kadang menciptakan kata-kata baru (*neologisme*) seperti “*kipang*” atau “*angis*” yang biasanya tidak dimengerti oleh orang normal.
- d. Perilaku tidak beraturan dapat tampak sebagai gerakan tubuh yang gelisah, tidak bisa diam. Terkadang timbul stereotipi dimana seseorang melakukan gerakan tertentu yang tidak bertujuan secara berulang. Ada pula yang menampilkan posisi tubuh (*postur*) atau gaya berjalan yang aneh (*mannerism*), bahkan berupa seringai (*grimace*). pada kondisi ekstrim, penderita dapat mengalami katatonik stupor, yaitu menunjukkan perilaku diam, tidak bergerak, bahkan mempertahankan posisi tertentu dalam waktu yang lama.

2. Gejala negatif merupakan kemampuan yang biasanya dimiliki orang sehat, namun menurun/menghilang pada penderita. Contohnya:
 - a. Afek tumpul ditandai dengan berkurangnya respon emosi dari wajah penderita, serta ekspresi perasaan yang cenderung datar.
 - b. Anhedonia merupakan kehilangan kemampuan penderita untuk mengalami perasaan senang pada hal-hal atau aktivitas yang dia senangi sebelum sakit.
 - c. Alogia tampak pada penderita yang lebih banyak diam dan tidak pernah memulai percakapan.
 - d. Avolisi atau menurunnya kemauan, dapat ditandai dengan berkurangnya motivasi atau inisiatif dari penderita. Penderita tampak apatis, malas dan sering kali butuh bantuan dalam melakukan aktivitas sekitar pribadi harian.
 - e. Asosialitas pada penderita dapat berupa berkurangnya interaksi sosial. Penderita tampak menarik diri dari lingkungan sekitar, teman dan keluarga.
3. Gejala kognitif meliputi gangguan pada daya ingat (memori), gangguan dalam memusnahkan dan mempertahankan perhatian (atensi dan konsentrasi), dapat pula mengakibatkan penderita kesulitan memahami informasi, merencanakan dan membuat keputusan, menentukan prioritas maupun berperilaku sesuai dengan nilai sosial.
4. Gejala afektif merupakan gejala yang berkaitan dengan suasana perasaan atau mood. Dapat timbul dalam bentuk mood yang menurun (berupa

perasaan yang sedih, kesepian, kadang timbul rasa bersalah dan ide bunuh diri) maupun mood yang meningkat (perasaan senang yang berlebih, kadang iritabel atau mudah marah). Rasa cemas, khawatir dan tegang pun seringkali timbul pada penderita.

5. Gejala agresif tidak selalu ditemukan pada penderita. Namun beberapa penderita dapat menunjukkan perilaku bermusuhan, menyerang dan melakukan kekerasan fisik, verbal dan seksual. Selain paranoid, penderita dapat pula memiliki kesulitan dalam mengontrol impuls sehingga kadang terjadi kerusakan terhadap benda-benda yang dapat melukai penderita maupun orang lain di sekitarnya, untuk mendiagnosis dengan skizofrenia, gejala-gejala yang disebut diatas minimal terjadi lebih dari satu bulan. Sebagai akibatnya, penderita biasanya mengalami gangguan fungsi dalam satu atau lebih bidang kegiatan hidup yang penting. Seperti hubungan antar pribadi, pekerjaan atau pendidikan, kehidupan keluarga, komunikasi dan perawatan diri. Sebelum timbulnya gejala-gejala tersebut, umumnya penderita melalui fase prodromal yang sering kali tidak disadari oleh keluarga dan orang terdekatnya. Pada fase ini, penderita sering menunjukkan kemauan, menjadi lebih pendiam, menyendiri, mengalami perubahan pola tidur dan nafsu makan, lebih gugup, cemas atau waspada dan sulit konsentrasi.

2.1.5 Fase terjadinya skizofrenia

Perjalanan terjadinya skizofrenia penting diketahui khususnya untuk deteksi dini, dalam upaya mencari pengobatan, pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan dan terapi yang diperlukan. Keluarga sangat penting untuk deteksi dini yaitu mengidentifikasi adanya tanda dan gejala awal terjadinya schizophrenia, merencanakan tindak lanjut untuk mencari bantuan atau pengobatan, pilih fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat. Deteksi dini oleh keluarga sangat penting bagi dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain untuk menentukan terapi yang tepat pada saat awal terjadinya gangguan. Ketetapan terapi pada fase awal gangguan akan memperoleh manfaat keberhasilan terapi yang afektif dan menentukan prognosis fase penyembuhan selanjutnya (Maramis, 2010). Terdapat tiga fase utama dalam berkembangnya perjalanan schizophrenia diantaranya (Yusuf, Rizki fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati, & Rr. Dian Tristiana, 2019):

1. Fase prodromal

Ditandai dengan deteriorasi yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif gejala gangguan dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau akibat gangguan penggunaan zat. Awal munculnya schizophrenia dapat terjadi setelah melewati periode yang sangat panjang yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya. Fase prodromal ini berlangsung selama beberapa minggu hingga bertahun-tahun.

2. Fase gejala aktif

Gejala ini ditandai dengan munculnya gejala schizophrenia secara jelas. Sebagian besar penderita gangguan skizofrenia memiliki kelainan pada

kemampuannya untuk melihat realistis dan kesulitan dalam mencapai tujuannya. Sebagai akibatnya episode psikis dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya.

3. Fase residual

Terjadi setelah fase aktif, tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat. Dalam perjalanan gangguannya beberapa pasien skizofrenia mengalami kekambuhan hingga lebih dari 5 kali. Gejala skizofrenia yang muncul pada fase aktif antara lain gangguan perasaan, perilaku, persepsi, pikiran, kognitif dan motivasi.

2.2 Keluarga

2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Wiyanti, 2019) sedangkan menurut (Friedman, 2010) menyebutkan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, mereka saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan dasar langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga juga merupakan suatu unit pelayanan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan masyarakat. Sejak awal keluarga perlu dilibatkan dalam penatalaksanaan pasien dengan gangguan jiwa (Dalami, 2010).

2.2.2 Fungsi keluarga

(Friedman, 2010) menyebutkan fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yaitu berupa perlindungan dan psychososial bagi para anggota keluarganya, keluarga harus dapat melakukan tugas-tugas yang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan yang sehat bagi para anggota keluarganya dengan memenuhi kebutuhan sosio emosional keluarganya.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Fungsi dan tugas keluarga menurut (Dalami, 2010). Gambaran umum tentang fungsi keluarga dalam kesehatan jiwa antara lain:

1. Pendewasaan kepribadian dari para anggota keluarga
2. Pelindung dan pemberi keamanan bagi anggota keluarga

3. Fungsi sosialisasi yaitu kemampuan untuk mengadakan hubungan antar anggota keluarga dengan keluarga lain atau masyarakat

2.2.3 Tugas kesehatan keluarga

Keluarga mempunyai tugas dalam bidang kesehatan menurut (Friedman, 2010) yang perlu dipahami meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga. untuk klien dengan gangguan jiwa, keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku mal adaptifnya meliputi keluarga perlu mengetahui pengertian gangguan jiwa, tanda dan gejala, cara mengontrol gangguan jiwa dengan cara fisik, minum obat, cara verbal dan spiritual.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Peran ini merupakan upaya keluarga dalam mengatasi anggota keluarga dengan gangguan jiwa, tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi dan menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa ke pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat di rumah sakit jiwa.
3. Memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang perlu dikaji pengetahuan tentang akibat lanjut gangguan jiwa, pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa perlu dilakukan oleh keluarga, pengetahuan keluarga tentang hal-hal yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan gangguan jiwa, bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga yang membutuhkan bantuan.

4. memodifikasi lingkungan, dalam memelihara kesehatan yang dilakukan keluarga yaitu memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga yaitu pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga dalam memodifikasi lingkungan khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan lingkungan yang asertif.
5. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di masyarakat titik yang perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas keberadaan pelayanan kesehatan dalam mengatasi gangguan jiwa. pemahaman keluarga tentang manfaat fasilitas pelayanan yang berada di masyarakat, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang tentang pelayanan kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga menurut (Rafiyah, 2011):

1. Usia

Usia sangat menentukan pada perawatan yang diberikan pada klien. Dengan usia yang lebih tua akan mengalami kesulitan dalam hal finansial dan transportasi. Penurunan usia akan mempengaruhi kecenderungan menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental, dimana semakin

bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaan untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan.

2. Jenis kelamin

Anggota keluarga khususnya perempuan berperan penting sebagai pelaku rawat primer pada klien. Dimana perempuan terutama yang berperan sebagai ibu, rata-rata akan memiliki ketelatenan dan dasar naluri dalam merawat keluarga atau anggota keluarga yang sakit.

3. Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik

4. Pekerjaan

Keluarga yang bekerja lebih banyak tidak mengetahui cara merawat klien dengan skizofrenia dengan baik karena mereka lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat bekerja. Bagi keluarga yang tidak bekerja maka dia akan memberikan perawatan yang maksimal pada anggota keluarga dengan skizofrenia.

2.3 Psikoedukasi Keluarga

2.3.1 Pengertian Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi merupakan bagian dari pendidikan kesehatan. Menurut (Stuart, 2016) Psikoedukasi fokus pada pemecahan masalah dan terapi komunikasi. Hasil dari tindakan ini telah menunjukkan penurunan perasaan penolakan oleh anggota keluarga, penurunan kekambuhan klien dan rawat inap

ulang, perbaikan dalam komunikasi keluarga dan fungsi klien, pemulihan, dan kepatuhan terhadap pengobatan. Psikoedukasi bagi keluarga mencakup anggota keluarga dengan masalah kesehatan jiwa berat seperti skizofrenia. Telah terbukti memperbaiki gejala fungsi global dan penolakan terhadap beban keluarga. Perawat sering terlibat dalam pelaksanaan psikoedukasi. Pada program dari keluarga untuk keluarga, keluarga mengajarkan keluarga lain tentang penyakit yang dialami oleh anggota keluarga dewasa, metode penyelesaian masalah dan sumber daya pendukung. Peserta menggaris bawahi pentingnya informasi yang datang dari keluarga lain dalam pendidikan dan komponen program dukungan (Dixson L, McFarlane W.R, Leafley H, Lucksted A, Chohen M, & Sondheimer D, 2011).

Psikoedukasi dapat dilaksanakan diberbagai tempat pada berbagai kelompok atau rumah tangga. Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa catatan seperti poster, booklet, leaflet, video dan lain-lain. Proses pemberian psikoedukasi sangat diperlukan kehadiran keluarga sebagai kunci keberhasilan intervensi. Perawat dapat membangun hubungan saling percaya agar dapat melakukan pengkajian yang tepat dan memberikan keuntungan pada mereka, dapat mengatasi dan mencegah terjadinya gangguan emosional dengan strategi koping yang efektif (Supratiknya, 2011). Pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga adalah memberikan bimbingan dan penyuluhan kesehatan jiwa pada keluarga dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa kepada keluarga, mencegah penyakit dan mengenali gejala gangguan jiwa secara dini dan pengobatannya. Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang

optimal bagi seluruh keluarga untuk mencapai tujuan tersebut diharapkan keluarga dapat memberikan stimulasi dalam perkembangan anak menumbuhkan hubungan interpersonal, mengerti penyebab gangguan jiwa, ciri-ciri gangguan jiwa, fungsi dan tugas keluarga, upaya pencegahan gangguan jiwa oleh keluarga, upaya perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit umum dan Puskesmas. evaluasi hasil pendidikan kesehatan dan proses belajar dilakukan selama proses belajar dan pada akhir proses. cara evaluasi dengan mengajukan pertanyaan lisan dan peragaan tindakan (Dalami, 2010).

2.3.2 Tujuan Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi bertujuan membantu masyarakat yang memiliki kondisi kesehatan fisik atau mental tertentu untuk memperoleh informasi yang sesuai dan akurat tentang kondisi tersebut. Psikoedukasi tidak terbatas pada individu yang menderita penyakit atau gangguan jiwa tetapi juga dapat diberikan kepada pihak lain seperti keluarga dengan tujuan memberikan informasi yang penting, menjelaskan perilaku yang mendukung penanganan medis (konsumsi obat sesuai dosis, teratur checkups) dan memberikan dukungan pada keluarga dengan memberikan harapan agar masalah yang dialami salah satu anggotanya dapat diatasi bersama (Wals J.F, 2010). Pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi individu dan seluruh anggota keluarga dengan menggunakan metode ceramah tanya jawab diskusi kelompok bermain peran sehingga keluarga mempunyai kemampuan dalam mengatasi masalah dapat mencegah terjadinya perilaku maladaptif, menanggulangi perilaku maladaptif, dan memulihkan perilaku adaptif (Dalami, 2010).

2.3.3 Program Psikoedukasi

Pelaksanaan psikoedukasi dipandu dalam modul. Menurut (Supratiknya, 2011), mengatakan program atau modul psikoedukasi adalah satuan kegiatan psikoedukasi untuk membantu kelompok klien. Sasaran mengembangkan satu atau serangkaian keterampilan hidup tertentu. Setiap modul tersusun atas komponen-komponen tertentu meliputi:

1. Topik

Menjelaskan jenis keterampilan hidup yang akan diberikan dalam modul psikoedukasi. Topik biasanya akan digunakan sebagai judul.

2. Tujuan

Menjelaskan secara lebih spesifik jenis-jenis keterampilan hidup yang akan menjadi tujuan modul, serta hasil yang diharapkan akan dicapai oleh peserta pada akhir kegiatan.

3. Waktu

Menjelaskan waktu yang diperlukan dalam melaksanakan modul dari kegiatan dari awal sampai evaluasi. Waktu dituliskan jam atau menit.

4. Tata ruang

Menjelaskan pengaturan isi ruangan, kondisi ruangan, perlengkapan dalam pelaksanaan modul psikoedukasi.

5. Materi

Menjelaskan secara konseptual jenis-jenis keterampilan hidup yang menjadi tujuan modul dan disajikan berupa *handouts*, *booklet*, rekaman pidato, atau media lain yang disertai penjelasan lisan oleh fasilitator.

6. Prosedur

Menjelaskan langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan oleh para peserta dan fasilitator dalam rangka mencapai tujuan.

7. Media

Media yang digunakan dapat berupa:

- 1) *Handouts/booklet* yang berisi paparan materi
- 2) Lembar kerja pribadi maupun kelompok
- 3) Slides-film, rekaman audio seperti pidato, musik, dll.
- 4) Gambar, koran bekas, majalah bekas, dll.
- 5) OHP, laptop, *computer* dan *reviewer*
- 6) Alat tulis

8. Evaluasi

Evaluasi hasil serta kinerja. Evaluasi hasil mempertanggungjawabkan hasil penyelenggara modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan sedangkan evaluasi kinerja mempertanggungjawabkan proses pelaksanaan modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan terkait kinerja fasilitator.

9. Sumber

Komponen ini memuat berbagai sumber pustaka yang digunakan sebagai sumber acuan dalam penyusunan modul.

2.3.4 Pedoman dan Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga

Terapi psikoedukasi terdiri dari 5 sesi, waktu yang diperlukan 45-60 menit setiap kali pertemuan. Kelima sesi akan dilakukan secara sistematis dan terstruktur sesuai dengan langkah-langkah yang telah disusun. Diharapkan dengan penerapan terapi ini dapat memberikan hasil yang memuaskan untuk

meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Menurut Tim Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (2014), mengatakan pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi. Setiap sesi dilakukan selama 45-60 menit, adapun urutan dari terapi ini adalah sebagai berikut:

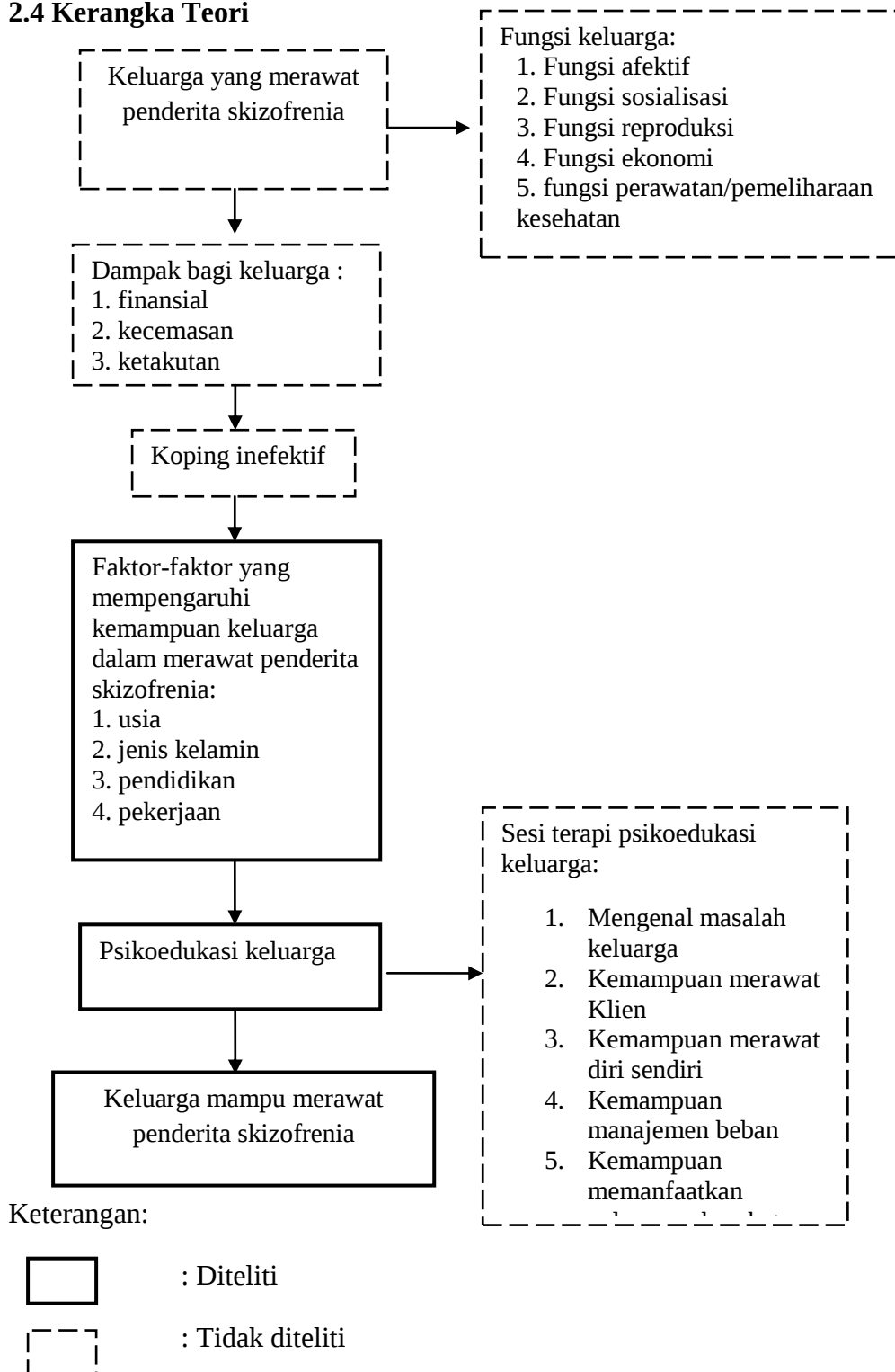
1. Sesi satu pengkajian masalah keluarga. Pada sesi ini terapis dan keluarga bersama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul dikeluarga karena memiliki klien gangguan jiwa. Terapi ini mengikutsertakan seluruh anggota keluarga yang terpengaruh dan terlibat dalam perawatan klien, terutama caregiver. Hal yang perlu diidentifikasi adalah makna gangguan jiwa bagi keluarga dan dampaknya bagi orang tua, anak, saudara kandung, pasangan. Pengkajian dibuat terpisah antara masalah yang dirasakan oleh caregiver dan anggota keluarga yang lain. Pengkajian berfokus pada masalah dalam merawat klien sakit dan masalah yang muncul pada diri karena merawat klien. Contoh pertanyaan seperti situasi bagaimana yang membuat stres pada keluarga anda?, bagaimana perasaan anda mengenai ketergantungan dan Respons?.
2. Sesi dua perawatan klien gangguan jiwa. Sesi ini berfokus pada edukasi mengenai masalah yang dialami klien. Edukasi yang diberikan kepada keluarga terkait dengan diagnosa medis dan diagnosa keperawatan yang dialami klien.
3. Sesi tiga manajemen stres keluarga adalah berbagai metode yang digunakan oleh seseorang untuk mengurangi tekanan dan Respons

maladaptif lain terhadap stres dalam hidup termasuk latihan relaksasi, latihan fisik, musik, mental imagery atau teknik-teknik lain yang berhasil pada individu tersebut. Sesi ini untuk membantu mengatasi masalah masing-masing individu keluarga yang muncul karena merawat klien. Stres akan terjadi terutama pada caregiver yang setiap saat berinteraksi dengan klien. Terapis mengajarkan cara-cara manajemen stres pada seluruh anggota, terutama caregiver.

4. Sesi empat manajemen beban keluarga. Pada sesi ini terapis bersama-sama dengan seluruh anggota keluarga, membicarakan mengenai masalah yang muncul karena klien sakit dan mencari pemecahan masalah bersama-sama. Beban dapat bersifat subjektif atau objektif. Beban objektif terkait dengan perilaku klien, penampilan peran, efek luas pada keluarga, kebutuhan akan dukungan dan biaya yang dikeluarkan karena penyakit. Beban subjektif adalah perasaan terbebani yang dirasakan oleh seseorang bersifat individual.
5. Sesi lima pemberdayaan sumber-sumber yang ada dimasyarakat. Sesi ini akan membahas mengenai pemberdayaan sumber-sumber diluar keluarga, yaitu dikomunitas untuk membantu permasalahan dikeluarga dengan klien gangguan jiwa. Komunitas memiliki pengaruh yang besar dalam rehabilitasi dan pemulihan klien dengan gangguan jiwa. Pemberi layanan kesehatan termasuk perawat, harus menjalani peran pemimpin dalam mengkaji keadekuatan dan keefektifan sumber-sumber dikomunitas dan

dalam merekomendasikan perubahan untuk memperbaiki akses dan kualitas dari layanan kesehatan mental.

2.4 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Strategi Pencarian *Literature*

3.1.1 Protokol dan registrasi

Literature review ini mengenai pengaruh *family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Protokol dan evaluasi *literature review* menggunakan JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies untuk menentukan pemilihan studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review* ini.

3.1.2 Database pencarian

Penelitian ini merupakan *literature review*, sumber data dalam penelitian menggunakan data sekunder yaitu data yang tidak langsung diperoleh sendiri tetapi data diperoleh dari hasil penelitian oleh peneliti-peneliti terdahulu. Pencarian sumber data dilakukan pada bulan Agustus – Oktober tahun 2020 berupa artikel atau jurnal nasional, jurnal internasional dengan menggunakan *database* Google Scholar, Pubmed, BMC.

3.1.3 Kata kunci

Strategi pencarian data yang dilakukan oleh peneliti dalam membuat *literature review* ini adalah dengan menggunakan *keywords* atau kata kunci : “psikoedukasi keluarga”, “merawat”, “skizofrenia”, “*family psychoeducation*”, “*family caregiver*”, “*schizophrenia*”.

3.2 Kriteria *Inklusi* dan *Eksklusi*

Strategi yang digunakan dalam mencari artikel menggunakan PICOS *framework*, yang terdiri dari :

- a. Population/problem yaitu populasi atau masalah yang akan di analisis sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam literature review
- b. Intervention yaitu suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan atau masyarakat serta pemaparan tentang penatalaksanaan studi sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam literature review
- c. Comparation yaitu intervensi atau pelaksanaan lain yang digunakan sebagai pembanding, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih.
- d. Outcome yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam literature review.
- e. Study design yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan di review.

Tabel 3.2 Kriteria *Inklusi* dan *Eksklusi* dengan Format PICOS

Kriteria	<i>Inklusi</i>	<i>Eksklusi</i>
<i>Population</i>	keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia	Keluarga yang memiliki anggota keluarga selain skizofrenia
<i>Intervention</i>	pemberian psikoedukasi kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia	Intervensi selain psikoedukasi keluarga
<i>Comparison</i>	terdapat pengaruh pemberian psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat penderita skizofrenia	Tidak ada pengaruh psikoedukasi dengan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia
<i>Outcome</i>	keluarga mampu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam merawat penderita skizofrenia	Tidak ada perbedaan kemampuan keluarga sebelum dan setelah dilakukan intervensi psikoedukasi
<i>Study Design</i>	<i>Pre-eksperimental design one group pre- test post-test, quasi eksperimental design one group pre-test post-test</i>	Penelitian yang menggunakan <i>study design Cross sectional</i>
<i>Publication Years</i>	Tahun 2016 – 2021	dibawah tahun 2016
<i>Language</i>	Bahasa indonesia dan bahasa inggris	Bahasa lain selain bahasa indonesia dan inggris

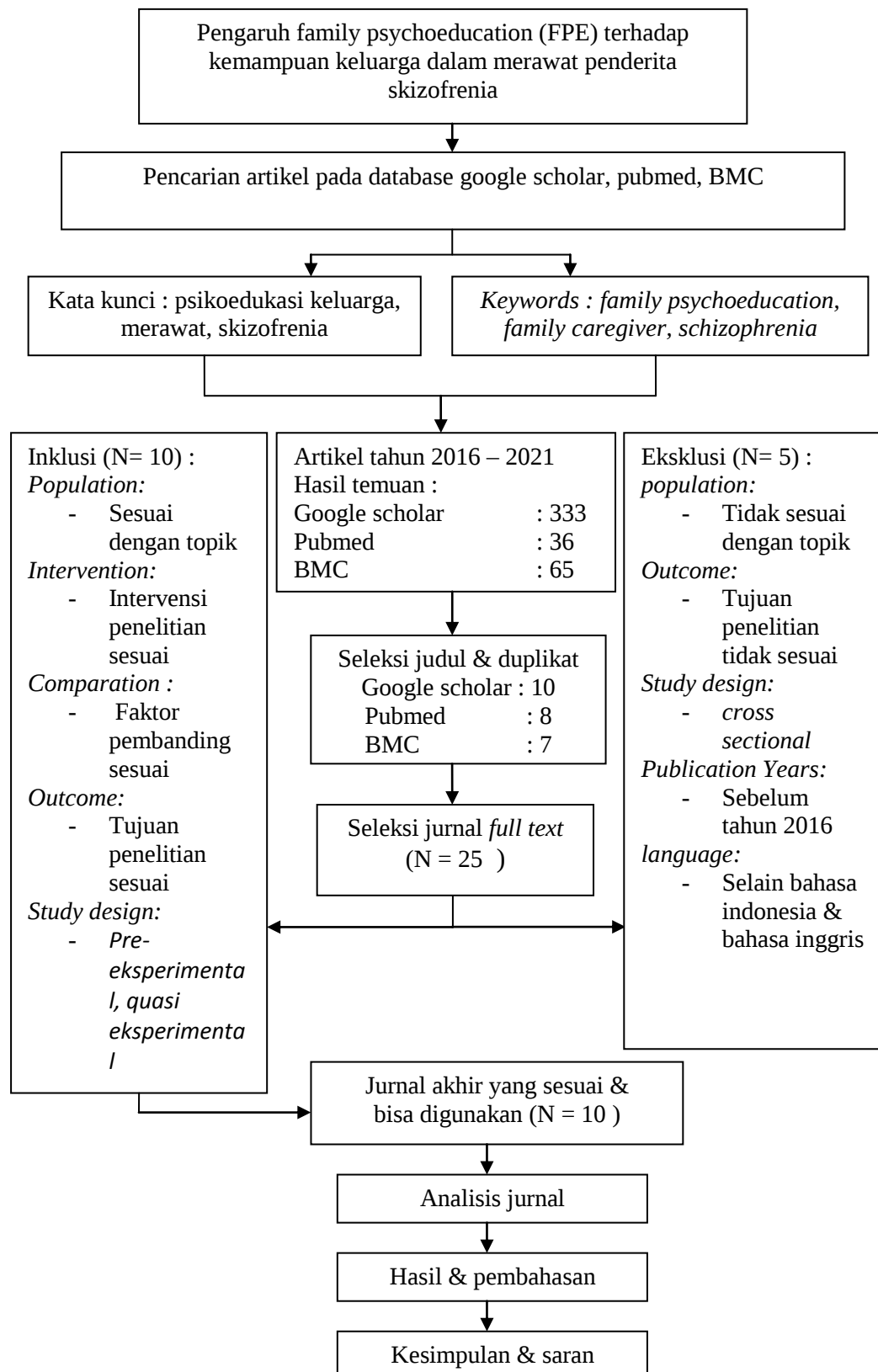
3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

3.3.1 Hasil pencarian dan hasil studi

Strategi pencarian data yang dilakukan oleh peneliti dalam membuat *literature review* ini adalah dengan menggunakan *keywords* atau kata kunci : “psikoedukasi keluarga”, “merawat”, “skizofrenia”, “*family psychoeducation*”, “*family caregiver*”, “*schizophrenia*”. Peneliti memilih artikel dalam rentang tahun 2016-2021 dan ditemukan pada *database google scholar* sejumlah 333 artikel, *pubmed* sejumlah 36 artikel, *BMC* sejumlah 65 artikel. Seleksi judul didapatkan jurnal sejumlah 25 artikel, jurnal yang sesuai dan bisa digunakan sebanyak 10 jurnal yang akan dilakukan *review*.

3.4 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan bagan terhadap rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan, meliputi siapa yang akan diteliti, dan variabel penelitian. Kerangka kerja dalam *literature review* ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.4 Kerangka Kerja Literature Review

BAB IV

HASIL DAN ANALISIS

4.1 Kualitas Studi

Kualitas studi dari sepuluh artikel yang sudah didapatkan sebagai sumber dalam *literature review* ini ditentukan berdasarkan analisis *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* untuk menilai kualitas dari sepuluh artikel tersebut. Pada analisis ini memiliki 9 kriteria penilaian, berikut daftar checklist:

Tabel 4.1 Hasil penilaian studi *literature review* menggunakan *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental*

Sitasi	Kriteria									Hasil
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gajali & badar, 2016	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	8/9 (88.88%)
Hadiansyah, 2019	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	7/9 (77.77%)
Muhammad et al., 2019	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	7/9 (77.77%)
Kusumawaty, 2020	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	7/9 (77.77%)
Liza et al., 2019	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	8/9 (88.88%)
Solehah et al., 2019	✓	✓	✓		✓		✓	✓		6/9 (66.66%)
Warini et al., 2019	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	8/9 (88.88%)
Yasuma et al., 2020	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	8/9 (88.88%)
Bulut et al., 2016	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	8/9 (88.88%)
Sasono et al, 2017	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	7/9 (77.77%)

Berdasarkan tabel 4.1 analisis kualitas studi dengan *JB* (*The Joanna Briggs Institute*) *Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental* dengan beberapa pertanyaan untuk menilai kualitas dari studi atikel yang telah didapat (n=10). Penilaian kriteria diberi nilai “ya”, “tidak” atau ”tidak jelas” atau “tidak berlaku” dan setiap skor “ya” diberi satu poin dan nilai lainnya adalah nol, setiap skor studi kemudian dihitung dan dijumlahkan. Sesuai yang disepakati oleh peneliti bahwa skor akhir mencapai 50% memenuhi kriteria *critical appraisal*, maka artikel akan dimasukkan dalam inklusi untuk selanjutnya dilakukan analisis data. Semua artikel (n=10) dalam skor terakhir mencapai skor lebih tinggi dari 50% sehingga siap untuk dilakukan analisis.

4.2 Karakteristik Studi

Hasil penelusuran artikel pada penelitian berdasarkan topik *literature review* ini “Pengaruh *Psychoeducation Family* (FPE) Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia” didapatkan sepuluh artikel penelitian dimana seluruhnya berjenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian adalah menggunakan *quasi eksperiment* dengan rancangan *pre post test without control group design*. Secara keseluruhan penelitian membahas tentang pengaruh *psychoeducation family* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia dan rentang tahun artikel yang diambil yaitu tahun 2016-2021. Berikut ini hasil analisis jurnal yang ditampilkan dalam bentuk tabel berikut :

Tabel. 4.2 Hasil pencarian artikel

No.	Author	Nama jurnal	Judul	Tujuan artikel	Metode	Hasil penelitian
1.	Gajali & Badar, 2016	Jurnal Husada Mahakam Volume IV No.3, Nov 2016, hal. 151-161	Pengaruh <i>family psychoeducation therapy</i> terhadap kemampuan keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi di kota samarinda kalimantan timur	Untuk mengetahui pengaruh <i>family psychoeducation therapy (FPE)</i> terhadap kemampuan keluarga merawat klien skizofrenia dengan halusinansi	Desain : <i>quasi eksperiment</i> dengan rancangan <i>pre post test without control group design</i> Sampel : 25 responden (teknik sampling) Instrumen : kuesioner Variable : Independen; <i>family psychoeducation therapy</i> , dependen; kemampuan keluarga merawat Analisis : Uji statistik dengan <i>paired t-test</i>	Dari 25 responden menunjukkan skor kemampuan kognitif keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 34,72% dan kemampuan kognitif keluarga setelah mendapatkan family psikoedukasi keluarga yaitu 38,80% kemudian hasil analisis skor kemampuan psikomotor keluarga sebelum pemberian psikoedukasi keluarga adalah 28,32% dan kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti psikoedukasi keluarga menjadi 32,40%. Kesimpulannya ditemukan peningkatan kemampuan kognitif keluarga ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dan peningkatan kemampuan psikomotor keluarga merawat ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dalam merawat pasien skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia
2.	Hadiansyah, 2019	Jurnal SKOLASTIK	Efektivitas intervensi psikoedukasi terhadap	Untuk mengetahui efektifitas intervensi	Desain : <i>quasi eksperiment</i> dengan	Dari 24 responden tingkat kecemasan pada kelompok intervensi sebelum

		keperawatan vol.4 No.2 juli-desember 2018 ISSN : 2443-0935 E-ISSN : 2443-16990	tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia	psikoedukasi terhadap tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia	<i>pretest and post test with control group desain</i> Sampel : 24 responden (non probability sampling) Instrumen : kuesioner Variabel : Independen; psikoedukasi, dependen; tingkat kecemasan keluarga dalam merawat Analisis : uji t berpasangan	dilakukan intervensi psikoedukasi sebagian besar 66,7% mengalami tingkat kecemasan sedang, tingkat kecemasan setelah dilakukan intervensi sebagian besar 58,3% berada pada tingkat kecemasan sedang dan setengah responden 41,7% berada pada tingkat kecemasan ringan. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan secara signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
3.	Muhammad <i>et al</i> , 2019	Journal of telenursing Volume 1 no.1, juni 2019 e-ISSN : 2684-8988 p-ISSN : 2684-8996 DOI: https://doi.org/10.31539/joting.v1i1.518	Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan isolasi sosial	Untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan isolasi sosial	Desain : <i>pre-experimen</i> dengan penelitian <i>one-group pre-test and post-test design</i> Sampel : 15 responden (purposive sampling) Instrumen : kuesioner Variabel : Independen; psikoedukasi	Dari 15 responden kemampuan keluarga dalam merawat sebelum dilakukan intervensi sebagian besar tidak mampu yaitu 11 orang (74%) dan mampu sebanyak 4 orang yaitu (26%) kemudian setelah dilakukan intervensi kemampuan keluarga meningkat yaitu 12 orang (80%) dan tidak mampu 3 orang (20%). Maka berdasarkan uji analisis didapatkan P value 0,001 (<0,05) dapat disimpulkan ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam

					keluarga, dependen; kemampuan keluarga merawat Analisis : <i>dependent T-test</i>	merawat klien dengan gangguan isolasi sosial.
4.	Kusumawaty, 2020	Media informasi kesehatan, vol. 7 no.1 Mei 2020	Pendampingan psikoedukasi: penguatan caring oleh caregiver keluarga terhadap orang dengan gangguan jiwa	Untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Desain : kuasi eksperimen, one group pre test-post test Sampel : 32 responden (purposive sampling) Instrumen : kuesioner Variabel : Independen; psikoedukasi, dependen; <i>caring</i> oleh <i>caregiver</i> Analisis : <i>dependent paired t test</i>	Dalam penelitian ini terdapat dua komponen yang diukur yaitu kemampuan responden saat berkomunikasi serta kemampuan mendemonstrasikan strategi pelaksanaan. Dari 32 responden sebelum dilakukan intervensi kemampuan berkomunikasi 62,5% dan srategi pelaksanaan 56,25% kemudian setelah dilakukan intervensi kemampuan berkomunikasi responden meningkat menjadi 84% dan strategi pelaksanaan menjadi 69%. Maka dapat disimpulkan bahwa pendampingan psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan psikotor caregiver keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa.
5.	Liza <i>et al</i> , 2019	Majalah kedokteran andalas Vol.42 no.3, september 2019 hal. 128-136	Efektivitas intervensi psikoedukasi keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia	Untuk menilai pengaruh intervensi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, pemberdayaan	Desain : <i>randomized controlled trial</i> dengan desain <i>true experimental pre post test with control</i>	Dari 49 responden didapatkan persentase kekambuhan pada kelompok care giver yang diberikan psikoedukasi adalah 2,04% dan persentase kekambuhan pada kelompok care giver yang tidak

				anggota keluarga serta kekambuhan pasien skizofrenia	<i>group</i> Sampel : 49 responden (non <i>probability sampling</i>) Instrumen : kuesioner Variabel : Independen; psikoedukasi keluarga, dependen; kekambuhan pasien Analisis : uji <i>t-dependent</i>	diberikan psikoedukasi adalah 12,24%, maka didapatkan perbedaan yang bermakna angka kekambuhan/relaps antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan $p=0,048(p<0,05)$. Dapat disimpulkan bahwa intervensi ini sangat membantu dalam meningkatkan pengetahuan tentang skizofrenia dan meningkatkan pemberdayaan caregiver, secara tidak langsung menurunkan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia.
6.	Sasono, 2017	The Indonesian Journal Of Health Science, Vol.8,No.2, Juni 2017	Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia	Untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam mengasuh penderita skizofrenia	Desain : <i>Quasy Eksperimental Pre Post Test With Control Group</i> Sampel : 56 responden (<i>purposive sampling</i>) Instrumen : kuesioner Variabel : Independen; psikoedukasi keluarga, dependen; kemampuan keluarga merawat Analisis : wilcoxon dan <i>Mann Whitney</i>.	Dari 56 responden sebelum dilakukan sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yaitu 34% dan 38% tetapi setelah diberikan intervensi pada kelompok intervensi meningkat yaitu 56% . kemudian berdasarkan hasil tes dengan Mann Whitney diperoleh p value <0.05 yang berarti bahwa perbandingan antara kelompok kontrol dan kelompok perawatan menunjukkan kemampuan peningkatan yang signifikan. Disimpulkan bahwa psikoedukasi telah terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengobati penderita skizofrenia
7	Bulut <i>et al</i> ,	Masalah dalam	Effects of	Untuk mengevaluasi	Desain : eksperimen	Dari 30 responden menunjukkan skor

	2016	Perawatan Kesehatan Mental ISSN: 0161-2840 print / 1096-4673 online DOI: 10.1080 / 01612840.2016.1222039	Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia	efektivitas psikoedukasi yang diberikan kepada pengasuh pasien yang didiagnosis skizofrenia tentang beban dan perjalanan klinis pasien	semu dengan tes pra-pasca dan kelompok kontrol Sampel : 30 responden (trolled nonrandomized) Variabel : Independen; psikoedukasi, dependen; pengasuh skizofrenia Instrumen : kuesioner	total beban keluarga dari kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi yaitu 45,7, pada kelompok kontrol juga diberikan perlakuan yg sama skor beban menunjukkan 44,5. Kemudian skor beban pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi yaitu 45,2 dan setelah diberikan intervensi skor beban yaitu 38,6. Kesimpulannya bahwa psikoedukasi yang ditawarkan kepada pengasuh bersama dengan TAU (pengobatan seperti biasa) yang ditawarkan kepada pasien dapat mengakibatkan berkurangnya persepsi beban di antara pengasuh dan peningkatan perbaikan dalam perjalanan klinis pasien sebagai hasil dari psikoedukasi yang ditawarkan kepada pengasuh.
8	.Yasuma <i>et al</i> , 2020	<i>BMJ Open</i> 2020;10:e034425. doi:10.1136/Bmjopen 2019-034425	Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomized controlled trial	Untuk mengetahui apakah program (FPE) yang diberikan oleh perawat kepada yang merawat penderita skizofrenia akan meringankan beban keluarga	Desain : cluster randomised controlled trial (cRCT). Sampel : 47 responden (cluster random sampling) Variabel : Independen; psikoedukaasi keluarga, dependen; pengasuh skizofrenia	Dari 47 responden, beban keluarga sebelum dilakukan intervensi menunjukkan hasil skor total berkisar 60-80 yang artinya skor menunjukkan beban keluarga tinggi kemudian beban keluarga setelah dilakukan intervensi hasil skor menunjukkan 45-58 yang artinya beban keluarga lebih rendah dari sebelum diberikan intervensi. Kesimpulannya bahwa psikoedukasi efektif meringankan beban keluarga dalam merawat pasien skizofrenia.

					Instrumen : kuesioner	
9	Solehah <i>et al</i> , 2019	STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan ISSN: 2252-3847 (Cetak), 2614-350X (Online) Vol. 8, No.1, Mei 2019, hlm: 41-50 Peringkat terakreditasi 3 oleh DIKTI, SK No: 21 / E / KPT / 2018 DOI: 10.30994 / sjik.v8i1.208	Pengaruh Psikoedukasi terhadap Manajemen Stres dalam Meningkatkan Efikasi Diri dan Mekanisme Koping Keluarga dalam Merawat Pasien ODGJ (Skizofrenia) di Puskesmas Balowerti Kabupaten Kediri	Untuk menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap manajemen stress dalam meningkatkan efikasi diri dan mekanisme ODGJ dalam merawat koping keluarga (skizofrenia)	Desain : pra desain eksperimen huruf abjad pretes-postes. Sample : 41 responden (random sampling) Variabel : Independen; psikoedukasi, dependen; efikasi diri, mekanisme koping keluarga dalam merawat Instrumen : kuesioner Analisis : uji paired t test	Dari 41 responden hasil analisis menunjukkan bahwa psikoedukasi berpengaruh baik terhadap variabel efikasi diri maupun mekanisme yang ditunjukkan bahwa efikasi diri menunjukkan sebesar 11.154 dengan signifikansi 0,001 dan signifikansi pada mekanisme koping sebesar 13.186 dengan signifikansi sebesar 0,000. Maka disimpulkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa psikoedukasi dapat mempengaruhi masing-masing variabel karena nilai signifikansi <0.05.
10	Wartini <i>et al</i> , 2017	Comprehensive Health Care https://doi.org/10.37362/jch.v3i1	Efektivitas Psikoedukasi Terhadap Tingkat Burnout Klien Pengasuh Skizofrenia Di Desa Kersamanah Kabupaten Garut	Untuk mengetahui efektivitas psikoedukasi dengan tingkat bornout caregiver dalam merawat klien skizofrenia	Desain : quasi eksperimental dengan model two group pre dan post test with control design Sampel : 32 responden (<i>purposive sampling</i>) Variabel : independen; psikoedukasi,	Dari 32 responden hasil analisis sebelum dilakukan intervensi tingkat kelelahan klien skizofrenia pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan hasil yang sama yaitu 1,375 atau tidak menunjukkan perbedaan. Kemudian hasil analisis sesudah dilakukan intervensi tingkat kelelahan klien skizofrenia pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan pada kelompok intervensi (skor lebih

					dependen; tingkat burnout pengasuh, skizofrenia Instrumen : kuesioner Analisis : Mann Withney	besar dari 2,5) dibandingkan dengan kelompok kontrol (skor 1,375) maka menunjukkan bahwa kelompok intervensi mengalami penurunan tingkat kelelahan. Maka dapat disimpulkan psikoedukasi efektif dalam menurunkan tingkat burnout caregiver sehingga dapat diterapkan dalam menangani masalah psikososial yang dialami caregiver dengan skizofrenia.
--	--	--	--	--	--	--

4.3 Karakteristik Responden Keluarga

a. Usia

Berdasarkan sepuluh artikel yang dianalisis responden berdasarkan usia dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Usia Responden

No.	Author	Usia
1.	Gajali & Badar, 2016	17-65 tahun
2.	Hadiansyah, 2019	36-65 tahun
3.	Muhammad <i>et al</i> , 2019	20-60 tahun
4.	Kusumawaty, 2020	16-65 tahun
5.	Liza <i>et al</i> , 2019	18-60 tahun
6.	Sasono, 2017	Tidak dijelaskan
7.	Bulut <i>et al</i> , 2016	17-67 tahun
8.	Yasuma <i>et al</i> , 2020	26-50 tahun
9.	Solehah <i>et al</i> , 2019	26-45 tahun
10.	Wartini <i>et al</i> , 2017	20-60 tahun

Berdasarkan tabel 4.3 rata-rata karakteristik usia responden yang merawat penderita skizofrenia pada artikel yang sudah dianalisis berada rentang usia dewasa awal sampai lansia awal, pada usia tersebut seseorang sudah matang dalam berfikir karena pengalamannya.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin ditemukan delapan artikel menunjukkan perempuan yang sebagian besar merawat penderita skizofrenia (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Muhammad, Yoga, & Vioneery, 2019); (Liza, Loebis, & Camellia, 2019); (Sasono, 2017); (Yasuma *et al*., 2020); (Solehah, Suhita, & Peristiowati, 2019); (Wartini *et al*., 2017). Satu artikel menunjukkan mayoritas responden jenis kelamin laki-laki 63,3%

(Bulut, Arslantaş, & Ferhan Dereboy, 2016) kemudian satu artikel tidak menjelaskan jenis kelamin responden.

c. Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan ditemukan lima artikel sebagian besar responden berstatus tidak bekerja (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Bulut et al., 2016); (Yasuma et al., 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017). Sedangkan 2 artikel responden sebagian besar berstatus bekerja (Liza et al., 2019); (Sasono, 2017).

d. Pendidikan

Dari hasil analisis sepuluh artikel menjelaskan bahwa empat artikel tingkat pendidikan responden tamatan pendidikan SMA (Hadiansyah, 2019); (Muhammad et al., 2019); (Liza et al., 2019); (Bulut et al., 2016) sedangkan tiga artikel menjelaskan tingkat pendidikan responden tamatan sekolah dasar (Kusumawaty, 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017) dan dua artikel menjelaskan responden tamatan pendidikan SMP (Gajali & Badar, 2016); (Sasono, 2017) kemudian satu artikel tidak menjelaskan pendidikan responden. Hal ini jika semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga maka semakin tinggi perilaku positif yang ditimbulkan dalam merawat penderita skizofrenia (Hadiansyah, 2019).

e. Hubungan keluarga

Hasil analisis dari sepuluh artikel ditemukan lima artikel yang menjelaskan hubungan keluarga sebagai saudara, anak, orang tua, istri, suami (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Kusumawaty, 2020);

(Liza et al., 2019); (Solehah et al., 2019) kemudian lima artikel tidak menjelaskan hubungan keluarga responden dengan penderita. Jika terhubung dengan ikatan keluarga mau tak mau *caregiver* tetap akan merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia, adanya dukungan dari orang-orang sekitar menjadikan *caregiver* lebih kuat, sehingga mampu dalam menjalankan perannya (Hadiansyah, 2019).

4.4 Karakteristik Responden Penderita Skizofrenia

Hasil analisis dari sepuluh artikel ditemukan satu artikel menjelaskan karakteristik responden penderita skizofrenia berdasarkan usia 17-16 tahun, sebagian besar jenis kelamin penderita laki-laki 72 %, lama sakit penderita 2-30 tahun dan frekuensi kekambuhan penderita yaitu 1-7 kali (Gajali & Badar, 2016). Sedangkan sembilan artikel lainnya tidak menjelaskan terkait karakteristik responden penderita skizofrenia.

4.5 Intervensi Psikoedukasi Keluarga

a. Frekuensi intervensi

Dari hasil analisis sepuluh artikel ditemukan lima artikel menjelaskan frekuensi intervensi dilakukan selama 3 bulan (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Bulut et al., 2016); (Solehah et al., 2019); (Sasono, 2017) kemudian tiga artikel menjelaskan intervensi dilakukan selama 6 bulan (Liza et al., 2019); (Yasuma et al., 2020); (Wartini et al., 2017) selanjutnya 1 artikel menjelaskan dilakukan selama 12 bulan (Gajali & Badar, 2016) dan satu artikel tidak menjelaskan frekuensi intervensi.

b. Lama intervensi

Hasil analisis dari sepuluh artikel terdapat enam artikel setiap sesi melakukan 35-60 menit (Hadiansyah, 2019); (Sasono, 2017); (Bulut et al., 2016); (Yasuma et al., 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017) kemudian dua artikel melakukan selama 90-120 menit setiap sesinya (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020) dan dua artikel tidak menjelaskan lama intervensi.

c. Sesi intervensi

Dari sepuluh artikel ditemukan empat artikel menggunakan 3 sesi dalam kegiatan intervensinya (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Liza et al., 2019); (Solehah et al., 2019) selanjutnya tiga artikel menggunakan 5 sesi (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Wartini et al., 2017). Selanjutnya satu artikel menggunakan 2 sesi (Bulut et al., 2016) dan satu artikel menggunakan 4 sesi (Yasuma et al., 2020) dan satu artikel tidak menjelaskan sesi intervensi.

d. Media

Dari sepuluh artikel yang sudah di analisis ditemukan tiga artikel menjelaskan menggunakan media ceramah, tanya jawab, diskusi (Hadiansyah, 2019); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017) kemudian tiga artikel menjelaskan menggunakan media audiovisual, demonstrasi serta diskusi (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Yasuma et al., 2020) dan empat artikel tidak menjelaskan media yang digunakan saat intervensi dilakukan.

4.6 Kemampuan keluarga sebelum intervensi *family psychoeducation*

Hasil review dari sepuluh artikel ditemukan kemampuan keluarga sebelum dilakukan intervensi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Kemampuan keluarga sebelum intervensi

Artikel	Mampu	Kurang mampu
Muhammad <i>et al</i> , 2019	26%	74%
Gajali & badar, 2016	28,32%	32,40%
Hadiansyah, 2019	33,3%	66,7%
Kusumawaty <i>et al</i> , 2020	56%	62%
Liza <i>et al</i> , 2019	12,24%	38,80%
Sasono, 2017	34%	38%
Bulut <i>et al</i> , 2016	26,7%	73,3%
Solehah <i>et al</i> , 2019	70,7%	78%
Yasuma <i>et al</i> , 2020	14,5%	31,6%
Wartini <i>et al</i> , 2017 (60%)	37%	37%

Berdasarkan tabel 4.6 dari sepuluh artikel menunjukkan bahwa kemampuan keluarga sebelum intervensi *family psychoeducation* kurang mampu dalam merawat penderita skizofrenia.

4.7 Kemampuan keluarga sesudah intervensi *family psychoeducation*

Hasil review dari sepuluh artikel ditemukan kemampuan keluarga sesudah dilakukan intervensi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7 Kemampuan keluarga sesudah intervensi

Artikel	Mampu	Kurang mampu
Muhammad <i>et al</i> , 2019	80%	20%
Gajali & badar, 2016	38,80%%	34,72%
Hadiansyah, 2019	58%	41,7%
Kusumawaty, 2020	84%	69%
Liza <i>et al</i> , 2019	46,90%	2,04%
Sasono <i>et al</i> , 2017	50%	24%
Bulut <i>et al</i> , 2016	56,7%	43,3%
Solehah <i>et al</i> , 2019	82,9%	68,3%
Yasuma <i>et al</i> , 2020	35,9%	31,6%
Wartini <i>et al</i> , 2017	78%	62,5%

Berdasarkan tabel 4.7 dari sepuluh artikel menunjukkan bahwa kemampuan keluarga mengalami peningkatan kemampuan setelah diberikan intervensi *family psychoeducation* (FPE).

4.8 Analisa Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia

Hasil review dari sepuluh artikel ditemukan seluruhnya menuliskan hasil nilai p-value <0,05 yang menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan dari *family psychoeducation* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Muhammad *et al*, 2019); (Kusumawaty, 2020); (Liza *et al*, 2019); (Sasono, 2017); (Bulut *et al*, 2016); (Yasuma *et al*, 2020); (Solehah *et al*, 2019); (Wartini *et al*, 2017).

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Kemampuan keluarga sebelum intervensi *family psychoeducation*

Setelah menelusuri dari sepuluh artikel, bahwa seluruh artikel menunjukkan kemampuan keluarga sebelum intervensi keluarga kurang mampu dalam merawat penderita skizofrenia (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Liza et al., 2019); (Sasono, 2017); (Bulut et al., 2016); (Yasuma et al., 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017).

Menurut (Muhammad et al., 2019) menyatakan sebelum diberikan psikoedukasi keluarga sebagian besar kurang mampu dalam merawat penderita skizofrenia. banyak juga keluarga yang mengatakan jika sangat sulit untuk mengatasi bagaimana cara yang tepat yang mereka lakukan agar bisa tahu apa dan bagaimana yang harus dilakukan jika salah satu anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia. Pada kemampuan keluarga sebelum pemberian psikoedukasi keluarga kurang mampu dalam proses perawatan penderita skizofrenia di rumah, dalam penelitian ini juga menjelaskan bahwa antara usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan keluarga tidak mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia melainkan yang dapat mempengaruhi kemampuan keluarga yaitu faktor kemauan merawat, adanya waktu yang lebih banyak dalam memberikan perawatan dan pengalaman *caregiver* dalam merawat anggota keluarganya dengan skizofrenia (Gajali & Badar, 2016).

Selanjutnya artikel (Hadiansyah, 2019) diperoleh bahwa kemampuan keluarga sebelum intervensi kurang mampu dalam perawatan penderita skizofrenia, disini peneliti menyatakan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia akan mengalami kecemasan akibat perubahan biopsikososial, dimana keluarga harus mampu beradaptasi atau menyesuaikan dengan menerima keadaan yang dihadapinya dan mampu dalam merawat penderita sehingga keluarga akan mampu melakukan tindakan yang tepat dalam mengatasi permasalahannya. Kemudian menurut (Kusumawaty, 2020) sebelum diberikannya intervensi keluarga kurang mampu dalam merawat penderita, dikarenakan keluarga mengalami kesulitan ketika harus berhadapan dan berinteraksi dengan penderita, terutama ketika harus berinteraksi dengan penderita yang mengisolasi dirinya. Tetapi dalam pengukuran kemampuan keluarga sebelum intervensi dalam penelitian ini hanya sebatas pengukuran distribusi frekuensi kemampuan keluarga dalam merawat saja mengingat peneliti tidak secara langsung melihat perilaku keluarga sehari-hari saat keluarga merawat penderita.

Penelitian lain menyatakan bahwa keluarga yang merawat penderita melaporkan besarnya beban sehubungan dengan perawatan keluarganya yang menderita skizofrenia. Mereka tidak memiliki pengetahuan dan keahlian yang perlu untuk menghadapi tanggung jawab perawatan penderita. Oleh sebab itu umumnya terjadi kekambuhan dan rawat inap kembali (Liza et al., 2019). Dari hasil penelitian (Sasono, 2017) keluarga sering mendapatkan stigma negatif dari masyarakat sehingga banyak sekali perilaku-perilaku menyimpang yang dilakukan oleh keluarga yang berdampak salah satu anggota keluarganya yang

menderita skizofrenia seperti halnya memasung penderita sampai melakukan pengasingan terhadap penderita, keluarga belum mengerti apakah perilaku yang dilakukan keluarga selaku *caregiver* benar atau salah ketika dalam merawat penderita. Sehingga berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Menurut penelitian lain mengatakan kondisi dimana keluarga memiliki beban yang sangat besar dalam merawat penderita skizofrenia bila dikaitkan dengan faktor keuangan, stigma dan perilaku negatif klien, beban *cargiver* berdampak negatif terhadap kondisi fisik, emosi dan kondisi ekonomi, yang dapat mempengaruhi terhadap selama perawatan penderita di rumah (Wartini et al., 2017).

Banyak keluarga merasa terbebani dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan skizofrenia. Adanya pengetahuan keluarga yang kurang dalam merawat penderita skizofrenia menyebabkan keluarga merasa berat dan tidak nyaman dalam menjalankan perawatan tersebut, apalagi didukung adanya stigma masyarakat terhadap penderita skizofrenia menjadi beban keluarga. Selain itu juga kebutuhan perawatan penderita membutuhkan waktu yang tidak sedikit. Sehingga keluarga keluarga kurang mampu dalam memberikan perawatan kepada skizofrenia (Solehah et al., 2019). Pengasuh (keluarga) pada penelitian ini mengalami beban dari segi fisik, psikologis, serta sosial. Dikarenakan pengetahuan keluarga kurang sehingga keluarga tidak dapat memberikan perawatan dengan baik kepada anggota keluarganya yang menderita skizofrenia, keluarga juga merasa putus asa dalam merawat penderita yang mengakibatkan penderita sering mengalami kambuh (Bulut et al., 2016).

Keluarga yang merawat penderita skizofrenia yang menerima perawatan kesehatan mental berbasis komunitas memiliki kebutuhan yang besar akan dukungan. Orang dengan skizofrenia yang memiliki gejala parah memerlukan perawatan jangka panjang, yang membebani keluarga yang memberikan perawatan tersebut. Misalnya, beban keuangan keluarga sangat berat karena banyak waktu yang dihabiskan untuk mengasuh, mengakibatkan hilangnya kesempatan kerja dan berkurangnya pendapatan. Selain itu, waktu yang tidak mencukupi untuk pulih dari stres akibat pengasuhan menyebabkan penyakit fisik dan mental. Keluarga juga menjadi lelah dan tertekan oleh tuntutan untuk mengatasi penderita yang ditandai dengan halusinasi dan delusi berulang jika gejala tidak stabil. Selain itu, keluarga dari putra atau putri penderita skizofrenia mungkin khawatir tentang apa yang akan terjadi pada penderita setelah kematiannya. Keluarga juga merasa tidak mendapatkan informasi yang memadai tentang layanan sosial apa saja yang tersedia bagi keluarga. Stigma terhadap penyakit juga menyebabkan keluarga menjadi terisolasi secara sosial, oleh karena itu keluarga penderita skizofrenia memiliki berbagai beban fisik, psikis, ekonomi dan sosial (Yasuma et al., 2020).

Maka dapat disimpulkan bahwa salah satu kendala keluarga kurang mampu dalam merawat yaitu keluarga sering mengalami stres karena ada salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia serta kurangnya pengetahuan keluarga dan masyarakat. Keluarga dan masyarakat menganggap skizofrenia sebagai penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap skizofrenia akibat pelanggaran larangan, santet, dan lain-lain

berdasarkan kepercayaan supranatural sehingga keluarga merasa terbebani. Bagi keluarga, salah satu hal yang penting adalah mengupayakan meningkatkan kemampuan atau pengetahuan sebanyak mungkin, sehingga keluarga memiliki keterampilan dalam menghadapi gejala skizofrenia dan banyak hal yang meningkatkan kejadian kekambuhan yang harus diketahui oleh anggota keluarga yang merawat penderita.

5.2 Kemampuan keluarga sesudah intervensi *family psychoeducation*

Berdasarkan hasil analisis dari sepuluh artikel, bahwa seluruh artikel menunjukkan adanya peningkatan mengenai kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Liza et al., 2019); (Sasono, 2017); (Bulut et al., 2016); (Yasuma et al., 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017).

Menurut (Gajali & Badar, 2016) menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia meningkat secara bermakna setelah mengikuti family psychoeducation. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan keterampilan tertentu dapat dilatih melalui proses belajar sehingga mengalami peningkatan. Menurut artikel lain (Muhammad et al., 2019) menunjukkan adanya peningkatan mengenai kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia, peneliti juga menyatakan bahwa jika kemampuan keluarga tinggi maka akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita skizofrenia yang hasilnya akan menjadi optimal. Selanjutnya penelitian menurut (Hadiansyah, 2019) bahwa kemampuan keluarga setelah pemberian intervensi mengalami peningkatan, dalam penelitian ini menunjukkan bahwa adanya

kesesuaian dengan hipotesis, bahwa intervensi efektif dilakukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga yang merawat penderita skizofrenia. Peneliti mengemukakan bahwa faktor yang membuat keluarga tetap mau merawat penderita adalah ikatan keluarga, terhubung dengan ikatan keluarga mau tidak mau *caregiver* tetap akan merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia.

Dalam penelitian (Kusumawaty, 2020) menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat penderita. Sebelumnya keluarga memperoleh informasi dan diajarkan cara merawat penderita sesuai strategi pelaksanaan berdasarkan permasalahan kasus penderita. Kemampuan psikomotor keluarga dinilai pada saat memperagakan cara merawat penderita sesudah intervensi. Terdapat 2 komponen yang diobservasi yaitu kemampuan keluarga saat berkomunikasi yang ditampilkan saat berinteraksi dengan penderita dan kemampuan mendemonstrasikan ketika menerapkan strategi pelaksanaan terhadap penderita. Adapun beberapa faktor dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam penelitian ini yang pertama, bentuk demonstrasi yang disampaikan, kedua faktor keluarga melihat dan mempelajari cara merawat dan usia keluarga serta tingkat pendidikan yang mayoritas tamatan sekolah dasar juga mempengaruhi dalam pengetahuan keluarga. Penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa keluarga yang mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga memperoleh peningkatan pengetahuan tentang skizofrenia dan peningkatan pemberdayaan keluarga yang bermakna, begitu juga angka kekambuhan lebih rendah secara bermakna pada penderita skizofrenia yang keluarganya mendapatkan intervensi

psikoedukasi keluarga dan psikoedukasi ini mempunyai efek positif pada penderita dan keluarga seperti mengurangi beban keluarga (Liza et al., 2019).

Penelitian (Sasono, 2017) menjelaskan psikoedukasi dapat meningkatkan kemampuan merawat penderita skizofrenia, peneliti menyatakan setelah pemberian informasi pada keluarga guna meningkatkan kemampuan keluarga dengan harapan keluarga mempunyai koping yang efektif. Penelitian lain menjelaskan sesudah melakukan intervensi keluarga memiliki informasi yang cukup tentang gangguan skizofrenia dan beban yang ditanggung oleh keluarga penderita serta cara penanganannya. Sehingga keluarga mampu dalam merawat penderita skizofrenia di rumah (Wartini et al., 2017). Penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa sesudah pemberian psikoedukasi keluarga dalam merawat penderita skizofrenia mempengaruhi kemampuan keluarga menjadi lebih baik dibandingkan sebelum diberikan psikoedukasi, pada penelitian ini keluarga yang merawat penderita terbanyak adalah laki-laki dimana laki-laki lebih mengedepankan bagaimana mencari solusi dari permasalahan yang dihadapi dengan tidak menggunakan perasaan untuk mengatasi masalah sehingga dengan pemberian psikoedukasi yang diterima keluarga memiliki wawasan yang cukup dan keluarga lebih mampu dalam merawat penderita skizofrenia (Solehah et al., 2019).

Selain itu penelitian yang dilakukan di turki menyatakan bahwa pengasuh mengalami peningkatan kemampuan yang signifikan yang telah menerima intervensi, keluarga pun menyatakan bahwa setelah mengikuti psikoedukais ini dapat memberikan perawatan dengan baik kepada penderita serta mengerti apa

yang harus dilakukan pada saat penderita mengalami kekambuhan. Setelah psikoedukasi penderita juga mengalami penurunan gejala yang telah diamati oleh peneliti sebagai hasil dari perawatan rutin yang keluarga dan penderita terima (Bulut et al., 2016). Pada penelitian yang dilakukan di Jepang sesudah pemberian intervensi menyatakan keluarga dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental yang diperoleh dari psikoedukasi tentang perawatan diri dan keterampilan mengelola stres dalam merawat penderita. Disini peneliti juga memberikan kesempatan kepada keluarga untuk berbagi pengalaman dari beberapa anggota *Family Association* yang telah merawat seorang penderita skizofrenia, agar keluarga juga memahami bahwa mereka bukanlah satu-satunya yang mengalami masa-masa sulit dan menghilangkan perasaan sedih atau putus asa. Sehingga keluarga merasa termotivasi dan menambah pengalaman keluarga dalam merawat penderita skizofrenia di rumah (Yasuma et al., 2020).

Peneliti menyimpulkan setelah pemberian tindakan kepada keluarga berupa psikoedukasi kemampuan keluarga meningkat. Bahwasannya pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang bertujuan untuk mempengaruhi individu, kelompok, keluarga dan masyarakat untuk melaksanakan hidup sehat. Demikian pula dalam proses belajar, tujuan pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti tujuan pendidikan, proses pendidikan serta perubahan perilaku yang diharapkan oleh orang yang memperoleh informasi lebih banyak maka semakin luas kapabilitasnya. Maka jika pengetahuan dan keterampilan keluarga tinggi maka

akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita skizofrenia yang hasilnya pun akan menjadi optimal.

5.3 Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga dalam merawat penderita skizofrenia

Berdasarkan hasil analisis dari sepuluh artikel, bahwa seluruh artikel menunjukkan adanya pengaruh *family psychoeducation* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia dengan rata-rata nilai *p-value* <0,05 (Gajali & Badar, 2016); (Hadiansyah, 2019); (Muhammad et al., 2019); (Kusumawaty, 2020); (Liza et al., 2019); (Sasono, 2017); (Bulut et al., 2016); (Yasuma et al., 2020); (Solehah et al., 2019); (Wartini et al., 2017).

Menurut artikel (Gajali & Badar, 2016) *family psychoeducation therapy* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia, pada proses pelaksanaan intervensi keluarga dalam merawat penderita secara langsung dengan memberikan penyuluhan pengetahuan dan latihan terstruktur serta konsisten sesuai dengan tahapan *family psychoeducation*. Kemudian keluarga dilatih untuk merawat penderita dengan dilibatkan secara langsung dalam *role play* dan latihan tentang cara merawat penderita skizofrenia, manajemen stres dan beban serta memantau kemampuan dan kegiatan sehari-hari penderita. Pengetahuan yang memumpuni tentang gangguan jiwa khususnya skizofrenia dan perawatannya akan mempengaruhi kesiapan keluarga untuk bertindak dan bersikap sehingga dapat meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita skizofrenia. Berdasarkan penelitian (Muhammad et al., 2019) menunjukkan bahwa ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan

keluarga dalam merawat penderita skizofrenia, peningkatan kemampuan keluarga terjadi karena diberikannya edukasi tentang merawat penderita dengan skizofrenia maka keluarga dapat mengingat dan memahami informasi atau kemampuan yang diberikan melalui pendidikan kesehatan. Dalam penelitian ini dilakukan di rumah keluarga penderita, peneliti memberikan kuisioner pretest untuk mengetahui bagaimana kemampuan keluarga sebelum diberikan edukasi keluarga. Setelah itu peneliti memberikan edukasi kepada salah satu keluarga yang paling dekat dengan penderita, selanjutnya 2 hari kemudian peneliti memberikan kuisioner yang sama yaitu kuisioner post test.

Penelitian selanjutnya menunjukkan terdapat perbedaan kemampuan keluarga antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga. Intervensi dalam penelitian ini dilakukan sebanyak 5 sesi, setiap sesi dilakukan pengukuran kemampuan keluarga dan tiap sesi memerlukan waktu 35-45 menit. Kegiatan intervensi meliputi perawatan penderita skizofrenia, manajemen stres, dan pemberdayaan keluarga. Dalam manajemen stres keluarga diajarkan latihan nafas dalam kemudian keluarga diberikan kesempatan untuk saling bertukar pikiran dan pengalaman perubahan peningkatan pengetahuan nampak dalam setiap sesi (Hadiansyah, 2019). Selain itu psikoedukasi keluarga dalam bentuk penyuluhan tentang intervensi keperawatan pada keluarga berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam mengenal skizofrenia dan mampu memberikan perawatan terhadap penderita skizofrenia. Kegiatan intervensi dilakukan di rumah keluarga penderita selama 3 bulan dalam waktu kunjungan 90-120 menit dengan menggunakan tahapan 3 sesi, pada bulan pertama peneliti

mengukur pengetahuan keluarga kemudian keluarga diminta mendemonstrasikan cara merawat penderita dan mengobservasi kemampuan keluarga, setelah itu peneliti memberikan psikoedukasi dengan menggunakan media audiovisual. Pada bulan kedua peneliti mengajarkan dan mendampingi keluarga dalam menerapkan terapi psikoedukasi. Terakhir pada bulan ketiga peneliti juga memberikan terapi psikoedukasi dan melakukan pengukuran kemampuan keluarga kembali. Pada penelitian ini terbukti bahwa penyuluhan menggunakan media audiovisual dapat membantu dalam meningkatkan pengetahuan keluarga selaku *caregiver* (Kusumawaty, 2020).

Menurut penelitian (Liza et al., 2019) terdapat pengaruh psikoedukasi keluarga yang signifikan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Intervensi ini dilakukan selama 3 bulan menggunakan 3 sesi yaitu *joining session* (sesi bergabung), *educational workshop* (lokakarya pendidikan), *ongoing psychoeducational session* (sesi psikoedukasi berkelanjutan). Dengan mengikuti psikoedukasi atau intervensi keluarga jangka panjang (yaitu dengan waktu lebih dari 3 bulan) sangat membantu anggota keluarga (*caregiver*) mendapatkan pengetahuan tentang skizofrenia terutama mengenai diagnosis, etiologi, perjalanan penyakit dan terapi, sehingga *caregiver* lebih memahami tentang penyakit penderita. Psikoedukasi ini juga melatih membentuk coping, keterampilan memecahkan masalah, memperbaiki komunikasi dan mengurangi stres. Dalam penelitian (Sasono, 2017) pelaksanaan penelitian dalam waktu 5 minggu, pada kelompok kontrol membutuhkan 1 kali selama penelitian dengan durasi waktu 45-60 menit. Sedangkan kelompok intervensi membutuhkan 4 kali

pertemuan dengan jeda setiap pertemuan 5-7 hari dengan durasi pertemuan 45-60 menit. Peneliti menyatakan bahwa adanya perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi karena pada kelompok intervensi mendapatkan informasi yang lebih sering dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Penelitian lain menyatakan bahwa psikoedukasi efektif dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita sehingga menurunkan angka kekambuhan, mengurangi beban pengasuh, mengurangi emosi dan depresi pada pengasuh. Psikoedukasi berkaitan dengan mengajarkan seseorang tentang suatu masalah sehingga mereka dapat mengurangi stres yang berkaitan dengan masalah dan mencegah masalah tersebut terulang kembali. Intervensi psikoedukasi dilakukan pada *caregiver* skizofrenia dengan 5 sesi, sebelum diberikan intervensi keluarga terlebih dahulu dilakukan pre-test selanjutnya keluarga diberikan intervensi psikoedukasi dan setiap sesi dilengkapi dengan post test. Di intervensi ini keluarga juga diajarkan pernapasan dalam dan otot progresif untuk manajemen stres, sehingga membuat seseorang lebih mampu menghindari reaksi berlebihan akibat stres dalam merawat penderita skizofrenia. (Wartini et al., 2017). Pada penelitian ini pelaksanaan program psikoedukasi untuk keluarga penderita skizofrenia yang sering berperan penting sebagai *caregiver*, mempromosikan pemulihan, memelihara layanan perawatan serta melaksanakan program psikoedukasi keluarga pada orang-orang dalam perawatan kesehatan penderita yang mempengaruhi hasil perawatan skizofrenia (Solehah et al., 2019).

Selain itu (Bulut et al., 2016) memberikan psikoedukasi kepada pengasuh penderita skizofrenia menemukan bahwa psikoedukasi memiliki efek mengurangi beban pada kedua kelompok. Setelah kedua kelompok diberikan pendidikan 3 bulan dengan waktu 45-60 menit setiap sesi dan setiap sesi mencakup topik-topik definisi dan penyebab yang diketahui dari skizofrenia, gejala penyakit, efek samping obat yang dikonsumsi, pentingnya minum obat secara teratur, mengenali dan memantau gejala awal kambuh, mengatasi masalah komunikasi antara pengasuh dan penderita, meningkatkan keterampilan memecahkan masalah dan coping, nilai kritis dari dukungan keluarga dalam merawat penderita dan beban merawat orang dengan diagnosis skizofrenia. Hasilnya dari penelitian di turki ini menunjukkan bahwa psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan beban dan memperbaiki kemampuan pengasuh dalam merawat penderita.

Selanjutnya menurut penelitian lain menyatakan psikoedukasi keluarga (FPE) adalah intervensi psikologis yang efektif secara ilmiah yang telah digunakan untuk mengurangi beban pengasuh. Dalam penelitian yang dilakukan di jepang ini menggunakan program FPE singkat yang disampaikan dalam lima sesi setiap sesi dilakukan selama 90 menit dan dilaksanakan selama 3 bulan, yang mudah dilakukan baik oleh praktisi maupun pengasuh. Komponen FPE terutama mencakup berbagai informasi tentang gangguan, tanda peringatan dini, pencegahan kekambuhan, serta pelatihan keterampilan dalam mengatasi permasalahan penderita, komunikasi dan pemecahan masalah. FPE dapat secara langsung meningkatkan pengetahuan tentang strategi dan sumber daya coping yang dapat mengarah pada penilaian yang lebih positif dan pengalaman

pengasuhan oleh keluarga serta kepercayaan diri pengasuh sendiri dalam mengatasi tuntutan merawat orang dengan skizofrenia, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga serta mengurangi beban dalam merawat penderita skizofrenia (Yasuma et al., 2020)

Dari pernyataan di atas bahwa psikoedukasi dapat menjadi intervensi dasar di masyarakat yang efektif pada anggota keluarga dengan skizofrenia, dibanding dengan perawatan rutin di pelayanan kesehatan jiwa dan telah membuktikan bahwa *family psychoeducation* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam penderita skizofrenia. Melalui intervensi ini, keluarga dapat memutuskan untuk mengambil tindakan atau bagaimana merawat penderita saat di rumah. Dukungan keluarga sebagai *support system* yang memiliki peluang besar untuk mencegah kekambuhan. kekambuhan penderita skizofrenia merupakan fenomena yang sering terjadi, yang menyebabkan kejenuhan keluarga. Belum lagi ketika ada perubahan perilaku penderita yang tiba-tiba dan tidak terduga. Misalnya, perilaku kekerasan dapat menyebabkan kelelahan yang luar biasa pada keluarga yang merawatnya, selain itu dapat mengancam keselamatannya, mengancam diri penderita serta masyarakat sekitar.

Tidak lupa juga perlunya motivasi dari keluarga dalam merawat penderita sesuai pemberian intervensi psikoedukasi yang telah diberikan agar permasalahan penderita dapat berkurang dan penderita dapat beradaptasi dengan baik. Kemampuan penderita bisa menyesuaikan diri dengan baik tentunya akan mengurangi kemungkinan terjadinya relaps. Memberikan motivasi, memberikan pemahaman keluarga pentingnya merawat dengan benar perlu dilakukan terus-

menerus, bukan hanya bagi anggota keluarga namun juga masyarakat supaya menjadi lebih memahami keadaan penderita dan keluarganya. Dukungan yang diberikan masyarakat dapat mengurangi stigma yang dirasakan penderita dan keluarga, sehingga menumbuhkan percaya diri bahwa keluarga serta penderita juga dapat memberikan manfaat bagi masyarakat sekitar.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Kemampuan keluarga sebelum intervensi *family psychoeducation*

Skizofrenia akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga, baik beban mental maupun materil karena gangguan menjadi kronis dan keluarga tidak mampu lagi produktif sehingga memerlukan perawatan dan tanggung jawab sepanjang masa oleh keluarganya. Perawatan dan tanggung jawab ini membutuhkan waktu, tenaga dan biaya yang tidak sedikit dan dapat menimbulkan beban bagi keluarga. Beban tersebut berkaitan dengan masalah objektif dan subjektif yang berdampak terhadap peran, tanggung jawab dan hubungan yang diharapkan oleh keluarga sebagai *care giver*. Keluarga umumnya mengalami perasaan sedih, cemas, ketakutan, khawatir dan kebingungan menghadapi anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia. Dari pernyataan tersebut dapat dilihat bahwa skizofrenia berdampak buruk dan menjadi beban pada individu, keluarga dan masyarakat.

6.1.2 Kemampuan keluarga sesudah intervensi *family psychoeducation*

Peningkatan kemampuan keluarga karena terapi psikoedukasi keluarga yang berkaitan dengan adanya komponen keterampilan latihan yang terdiri dari : komunikasi, latihan menyelesaikan konflik, latihan asertif, latihan mengatasi perilaku dan mengatasi stress. Sehingga kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia sesudah diberikan psikoedukasi mengalami peningkatan kemampuan kognitif maupun psikomotor dalam merawat penderita skizofrenia.

6.1.3 Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga dalam merawat penderita skizofrenia

Dengan melakukan tindakan pendekatan yaitu psikoedukasi yang diberikan kepada individu atau keluarga untuk memperkuat strategi koping atau suatu cara khusus dalam menangani kesulitan perubahan mental penderita. Intervensi psikoedukasi lebih direkomendasikan untuk digunakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia. Intervensi psikoedukasi ini dapat diaplikasikan sebagai salah satu intervensi pada keluarga dan merupakan praktek keperawatan profesional yang paling sederhana, murah, dan mudah diaplikasikan oleh perawat secara mandiri.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan diharapkan dapat diterapkan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia sebagai upaya untuk mencegah dan mengatasi kekambuhan penderita skizofrenia.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya perlu melakukan penelitian langsung (*original research*) terkait pengaruh *family psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia dengan kombinasi pemberian terapi lain, agar kemampuan yang didapatkan oleh keluarga meningkat dan diharapkan dapat mencegah kekambuhan penderita.

6.2.3 Bagi Keluarga

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia harus berperan aktif dalam merawat dan mencari sumber pendukung untuk meningkatkan kemampuan dan kemandirian penderita sehingga hasil akhir yang diharapkan penurunan kekambuhan dan meningkatkan kemampuan penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustarika, B., & Raka, I. M. (2017). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Di Kota Sorong*. *Nursing Arts*, 11(2), 7–15.
- Bulut, M., Arslantaş, H., & Ferhan Dereboy, İ. (2016). *Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia*. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 800–810.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1222039>
- Chan, S. Y. Y., Ho, G. W. K., & Bressingotn, D. (2019). *Experiences of self-stigmatization and parenting in Chinese mothers with severe mental illness*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 527-537.
- Cheryl, M. R., Irene, H. K. C., Mao, Y. W. W., Bo, F. L., & Cecilia, L. (2016). *Family caregivers and outcome of people with schizophrenia in rural China : 14-year follow-up study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 513–520. doi:10.1007/s00127-015-1169-0.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. (2011). *Stigma of Mental Illness*. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Dalami, E. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media
- Dermawan, D., & Rusdi, R. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dixson, L., McFarlane, W.R., Leafley, H., Lucksted, A., Chohen, M., Sondheimer, D. (2011). Evidence-based practices for services to families

of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52, no. 7: 903-910

Djuari, Lilik dan Kharimah, Azimatul. (2015). *Lebih dekat dengan Skizofrenia*. Surabaya: Biro Koordinasi Kedokteran Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M.(2010). *Keperawatan keluarga: Teori dan Praktek*: alih bahasa, Achir Yani S, Hamid... (et al): editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed.5, Jakarta: EGC.

Friedman, Marilyn (2010). *Keperawatan keluarga, Teori dan Praktek*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Gajali, & Badar. (2016). *Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap kemampuan keluarga merawat psien skizofrenia dengan halusinasi di kota Samarinda Kalimantan Timur*. *Jurnal Husada Mahakam*, IV(3), 151–161

Gusdiansyah, E. (2016). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Klien Dan Kemampuan Klien Perilaku Kekerasan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Di Rumah*. *Tesis*, 21, 25–26.

Hadiansyah, T. (2019). *Efektivitas Intervensi Psikoedukasi Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia*. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 4(2), 49–61. <https://doi.org/10.35974/jsk.v4i2.715>

Hamzah, I. (2020). *Psikologi Klinis Dalam Konteks Pemasyarakatan*. Sumatra Barat: CV. Insan Cendekia Mandiri.

Hendrawati, G. W. (2018). *Pengaruh Family Psychoeducation Berbasis Caring Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Meningkatkan Activity Daily*

Living Dan Sosialisasi Penderita Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Balong Ponorogo. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Hermingsih, A. R., Barlianto, W., & Kapti, R. E. (2017). *Pengaruh Terapi Family Psychoeducation (Fpe) Terhadap Kecemasan Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Di Kecamatan Bola Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur. Jurnal Kesehatan Mesencephalon, 3(2)*

I Wayan S., D. (2020). *Komunikasi Terapeutik: Strategi Pemulihan Pasien Gangguan Jiwa (Skizofrenia) Berdasarkan Perspektif Ajaran Agama Hindu di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Badung Bali: NILACAKRA.*

Kartika R, At Al. (2017). *Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Self Efficacy Keluarga Dan Sosial Okupasi Klien Schizophrenia. Jkp- Vol. 5 No. 2*

Keliat, B. A., Susanti, Y., & Putri, E. (2019). *Penerapan Latihan Keterampilan Sosial Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Pasien Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa. Idea Nursing Journal, 10(1), 51–62.*

Kementerian Kesehatan. (2018). *Potret sehat indonesia dari riskesdas 2018.*

Kusumawaty, I. (2020). *Pendampingan Psikoedukasi: Penguatan Caring Oleh Caregiver Keluarga Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa. Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan), 7(1), 83–90.*

Liyanovitasari., Noorhamdani., Astari, M. A. (2017). *Pengaruh Terapi Suportif Kelompok Terhadap Beban dan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia, Nurseline Journal: Volume 2 No.2.*

- Liza, R. G., Loebis, B., & Camellia, V. (2019). *Efektivitas intervensi psikoedukasi keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia. Majalah Kedokteran Andalas*, 42(3), 128. <https://doi.org/10.25077/mka.v42.i3.p128-136.2019>
- Maramis, M. (2016). *Pengantar Psikologi Klinis*. Bandung: PT Refika Aditama
- Muhammad, A., Yoga, S., & Vioneery. (2013). *Pengaruh Edukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Isolasi Sosial. Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Qolina, E. (2017). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Ansietas Dan Depresi Keluarga Yang Mempunyai Anak Dengan Autis di Sekolah Khusus Autis Harapan Utama Ananda Depok. Jurnal Jkft Vol 2*.
- Rafiyah, I. & Sutharangsee W. (2011). Review burden on family caregiver caring for patients with schizophrenia and is related factors. *Nurse Media J Nursing*. 1:29-41.
- Ratri I., D. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.
- Rizka Yunita, iin Isnawati, & Widya Addiarto. (2020). *Buku Ajar Psikoterapi Self Help Group Pada Keluarga Skizofrenia*. sulawesi selatan: Yayasan Hmar Cendekia Indonesia.

- Sari, H. (2014). *Terapi Psikoedukasi Keluarga dalam Merawat Klien Dengan Schizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh (The Effect of Family Psychoeducation Therapy for the Family Ability in Taking Care Patients with Schizophrenia)*. *Jurnal INJEC*, 1(Oktober), 178–185.
- Sasono, T. N. (2015). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Penderita Skizofrenia*. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), 8–18
- Solehah, E. L., Suhita, B. M., & Peristiowati, Y. (2019). *The Influence of Psikoedukasi on Stress Management in Improving Self Efficacy and Coping Mechanism of Families in Caring for ODGJ Patient (Schizophrenia) at Public Health Center of Balowerti Kediri Regency*. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(1), 41–50.
<https://doi.org/10.30994/sjik.v8i1.208>
- Sri idaiani, Indri Yunita, Dwu Hapsari Tjandrarini, Lely Indrawati, Ika Darmayanti, Nunik Kusumawardani, et al. (2019). *Prevalensi Psikosis di Indonesia Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar*. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, Vol. 3, No. 1 April 2019
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Supratiknya. (2011). *Merancang Program dan Modul Psikoedukasi*. Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta.
- Townsend, C. (2005). *Esesential of Psychiatric Mental Health Nursing*. Ed.3: Philadelphia : F.A. Davis Company.

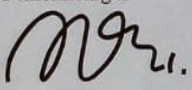
- Walsh, J.F. (2010). *Psychoeducations in Mental Health*. Chicago: Lyceum.
- Wartini, T., Wahyuningsih, S. A., Keperawatan, A., Jakarta, P., Keperawatan, A., Jakarta, P., ... Jakarta, P. (n.d.). *The Effectiveness Of Psikoeducation On Burnout Levels Skizofrenia Client Caregiver In Kersamanah Village Garut District*, (2009), 1–15.
- Wiyati. Ruti, Wahyuningsih. Dyah, Dwi Widayanti. Esti. (2017). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 5, No.2, Juli 2017.
- World Health Organization. (2018). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva.
- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., ... Kawakami, N. (2020). *Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: Protocol for a cluster randomised controlled trial. BMJ Open*, 10(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034425>
- Yosep, H. I, & Sutini, T. (2014). *Buku ajar keperawatan jiwa dan advance mental health nursing*. Bandung: Refika Aditama.
- Yu, S., Kowitt, S. D., Fisher, E. B., & Li, G. (2018). *Mental Health in China: Stigma, Family Obligations, and the Potential of Peer Support. Community Mental Health Journal*, 54(6), 757-764.
- Yudhantara D. S, & Istiqomah R. (2018). *Sinopsis skizofrenia untuk mahasiswa kedokteran*. Malang: UB Press.

- Yusuf, A., Rizki fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati, & Rr. Dian Tristiana.
(2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Dalam asuhan Keperawatan*.
Jakarta: Penerbit Mitra Wacana Media.
- Zahnia S., & Sumekar W. (2016). *Kajian Epidemiologi Skizofrenia*. *jurnal Mojarity*. 5(5), 160-166.

Lampiran 1 : Persyaratan dalam Penelitian

FORM USULAN JUDUL PENELITIAN

Nama Mahasiswa : Zulfa Korina
NIM : 17010057
Usulan Judul Penelitian :
PENGARUH FAMILY PSYCHOEDUCATION (FPE) TERHADAP KEMAMPUAN
KELUARGA DALAM MERAWAT PENDERITA SKIZOFRENIA
Yang bertanda tangan dibawah ini :
Pembimbing I : Susilawati, S.ST., M.Kes
Pembimbing II : Elyas Arif Budiman, S.Kep., Ns., M.Kep
Menyatakan bahwa Usulan Judul Penelitian (Skripsi) mahasiswa tersebut di atas telah
mendapat rekomendasi dari kedua pembimbing untuk dilanjutkan menjadi proposal
penelitian.

Pembimbing I	Tanggal
	5 Oktober 2020
Susilawati, S.ST., M.Kes	
Pembimbing II	Tanggal
	5 Oktober 2020
Elyas Arif Budiman, S.Kep., Ns., M.Kep	
Mengetahui, PJKM SKRIPSI	Tanggal
	5 Oktober 2020
Rida Darotin, S.Kep., Ns., M.Kep	

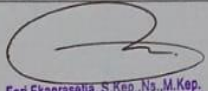
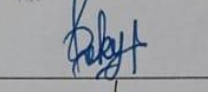
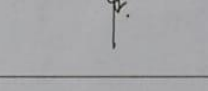
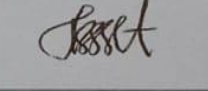
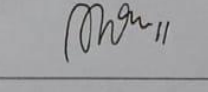

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan
 5. Profesi Bidan 6. S1 Kebidanan 7. D IV Teknologi Laboratorium Medis
 Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
 E_mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

**FORM PERSYARATAN
 PENDAFTARAN UJIAN PROPOSAL**

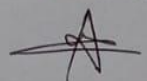
NAMA MAHASISWA : ZULFA KORINA

NIM : 17010057

No.	PERSYARATAN	TTD	TANGGAL
1	PEMBIMBING AKADEMIK (Lulus PKK 1, PKK 2, PKK 3) Dibuktikan dengan sertifikat dari prodi	 Feri Ekaprasetya, S.Kep., Ns., M.Kep. NIM. 19920122 201609 1 127	10/2021 2
2	BEBAS ADMINISTRASI		10/21
3	BEBAS AKADEMIK (SEKPRODI) (Lulus semua nilai mata kuliah 100%)		15/21
4	Mengikuti seminar proposal minimal 3x dan menjadi <i>Opponent</i> minimal 1 x		15/21 2
5	PEMBIMBING I (Minimal 6 x konsultasi)		10/21 02
6	PEMBIMBING II (Minimal 6 x konsultasi)		10/21 02
7	PJMK SKRIPSI (menyerahkan undangan dan 4 eksemplar proposal serta 3 map kertas warna biru berisi form nilai ujian pada PJMK Skripsi)		

Jember, 10 Februari.....2021

Mahasiswa,



(.....ZULFA KORINA.....)


SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan
 5. Profesi Bidan 6. S1 Kebidanan 7. D IV Teknologi Laboratorium Medis
 Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
 E-mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

**FORM PERSYARATAN
 PENDAFTARAN UJIAN SIDANG SKRIPSI**

NAMA MAHASISWA : ZULFA KORINA
 NIM : 17010057

No.	PERSYARATAN	TTD	TANGGAL
1	PEMBIMBING AKADEMIK (Lulus PKK 1, PKK 2, PKK 3) Dibuktikan dengan sertifikat dari prodi		23/2021 06
2	BEBAS ADMINISTRASI		23/21 06
3	BEBAS AKADEMIK (SEKPRODI) (Lulus semua nilai mata kuliah 100%)	 Ns. Nurul Mauri Ba, M.Kep	23/21 06
4	Mengikuti seminar proposal minimal 3x dan menjadi Opponent minimal 1 x		23/21 06
5	PEMBIMBING I (Minimal 6 x konsultasi post penelitian)		21/21 06
6	PEMBIMBING II (Minimal 6 x konsultasi post penelitian)	 (Ns. M. ELIAS Ari B)	23/21 06
7	PJMK SKRIPSI (menyerahkan undangan dan 4 eksemplar proposal serta 3 map kertas warna biru berisi form nilai ujian pada PJMK Skripsi)		23/21 06
8	TOEFL		23/21 06
9	POIN SKPI		23/21 06
10	Surat Uji Etik		

Jember, 23 Juni 2021

Mahasiswa,

(ZULFA KORINA)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan
Jl. DrSoebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
E-mail: drsoebandi@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES dr. SOEBANDI

Judul Skripsi : Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia
Pembimbing I : Susilawati, S.ST., M.Kes
Pembimbing II : Elyas Arif Budiman, S.Kep., Ns., M.Kep

Pembimbing I				Pembimbing II			
No.	Tanggal	Materi yang dikonsulkan dan masukan pembimbing	TTD DPU	No.	Tanggal	Materi yang dikonsulkan dan masukan pembimbing	TTD DPA
1.	Minggu 27-9-2020	- Konsul judul - Penjelasan alasan judul skripsi (masalah yang ditemukan)	<i>[Signature]</i>	1.	Rabu 23-9-2020	Konsul judul : Jika Literature review mencari judul yang sudah banyak di teliti	<i>[Signature]</i>
2.	Minggu 4-10-2020	- Acc judul - Lanjutkan BAB I	<i>[Signature]</i>	2.	Kamis 1-10-2020	- Acc judul - Lanjutkan BAB I : latar belakang sesuai MSKS	<i>[Signature]</i>
3.	Jum'at 6-11-2020	Penjelasan point-point di BAB I : Latar belakang sesuai (MSKS), rumusan masalah, tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat	<i>[Signature]</i>	3.	Rabu 14-10-2020	Revisi BAB I: - Dalam tujuan bukan menganalisis tetapi mengidentifikasi - Manfaat praktisi : bukan untuk peneliti saja tetapi ada keluarga, pasien, perawat dll	<i>[Signature]</i>



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan

Jl. DrSoebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

4.	Kamis 3-12-2020	Konsul BAB I : • Tata ulang latar belakang sesuai urutan dan mudah dipahami • Tujuan masih belum sesuai dengan rumusan masalah	<i>Kassat</i>	4.	Jum'at 30-10-2020	Ace BAB I Lanjutkan BAB II dan cari teori-teori yang terbaru	<i>me</i>
5.	Sabtu 26-12-2020	Revisi BAB I : • Tambahkan penjelasan alasan mengambil intervensi family psychoeducation. Lanjutkan BAB II	<i>Kassat</i>	5.	Selasa 1-12-2020	Konsul BAB II: • Spasi sesuai panduan • Lebih banyak referensi	<i>me</i>
6.	Jum'at 15-1-2021	Revisi BAB I : tujuan khusus diganti: 1. Mengidentifikasi sebelum dilakukan family psychoeducation (FPE) pada keluarga yang merawat klien skizofrenia 2. Mengidentifikasi sesudah dilakukan family psychoeducation (FPE) pada keluarga yang merawat klien skizofrenia 3. Menganalisis pengaruh family psychoeducation (FPE) terhadap kemampuan keluarga yang merawat klien skizofrenia Revisi BAB II : tambahkan kerangka teori Lanjutkan BAB III	<i>Kassat</i>	6.	Senin 28-12-2020	Revisi BAB II: • Tambahkan teori yang baru (stuart 2013 dll) Revisi BAB I : • Kurang penjabaran terkait masalah/dampak keluarga dalam merawat pasien skizofrenia	<i>me</i>
7.	Minggu 24-1-2021	Ace BAB I Revisi BAB II : • Dalam kerangka teori belum ada keterkaitan antara teori dengan kemampuan keluarga	<i>Kassat</i>	7.	Rabu 3-2-2021	Konsul BAB III • Perbaiki kerangka kerja Lengkapi cover, daftar pengesahan, halaman singkatan dll. Siapkan untuk ujian proposal	<i>me</i>

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan

Jl. DrSoebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536.

E_mail info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

8.	Selasa 02-02-2021	• Acc BAB II • Acc BAB III • Pelajari dan disiapkan ujian proposal	<i>Kasset</i>	8.	Selasa 20-04-2021	Menjelaskan cara menganalisa artikel	<i>Ma</i>
9.	Senin 03-04-2021	Penjelasan terkait cara meriview artikel dalam bab 4	<i>Kasset</i>	9.	Jum'at 07-05-2021	• Konsul bab 4 • Tambahkan karakteristik studi bisa menggunakan PRISMA atau JBI	<i>Ma</i>
10.	Senin 10-04-2021	• Konsul bab 4 • Tambahkan hasil yang sesuai dengan variabel	<i>Kasset</i>	10.	Rabu 02-06-2021	• Konsul revisi bab 4 • Lanjutkan bab 5	<i>Ma</i>
11.	Sabtu 22-04-2021	• Konsul revisi bab 4 • Silahkan buat reng-rengan analisis dari semua artikel terlebih dahulu	<i>Kasset</i>	11.	Sabtu 05-06-2021	• Konsul bab 5 • Lanjutkan bab 6	<i>Ma</i>



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan

Jl. DrSoebandi No. 90 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536.

E-mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

12.	Senin 31-04-2021	- Konsul revisi tabel analisa artikel bab 4 - Lanjutkan bab 5 dan 6	<i>Kosul</i>	12.	Kamis 10-06-2021	- Konsul bab 6 - Pahami lagi dalam penulisan saran kepada siapa, karena penelitian <i>literature review</i>	<i>Me</i>
13.	Kamis 17-06-2021	- Kosul bab 4, 5 dan 6 - Sebaiknya bab 4 dipersingkat saja atau dibuat tabel dan bisa juga di narasi	<i>Kosul</i>	13.	Jum'at 18-06-2021	Konsul revisi bab 6	<i>Me</i>
14.	Minggu 20-06-2021	- Konsul revisi bab 4, 5 dan 6 - Pada analisa kemampuan keluarga tabelnya dipisah jangan dijadikan satu - Jika semua artikel menjelaskan terdapat pengaruh dinarasi saja, tidak usah di tabel	<i>Kosul</i>	14.	Senin 22-06-2021	- ACC bab 4, 5 dan 6 - Lengkapi lampiran skripsi dan siapkan untuk ujian	<i>Me</i>
15.	Senin 21-06-2021	- Konsul revisi bab 4, 5 dan 6 - ACC, siapakan ujian sidang hasil	<i>Kosul</i>				

Lampiran 2 : Lembaran *Critical appraisal for Quasi-Experimental Studies*



**JBICritical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies
(non-randomized experimental studies)**

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	☐	☐	☐	☐
2. Were the participants included in any comparisons similar?	☐	☐	☐	☐
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	☐	☐	☐	☐
4. Was there a control group?	☐	☐	☐	☐
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	☐	☐	☐	☐
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	☐	☐	☐	☐
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	☐	☐	☐	☐
8. Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐
9. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

**PENGARUH EDUKASI KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN
KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN
DENGAN ISOLASI SOSIAL**

Muhammad Amin¹, Yoga Saputra², Deoni Vioneery³
Universitas Muhammadiyah Bengkulu^{1,2}
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surakarta³
mamin@umb.ac.id¹

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat Klien dengan isolasi sosial yang melampaui RSKJ Soeprapto Bengkulu, yang berdomisili di Kota Bengkulu. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Jenis pendekatan penelitian ini adalah penelitian quasi eksperimen dengan rancangan penelitian one-group pre-test and post test design. Hasil penelitian berdasarkan uji analisis didapatkan p value 0,001 ($< 0,05$). Simpulan, ada pengaruh edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial di RSKJ Soeprapto Bengkulu.

Kata Kunci: Isolasi Sosial, Pendidikan Keluarga, Pengetahuan Keluarga

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the effect of family education on the ability of families to care for clients with social isolation that surpasses RSKJ Soeprapto Bengkulu, who lives in Bengkulu City. This research is a quantitative research. This type of research approach is a quasi-experimental research design with a one-group pre-test and post-test design. The results of the study based on the analysis test obtained p value 0.001 (< 0.05). In conclusion, there is an effect of family education on the ability of families to care for patients with social isolation disorders at RSKJ Soeprapto Bengkulu.

Keywords: Social Isolation, Family Education, Family Knowledge

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi seluruh masyarakat dalam rangka mewujudkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya. Masyarakat diharapkan berpartisipasi aktif dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri, sehingga masyarakat bukan hanya menjadi sasaran tetapi juga menjadi pelaksana dalam pembangunan kesehatan jiwa. Sesuai dengan visi Departemen Kesehatan RI yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah masyarakat yang sadar, mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang

tidak mendukung untuk hidup sehat termasuk masalah kesehatan jiwa (Farid, 2008; dalam Wiyati et al., 2010).

Gangguan jiwa atau *skizofrenia* adalah respon maladaptif dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan atau fisik (Dermawan & Rusdi, 2013).

Data dari WHO pada tahun 2013, terdapat 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa angka gangguan jiwa di Indonesia mencapai 12% - 16% dari populasi penduduk. Gangguan jiwa di Indonesia menjadi masalah yang cukup serius. Berdasarkan data Depkes (2010) ada satu dari lima penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan gangguan mental emosional pada usia diatas lima belas tahun adalah 140 orang per 1.000 penduduk dan usia lima sampai empat belas tahun sebanyak 104 orang per 1.000 penduduk (Maramis, 2016).

Dari diatas mengindikasikan isolasi sosial adalah salah satu perubahan yang muncul pada *skizofrenia*. Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (Nanda, 2005).

Secara medis tidak ada penggolongan untuk masalah gangguan isolasi sosial. Isolasi sosial menjadi tanda dan gejala dari gangguan jiwa. Tanda gejala utama klien dengan episode depresi adalah sedih yang mendalam, berkurangnya energi dan menurunnya aktivitas gejala tambahan yang meliputi adalah harga diri rendah, kepercayaan diri kurang, rasa bersalah, pesimis, tidur terganggu, tidak nafsu makan (Nanda, 2005).

Isolasi sosial tidak hanya berdampak secara individu pada klien yang mengalami tetapi juga pada sistim klien secara keseluruhan yaitu keluarga dan lingkungan sosialnya. Isolasi sosial dapat menurunkan produktifitas atau berdampak buruk pada fungsi di tempat kerja, karena kecenderungan klien menarik diri dari peran dan fungsi sebelum sakit.

Menurut Hawari (2003) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat menganggap gangguan jiwa penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat dilanggarnya larangan, guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya berdasarkan kepercayaan supranatural. Dampak dari kepercayaan tersebut, upaya pengobatan pasien dengan gangguan jiwa dibawa ke dukun atau paranormal. Selain itu perlakuan yang diterima oleh pasien gangguan jiwa seperti disembunyikan, diisolasi, dikucilkan bahkan sampai dipasung semakin memperberat kondisi pasien (Hawari, 2003; dalam Wiyati et al., 2010).

Berdasarkan data awal yang diperoleh dari rekam medis dan observasi di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu terdapat jumlah pasien gangguan jiwa di RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu pada tahun 2015 berjumlah 1.962. Pada tahun 2016 mengalami penurunan berjumlah 1.962 dengan jumlah pasien skizofrenia yaitu berjumlah 670 orang, 230 orang diantaranya mengalami gangguan isolasi sosial. Pada akhir tahun 2016 tercatat ada 97 Pasien gangguan isolasi sosial yang sudah bisa pulang, tapi harus menjalani rawat jalan. Pasien RSKJ Soeprapto Bengkulu sudah banyak yang pulang kerumah, akan tetapi masih dalam perawatan keluarga yang mendampingi pasien tersebut, karna ditakutkan mengalami kekambuhan kembali.

Dari survei awal yang dilakukan peneliti di temukan selama 2 hari wawancara kepada 3 orang keluarga yang memiliki pasien yang menjalani rawat jalan di RSKJ Soeprapto Bengkulu. Ketiga orang keluarga tersebut tidak mampu melakukan keperawatan kepada klien yang mengalami isolasi sosial.

METODE PENELITIAN

Jenis Dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *pre-experimen* dengan penelitian *one-group pre-test and post-test design* dimana penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan *pre-test* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi/perlakuan kemudian diberikan perlakuan edukasi keluarga, selanjutnya dilakukan observasi kedua (*post-test*) yaitu sesudah diberikan intervensi. Penelitian ini akan dilakukan di rumah keluarga pasien isolasi sosial yang menjalani rawat jalan pada RSKJ Soeprapto Bengkulu, waktu penelitian telah dilaksanakan pada bulan 20 Januari sampai 3 Februari 2018.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki pasien rawat jalan di RSKJ Soeprapto di Kota Bengkulu yang berdomisili di Kota Bengkulu. Sampel pada penelitian adalah keluarga memiliki pasien rawat jalan di RSKJ Soeprapto di Kota Bengkulu yang berdomisili di Kota Bengkulu berjumlah 15 orang. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah menggunakan *purposive sampling* berdasarkan beberapa kriteria, antara lain: keluarga pasien isolasi sosial yang pernah rawat inap di RSKJ Soeprapto Bengkulu, keluarga yang paling dekat dengan pasien, dapat melihat dan mendengar, keluarga yang merawat pasien isolasi sosial dengan cara rawat jalan dan bersedia menjadi responden.

Prosedur Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini yang pertama yaitu peneliti mengurus surat izin, meminta izin dari institusi pendidikan yaitu Program Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Bengkulu, setelah mendapat surat izin penelitian kemudian langsung diserahkan ke bagian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Provinsi Bengkulu, kemudian dirujuk oleh DPMPTSP Provinsi Bengkulu ke Bagian Kepala Direktur RSKJS Provinsi Bengkulu. Setelah mendapat surat izin penelitian dari RSKJS Provinsi Bengkulu, peneliti langsung menyerahkan surat dan meminta izin ke poli rawat jalan dan langsung mencari sampel penelitian. Peneliti mencari sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti dan untuk dokumentasi penelitian mencari sampel dan penelitian di rumah keluarga pasien dengan gangguan isolasi sosial ditemani oleh teman-teman.

Selain menggunakan kriteria inklusi peneliti juga bertanya langsung kepada responden apa penyebab salah satu keluarganya masuk ke RSKJ Provinsi Bengkulu, setelah keluarga pasien menjawab pertanyaan yang sesuai dengan apa yang peneliti harapkan yaitu keluarga yang memiliki pasien dengan gangguan isolasi sosial maka keluarga pasien itulah yang dijadikan sampel. Setelah keluarga responden menyetujui dan bersedia menjadi sampel, peneliti meminta identitas pasien seperti alamat lengkap rumah pasien dan nomor handphone, kemudian peneliti mencari rumah responden tersebut. Penelitian dilakukan mulai bulan maret 2018, penelitian ini dilakukan di rumah keluarga pasien dengan gangguan isolasi sosial, peneliti memberikan kuisioner

pretest kemampuan keluarga tentang gangguan isolasi sosial. untuk melihat bagaimana kemampuan keluarga tentang pasien dengan gangguan isolasi sosial sebelum diberikan edukasi keluarga. Setelah itu peneliti memberikan edukasi kepada salah satu keluarga yang paling dekat dengan pasien gangguan isolasi sosial, kemudian setelah, di berikan edukasi kepada keluarga yang akan diteliti, selanjutnya 2 hari setelah itu peneliti memberikan kuisioner yang sama yaitu kuisioner post test kemampuan keluarga tentang pasien gangguan isolasi sosial.

Teknik Analisa Data

Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, diantaranya karakteristik klien dan keluarga (usia keluarga, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan riwayat pekerjaan, lama klien pulang dari rumah sakit dan frekuensi kekambuhan). Dengan isolasi sosial pada klien dan kemampuan klien dan kemampuan keluarga dalam merawat merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, confidence interval 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien yang mengalami isolasi sosial sebelum dan setelah diberikan edukasi di RSKJ Soeprapto Bengkulu. Uji statistik yang digunakan adalah *dependent T-test*. Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95% ($\alpha = 0,05$). Jika p-value lebih kecil dari α ($p < 0,05$), artinya ada perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien yang mengalami isolasi sosial sebelum dan setelah diberikan edukasi di RSKJ Soeprapto Bengkulu.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden adalah menguraikan atau memberikan gambaran mengenai identitas responden dalam penelitian ini, sebab dengan menguraikan identitas responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini maka akan dapat diketahui sejauh mana identitas responden dalam penelitian ini. Oleh karena itulah deskripsi identitas responden dalam penelitian ini dapat dikelompokkan menjadi beberapa kelompok yaitu : usia responden, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin.

Tabel. 1
Distribusi Frekuensi Umur Keluarga dengan
Pasien Gangguan Isolasi Sosial

Umur (Th)	Jumlah (N)	Persentase (%)
20-40	11	73,3
41-60	4	26,7
Total	15	100

Berdasarkan tabel 1 didapatkan frekuensi umur pada keluarga dengan pasien gangguan isolasi sosial terbanyak pada usia 20-40 tahun yaitu 11 orang (73,3%) dan usia paling sedikit pada usia 41-60 yaitu 4 orang (26,7%).

Tabel. 2
Distribusi Frekuensi Pendidikan Keluarga
dengan Pasien Gangguan Isolasi Sosial

Pendidikan	Jumlah (N)	Presentase (%)
SD	2	13,3
MP	3	20,0
SMA	8	53,3
Perguruan Tinggi	2	13,3
Total	15	100

Berdasarkan tabel 2 didapatkan bahwa sebagian besar pendidikan keluarga dengan pasien gangguan isolasi sosial berpendidikan SMA dengan jumlah 8 Orang (53,3%).

Tabel. 3
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Keluarga
dengan Pasien Gangguan Isolasi Sosial

Jenis kelamin	Jumlah (N)	Persentase (o/o)
Laki-laki	8	53
Perempuan	7	47
Total	15	100

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa sebagian besar keluarga dengan pasien gangguan isolasi sosial berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 8 orang (53%).

Tabel. 4
Distribusi Frekuensi Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien
Gangguan Isolasi Sosial Sebelum Diberikan Edukasi

Kemampuan Keluarga (PreTest)	Jumlah (N)	Persentase (o/o)
Mampu	4	26
Tidak Mampu	11	74
Total	15	100

Berdasarkan tabel 4 didapatkan bahwa kemampuan keluarga sebelum diberikan edukasi sebagian besar kemampuannya tidak mampu yaitu 11 orang (74%).

Tabel. 5
Distribusi Frekuensi Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien
Gangguan Isolasi Sosial Sesudah Diberikan Edukasi

Kemampuan Keluarga (Post Test)	Jumlah (N)	Persentase (%)
Mampu	12	80
Tidak Mampu	3	20
Total	15	100

Berdasarkan tabel 5 didapatkan bahwa sebagian besar kemampuan keluarga meningkat setelah diberikan intervensi edukasi keluarga. Kemampuan keluarga meningkat menjadi mampu sebanyak 12 orang (80%).

Tabel. 6
Pengaruh Edukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga
dalam Merawat Pasien Gangguan Isolasi Sosial

Variabel	Mean	Std. Deviation	P value	N
Sebelum – Sesudah	2,66667	2.410295	0,001	15

Berdasarkan tabel 6 berdasarkan uji analisis didapatkan P value 0,001 ($< 0,05$), P value $< 0,05$ (95% kepercayaan), maka ada pengaruh edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial di RSKJS Provinsi Bengkulu.

PEMBAHASAN

Kemampuan Keluarga Sebelum Diberikan Edukasi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 keluarga yang diteliti, didapatkan sebagian besar keluarga yang tidak mampu. Dari hasil penelitian, sebelum diberikan edukasi keluarga sebagian besar kurang mampu merawat pasien isolasi sosial. Banyak keluarga mengatakan jika sangat sulit untuk mengatasi bagaimana cara yang tepat yang harus mereka lakukan agar mereka bisa tahu apa dan bagaimana yang harus dilakukan jika salah satu anggota yang mengalami isolasi sosial, keluarga juga stress karena ada salah satu anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa isolasi sosial.

Menurut Hawari (2003) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat menganggap gangguan jiwa penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat dilanggarnya larangan, guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya berdasarkan kepercayaan supranatural.

Menurut pendapat Notoatmodjo (2012) yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan adalah pendidikan. Pada umumnya pendidikan itu akan mempertinggi taraf intelegensi individu tersebut. Data ini juga didukung oleh hasil penelitian Wiguna & Ibrahim (2003) dimana dalam penelitiannya dinyatakan bahwa salah satu hal yang penting bagi keluarga adalah mencari kemampuan sebanyak-banyaknya tentang gangguan isolasi sosial sehingga keluarga memiliki keterampilan menghadapi gejala perilaku isolasi sosial. Dalam penelitiannya juga dijelaskan bahwa banyak hal yang dapat meningkatkan terjadinya kekambuhan yang harus keluarga ketahui.

Sesuai dengan penelitian menurut Arsyad (2014) yang mengatakan bahwa hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kemampuan responden tentang perawatan anggota keluarga dengan gangguan isolasi sosial di rumah adalah kurang yakni sebanyak 15 responden (45,5%), cukup yakni sebanyak 9 responden (27,3%) dan baik yakni sebanyak 9 responden (27,3%). Hampir separuh responden memiliki kemampuan yang kurang, sehingga dikawatirkan hal ini akan menyulitkan keluarga dalam mengatasi, menjaga serta merawat salah satu keluarga mereka mengalami isolasi sosial. Hasil penelitian diatas memberi informasi bahwa masih banyak keluarga yang memiliki kemampuan rendah dalam merawat klien isolasi sosial.

Kemampuan Keluarga Sesudah Diberikan Edukasi

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa setelah diberikan edukasi pada keluarga dengan pasien gangguan isolasi sosial dari 15 responden sebagian besar mengalami peningkatan kemampuan menjadi mampu dengan menjawab pertanyaan, jawaban yang benar yaitu sebanyak 12 orang (80%). Dari penelitian ini menunjukkan bahwa adanya peningkatan mengenai kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial, didapat bahwa jumlah responden sebelum diberikan edukasi.

Menurut Notoatmodjo (2012) informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan kemampuan. Pendidikan non formal tersebut dapat mempengaruhi kemampuan keluarga tentang cara merawat pasien gangguan isolasi sosial menjadi tinggi.

Hasil post test ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dari Keliat & Akemat (2010) pada hasil penelitian ini didapatkan bahwa mayoritas responden memiliki kemampuan sedang yaitu 67,0% atau 69 orang dan tinggi 33,0% atau 34 orang. Sastroasmoro (2011) mendukung penelitian ini yang menyebutkan bahwa tingkat kemampuan pada keluarga pasien skizofrenia sebagian besar adalah tinggi (55,6%). Hal ini dimungkinkan keluarga sering mendapatkan informasi maupun pendidikan kesehatan tentang cara merawat pasien gangguan isolasi sosial dari petugas kesehatan.

Setelah diberikan tindakan berupa edukasi pada keluarga kemampuan keluarga semakin meningkat dari sebelumnya, pendidikan kesehatan yang diberikan menggunakan lembar balik. Pendidikan kesehatan merupakan serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, mulai dari individu, kelompok, keluarga dan masyarakat agar terlaksananya perilaku hidup sehat (Mubarak, 2009). Sama halnya dalam proses pembelajaran pendidikan kesehatan memiliki tujuan yang sama yaitu terjadinya perubahan perilaku yang dipengaruhi banyak faktor diantaranya adalah sasaran pendidikan, pelaku pendidikan, proses pendidikan, dan perubahan perilaku yang diharapkan seseorang yang memperoleh informasi lebih banyak maka kemampuannya semakin luas (Setiawati, 2008).

Dapat disimpulkan bahwa jika kemampuan keluarga tinggi maka akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien gangguan isolasi sosial yang hasilnya pun akan menjadi optimal.

Menurut Hawari (2003) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat menganggap gangguan jiwa penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat dilanggarnya larangan, guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya berdasarkan kepercayaan supranatural. Dampak dari kepercayaan tersebut, upaya pengobatan pasien dengan gangguan jiwa dibawa ke dukun atau paranormal. Selain itu perlakuan yang diterima oleh pasien gangguan jiwa seperti disembunyikan, diisolasi, dikucilkan bahkan sampai dipasung semakin memperberat kondisi pasien (Hawari, 2003; dalam Wiyati et al., 2010).

Pengaruh Edukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien Gangguan Isolasi Sosial

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial Di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soperapto (RSKJS) Provinsi Bengkulu. Peningkatan kemampuan keluarga terjadi karena diberikannya edukasi keluarga tentang merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial maka keluarga dapat mengingat dan memahami informasi/kemampuan yang diberikan melalui pendidikan kesehatan.

Memberikan pendidikan kesehatan dapat menambah kemampuan kepada individu, keluarga dan masyarakat lainnya. Notoatmodjo (2012) mengemukakan kemampuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan pada suatu objek tertentu. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ahyar (2010) yang menunjukkan bahwa adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang gangguan isolasi sosial terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien gangguan isolasi sosial, pelaksanaan pendidikan kesehatan tentang gangguan isolasi sosial merupakan penyampaian informasi sehingga mampu mempengaruhi kemampuan keluarga dengan nilai t-tests 2,834 dalam merawat pasien gangguan isolasi sosial. Kemampuan keluarga mengenai gangguan isolasi sosial sangat diperfukan agar keluarga dapat merawat pasien dengan benar.

Menurut penelitian sebelumnya dari Ahyar (2010) ditemukan ada pengaruh edukasi dalam menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Penelitian yang dilakukan oleh Sari menjelaskan bahwa ada pengaruh yang bermakna meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien dengan dipasung. Menurut teori dari Notoatmodjo (2012) pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan. Dengan demikian, pendidikan seseorang yang semakin tinggi maka kemampuannya juga akan semakin tinggi. Sebagaimana yang peneliti lihat pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi kemampuan yang semakin banyak dan semakin luas. Hal ini juga disampaikan oleh penelitian sebelumnya Wiyati et al., (2010) yang mengatakan hasil penelitian yang didapat nilai P value=0,0001 artinya ada perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga.

Lawrence & Veronika (2002); dalam Wiyati et al., (2010) mengungkapkan terjadi peningkatan 33 % pada kelompok pasien skizofrenia setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga, karena dalam psikoedukasi keluarga menjelaskan hubungan positif yang meningkat antara anggota keluarga, manajemen stress keluarga, kemampuan keluarga dalam melakukan role play. Menurut Suny & King (2007) terapi psiko edukasi keluarga sangat efektif karena memberikan informasi tentang preventif dan promotif, keterampilan koping, kognitif, tingkah laku dan keterampilan bagi keluarga.

SIMPULAN

Distribusi frekuensi kemampuan keluarga dalam merawat dengan pasien gangguan isolasi sosial sebelum diberikan edukasi menunjukkan bahwa dari 15 keluarga responden didapatkan kemampuan keluarga sebelum diberikan edukasi sebagian besar tidak mampu merawat pasien. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga dalam merawat dengan pasien gangguan isolasi sosial sesudah diberikan edukasi dapat dilihat bahwa dari 15 responden sebagian besar mengalami peningkatan kemampuan setelah

diberikan intervensi edukasi keluarga. Kemampuan keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial meningkat yang mampu merawat pasien. Ada pengaruh edukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial di RSKJ Soeprapto Bengkulu.

SARAN

Universitas Muhammadiyah Bengkulu

Diharapkan nantinya kepada seluruh mahasiswa terutama pada mahasiswa keperawatan dapat menjadikan informasi tambahan dan bisa di manfaatkan sebagai acuan/pedoman dalam pembuatan skripsi selanjutnya mengenai merawat pasien dengan gangguan isolasi sosial

Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu

Memberikan informasi terkait tentang gangguan isolasi sosial pada keluarga dalam merawat pasien gangguan isolasi sosial pada saat keluarga berkunjung ke Rumah Sakit.

Keluarga Pasien

Kemampuan ini dapat diterapkan dirumah keluarga yang memiliki pasien dengan riwayat gangguan isolasi sosial dan lebih memahami tentang bagaimana cara yang tepat dilakukan dalam merawat pasien gangguan isolasi sosial.

Peneliti Selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat melanjutkan penelitian ini dengan menggunakan kelompok kontrol, perlu melakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor seperti faktor ekonomi, proses komunikasi dalam keluarga dan perhatian keluarga serta diharapkan adanya tindakan penyebaran leaflet mengenai cara perawatan pasien dengan gangguan isolasi sosial selama di rumah kepada pihak keluarga yang berkunjung.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahyar, S. (2010). *Konsep Diri dan Mekanisme Koping dalam Aplikasi Proses Keperawatan*. Diakses 19 April
- Arsyad, A. (2014). *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI
- Dermawan, D., & Rusdi, R. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Hawari, H. (2003). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: Gaya Baru
- Keliat, B. A. & Akemat, A. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Maramis, M. (2016). *Pengantar Psikologis Klinis*. Bandung: PT Refika Aditama
- Mubarak, I. M. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas: Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda, M. (2005). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Sastroasmoro, Y. (2011). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

- Setiawati, S. (2008) . *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta : EGC
- Suny, S & King, W. (2007). Psychoeducational Programme in Hong Kong for People with Schizofrenia. *Occup.Ther. Int*, 14(2), 86-98
- Wiguna, I. M. S., & Ibrahim, A. S. (2003). Perbandingan Gangguan Ansietas dengan Beberapa Karakteristik Demografi pada Wanita Usia 15-55 Tahun. *J Kedokter Trisakti*, 22(3), 87-91
- Wiyati, R., Wahyuningsih, D., & Widayanti, E. D. (2010). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal og Nursing)*, 5(2), 85-94

PENELITIAN**PENGARUH FAMILY PSYCHOEDUCATION THERAPY
TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT
PASIE SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI
DI KOTA SAMARINDA KALIMANTAN TIMUR**Gajali¹⁾, Badar²⁾^{1), 2)} Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Kalimantan TimurEmail: *namira120978@yahoo.com***Abstract**

Family is one of the trigger client's mental health problem as the effect of nontherapeutic family's behaviours so unable to supporting client's care. The aim of this study is to identify the effect of family psychoeducation therapy toward family's ability to care schizopren's client with halusination. This is a quasi experiment study with pre and post test study without control group design, the intervention is family psychoeducation. The amount of samples on this study are 25 families (total sampling), who have schizofren with halusination. Result: there is an increase of cognitive family's ability ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) and increase of pshycomotor family's ability ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) to care schizofren's patient. This therapy was reccomended to increasing family's ability to care schizofren's patient with halusination.

Keywords: schizofren, family psychoeducation therapy, family's ability.**Abstrak**

Keluarga merupakan salah satu faktor pencetus timbulnya masalah kesehatan mental klien sebagai akibat sikap keluarga yang tidak terapeutik sehingga tidak mampu mendukung dalam perawatan klien. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* (FPE) terhadap kemampuan keluarga merawat klien skizofrenia dengan halusinasi. Penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi *Family Psychoeducation*. Jumlah sampel 25 keluarga (total sampling) yang memiliki pasien skizofrenia dengan halusinasi. Hasil: ditemukan peningkatan kemampuan kognitif keluarga ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dan peningkatan kemampuan psikomotor keluarga merawat ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dalam merawat pasien skizofrenia. Terapi ini direkomendasikan sebagai terapi yang bisa meningkatkan kemampuan kluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi

Kata Kunci: skizofrenia ; *Family Psychoeducation Therapy* (FPE); kemampuan keluarga

Pendahuluan

Halusinasi merupakan masalah keperawatan yang dapat mengakibatkan perilaku kekerasan pada pasien yang mengalaminya. Hal ini terjadi bila pasien mengalami halusinasi yang isinya memerintah untuk melakukan sesuatu yang mengancam atau membahayakan diri atau orang lain. Rasa takut dapat mengakibatkan pasien melakukan sesuatu yang berbahaya, seperti melompat keluar melalui jendela. Oleh karena itu intervensi amat penting segera dilakukan (Stuart & Laraia, 2005). Berdasarkan studi pendahuluan tentang pelaksanaan perawatan lanjutan di rumah pasien skizofrenia tahun 2012-2013 yang didapatkan datanya dari rumah sakit jiwa Atma Husada Samarinda, telah dilakukan kunjungan ke rumah keluarga (*home visite*) yang memiliki penderita skizofrenia untuk dilakukan terapi generalis dengan hasil yang baik walaupun masih ada beberapa keluarga yang masih belum paham tentang cara perawatan penderita skizofrenia terutama masalah halusinasi. Di wilayah kerja Puskesmas Juanda Samarinda, merupakan salah satu daerah yang telah dibentuk kelurahan siaga sehat jiwa dengan jumlah keluarga yang memiliki penderita skizofrenia sebanyak 36 keluarga dengan masalah halusinasi sebanyak 25 keluarga.

Informasi dari perawat yang bertugas di Puskesmas Juanda telah ada pelayanan poli jiwa dengan angka kunjungan sangat rendah dikarenakan pemahaman yang rendah terhadap perawatan pasien skizofrenia dengan halusinasi dan keluarga merasa malu. Hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman keluarga tentang pentingnya perawatan pada penderita skizofrenia dan masih kuatnya stigma yang buruk dari lingkungan masyarakat yang membuat keluarga merasa malu karena memiliki anggota keluarga yang menderita skizofrenia dengan masalah halusinasi. Penyelesaian masalah saat merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia (skizofrenia) dapat ditentukan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga. Menurut Notoadmojo, (2003), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *predisposing factor* (faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, sistem nilai, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi), *enabling factor* (faktor pemungkin yang meliputi ketersediaan sarana dan prasarana, fasilitas kesehatan) dan *reinforcing factor* (faktor penguat yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, undang-undang, dan peraturan pemerintah). Berdasarkan paparan di atas,

dapat disimpulkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dipengaruhi oleh banyak faktor yang harus diketahui dan dimiliki oleh keluarga sehingga dapat memberikan asuhan yang berkualitas kepada pasien skizofrenia khususnya masalah halusinasi.

Family psychoeducation therapy adalah salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart & Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu alat terapi yang keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Tujuan umum dari *Family psychoeducation therapy* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah sehingga dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit dan mengajarkan keluarga tentang upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Terapi ini dirancang terutama untuk meningkatkan

pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, mengurangi kekambuhan pasien dengan skizofrenia, meningkatkan fungsi pasien dan keluarga sehingga mempermudah pasien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi pasien skizofrenia, meningkatkan kemampuan keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengurangi beban keluarga, melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Penelitian tentang *Family psychoeducation therapy* (FPE) telah banyak dilakukan, seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Wardaningsih, Keliat, dan Helena (2007) tentang pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh *family psychoeducation* secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi.

Sari, Keliat, dan Mustikasari (2009), mengemukakan tentang Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien Pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam. Hasil penelitian ditemukan menunjukkan penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna setelah mendapat FPE. Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang *Family Psychoeducation therapy* untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kemampuan keluarga merawat pasien Skizofrenia dengan halusinasi dengan alasan masih kurangnya pemahaman keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita skizofrenia dengan halusinasi di Kota Samarinda dan belum adanya penelitian tentang *Family Psychoeducation therapy* keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperiment* dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi *Family Psychoeducation*. Alasan peneliti menggunakan metode ini berdasarkan pada area

penelitian yang merupakan daerah untuk kelurahan siaga sehat jiwa sehingga secara perlakuan semua keluarga sudah mendapatkan terapi generalis sebagai dasar dalam pemberian terapi spesialis, selain itu juga melihat pada aspek etika penelitian yaitu azas keadilan (*justice*), di mana seluruh responden mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan perlakuan intervensi yang diberikan oleh peneliti. Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* (25 keluarga) di mana semua keluarga dengan anggota yang memenuhi kriteria inklusi akan menjadi sampel penelitian ini. Pada saat penelitian yang sudah dilakukan oleh peneliti, seluruh sampel (responden) dapat mengikuti kegiatan intervensi yang dilakukan oleh peneliti dari sesi pertama sampai dengan sesi kelima.

Hasil

Karakteristik keluarga yang merawat pasien skizofrenia terbanyak adalah perempuan (68%), berpendidikan SMP (11%), pendapatan dibawah UMR (48%), dan hubungan dengan pasien sebagai saudara (28%). rerata usia keluarga yang merawat pasien skizofrenia adalah 41,40 tahun (SD 10,874). Usia termuda keluarga yang merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi dalam penelitian ini adalah 20 tahun dan yang

tertua adalah berusia 64 tahun. Karakteristik pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan rutinitas berobat sebanyak 72%. Rerata usia pasien skizofrenia dengan halusinasi yaitu 36,68 tahun (SD 12,711). Usia termuda pasien skizofrenia adalah 17 tahun dan yang tertua adalah berusia 65 tahun. Rerata lama menderita skizofrenia yaitu 8,66 tahun (SD 7,709), dengan waktu tertinggi 30 tahun dan terendah 2 tahun. Sedangkan rerata jumlah kekambuhan yang dialami pasien skizofrenia adalah 1,80 kali (SD 1,780), dengan jumlah kekambuhan terbanyak adalah 7 kali.

Ditemukan adanya peningkatan rerata kemampuan keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi dalam aspek kognitif dari sebelum intervensi sebesar 34,72 (SD 4,026) menjadi 38,80 (SD 3,969) sesudah intervensi FPE. Peningkatan rerata kemampuan keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi juga terlihat pada aspek psikomotor, yaitu 28,32 (SD 7,392) sebelum intervensi menjadi 32,40 (SD 6,331) sesudah intervensi FPE. Hasil penelitian menunjukkan koefisien korelasi antara usia keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat pasien Skizofrenia dengan

halusinasi sebesar -0,198. Koefisien korelasi negatif menunjukkan hubungan negatif antara usia dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat pasien skizofrenia. Uji statistik menunjukkan bahwa usia keluarga tidak berhubungan signifikan dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat pasien skizofrenia (p value 0,05). Koefisien korelasi antara usia keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat pasien skizofrenia sebesar -0,136. Koefisien korelasi negatif menunjukkan hubungan negatif antara usia dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat pasien skizofrenia. Uji statistik menunjukkan bahwa usia keluarga tidak berhubungan signifikan dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat pasien skizofrenia. Hubungan negatif berarti semakin bertambah usia (semakin tua) keluarga (caregiver) semakin rendah kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat pasien Skizofrenia dengan halusinasi. Rerata kemampuan kognitif keluarga yang berjenis kelamin laki-laki dalam merawat pasien skizofrenia sebesar 38,75 (SD 3,495) hampir sama dengan perempuan yaitu sebesar 38,82 (SD 4,275). Uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat pasien

skizofrenia yang signifikan antara responden laki-laki dan perempuan. Berdasarkan hasil analisis ini maka disimpulkan bahwa jenis kelamin keluarga tidak berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat pasien skizofrenia dalam aspek kognitif maupun psikomotor. rerata kemampuan kognitif keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi lebih tinggi pendidikan SD dan PT dibandingkan dengan SMP dan SMA, sedangkan rerata tertinggi kemampuan psikomotor keluarga merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi yang tertinggi adalah SD dibandingkan dengan PT, SMP, dan SMA. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan tidak mempengaruhi seseorang dari aspek pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan perawatan kepada pasien dengan Skizofrenia dengan halusinasi.

Berdasarkan hasil analisis kemampuan psikomotor keluarga ini disimpulkan bahwa pendidikan keluarga berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat klien skizofrenia khususnya dalam aspek psikomotor. Hal ini bisa disebabkan karena faktor kemauan merawat, adanya waktu yang lebih banyak dalam memberikan perawatan, dan pengalaman caregiver dalam merawat anggota keluarganya dengan skizofrenia halusinasi. Hasil Uji statisti juga menunjukkan tidak ada hubungan

antara pekerjaan, pendapatan, hubungan pasien dengan kemampuan keluarga secara kognitif dan psikomotor (p value 0,05). koefisien korelasi antara usia pasien, jenis kelamin, lama menderita, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan dengan kemampuan kognitif dan psikomotor menunjukkan bahwa tidak berhubungan signifikan dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia.

Pembahasan

Karakteristik utama kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran sedangkan psikomotor atau kemampuan praktik merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2000). Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan kognitif keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 34,72. Tujuan utama *Family Psychoeducation* adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan

pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan untuk dapat memahami dan mempunyai koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarganya (Goldenberg, I & Goldengerg, H., 2004).

Marsh (2000, dalam Stuart & Sundeen, 2006), program komprehensif dengan pemberdayaan keluarga memenuhi komponen informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa, komponen keterampilan (komunikasi, resolusi terhadap konflik, pemecahan masalah, asertif, manajemen perilaku dan stres), komponen emosional, komponen proses keluarga (fokus pada koping terhadap gangguan jiwa) dan komponen sosial (cara meningkatkan hubungan terhadap dukungan formal maupun informal). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan pasien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerja sama (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna tingkat kemampuan kognitif keluarga setelah mendapatkan *family psychoeducation* yaitu menjadi 38,80. Uji statistik dengan *paired t-test* menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,0001 (p value < 0,05) yang menunjukkan adanya perbedaan rerata kemampuan

kognitif keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan riset yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan skizofrenia di Hongkong yang diikuti selama 12 bulan. Program psikoedukasi yang diberikan meliputi materi tentang persepsi, pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) tentang perawatan anggota keluarga dengan skizofrenia. Setelah dievaluasi, sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi pasien, manajemen beban keluarga serta penurunan jumlah dan lama hospitalisasi pasien dibandingkan dengan standar perawatan yang diterima sebelumnya. Penelitiannya mendukung bahwa *family psychoeducation therapy* dapat menjadi intervensi dasar di masyarakat yang lebih efektif pada anggota keluarga dengan Skizofrenia dengan halusinasi di Hongkong, dibandingkan dengan perawatan rutin di pelayanan kesehatan jiwa. Hasil penelitian ini dan didukung hasil-hasil riset terdahulu membuktikan bahwa *family psychoeducation* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa khususnya dengan

halusinasi di rumah. Peningkatan kemampuan kognitif keluarga setelah mengikuti intervensi *family psychoeducation* terlihat dari antusiasme dan partisipasi aktif sebagian besar keluarga dalam mengikuti setiap sesi. Uraian di atas disimpulkan bahwa *family psychoeducation* dapat meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa khususnya dengan halusinasi. Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan psikomotor keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 28,32. Untuk mengubah perilaku terlebih dahulu dilakukan strategi untuk mengubah pikiran (kognitif). Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan 3 strategi (WHO, dalam Notoadmodjo, 2003) yaitu: menggunakan kekuatan/kekuasaan/ dorongan, pemberian informasi, dan diskusi partisipan. Sementara Sunaryo (2004) menyatakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan. Pemberdayaan keluarga secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan keluarga untuk merawat pasien (kemampuan psikomotor). Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti *family psychoeducation* menjadi 32,40.

Uji statistik dengan *paired t-test* menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,0001 ($p \text{ value} < 0,05$). Hasil uji ini menunjukkan adanya perbedaan rerata kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa *skill* atau ketrampilan tertentu dapat dilatih melalui proses belajar sehingga mengalami peningkatan. Teori belajar sosial Bandura menjadi pijakan dalam memahami tingkah laku dan sebagai prinsip dasar untuk menganalisis fenomena psikososial di berbagai tingkat kompleksitas dari perkembangan intrapersonal sampai tingkah laku interpersonal.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat pasien halusinasi dapat meningkat secara bermakna setelah mengikuti FPE. Menurut peneliti, hal ini didukung proses latihan psikomotor keluarga dalam merawat pasien secara langsung dengan memberikan pengetahuan dan latihan terstruktur serta konsisten sesuai dengan modul *family psychoeducation* yang telah disusun. Keluarga dilatih untuk merawat pasien dengan dilibatkan secara langsung dalam *role play* dan latihan tentang cara merawat pasien dengan halusinasi, manajemen stres dan beban, serta memonitor kemampuan dan

kegiatan pasien sehari-hari. Pengetahuan yang memadai tentang gangguan jiwa khususnya halusinasi dan perawatannya akan mempengaruhi kesiapan keluarga untuk bertindak dan bersikap sehingga dapat meningkatkan kemampuan psikomotor merawat pasien dengan halusinasi.

Kesimpulan

Karakteristik keluarga (*caregiver*) yang mempunyai anggota keluarga yang menderita halusinasi berada pada rata-rata usia dewasa menengah, dengan jumlah perempuan lebih banyak, berpendidikan SMP, status tidak bekerja, hubungan dengan pasien adalah saudara dan penghasilan rata-rata diatas upah minimal regional/UMR. Dari karakteristik tersebut dapat disimpulkan bahwa *family psychoeducation* yang diberikan pada keluarga klien pasung yang mayoritas adalah orang tua klien dengan umur yang sudah lanjut, tingkat pendidikan yang dikategorikan rendah dan bekerja menunjukkan peningkatan hasil akhir yang bermakna.

Karakteristik pasien dengan halusinasi berada rata-rata usia dewasa menengah dengan jumlah laki-laki lebih banyak, rutin berobat. Rata-rata lama menderita skizofrenia yaitu delapan tahun dengan jumlah kekambuhan terbanyak adalah tujuh kali. Dari karakteristik tersebut dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan pada

klien halusinasi sebagian besar laki-laki pada usia produktif, menderita gangguan jiwa yang cukup lama dengan tingkat kekambuhan rata-rata tujuh kali, rutin berobat.

Kemampuan keluarga merawat pasien halusinasi secara kognitif dan psikomotor tidak berhubungan dengan karakteristik keluarga. Kemampuan keluarga merawat pasien halusinasi secara kognitif dan psikomotor tidak berhubungan dengan karakteristik pasien. *Family psychoeducation* (FPE) meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat pasien halusinasi secara bermakna.

Saran

Aplikasi Keperawatan

Dinas Kesehatan Kota Samarinda: membuat peraturan daerah terkait program pelayanan kesehatan jiwa di Samarinda dengan meningkatkan peran serta keluarga untuk mengaktifkan pemberdayaan masyarakat.

Puskesmas: menetapkan program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat sebagai program utama dalam program pokok pelayanan Puskesmas. Perawat CMHN meningkatkan peran dan fungsinya dalam merawat pasien gangguan jiwa khususnya dengan halusinasi.

Komunitas: meningkatkan pelayanan Kelurahan Siaga Sehat Jiwa serta mempercepat

terbentuknya Kelurahan Siaga Sehat Jiwa di seluruh kota Samarinda.

Keluarga pasien dengan halusinasi: berperan lebih aktif dalam merawat dan mencari sumber pendukung untuk meningkatkan kemampuan dalam merawat pasien halusinasi.

Metodologi

Penelitian lebih lanjut hendaknya mampu menjawab hasil penelitian dengan memperbanyak sampel serta memperluas populasi khususnya untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan keluarga. Perlu direncanakan prosedur pengambilan data dan metode pelaksanaan intervensi yang sesuai dengan kondisi di lapangan untuk mengantisipasi jika sewaktu-waktu terjadi perubahan sesuai dengan kondisi di area penelitian. Perlu peningkatan dalam proses pelaksanaan FPE dalam menentukan frekuensi dan lama waktu untuk setiap sesi sesuai dengan situasi dan kondisi keluarga untuk mencapai hasil yang optimal. Untuk penelitian selanjutnya, hendaknya lebih difokuskan pada Kelurahan Siaga Sehat Jiwa (KSSJ) untuk mengetahui peran aktif perawat CMHN dan Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) serta dukungan instansi terkait dan pemerintah daerah dalam peningkatan program CMHN yang telah dicanangkan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse – patient Journey*. Philadelphia. W.B. Saunders Company
- Chien & Wong (2007). *A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong*.
<http://search.proquest.com/docview/213083538/fulltextPDF/6B61358E9B6046F9PQ/1?accountid=17242>, diakses tanggal 25 Maret 2014
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.
- Data Instalasi Rekam Medik RSKD Atma Husada Mahakam (2006). *Jumlah Penderita Skizofrenia di Kalimantan Timur*.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc
- Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed) St.Louis Missouri : Mosby.
- Goldenberg, I & Goldengerg, H (2004). *Family Therapy an*

- overview United states,
Thomson
- Levine, I.S. (2002). *Family psychoeducation-functioning, effect, therapy, adults person, people, medication, personality*. Diakses dari <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Family-psychoeducation.html> tanggal 13 Maret 2014
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sari, Keliat, & Mustikasari. (2009), tentang "Pengaruh *Family psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien Pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Wardaningsih, S. Keliat, Helena (2007). *Pengaruh Family psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan

EFEKTIVITAS INTERVENSI PSIKOEDUKASI TERHADAP TINGKAT KECEMASAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA

EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATION INTERVENTIONS ON FAMILY ANXIETY LEVELS IN CARING FOR SCHIZOPHRENIC CLIENTS

Tantan Hadiansyah¹, Aat Sriati Aulia², Iskandarsyah³

Fakultas Keperawatan^{1&2}, Fakultas Psikologi³, Universitas Padjadjaran

Email: tantan.hadiansyah78@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Prevalensi kecemasan pada keluarga dengan penderita skizofrenia menunjukkan angka yang cukup tinggi dibandingkan dengan keluarga yang merawat penyakit kronis lainnya. Pada keluarga dengan skizofrenia, kecemasan merupakan masalah psikologis yang muncul sebagai reaksi terhadap beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, serta dukungan sosial yang berkurang. Kecemasan terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah dan tujuan hidup. **Tujuan :** penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas intervensi psikoedukasi terhadap tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia. **Metode:** Penelitian ini menggunakan *quasi eksperiment* dengan *pretest and post test with control group desain*. Populasi penelitian ini sebanyak 75 responden. Sampel yang digunakan sebanyak 24 responden, dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu 12 responden kelompok intervensi dan 12 responden kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi sebanyak 5 sesi, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi. Tingkat kecemasan diukur dengan menggunakan *Zung's Self rating anxiety scale*. Sampel diambil menggunakan *consecutive sampling technique* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data dianalisis menggunakan uji t berpasangan. **Hasil:** menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata kecemasan *post-intervensi*, rata-rata kelompok intervensi sebesar 48,9167 dan rata-rata kelompok kontrol sebesar 54,6667, sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata tingkat kecemasan kelompok intervensi lebih kecil 5,75 dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p\text{-value}=0,007$). **Diskusi:** Hasil ini menunjukkan bahwa psikoedukasi efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia, sehingga dapat diterapkan dalam menangani masalah psikososial yang dialami oleh keluarga klien skizofrenia.

Kata kunci : Kecemasan, Keluarga, Psikoedukasi, Skizofrenia

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of anxiety in families with schizophrenia show a fairly high figure compared to families with other chronic diseases. In families with schizophrenia, Anxiety is a psychological problem that emerged in reaction to economic burden and high cost of care, psychological burden of the family, loss of quality of life of children and families, as well as reduce social support. Anxiety occurs when someone has difficulty in coping with the situation, problems and goals. **Purpose:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of psychoeducation intervention on the anxiety level of the family in caring schizophrenia. **Method:** This study used a *quasi-experiment with pretest and post-test with control group design*. The population of this study was 75 respondents. The sample were divided into intervention and control group with 12 respondents respectively. The intervention group received psychoeducation for five sessions, while the control group did not received intervention. The level of anxiety was measured using the *Zung's Self Rating Anxiety Scale*. Samples were taken using a *Consecutive Sampling* in accordance with the inclusion and exclusion criteria. Data were analyzed using *paired t test*. **Results:** The result showed that the average level of anxiety of intervention group was 48.9167, while average

JURNAL

SKOLASTIK

KEPERAWATAN

Vol, 4, No. 2
Juli – Desember 2018

ISSN: 2443 – 0935
E-ISSN 2443 - 16990

level of anxiety of control group was 54.6667, which was statistically significant difference between intervention group and control group on the average of the level of anxiety (p -value = .007). **Discussion:** Therefore, the result can be concluded that the average level of anxiety of intervention group was smaller by 5.75 than control group. The result indicates that psychoeducation is effective to lowering anxiety levels of the family in caring schizophrenia, so that it can be applied in dealing the family psychosocial issue of clients with schizophrenia.

Key words: anxiety, family, psychoeducation, schizophrenia

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkrit, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart, 2005). Ahli lain mengatakan bahwa Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang kronik, pada orang yang mengalaminya tidak dapat menilai realitas dengan baik dan pemahaman diri yang buruk (Kaplan & Sadock, 2007).

Sebagai salah satu bentuk gangguan jiwa Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering, hampir 1% penduduk dunia menderita psikotik selama hidup mereka di Amerika. Skizofrenia lebih sering terjadi pada negara industri dan terdapat lebih banyak pada populasi urban dan kelompok sosial ekonomi rendah, bahkan di dunia mencapai lebih dari 21 juta jiwa menderita gangguan jiwa berat (WHO, 2014).

Skizofrenia akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga, baik beban mental maupun materil karena gangguan menjadi kronis dan individu tidak mampu lagi produktif sehingga memerlukan

perawatan dan tanggung jawab sepanjang masa oleh keluarganya. Perawatan dan tanggung jawab ini membutuhkan waktu, tenaga dan biaya yang tidak sedikit dan dapat menimbulkan beban bagi keluarga. Beban tersebut berkaitan dengan masalah objektif dan subjektif yang berdampak terhadap peran, tanggung jawab dan hubungan yang diharapkan oleh keluarga sebagai *caregiver*.

Keluarga merupakan sebuah sistem terbuka, yang berarti suatu perubahan atau gangguan pada salah satu bagian dari sistem tersebut dapat mengakibatkan perubahan atau gangguan pada seluruh sistem. Hal ini berarti, saat salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia, maka seluruh keluarga ikut merasakan dampak negatifnya. Keluarga umumnya mengalami perasaan sedih, cemas, ketakutan, khawatir dan kebingungan menghadapi anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia (Goode, 2007).

Perhatian penelitian kesehatan pada saat ini lebih fokus pada klien penderita skizofrenia, sedangkan keluarga yang selalu dekat dengan klien dan memberikan perawatan serta dukungan emosional masih sedikit dilakukan penelitian. Hal ini disebabkan di Indonesia masih terbatasnya akses literatur dan jurnal

terpublikasi mengenai pengalaman dan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien. Perhatian pada keluarga ini menjadi hal yang sangat penting karena keberhasilan pengobatan dan perawatan klien tidak terlepas dari bantuan dan dukungan yang diberikan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Reinhard, Given, Petlick, dan Bemis (2008) bahwa informasi tentang fluktuatif kondisi klien, tanda dan gejala, serta respon klien akan pengobatan yang dijalani hanya bisa didapatkan dari keluarga yang merawatnya.

Menurut Comer (1992) dalam Videbeck (2008) kecemasan merupakan masalah psikososial yang sering terjadi pada setiap orang. Pada keluarga dengan skizofrenia, masalah psikososial kecemasan muncul sebagai reaksi dari stress akibat beban ekonomi dan perawatan yang tinggi, beban psikologis keluarga, penurunan kualitas hidup anak dan keluarga, serta dukungan sosial yang berkurang. Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Kecemasan terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah dan tujuan hidup.

Tingkat kecemasan yang dialami oleh keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan keluarga yang merawat klien dengan penyakit kronis, menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada keluarga dengan skizofrenia lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat kecemasan keluarga dengan penyakit kronis lainnya. Pendapat tersebut merupakan hasil penelitian yang berjudul *Anxiety disorders in Family with schizophrenia: prevalence and*

impact on the subjective quality of life (Braga, Medlowicz, dan Marrocos, 2010).

Tabel 1 Laporan Data Kesehatan Jiwa Kota Cimahi

No	Puskesmas	Jumlah Penderita Skizofrenia	Persentase
1	Melong Asih	75	22,12
2	Cimahi Tengah	41	12,09
3	Cigugur Tengah	41	12,09
4	Cibeureum	36	10,62
5	Cimahi Utara	33	9,73
6	Cibeber	28	8,26
7	Cipageran	24	7,08
8	Cimahi Selatan	19	5,60
9	Melong tengah	15	4,42
10	Pasirkaliki	11	3,24
11	Citeureup	11	3,24
12	Padasuka	5	1,47
Jumlah		339	100,00

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Cimahi 2015

Kondisi kecemasan pada keluarga jika tidak ditangani akan memberikan dampak yang tidak hanya dirasakan oleh klien tetapi dirasakan oleh keluarga secara langsung. Dampak yang ditimbulkan oleh kecemasan adalah ketidaknyamanan kognitif, psikomotor dan respon fisiologis, seperti kesulitan berpikir logis, tremor, dan peningkatan tanda-tanda vital. Sehingga dapat mengakibatkan penurunan kemampuan pada individu dan keluarga (Videbeck, 2008). Sedangkan menurut Takai et al (2011) dampak yang diterima oleh keluarga adalah penurunan kualitas hidup, sehingga akan mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa bahkan

sampai mengalami gangguan mental. sehingga dapat menimbulkan terjadinya kekambuhan dan kembali dirawat.

Penanganan yang harus dilakukan terhadap kecemasan keluarga diperlukan adanya keterlibatan peran perawat. Perawat adalah salah satu profesi yang ikut bertanggung jawab dalam menangani masalah psikologis yang dialami keluarga, pada waktu yang akan datang tidak menjadi penyebab gangguan kejiwaan. Tindakan penanganan secara awal inilah yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa terkait peran keluarga dalam merawat klien skizofrenia. Peran yang dapat dilakukan oleh perawat jiwa untuk mengatasi masalah pada keluarga saat ini telah dikembangkan psikoterapi untuk keluarga antara lain *Family Psychoeducation* (FPE) dan *Triangle Therapy* (Keliat & Walter, 2011). Selain terapi tersebut, terdapat terapi modalitas yang dapat digunakan untuk menangani masalah yang dihadapi keluarga diantaranya adalah *art therapy*, CBT, dan psikoedukasi.

Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang efektivitas intervensi psikoedukasi terhadap tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasi eksperiment pre and post with control group*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang merawat pasien skizofrenia yang ada di Puskesmas Melong Asih

Kota Cimahi sebanyak 75 orang. Data ini didapatkan dari pelaporan program kesehatan jiwa Puskesmas Melong Asih tahun 2015. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan metoda *Consecutive Sampling*. Kemudian dilakukan skrining untuk memenuhi kriteria inklusi dan eklusi. Berdasarkan penjelasan dari Walsh (2010) dan Raudhoh (2013) bahwa bahwa psikoedukasi dapat dilaksanakan secara kelompok maka sampel yang digunakan sebagai partisipan dalam penelitian ini adalah 6-12 orang. Hal ini merujuk pada penjelasan Herkov (2012) dan Gavino (2013) bahwa *group therapy* efektif dilakukan pada kelompok kecil yang beranggotakan sebanyak 6-12 orang.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka sampel dalam penelitian ini diambil sebanyak 12 responden untuk kelompok intervensi dan 12 responden untuk kelompok kontrol. Keseluruhan sampel yang diambil adalah 24 responden.

HASIL PENELITIAN

Sebagian besar (75 %) berjenis kelamin perempuan. Usia responden pada kelompok kontrol sebagian besar responden (58,3%) berusia 46-55 (lansia awal) dan data pendidikan menunjukkan sebagian besar responden pada kelompok intervensi (58%) berpendidikan SMA. Data pekerjaan untuk kedua kelompok menunjukkan hampir seluruh responden (83,3%) tidak bekerja (IRT), sedangkan data lama rawat klien menunjukkan pada kelompok kontrol hampir setengah responden (41,7%) telah merawat klien selama

4 tahun. Data dari hubungan keluarga pada kelompok intervensi sebagian besar responden (66,7%) klien sebagai anak.

Tabel 2. Distribusi karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah Puskesmas Melong Asih.

Karakteristik		Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis kelamin	Laki-laki	3	25	3	25
	Perempuan	9	75	9	75
Usia	Usia 36 -45 (Dewasa Akhir)	2	16,7	4	33,3
	46-55 (lansia awal)	2	16,7	7	58,3
	55-65 (lansia akhir)	4	33,3	1	8,3
	>65 (manula)	4	33,3	0	0
Pendidikan	SD	2	16,7	2	16,7
	SMP	3	25	6	50
	SMA	7	58	4	33,3
	PT	0	0	0	0
Pekerjaan	Bekerja	2	16,7	2	16,7
	Tidak bekerja	10	83,3	10	83,3
Lama Rawat	2 tahun	3	25	1	8,3
	3 tahun	1	8,3	4	33,3
	4 tahun	1	8,3	5	41,7
	5 tahun	1	8,3	2	16,7
	6 tahun	1	8,3	0	0
	7 tahun	1	8,3	0	0
	8 tahun	3	25	0	0
	9 tahun	1	8,3	0	0
	10 tahun	1	8,3	0	0
Hubungan Keluarga	Suami	1	8,3	0	0
	Istri	3	25	2	16,7
	Anak	6	50	8	66,7
	Kakak	1	8,3	1	8,3
	Adik	1	8,3	1	8,3

Tabel 3. Tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi psikoedukasi

Sebelum			Sesudah		
Tingkat Kecemasan	Frekuensi	%	Tingkat Kecemasan	Frekuensi	%
Sedang	8	66,7	Ringan	5	41,7
Berat	4	33,3	Sedang	7	58,3
Total	12	100	Total	12	100

Tabel 3. menunjukkan data bahwa sebagian besar responden (66,7%) berada pada skor kecemasan sedang pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi dan sebagian besar responden (58,3%) berada pada tingkat kecemasan sedang setelah

dilakukan intervensi. Sehingga simptom kecemasan yang dimunculkan tergolong sedang dan tidak terlalu mengganggu fungsi dari kegiatan keseharian yang bersangkutan.

Tabel 4. Tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi psikoedukasi

Sebelum			Sesudah		
Tingkat Kecemasan	Frekuensi	%	Tingkat Kecemasan	Frekuensi	%
Sedang	11	91,7	Sedang	11	91,7
Berat	1	8,3	Berat	1	8,3
Total	12	100	Total	12	100

Tabel 4. menunjukkan bahwa tingkat kecemasan keluarga sebelum intervensi dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol hampir seluruh responden (91,7%) berada pada tingkat kecemasan sedang, yang

berarti responden pada kelompok kontrol mengalami kecemasan sedang, namun keadaan ini tidak mengakibatkan gangguan yang berarti pada aktivitas mereka.

Tabel 5. Perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi psikoedukasi

Kelompok	Rata-rata	t-hitung	t-tabel	P
Pre Intervensi	57,00	9,636	2,22814	0,000
Post Intervensi	46,00			

Tabel 5 di atas, menunjukkan rata-rata nilai pre-intervensi kelompok intervensi sebesar 57,00 dan rata-rata nilai post-intervensi sebesar 46,00 sehingga mengalami penurunan

tingkat kecemasan sebesar 11,00. Didapatkan juga t hitung > t tabel pada taraf signifikansi 5% ($9,639 > 2,22814$) dan mempunyai nilai $p < 0,05$ yang berarti dapat disimpulkan

terdapat penurunan tingkat kecemasan secara signifikan pada kelompok intervensi.

Tabel 6. Perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi psikoedukasi

Kelompok	Rata-rata	t-hitung	t-tabel	P
Pre Intervensi	50,83	-4,874	2,22814	0,000
Post Intervensi	54,67			

Tabel 6 di atas, menunjukkan rata-rata nilai pre-intervensi kelompok kontrol sebesar 50,83 dan rata-rata nilai post-intervensi sebesar 54,67 sehingga mengalami peningkatan tingkat kecemasan sebesar 3,84. Didapatkan juga t hitung < t tabel pada taraf signifikansi 5% (-4,874 < 2,22814) dan mempunyai nilai p <

0,05 yang berarti dapat disimpulkan terdapat peningkatan tingkat kecemasan secara signifikan pada kelompok kontrol. Dari hasil tersebut dapat diprediksi bahwa jika tidak ada tindakan/intervensi psikoedukasi maka kecemasan keluarga akan lebih tinggi.

Tabel 7. Perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi.

Sebelum Intervensi			Setelah Intervensi		
Kelompok	Rata-rata	P	Kelompok	Rata-rata	P
Intervensi	57,00	0,008	Intervensi	48,9167	0,007
Kontrol	50,83		Kontrol	54,6667	

Tabel 7 menunjukkan rata-rata kelompok intervensi sebelum intervensi sebesar 57,00 dan rata-rata kelompok kontrol sebesar 50,83, sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata kecemasan intervensi lebih 6,1667 lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dari tabel tersebut diketahui nilai signifikansinya kurang dari 0,05 ($p - \text{value} = 0,008 < 0,05$). Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan secara signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sedangkan setelah dilakukan intervensi Ringkasan uji t *post-intervensi* diketahui rata-rata kelompok intervensi sebesar 48,9167 dan rata-rata kelompok kontrol sebesar

54,6667, sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata tingkat kecemasan kelompok intervensi lebih kecil 5,75 dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dari tabel tersebut diketahui nilai signifikansinya kurang dari 0,05 ($p = 0,007 < 0,05$). Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan secara signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

PEMBAHASAN

Psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu atau orang tua untuk memperkuat strategi koping atau suatu cara khusus dalam mengatasi permasalahan psikologis yang

dialami oleh seseorang (Mottaghipour & Bickerton, 2005). Kecemasan adalah suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang disertai respon autonomis individu juga adanya kekhawatiran yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Wilkinson, 2007).

Menurut Hawari (2009) tanda dan gejala kecemasan pada setiap orang bervariasi. Keluhan yang sering dikemukakan oleh responden pada penelitian ini, saat mengalami kecemasan secara umum antara lain gejala psikologis, gangguan pola tidur, gangguan konsentrasi dan gangguan somatik. Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan timbulnya kecemasan (Kaplan & Sadock, 2007).

Hasil penelitian diperoleh rata-rata kecemasan Keluarga sebelum dilakukan intervensi adalah 57 dan rata-rata sesudah diberikan intervensi adalah 46. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia akan mengalami kecemasan akibat perubahan biopsikososial, dimana Keluarga harus mampu beradaptasi atau menyesuaikan dengan menerima keadaan yang dihadapinya, sehingga Keluarga akan mampu melakukan tindakan yang tepat dalam mengatasi permasalahannya. Menurut Roy (1999) setiap orang memahami bagaimana seseorang mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi, dimana kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara yang satu dengan yang lainnya.

Hasil analisa perbedaan tingkat kecemasan sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi dengan menggunakan uji-t menunjukkan adanya perbedaan tingkat kecemasan yang berarti. Faktor yang menyebabkan perbedaan ini adalah bervariasinya skor yang muncul responden pada tiap kelompok. Penggunaan *matching sample* sulit diterapkan karena responden yang didapatkan terlalu heterogen, namun beberapa terdapat beberapa kesamaan karakteristik responden diantaranya jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan, dan hampir seluruhnya responden tidak bekerja (IRT).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Truzzi, et al (2012) mengenai perbedaan gender terhadap kecemasan, hasil penelitian menunjukkan bahwa *caregiver* perempuan lebih tinggi mengalami kecemasan. Perbedaan ini mungkin karena stereotip peran gender, dimana laki-laki tampak lebih kecil kemungkinan untuk mengungkapkan perasaan negatif daripada perempuan. Hal ini didukung oleh penelitian Hubbell dan Hubbell (2002) yang menyatakan bahwa *caregiver* laki-laki lebih berfikir positif dibandingkan perempuan dalam merawat klien Alzheimer.

Karakteristik usia responden didapatkan sebanyak 33,3% berada pada usia 55-65 dan > 65 tahun, pada usia tersebut seseorang sudah matang dalam berpikir karena pengalamannya. Peneliti sulit menemukan referensi baru yang membahas pengaruh perbedaan usia terhadap kecemasan. Namun hal tersebut sesuai dengan pendapat Maramis (1990) yang menyebutkan

bahwa semakin rendah umur dan pendidikan seseorang maka semakin tinggi kecemasan yang dialami seseorang.

Karakteristik berikutnya yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan Keluarga adalah tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka tingkat pengetahuan juga lebih banyak sehingga dapat berdampak pada sikap dan perilaku mereka yang positif (Wawan & Dewi, 2010). Dapat disimpulkan jika semakin tinggi tingkat pendidikan Keluarga maka semakin tinggi perilaku positif yang ditimbulkan dalam merawat klien skizofrenia.

Menurut penelitian Gupta et al (2015) mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara lama perawatan dengan *psychological well-being* atau kesejahteraan psikologis pada *caregiver* (keluarga) pasien skizofrenia artinya keluarga dapat menerima kondisi klien dan tidak terpengaruh mengalami kecemasan walaupun mereka menjadi perawat penderita gangguan jiwa. Sejalan dengan penelitian Fitri dan Kartinah (2012) di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menunjukkan bahwa meskipun keluarga merawat pasien dan membutuhkan waktu yang lama, tetapi keluarga tetap menunjukkan sikap positif sehingga tidak mengalami cemas, sikap menerima keadaan atau kondisi pasien merupakan suatu strategi preventif untuk mengurangi stres dan dampak negatifnya.

Savira (2015) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa faktor yang membuat keluarga tetap mau merawat klien adalah ikatan keluarga/hubungan keluarga.

Terhubung dengan ikatan keluarga mau tak mau *caregiver* tetap akan merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Adanya dukungan dari orang-orang sekitar menjadikan *caregiver* lebih kuat, sehingga mampu dalam menjalankan perannya. Keluarga menyerahkan segala sesuatunya pada Tuhan dengan harapan memperoleh kemudahan selama merawat klien, meski merawat klien disertai masalah keluarga dapat mengambil hikmah atas apa yang dihadapinya. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Peni (2014) ditemukan bahwa 33,3% tingkat kecemasan keluarga cenderung meningkat pada kondisi cemas berat pada hubungan keluarga sebagai anak. Seorang anak mempunyai ikatan batin serta hubungan yang lebih erat, karena ada pertalian darah secara langsung.

Hasil analisa tingkat kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi sebagian besar (66,7%) mengalami tingkat kecemasan sedang tingkat kecemasan setelah dilakukan intervensi sebagian besar (58,3%) tingkat kecemasan responden berada pada kecemasan sedang dan hampir setengah responden (41,7%) berada pada tingkat kecemasan ringan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesesuaian dengan hipotesis, bahwa intervensi psikoedukasi efektif dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan keluarga yang merawat klien skizofrenia. Penelitian yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan Sharief, et al (2012) mengemukakan bahwa psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien skizofrenia memberikan dampak positif dalam mengurangi kecemasan

dan gejala klien setelah satu bulan intervensi.

Penelitian terapi psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien skizofrenia masih terbatas pada pengaruhnya terhadap beban perawatan, emosi, dan manajemen perawatan klien. Intervensi psikoedukasi pada keluarga klien skizofrenia dari berbagai penelitian yang telah dilakukan berdampak positif terhadap masalah keluarga dalam merawat klien. Penelitian yang dilakukan oleh Sharif, et al (2012), Tanriverdi & Ekin (2012), Ozkan et al (2013) dan Fallahi, et al (2014) menyebutkan bahwa psikoedukasi efektif dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien sehingga menurunkan angka kekambuhan dan dirawat, menurunkan kecemasan keluarga, menurunkan emosi dan depresi pada keluarga. Hal ini mendukung hasil penelitian bahwa psikoedukasi efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan Keluarga secara signifikan dengan $p\text{-value} = 0,007$

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori menurut Mottaghipur dan Bickerton (2005), psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang dilakukan pada individu dan keluarga untuk memperkuat strategi koping atau cara khusus dalam menangani kesulitan perubahan mental. Ditunjukkan dalam hasil penelitian ini bahwa presentasi kelompok intervensi mempunyai tingkat kecemasan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Intervensi psikoedukasi dilakukan sebanyak 5 sesi pada kelompok

intervensi terhadap tingkat kecemasan. Setiap sesi dilakukan pengukuran tingkat kecemasan. Lama waktu proses pelaksanaan intervensi psikoedukasi tiap sesi memerlukan waktu yang berbeda-beda. Sebagian sesuai dengan lama waktu yang direncanakan yaitu selama 35-45 menit. Tetapi responden membutuhkan waktu lebih lama dalam pemberian psikoedukasi yaitu sekitar 60 menit. Keluarga pada saat sesi tanya jawab banyak menanyakan tentang cara merawat dan pemberdayaan keluarga dalam merawat klien skizofrenia, sehingga peneliti harus menjelaskan hal tersebut sehingga membutuhkan waktu yang lebih lama dari waktu yang telah direncanakan.

Intervensi psikoedukasi dalam penelitian ini diberikan kepada responden melalui kegiatan pendidikan kesehatan tentang perawatan klien skizofrenia, manajemen stress, manajemen kecemasan, dan pemberdayaan keluarga. Manajemen stress dan cemas yang diberikan kepada responden, berupa pemberian latihan nafas dalam untuk mengatasi stress dan kecemasan yang dialami oleh responden sebagai dampak dalam merawat klien dengan skizofrenia kemudian diberikan kesempatan latihan untuk mengeksplorasi perasaan stress dan cemas serta kesempatan untuk saling bertukar pikiran dan pengalaman dengan responden lain. Perubahan peningkatan pengetahuan responden nampak dalam setiap sesi digambarkan dengan adanya penurunan skor kecemasan yang dialami oleh responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Atkin & Ahmad (2008) bahwa dukungan

profesional yang tepat dapat membantu mengurangi stress dan memfasilitasi koping dengan memberikan informasi dan dukungan emosional.

Pemberian informasi yang lengkap tentang apa yang ingin diketahui oleh Keluarga dapat mengupayakan cara untuk menghindari pencetus terjadinya kecemasan. Pemberian dorongan dan motivasi pada keluarga dapat mengurangi perasaan cemas dan khawatir keluarga klien. Hal ini sesuai dengan teori Hawari (2006) yang mengemukakan pemberian intervensi psikoedukasi dapat menurunkan kecemasan dengan memberikan informasi yang mungkin dulu telah didapatkan dalam merawat klien dan bagaimana cara untuk menghadapi klien pada waktu sebelum klien mengalami gangguan jiwa, dalam masa pertumbuhan dimasa anak dan remaja sehingga dapat mengatasi perilaku dan keadaan emosi klien di rumah.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan interpretasi maka pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa intervensi psikoedukasi efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia. Efektivitas ini nampak pada perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan intervensi psikoedukasi terdapat penurunan tingkat kecemasan secara signifikan, perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia pada kelompok kontrol

sebelum dan setelah dilakukan intervensi mengalami peningkatan kecemasan, sehingga dapat diprediksi bahwa jika tidak dilakukan intervensi pada keluarga dalam merawat klien skizofrenia akan terjadi peningkatan kecemasan.

Perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi, terdapat perbedaan yang signifikan, dan terdapat perbedaan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat klien skizofrenia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi. Pada kelompok intervensi tingkat kecemasan semakin menurun, namun pada kelompok kontrol terjadi peningkatan tingkat kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Atkin, K & Ahmad, W. I. (2008). *Family caregiving and chronic illness : how parents cope with a child with a sickle cell disorder or thalassemia. Center for research in primary care. Nuffield institute for health. University of leeds. UK.*
- Braga, R.J, Mendlowicz, M.V, Marrocos, R.P. 2010. *Anxiety disorders in Family with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. Psychiatry Research Departement, Fluminense Federal University, Niteroi, Brazil.*

- Fallahi, K., Sheikhome, M., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2014). *The effect of group psychoeducation program on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing. Jun: 5): 438-46.*
- Fitri, S.L dan Kartinah. (2012). Hubungan Persepsi Keluarga Tentang Gangguan Jiwa Dengan Sikap Keluarga Kepada Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Publikasi Ilmiah. 05(3) ; p.1-7.
- Goode, W. (2007). Sosiologi Keluarga (Cet. Ke-7). Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., and Van Impe, K. (2015). *Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. BMC Psychiatry: 162.*
- Hawari. (2001). Pendekatan pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. FKUI: Jakarta.
- Hubbell, L & Hubbell, K. (2002). *The burnout risk for male caregivers in providing care to spouses afflicted with Alzheimer's disease. Journal of Health and Human Services Administration; Summer; 25.*
- Kalpan & Saddock . (2007), *Synopsis of Pshyciatry Science ClinicalPsychiatry* . Baltimore: Williams &Wilkins.
- Keliat, et all. (2011). Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN. Jakarta ; EGC
- Maramis, W. F. (1990). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya : Airlangga University press.
- Mottaghipour, A. & Bickerton, A. (2005). *The pyramid of family care: A frame work for family involment with adult mental health service. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol. 4, Issue 3.*
- Peni, T. (2014). Kecemasan Keluarga Pasien Ruang ICU Rumah Sakit Daerah Sidoarjo. Jurnal Hospital Majapahit. Volume 6 No. 1.
- Raudhoh, S. (2013). Psikoedukasi: Inetrvensi Rehabilitasi dan Prevensi. Bandung: Fakultas Psikologi.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). *Supporting family care giver in providing care. Patient Safety and Quality: An Evidence Based Hanndbook for Nurses, Vol. 1.*
- Roy, S. C. (1999), *The Roy Adaptation Model : The Defenitive Statement*, California : Appleton & Lange.

- Savira, S. I. (2015). Pengalaman Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia. Fakultas Ilmu Pendidikan. Unesa. Volume 03 Nomor 2.
- Sharif, F., Haygan, M., Mani, A. (2012). *Effect of a psycho-educational ntervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran.. BMC Psychiatry. BioMed Cenral Ltd.*
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2011). *Subjective experiences of family caregivers of patien with dimentia as predictive factor of quality of life. Psychogeriatrics. 11:98-104.*
- Tanriverdi, D. & Ekinici, M. (2012). *Effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patiens in Turkey. PubMed: Int J Nurs Pract, Jun: 18(3): 128-8*
- Truzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., & Engedal, K. (2012). *Burnout in familial caregivers of patients with dimensia. Journal of the Brazilian Psychiatric Association. Elsevier Editora Ltda. All right reserved.*
- Videbeck, S., L. (2011). *Psychiatric Mental health Nursing. Philadelphia ; Lippincott Williams & Wilkins.*
- Walsh, J.F. (2010). *Psychoeducations in Mental Health. Chicago: Lyceum.*
- Wawan, A & Dewi, M. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika.*
- Whitfield, C., Dubeb, S., Felitti, V. & Anda, R. (2005). *Adverse childhood experiences and hallucinations. Child Abuse & Neglect, 29, 797–810.*
- WHO, (2014). *The world Health Report 2014 ; Mental Health New Understanding, New Hope.*
- Wilkinson, J. M. (2007). *Buku saku diagnose keperawatan dengan intervensi NIC NOC. Jakarta: EGC.*

PENDAMPINGAN PSIKOEDUKASI: PENGUATAN CARING OLEH CAREGIVER KELUARGA TERHADAP ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

PSYCHEDUCATION ASSISTANCE: STRENGTHENING CARE BY FAMILY CAREGIVER TO PEOPLE WITH MENTAL DISORDER

Ira Kusumawaty, Yunike, Marta Pastari

Pendidikan Vokasional, Politeknik Kesehatan Palembang

Korespondensi: caby_deh@yahoo.com

ABSTRACT

The family as a caregiver plays a crucial role in assisting mentally ill patients in living their daily lives. However, it is known that the role of the family is still not optimal, so psychoeducation is needed. Psychoeducation assistance is important in strengthening family caregivers when caring for family members suffering from mental disorders. This study aims to improve the knowledge and ability of families to care for family members who experience mental disorders. The quasi-experimental method, one group pre-test-post test, with psychoeducation assistance interventions consisting of 3 sessions, was carried out by visiting 32 families of sufferers at his home. Every family is visited 3 times in 3 months and the family gets counseling using audiovisual media accompanied by discussion and demonstrates how to care for people with mental disorders. Repeated video playback increases family knowledge so that they are able to identify the problem of mental disorders, indicated by increased knowledge of all respondents and it is known that family psychoeducation assistance affects the increase in family knowledge about mental disorders, with a p-value of 0.0001. An increase in the percentage of families who are able to demonstrate how to treat patients well, which initially amounted to 59.38% increased to 76.50% after family psychoeducation assistance. It can be concluded that psychoeducation assistance can improve the cognitive and psychomotor abilities of family caregivers in caring for family members who suffer from mental disorders.

Keyword: *assistance, caring, family caregiver, family psychoeducation, families of people with mental disorders*

ABSTRAK

Keluarga sebagai caregiver berperan krusial dalam mendampingi penderita gangguan jiwa dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Namun demikian, diketahui bahwa peran yang dijalani keluarga tersebut masih belum optimal, sehingga diperlukan pendampingan psikoedukasi. Pendampingan psikoedukasi menjadi penting untuk memperkuat caring pada caregiver keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan

jiwa. Metode kuasi eksperimen, one group pre test-post test, dengan intervensi pendampingan psikoedukasi terdiri atas 3 sesi, dilakukan dengan mengunjungi 32 keluarga penderita di rumahnya. Setiap keluarga dikunjungi 3 kali dalam 3 bulan dan keluarga mendapatkan penyuluhan menggunakan media audiovisual disertai diskusi serta mendemonstrasikan cara merawat penderita gangguan jiwa. Pemutaran video secara berulang meningkatkan pengetahuan keluarga sehingga mereka mampu mengidentifikasi permasalahan gangguan jiwa, ditunjukkan dengan meningkatnya pengetahuan seluruh responden dan diketahui bahwa pendampingan psikoedukasi keluarga berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa, dengan p value 0.0001. Terjadi peningkatan prosentase keluarga yang mampu mendemonstrasikan cara merawat penderita dengan baik, yang semula berjumlah 59,38% meningkat menjadi 76,50% setelah pendampingan psikoedukasi keluarga. Dapat disimpulkan bahwa pendampingan psikoedukasi dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor *caregiver* keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa.

Kata Kunci: *Caring*, *Caregiver* keluarga, pendampingan, psikoedukasi keluarga, keluarga orang dengan gangguan jiwa

PENDAHULUAN

Badan kesehatan dunia telah merilis bahwa satu diantara empat penduduk telah terjangkit gangguan neurologis. Bahkan informasi selanjutnya menyebutkan hampir 450 juta penduduk dunia mengalami gangguan jiwa, diperburuk lagi dengan fakta hampir 1 juta penduduk berperilaku bunuh diri (WHO, 2014).

Depresi dan kecemasan mendominasi gangguan mental emosional di Indonesia, sekitar 6% atau 14 juta penduduk (Riskesdas, 2013), dengan penderita skizofrenia sekitar 1,7 diantara 1000 penduduk. Selanjutnya hasil Riset Kesehatan Dasar atau

Riskesdas yang dilaksanakan pada tahun 2018, terjadi peningkatan jumlah penderita skizofrenia, yaitu menjadi 6,7 per mil pada level nasional, sedangkan di Sumatera Selatan, jumlah penderita skizofrenia berada di atas level nasional yaitu 8 per mil. Selain itu, diketahui pula bahwa hanya 35,4% penderita gangguan jiwa di Sumatera Selatan yang menjalani pengobatan secara teratur dalam 1 bulan terakhir, nampak masih berada di bawah level nasional yaitu 48,9% (Kementerian Kesehatan, 2019). Kondisi ini yang turut memperbesar peluang terjadinya kekambuhan pada penderita skizofrenia.

Begitu kompleks permasalahan yang dihadapi keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Beban tersebut diperberat oleh adanya stigma yang dapat berasal dari diri sendiri maupun berasal dari lingkungan keluarga (Chan, Ho, & Bressington, 2019). Kondisi tersebut memperkecil peluang terjadinya pemulihan dengan cepat (Dalky, Qandil, Natour, & Janet, 2017). Stigma dapat memperberat kondisi penderita dan bahkan kebosanan serta kelelahan keluarga sebagai caregiver (Pérez & Marqués, 2018).

Dukungan keluarga sangat diperlukan demi keberhasilan proses pemulihan penderita gangguan jiwa (Yu, Kowitt, Fisher, & Li, 2018). Bentuk dukungan dapat dimanifestasikan dalam berbagai bentuk. Bentuk dukungan instrumental, emosional dan informasional dapat diberikan keluarga guna mempertahankan dan memperbaiki kondisi kesehatan penderita (Corrigan & Shapiro, 2011). Dukungan tersebut merupakan bentuk *caring* keluarga selaku *caregiver* penderita. Dengan demikian maka dukungan keluarga dalam bentuk perawatan terhadap anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa harus optimal. Kondisi

tersebut dapat terwujud melalui kemudahan mengakses pelayanan kesehatan pada level komunitas dan mengurangi stigma sebagaimana telah dicanangkan oleh WHO (Manley, 2013). Konsep ini terkait dengan pemberdayaan masyarakat, terutama anggota keluarga terdekat yang merawat penderita gangguan jiwa di rumah.

Partisipasi anggota keluarga secara aktif dapat meningkatkan kualitas hidup (Rohanah, Suyatini, 2018) merupakan inti pemberdayaan keluarga yang dilaksanakan mulai dari tahap perencanaan hingga evaluasi. Permasalahan rendahnya latar belakang pendidikan berpengaruh besar terhadap keberhasilan pemberdayaan, karena bermuara pada pengetahuan yang rendah pula. Dalam pembelajaran di komunitas, perlu diawali dengan menumbuhkan kesadaran atas permasalahan yang dialami (Sofwan & Kuntoro, 2014). Pembelajaran pada keluarga yang tinggal bersama orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) didukung oleh penggunaan media audiovisual (Ellen Selman *et al.*, 2018). Edukasi pada keluarga dengan ODGJ disebut juga Psikoedukasi keluarga, merupakan salah satu program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan

edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatic (Jorm, 2012).

Psikoedukasi keluarga dilakukan dengan cara melatih keluarga untuk mengidentifikaisi gejala klinik bersama tenaga kesehatan agar mampu merencanakan perawatan bagi anggota keluarga. Melalui terapi psikoedukasi, kemampuan kognitif keluarga dapat ditingkatkan, pengetahuan keluarga tentang penyakit dan gejala penyimpangan perilaku, serta pada akhirnya diharapkan mampu meningkatkan dukungan keluarga bagi ODGJ (Chan *et al.*, 2019). Psikoedukasi dilaksanakan melalui komunikasi yang terapeutik dan mendidik. Psikoedukasi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman keluarga mengenai penyakit, gejala, pengobatan dan cara merawat penderita (Basirun, Thahir, & Mawarni, 2014). Dalam merawat penderita gangguan jiwa, komunikasi menjadi faktor krusial dalam menentukan keberhasilan proses pemulihan penderita selain komponen strategi pelaksanaan perawatan yang menjelaskan teknik perawatan terhadap penderita.

METODE

Pendampingan keluarga ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal dan memahami tentang gangguan jiwa, merencanakan tindakan yang harus dilakukan ketika muncul permasalahan serta mampu merawat penderita gangguan jiwa. Kegiatan ini merupakan usaha untuk mendukung program kesehatan jiwa pada lini masyarakat, melalui edukasi kepada keluarga. Melalui pendampingan terapi psikoedukasi, keluarga akan mampu memberikan perawatan terhadap ODGJ di rumah.

Metode kuasi eksperimen, *one group pre-test post-test*, dengan bentuk intervensi berupa pendampingan yang dilaksanakan pada 32 keluarga. Penentuan responden didasarkan atas teknik purposif sampling, dengan kriteria bahwa responden merupakan anggota keluarga yang tinggal serumah bersama penderita, memiliki hubungan kekerabatan dengan penderita, paling sering merawat penderita dan keluarga menyatakan kesediaannya sebagai responden serta mampu membaca dan menulis. Sebelum memulai penelitian, protokol penelitian ini telah dinyatakan lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas

Sriwijaya, nomer 206/UN9.1.10/KKE/2019. Responden juga memperoleh penjelasan *informed consent* tentang keterlibatannya dalam penelitian yang selanjutnya ditandatangani setelah responden memahami penjelasan yang diberikan.

Pendampingan dalam bentuk psikoedukasi dilaksanakan di rumah keluarga penderita, selama 3 bulan. Pada bulan pertama, sebelum dilakukan pendampingan terhadap keluarga, peneliti terlebih dahulu mengukur pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa dan cara merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Setelah itu keluarga diminta untuk mendemonstrasikan cara merawat penderita gangguan jiwa, hal ini dilakukan untuk mengetahui secara langsung kemampuan keluarga ketika merawat penderita gangguan jiwa. Setelah dilaksanakan pengukuran dan observasi, peneliti memberikan psikoedukasi. Selanjutnya, pada bulan kedua, dilakukan kunjungan ke rumah keluarga penderita untuk mengajarkan dan mendampingi keluarga dalam menerapkan terapi psikoedukasi kembali. Pada bulan ketiga, peneliti mengunjungi keluarga untuk memberikan terapi psikoedukasi yang

ketiga kalinya. Pada bulan ketiga ini, berarti keluarga telah mendapatkan pendampingan sebanyak tiga kali, dan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa kembali diukur. Jadi setiap keluarga didatangi dan didampingi sebanyak 3 kali, satu kali setiap bulannya.

Waktu kunjungan ke rumah responden disepakati terlebih dahulu bersama responden, sehingga tidak mengganggu rutinitas kegiatan responden sehari-hari. Rentang waktu ketika berkunjung ke rumah responden adalah 90-120 menit.

Adapun tahap pelaksanaan pendampingan psikoedukasi keluarga terdiri dari 3 sesi, yaitu: sesi 1, 2 dan 3. Adapun rincian pelaksanaannya dapat diuraikan sebagai berikut:

Sesi 1: Pengkajian masalah keluarga.

Targetnya adalah mendapatkan data-data permasalahan yang aktual tentang ODGJ di lingkungan tempat tinggal dan dalam keluarga. Pada tahap ini dilaksanakan wawancara mendalam yang bertujuan untuk mengumpulkan data ataupun gejala yang dialami penderita selama berada di rumah. Setelah dilaksanakan wawancara mendalam, selanjutnya bersama responden merumuskan data-

data yang telah terkumpul yang berhubungan dengan permasalahan gangguan jiwa yang diderita anggota keluarganya.

Sesi 2: Mengajarkan kepada keluarga cara mengidentifikasi masalah ODGJ.

Targetnya yaitu keluarga mendapatkan pengalaman belajar dalam mengidentifikasi permasalahan gangguan jiwa serta tindakan pada keluarganya yang menderita ODGJ. Pada tahap ini, dilakukan penyuluhan dengan menggunakan media audiovisual tentang cara mengidentifikasi gangguan jiwa serta tindakan yang dapat dilaksanakan keluarga.

Sesi 3: mengajarkan kepada keluarga mengenai tindakan keperawatan yang harus diberikan kepada ODGJ sesuai hasil identifikasi permasalahan.

Targetnya adalah keluarga mendapatkan pengalaman dan dapat melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan permasalahan yang sedang terjadi. Pada tahap ini, keluarga mempelajari cara merawat penderita gangguan jiwa yang disampaikan melalui metoda demonstrasi. Setelah itu keluarga mencoba untuk mendemonstrasikan secara berulang.

Pada bulan ketiga, kembali dilakukan penilaian pengetahuan tentang gangguan

jiwa, dengan menggunakan kuesioner yang juga dipergunakan saat mengukur pengetahuan sebelum pelaksanaan pendampingan psikoedukasi. Responden selanjutnya diminta untuk memperagakan kembali ketrampilan cara merawat penderita gangguan jiwa. Observasi dilakukan untuk menilai kemampuan responden dalam mendemonstrasikan ulang seluruh ketrampilan merawat penderita gangguan jiwa yang telah diajarkan sebelumnya. Komunikasi juga merupakan aktivitas yang harus dikuasai oleh keluarga ketika merawat penderita gangguan jiwa. Maka ketika dilaksanakan pendampingan pelaksanaan terapi psikoedukasi, keluarga juga diajarkan mengenai cara berkomunikasi dengan penderita.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Adapun hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden keluarga yang mengikuti pendampingan terapi psikoedukasi berusia antara 16-65 tahun, serta memiliki hubungan dengan ODGJ sebagai ibu, anak, suami, istri, bibi. Mayoritas responden berpendidikan sekolah dasar (70%) dan sekolah menengah pertama (20%) dan 10% diantaranya tidak menyelesaikan

pendidikan dasarnya. Pada umumnya responden berpenghasilan sangat minim, karena pekerjaannya diantaranya sebagai buruh cuci, pengemudi becak, buruh panggul, pedagang kaki lima. Adapun karakteristik penderita gangguan jiwa yang tinggal bersama keluarga sebagai *caregiver* yaitu mereka berada pada rentang usia 17-56 tahun serta mayoritas berpendidikan sekolah dasar dan bahkan 30% diantaranya tidak menyelesaikan pendidikan dasar.

Berdasarkan hasil identifikasi awal melalui wawancara singkat, permasalahan gangguan jiwa paling sering dialami adalah halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah, defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan. Berikut rinciannya dikemukakan pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi frekuensi gejala Orang Dengan Gangguan Jiwa

Gejala	Jumlah	Prosentase
Defisit Perawatan Diri	3	10%
Halusinasi	12	37%
Isolasi Sosial	10	31%
Perilaku Kekerasan	2	6%
Harga Diri Rendah	5	16%
Jumlah	32	100%

Adapun rata-rata skor pengetahuan keluarga mengenai gangguan jiwa, skor minimum dan maksimum yang diraih responden, pada saat sebelum dan setelah pendampingan psikoedukasi diilustrasikan pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi frekuensi perbandingan rata-rata skor pengetahuan responden sebelum dan setelah pendampingan

Group	Mean	SD	Min	Max	p-value
Sebelum	14.75	1.901	11	18	0.0001
Sesudah	16.59	1.898	13	20	

Pengukuran pengetahuan keluarga penderita tentang gangguan jiwa meliputi: gejala, keluhan, aktivitas sehari-hari, permasalahan dan tindakan yang dilakukan oleh keluarga. Data hasil analisis univariat kemudian dianalisis kembali dengan menggunakan *dependen paired t test* untuk mengetahui pengaruh pendampingan terhadap pengetahuan keluarga. Sebelum dilakukan analisis data penilaian pre dan post, kedua data tersebut diuji terlebih dahulu dengan menggunakan uji normalitas data. Setelah dilakukan uji normalitas, diketahui bahwa data penilaian sebelum (pre) dan sesudah (post) terdistribusi normal, karena berdasarkan uji Shapiro-Wilk, saat *pre-test*, diperoleh *p-value* 0,057 (lebih besar dari 0,05), begitu juga *p-value post-test* adalah 0,93 (lebih besar

dari 0,05). Selanjutnya dilakukan uji *paired t test* dan mengacu pada hasil uji tersebut diperoleh *p-value* yaitu 0,0001, sehingga dapat disimpulkan bahwa pendampingan keluarga dalam bentuk penyuluhan tentang intervensi keperawatan pada pasien ODGJ berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam mengenal gangguan jiwa dan memberikan perawatan terhadap ODGJ. Terbukti bahwa penyuluhan menggunakan media audiovisual dapat membantu dalam meningkatkan pengetahuan keluarga selaku *caregiver*.

Berikut ini tabel 3 menggambarkan prosentase kemampuan psikomotor responden yang sudah dapat memperagakan cara merawat penderita sebelum dilakukan demonstrasi. Pengukuran pada tahap ini hanya sebatas pengukuran distribusi frekuensi kemampuan keluarga dalam merawat saja mengingat peneliti tidak secara langsung melihat perilaku keluarga sehari-hari saat merawat penderita.

Tabel 3. Distribusi frekuensi keluarga yang mampu merawat penderita dengan benar sebelum dilakukan demonstrasi

Komponen	Jumlah	Prosentase
Komunikasi	20	62.5%
Strategi pelaksanaan	18	56.25%
Rata-rata		59.38%

Berdasarkan tabel 3 tampak bahwa ternyata dari 32 keluarga yang diukur kemampuannya dalam berkomunikasi terhadap penderita, baru 62.5% responden yang dapat berkomunikasi dengan baik. Mayoritas responden mengalami kesulitan ketika harus berhadapan dan berinteraksi dengan penderita, terutama ketika harus berinteraksi dengan penderita yang mengisolasi dirinya.

Tabel 4 Distribusi frekuensi keluarga yang mampu merawat penderita dengan benar setelah dilakukan demonstrasi.

Komponen	Jumlah	Prosentase
Komunikasi	27	84%
Strategi pelaksanaan	23	69%
Rata-rata		76.5%

Lebih dari 75% responden sudah mampu mendemonstrasikan cara merawat penderita gangguan jiwa dengan benar. Tabel 3 dan tabel 4 memperlihatkan peningkatan jumlah keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Kemampuan psikomotor responden dinilai pada saat responden memperagakan cara merawat penderita. Terdapat dua komponen yang diobservasi yaitu kemampuan responden saat berkomunikasi yang ditampilkan saat berinteraksi dengan penderita, serta kemampuan mendemonstrasikan ketika

menerapkan strategi pelaksanaan terhadap penderita. Strategi pelaksanaan saat merawat penderita halusinasi akan berbeda dengan penderita yang berperilaku kekerasan ataupun yang mengisolasi dirinya. Pada kegiatan ini, keluarga memperoleh informasi dan diajarkan cara merawat penderita sesuai strategi pelaksanaan berdasarkan permasalahan kasus penderita.

Karakteristik responden

Jika memperhatikan latar belakang pendidikan responden, maka nampak bahwa keluarga hanya memperoleh sedikit kesempatan untuk dapat bekerja dan memperoleh penghasilan yang layak. Konsekuensi tersebut muncul saat ternyata memang mayoritas penduduk bekerja sebagai buruh, yang penghasilannya sangat minim. Bahkan untuk memenuhi kebutuhan sandang dan pangan saja juga menjadi hal yang sulit untuk dipenuhi secara layak. Bahkan berdasarkan hasil pengumpulan data diketahui bahwa beberapa keluarga bekerja sebagai buruh cuci pakaian di beberapa tempat guna memenuhi kebutuhan hidupnya. Kondisi itu turut mewarnai ketika akan mencari kesepakatan dalam menentukan waktu pelaksanaan pendampingan. Mayoritas

keluarga hanya dapat ditemui pada siang dan sore hari, mengingat kesibukannya untuk mencari penghasilan.

Adapun karakteristik penderita gangguan jiwa yang tinggal bersama keluarga sebagai *caregiver*, berada pada rentang usia 17-56 tahun. Mayoritas berpendidikan sekolah dasar dan bahkan 30% diantaranya tidak menyelesaikan pendidikan dasar. Nampak bahwa halusinasi paling banyak diderita, diikuti dengan isolasi sosial. Halusinasi terjadi ketika penderita nampak berbicara atau tersenyum sendiri tanpa ada stimulus di sekitarnya. Penderita nampak sedang berbicara dengan seseorang, padahal tidak ada orang di sekitar yang mengajaknya berbicara. Keluarga lebih mudah mengenal tanda halusinasi sebagai gejala yang paling sering terjadi pada penderita skizofrenia. Diantara halusinasi yang sering terjadi pada skizofrenia adalah kasus halusinasi pendengaran (Suryani, Komariah, & Karlin, 2014). Walaupun pendidikan responden mayoritas adalah sekolah dasar, namun bukan merupakan hal yang sulit untuk dapat mengenali gejala halusinasi. Responden dapat menceritakan perilaku yang ditampilkan oleh penderita ketika halusinasinya muncul.

Adapun isolasi sosial nampak ketika penderita lebih menyukai untuk selalu menyendiri, tidak ada keinginan untuk bersosialisasi ataupun berinteraksi dengan orang lain. Isolasi sosial sebagai gejala terbanyak kedua dalam kegiatan ini, juga mudah untuk dikenali. Penderita yang selalu menyendiri dan tidak memiliki keinginan untuk berinteraksi dengan orang lain, mengindikasikan terjadinya isolasi sosial (Dalky, 2017). Pada saat kunjungan ke rumah keluarga, nampak penderita sering berada dalam keadaan duduk di sudut ruangan dan tidak memiliki keberanian untuk memperlihatkan wajahnya. Menundukkan kepala selalu dilakukan penderita saat berhadapan dengan orang lain dan ketika diajukan pertanyaan. Gejala gangguan jiwa lain yang nampak adalah perilaku kekerasan, namun gangguan ini tidak banyak terjadi dalam konteks ini. Penderita sering marah-marah, meluapkan kekesalannya, kemarahannya dengan cara membentak orang di sekitarnya. Bahkan ketika berada dalam kondisi marah, penderita tidak segan untuk menghancurkan barang-barang yang berada di sekitarnya. Penderita tidak lagi menghiraukan keselamatan dirinya maupun orang di sekitarnya.

Harga diri rendah ditemukan sebanyak 5%, yang sebenarnya saling berkaitan dengan isolasi sosial, karena saling berkaitan satu sama lainnya. Harga diri rendah dapat mengakibatkan penderita mengisolasi dirinya, menutup dirinya untuk berinteraksi dengan orang lain. Pengalaman masa kecil, pola asuh berkontribusi erat terhadap munculnya berbagai kondisi gangguan kejiwaan (Kertchok, Yunibhand, & Chaiyawat, 2011)

Pengaruh pendampingan Psikoedukasi

Adanya perbedaan hasil pengukuran pengetahuan dan perilaku yang ditampilkan juga dapat dipengaruhi oleh kebiasaan responden sehari-hari. Kebiasaan responden dalam berkomunikasi merupakan komponen yang tidak mudah untuk diubah. Padahal komunikasi merupakan alat terpenting ketika berinteraksi selama merawat penderita gangguan jiwa. Keberhasilan dalam merawat penderita, tergantung pada kemampuan *caregiver* sebagai pihak yang merawatnya dalam berinteraksi melalui ketrampilan berkomunikasi (Weinmann & Koesters, 2016; O'Shay-Wallace, 2019). Komunikasi seseorang dipelajari sejak

kecil dan dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga, sehingga dipelajari selama bertahun-tahun, baik dalam lingkup keluarga maupun dalam lingkup yang lebih besar. Apalagi jika penderita sudah terdiagnosa gangguan jiwa kronis dan pernah mengalami kekambuhan, maka rasa jenuh dan beban berat keluarga telah dirasakan keluarga selama bertahun-tahun. Kebosanan dan rasa jenuh keluarga tentunya sangat berpengaruh terhadap kesabaran keluarga dalam merawat penderita. Hal ini secara langsung berimplikasi terhadap bentuk komunikasi yang ditampilkannya ketika harus berinteraksi dengan penderita. Belum lagi beban stigma yang tidak hanya dialami penderita namun juga menimpa keluarga (Singh, Mattoo, & Grover, 2016).

Stigma memberikan beban tersendiri tidak hanya bagi penderita, namun juga bagi keluarga. Kondisi tersebut memperberat beban yang telah ditanggung sebelumnya. Rasa malu, merasa berbeda dari orang lain merupakan penderitaan yang sulit untuk dianggap sebagai hal yang biasa saja. Sebagian besar responden yang hanya berlatar belakang pendidikan sekolah dasar juga turut membebani kondisi psikososial keluarga, disamping jenis

pekerjaan yang mereka geluti turut mempersulit mereka dalam meluangkan waktu bersama penderita. Dalam hal ini, akibat pendidikan yang rendah berdampak terhadap jenis pekerjaannya, sehingga keluarga harus bekerja di beberapa tempat, misalnya sebagai buruh cuci untuk menambahkan penghasilan agar kebutuhan keluarga dapat terpenuhi. Hal ini tentunya mengurangi waktu kebersamaan keluarga dengan penderita, sehingga pada situasi nyata, penderita lebih banyak tidak berinteraksi dengan orang lain selama berada di rumah. Penderita lebih banyak menyendiri, merenung dan tidak melaksanakan aktivitas apa pun. Dalam penerapan psikoedukasi, keluarga diajarkan agar selalu berinteraksi bersama penderita dan memberikan kesempatan kepada mereka untuk melaksanakan aktivitas tertentu untuk menumbuhkan dan meningkatkan kepercayaan diri penderita.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dikemukakan sebelumnya, beberapa hal yang perlu dibahas yaitu bahwa pemberdayaan keluarga merupakan usaha untuk mendukung program kesehatan jiwa pada lini masyarakat, melalui edukasi kepada keluarga, diharapkan masyarakat

khususnya keluarga dapat mendukung perawatan ODGJ di rumah (Janardhana *et al.*, 2015). Pemberdayaan keluarga akan dapat memungkinkan keluarga untuk mengatasi permasalahannya dengan cara yang benar. Proses pemberdayaan tentunya harus dilaksanakan secara bertahap, agar keluarga dapat menjalaninya dengan nyaman dan tidak merasa terpaksa. Bagaimanapun juga memberdayakan keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa bukan hal yang mudah, walaupun keluarga telah menyadari peran mereka sebagai *caregiver*.

Keluarga merupakan sumber sistem pendukung utama bagi penderita gangguan jiwa di rumah, bentuk dukungan keluarga keluarga sangat mempengaruhi program penyembuhan penderita gangguan jiwa. Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi pasien sehingga keluarga berhak untuk memperoleh informasi secara adekuat mengenai berbagai hal tentang gangguan jiwa yang mendera anggota keluarganya (Chan, 2011). Sebagaimana telah disampaikan sebelumnya, bahwa bentuk dukungan keluarga dapat berupa dukungan instrumental, emosional dan informasional. Dapat dijelaskan lebih lanjut, ada kemungkinan antara satu

bentuk dukungan dengan bentuk dukungan yang lain ditemukan adanya saling keterkaitan. Jika keluarga tidak memiliki informasi yang memadai tentang cara merawat gangguan jiwa ataupun cara berkomunikasi dengan baik terhadap penderita, maka keluarga akan mengalami kesulitan dalam mengatur emosinya, ataupun kondisi psikologisnya ketika berinteraksi dengan penderita yang berada dalam kondisi kambuh. Demikian juga jika pemahaman keluarga kurang adekuat, maka keluarga memiliki keterbatasan dalam menyediakan fasilitas yang diperlukan oleh penderita dalam menjalani kehidupannya sehari-hari dengan benar, sesuai kondisi penderita dan tidak mengganggu masyarakat di sekitarnya. Dengan demikian maka tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk memberikan informasi kepada keluarga untuk membekali keluarga dalam merawat penderita di rumah sehingga menumbuhkan kepercayaan diri mereka.

Sebagaimana penelitian terdahulu menyebutkan bahwa stigma membebani keluarga dan stigma ini dapat berasal dari lingkungan sekitar, jika stigma dapat diminimalisir, maka dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam merawat penderita (Corrigan,

Druss, & Perlick, 2014). Pentingnya menumbuhkan kepercayaan diri keluarga dalam merawat berdampak terhadap keberhasilan proses pemulihan penderita dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Pemberian edukasi pada keluarga ODGJ bukan hanya untuk menumbuhkan kepercayaan diri keluarga dalam merawat, namun juga bertujuan agar keluarga tidak menganggap bahwa kehadiran masalah gangguan kejiwaan dalam keluarga sebagai beban dan stressor. Kehadiran stressor dapat memicu depresi bagi keluarga (Bonanno & Burton, 2013) sehingga menyebabkan pemberian perawatan pada ODGJ tidak maksimal, mengingat bahwa keluarga merupakan pemberi perawatan utama yang terdekat dan sering berinteraksi dengan ODGJ. Keluarga merupakan pihak yang paling mengetahui kondisi atau pun karakter penderita, sehingga memiliki potensi dalam mengurangi dan meringankan beban psikososial yang dialami penderita melalui psikoedukasi.

Psikoedukasi keluarga adalah suatu metoda berdasarkan pada penemuan klinis untuk melatih keluarga mengidentifikasi, merencanakan bentuk perawatan berdasarkan arahan tenaga profesional. Kemampuan kognitif keluarga dapat ditingkatkan melalui

psikoedukasi keluarga karena dalam terapi tersebut mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi ODGJ. Hal ini menunjukkan besarnya dampak dukungan keluarga bagi penderita (Shi et al., 2019). Dampak positif psikoedukasi keluarga adalah untuk mencegah terjadinya kekambuhan penderita (Basirun et al., 2014; Shiraishi et al., 2019) dan juga mempercepat proses pemulihan penderita (Sharif et al., 2016). Keluarga yang telah dapat memahami pentingnya psikoedukasi, akan tetap berusaha untuk secara konsisten menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Kesadaran akan pentingnya menerapkan psikoedukasi yang dapat mengurangi permasalahan psikososial penderita, akan semakin memotivasi keluarga dalam mengupayakan mengimplementasikannya secara sungguh-sungguh. Dengan terbantukannya penyelesaian masalah psikososial penderita maka beban keluarga atas kehadiran penderita yang memerlukan bimbingannya pun menjadi semakin ringan.

Pendampingan psikoedukasi keluarga diperlukan agar keluarga dapat menentukan permasalahan yang sedang dihadapinya terkait ODGJ yang dirawatnya. Melalui pendampingan, keluarga menentukan tindakan atau cara merawat yang harus dilakukan oleh keluarga di rumah. Dukungan keluarga sebagai sistem pendukung berpeluang besar dalam mencegah terjadinya kekambuhan. Kekambuhan penderita gangguan jiwa, merupakan fenomena yang seringkali terjadi dan hal ini mengakibatkan kejenuhan keluarga. Belum lagi jika terjadi perubahan perilaku penderita secara tiba-tiba dan tidak dapat diprediksi. Perilaku kekerasan misalnya, mengakibatkan kelelahan yang luar biasa bagi keluarga yang merawatnya, selain risiko atas keselamatannya menjadi terancam, baik mengancam diri penderita, keluarga ataupun masyarakat di sekitarnya (Gharavi *et al.*, 2018; Goldberg *et al.*, 2019).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan kemampuan merawat penderita berkaitan dengan banyak hal. Faktor pertama adalah bentuk demonstrasi yang disampaikan tentang cara merawat ODGJ, kedua, yaitu faktor responden

yang melihat dan mempelajari cara merawat. Usia respon yang beragam, tingkat pendidikan yang mayoritas adalah sekolah dasar, turut menentukan keberhasilan responden untuk memperagakan kembali perilaku cara merawat ODGJ. Namun tentunya perilaku yang ditampilkan juga dapat dipengaruhi oleh pemahaman atau pengetahuan responden. Semakin baik pengetahuan keluarga, maka akan semakin baik pula cara keluarga merawat yang akan dilakukannya terhadap penderita (Chan, 2011).

Namun demikian, tidak dapat dipungkiri bahwa diperlukan motivasi yang kuat dari keluarga dalam merawat penderita sesuai psikoedukasi yang telah diberikan agar permasalahan penderita dapat diminimalisir dan penderita dapat beradaptasi dengan baik. Kemampuan penderita untuk dapat menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan baik tentunya akan mengurangi kemungkinan terjadinya kekambuhan penderita. Memupuk motivasi, menyegarkan kembali pemahaman keluarga akan pentingnya merawat dengan benar perlu untuk dilakukan terus-menerus, bukan hanya bagi anggota keluarga tertentu saja yang merupakan *caregiver*, namun juga anggota masyarakat lainnya agar

menjadi lebih memahami kondisi serta penderitaan ODGJ dan keluarganya. Dukungan yang diberikan masyarakat dapat mereduksi stigma yang dirasakan penderita dan keluarga, sehingga menumbuhkan kepercayaan diri bahwa mereka juga dapat memberikan manfaat bagi masyarakat sekitar.

SIMPULAN

Pendampingan terapi psikoedukasi sangat bermanfaat dalam meningkatkan perilaku caring keluarga selaku caregiver penderita gangguan jiwa. Diperlukan pendekatan perawat yang baik agar menumbuhkan kepercayaan keluarga terhadap perawat agar dapat mengungkapkan permasalahan yang dihadapinya. Keterbukaan keluarga akan mempermudah perawat dalam memberikan pendampingan psikoedukasi. Kemampuan kognitif serta psikomotor keluarga dapat ditingkat melalui pendampingan psikoedukasi, dengan demikian secara langsung dapat meningkatkan *caring* keluarga saat merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Keluarga sebagai lingkungan utama penderita diharapkan mampu memberikan bantuan yang mendukung pemulihan kondisi psikososial penderita.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penghargaan serta ucapan terima kasih disampaikan kepada Politeknik Kesehatan Palembang yang telah memberikan dukungan sehingga penelitian ini dapat terlaksana sesuai perencanaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Basirun, S., Thahir, A., & Mawarni, A. (2014). Journal of Psychology and Psychotherapy Family Psychoeducation : Effect of Enhancing the Knowledge of Controlling Violent Behavior of People with Schizophrenia Pilot Study, (18), 1–6. <https://doi.org/10.35248/2161-0487.19.9.360>
- Bonanno, G. a., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Chan, S. W. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339–349. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>
- Chan, S. Y. Y., Ho, G. W. K., & Bressington, D. (2019). Experiences of self-stigmatization and parenting in Chinese mothers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 527–537. <https://doi.org/10.1111/inm.12558>

- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. (2011). Stigma of Mental Illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>. Measuring
- Dalky, H. F., Qandil, A. M., Natour, A. S., & Janet, M. C. (2017). Quality of Life, Stigma and Burden Perception Among Family Caregivers and Patients with Psychiatric Illnesses in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 266–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0028-0>
- Ellen Selman, L., Fox, F., Aabe, N., Turner, K., Rai, D., & Redwood, S. (2018). “You are labelled by your children’s disability”—A community-based, participatory study of stigma among Somali parents of children with autism living in the United Kingdom. *Ethnicity and Health*, 23(7), 781–796. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1294663>
- Gharavi, Y., Stringer, B., Hoogendoorn, A., Boogaarts, J., Van Raaij, B., & Van Meijel, B. (2018). Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: A pre-posttest design. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1669-z>
- Goldberg, Z. E., Chin, N. P., Alio, A., Williams, G., & Morse, D. S. (2019). A Qualitative Analysis of Family Dynamics and Motivation in Sessions With 15 Women in Drug Treatment Court. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 117822181881884. <https://doi.org/10.1177/1178221818818846>
- Janardhana, N., Raghunandan, S., Naidu, D., Saraswathi, L., & Seshan, V. (2015). Care giving of people with severe mental illness: An Indian experience. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 184. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155619>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kementerian Kesehatan. (2018). Potret sehat indonesia dari riskedas 2018.
- Kertchok, R., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00706.x>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621–1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Manley, G. (2013). Public Access NIH Public Access, 71(2), 233–236. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182>.doi
- Min, J. A., Lee, C. U., & Lee, C. (2013). Mental health promotion and illness prevention: A challenge for

- psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 307–316. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.4.307>
- O'Shay-Wallace, S. (2019). "We Weren't Raised that Way": Using Stigma Management Communication Theory to Understand How Families Manage the Stigma of Substance Abuse. *Health Communication*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1567443>
- Pérez, J. J. N., & Marqués, Á. C. (2018). Family burden, social support and community health in caregivers of people with serious mental disorder. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 52, e03351. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029403351>
- Rohanah, Suyatini. (2018). Kualitas hidup lansia di Kelurahan Karangsari Tangerang tahun 2017. *Jurnal Medikes*. 5(2). p 168-173.
- Sharif, F., Mahmoudi, A., Alavi Shoostari, A., & Vossoughi, M. (2016). The effect of family-centered psycho-education on mental health and quality of life of families of adolescents with bipolar mood disorder: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(3), 229–238.
- Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., ... Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 49–61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>
- Shiraishi, N., Watanabe, N., Katsuki, F., Sakaguchi, H., & Akechi, T. (2019). Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2252-y>
- Singh, A., Mattoo, S., & Grover, S. (2016). Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(3), 291. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.192024>
- Suryani, Komariah, M., & Karlin, W. (2014). Familie's perception towards schizophrenia. *Padjadjaran Nursing Journal*, 2(2), 124–132.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>
- Weinmann, S., & Koesters, M. (2016). Mental health service provision in low and middle-income countries: Recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(4), 270–275. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000256>
- World Health Organization. (2014). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva.
- Yildirim, Z., Ertem, D. H., Ceyhan Dirican, A., & Baybas, S. (2019). Who is the bigger stigmatizer?: The loved one or the society. *Epilepsy and Behavior*, 96, 13–22.

<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.04.013>

Yu, S., Kowitt, S. D., Fisher, E. B., & Li, G. (2018). Mental Health in China: Stigma, Family Obligations, and the Potential of Peer Support. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 757–764.

<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0182-z>

ARTIKEL PENELITIAN

Efektivitas intervensi psikoedukasi keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia

Rini Gusya Liza¹, Bahagia Loebis², Vita Camellia²

1. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP Dr. M. Djamil, Padang; 2. Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara

Korespondensi: Rini Gusya Liza; email: rinigusya@yahoo.com

Abstrak

Psikoedukasi keluarga telah terbukti menjadi intervensi yang efektif untuk pasien dengan skizofrenia dan anggota keluarga mereka. **Tujuan:** Untuk menilai pengaruh intervensi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, pemberdayaan anggota keluarga serta kekambuhan pasien skizofrenia. **Metode:** Penelitian *randomized controlled trial* dengan desain *true experimental pre post test with control group*. Jumlah subjek adalah 49 orang yang terdiri dari kelompok I (24 orang) adalah kelompok *caregiver* yang memperoleh terapi farmakologi dan terapi psikoedukasi keluarga dengan 3 sesi. Kelompok II (25 orang) adalah kelompok kontrol yaitu *caregiver* yang hanya mendapatkan terapi farmakologi saja. Studi ini dilakukan selama 6 bulan mulai dari Juni 2014 sampai dengan Desember 2014. Pada akhir penelitian dilakukan penilaian angka kekambuhan pada pasien skizofrenia. **Hasil:** Didapatkan persentase kekambuhan pasien skizofrenia pada kelompok *caregiver* yang diberikan psikoedukasi adalah 2,04% dan persentase kekambuhan pada kelompok *caregiver* yang tidak diberikan edukasi adalah 12,24% dan didapatkan perbedaan yang bermakna angka kekambuhan/relap antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. **Simpulan:** Intervensi psikoedukasi keluarga sangat membantu dalam meningkatkan pengetahuan tentang skizofrenia dan meningkatkan pemberdayaan *caregiver* serta secara tidak langsung menurunkan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia.

Kata kunci: psikoedukasi keluarga; *caregiver*; pasien skizofrenia

Abstract

Family psychoeducation has proven to be an effective intervention for patients with schizophrenia and their family members. **Objectives:** To assess the influence of family psychoeducation intervention on knowledge, empowerment of family members as well as the relapse of schizophrenic patients. **Methods:** The study was a randomized controlled trial with a true experimental design pre post-test with control group. The number of subjects was 49 people consisting of group I (24 people) are a group of caregivers who obtain pharmacological therapy and family psychoeducation therapy with 3 sessions. Group II (25 people) was the control group caregivers who just get pharmacological therapy alone. The study was conducted over 6 months from June 2014 to December 2014. At the end of the study the relapse rate is assessed. **Results:** The recurrence of schizophrenic patients in the caregiver group given psychoeducation was 2.04% and the recurrence in the caregiver group that was not given education was 12.24%. At the end of the study found significant differences KASI and FES scores between the intervention group and the control group ($p < 0.05$) and found significant differences in rate of relapse between the intervention group and control group. **Conclusions:** Family psychoeducation intervention is helpful in increasing knowledge about schizophrenia and increase caregiver empowerment and indirectly reduce the relapse rate in patients with schizophrenic.

Keywords: family psychoeducation; caregiver; schizophrenic patients

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah gangguan otak berat berlangsung seumur hidup. Gangguan ini menimbulkan kesulitan bagi orang tersebut untuk memahami perbedaan antara pengalaman nyata dan tidak nyata, berpikir logis, memiliki respon emosional yang sesuai dengan budaya, dan untuk berperilaku tepat dalam situasi sosial. Tidak hanya pasien dengan skizofrenia yang sangat menderita karena penyakit ini, tetapi juga anggota keluarga mereka.¹

Jauh sebelum didiagnosis skizofrenia, keluarga dari seseorang dengan gangguan tersebut mungkin mulai merasa stres. *Prodromal* atau tanda-tanda awal skizofrenia dapat muncul beberapa tahun sebelum diagnosis ditegakkan. Anggota keluarga mungkin mulai melihat perubahan relatif perilaku mereka. Perubahan perilaku dapat menyebabkan banyak kecemasan, kekhawatiran, atau rasa bersalah bagi anggota keluarga dari seseorang dengan skizofrenia.²

Keluarga yang merawat pasien melaporkan besarnya beban sehubungan dengan perawatan keluarganya yang menderita gangguan mental. Mereka tidak memiliki pengetahuan dan keahlian yang perlu untuk menghadapi tanggung jawab perawatan pasien. Oleh sebab itu umumnya terjadi kekambuhan dan rawat inap kembali.³

Sejak tahun 1970 psikoedukasi telah menjadi bentuk terapi dan rehabilitasi yang disusun baik untuk orang yang menderita skizofrenia dan keluarga

mereka. Psikoedukasi didefinisikan sebagai penggunaan metode, teknik dan program edukasi dalam rangka memfasilitasi remisi atau mengurangi efek penyakit atau disabilitas. Terapi psikoedukasi tidak hanya mencakup memberikan pengetahuan. Selama sesi terapi dikembangkan strategi yang meningkatkan kemampuan dan meningkatkan fungsi pasien skizofrenia. Sesi-sesi psikoedukasi memberikan pengetahuan yang berhubungan dengan perjalanan penyakit individu dan penyembuhan dan pada efek yang melibatkan kognitif dan emosional pasien.⁴

Psikoedukasi keluarga telah terbukti menjadi intervensi yang efektif untuk pasien dengan skizofrenia dan anggota keluarga mereka.¹ Psikoedukasi dikenal untuk mengurangi tingkat kekambuhan dan rawat inap di beberapa gangguan kejiwaan seperti skizofrenia, depresi dan gangguan bipolar. Dengan demikian, biaya kesehatan mental yang signifikan dan penderitaan manusia yang substansial dapat dihindari dengan partisipasi pasien dan anggota keluarga pada intervensi yang murah ini.⁵

Bukti dari meta-analisis menunjukkan bahwa psikoedukasi untuk pasien skizofrenia dan keluarga mereka dapat mengurangi angka relap dan mempunyai efek positif pada pasien dan keluarga seperti mengurangi beban keluarga. Intervensi yang lebih dari 3 bulan lebih efektif dibandingkan intervensi singkat.⁶

Penggunaan intervensi psikoedukasi

keluarga untuk terapi pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Pemprov Sumatera Utara masih sangat terbatas, pasien sebahagian besar hanya diberikan terapi psikofarmaka, tanpa pemberian terapi psikososial seperti psikoterapi ataupun terapi yang melibatkan keluarga. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan suatu penelitian intervensi psikoedukasi keluarga di rumah sakit ini.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian *randomized controlled trial* dengan desain *true experimental pre post test with control group* dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Kelompok I adalah kelompok anggota keluarga yang memperoleh terapi farmakologi dan terapi psikoedukasi keluarga dengan 3 sesi dan kelompok II adalah kelompok kontrol yaitu anggota keluarga yang hanya mendapatkan terapi farmakologi saja. Penelitian dilakukan di Instalasi rawat jalan RSJ Daerah Pemprov Sumatera Utara dan Gedung Pendidikan RSJ Daerah Pemprov Sumatera Utara pada bulan Maret-Desember 2014.

Populasi dan subjek penelitian adalah keluarga pasien skizofrenia yang berperan sebagai *caregiver* (perawat pasien) yang datang ke Poli Psikiatri RSJ Daerah Pemprov Sumatera Utara pada Juni-Desember 2014 dan memenuhi kriteria inklusi. Cara pengambilan sampel dengan *non probability sampling* jenis *consecutive sampling*. Alokasi subjek menggunakan *simple random sampling*. Didapatkan

besar sampel masing-masing kelompok sebanyak 25 orang dengan total 50 orang.

Keluarga pasien skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi diberikan *informed consent* untuk mengikuti sesi-sesi psikoedukasi keluarga. Sesi-sesi psikoedukasi keluarga antara lain *Joining Session* (sesi bergabung), *Educational workshops* (lokakarya pendidikan) dan *ongoing psychoeducation sessions* (sesi psikoedukasi berkelanjutan). Sesi bergabung terdiri dari sesi bergabung I, II, dan III, yang masing-masing dilakukan satu kali pertemuan selama satu jam setiap sepuluh hari. Lama dari sesi bergabung ini lebih kurang satu bulan. Pada masing-masing sesi bergabung dilakukan tugas-tugas sesuai dengan buku pedoman psikoedukasi keluarga.⁷

Pada lokakarya pendidikan dilakukan seminar satu hari dengan mengundang semua kelompok anggota kelompok I. Adapun materi lokakarya adalah Penjelasan tentang pengertian, penyebab dan pengobatan skizofrenia, dampak skizofrenia pada keluarga, penjelasan tentang psikoedukasi keluarga dan diskusi. Sesi psikoedukasi berkelanjutan ini dilakukan minimal satu kali sebulan selama 5 bulan. Sesi ini diusahakan dalam format kelompok *multi-family* dimana dihadiri oleh beberapa anggota keluarga dan pasien, bila tidak memungkinkan dilakukan dalam format keluarga tunggal. Kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada sesi ini antara lain; sosialisasi, mengidentifikasi isu-isu saat ini, melakukan pemecahan masalah

terstruktur (menetapkan masalah, memberikan solusi-solusi, mendiskusikan keuntungan dan kerugian masing-masing solusi, memilih solusi terbaik dan membentuk rencana aksi).⁷

Pada akhir penelitian diberikan kuesioner penilaian jumlah kekambuhan pada kedua kelompok. Dan hasilnya dianalisis dengan menggunakan uji *t-dependent*, uji *t-independent*, uji *chi-square* program SPSS (bila memenuhi syarat) dan sebelumnya dilakukan uji normalitas data.^{8,9}

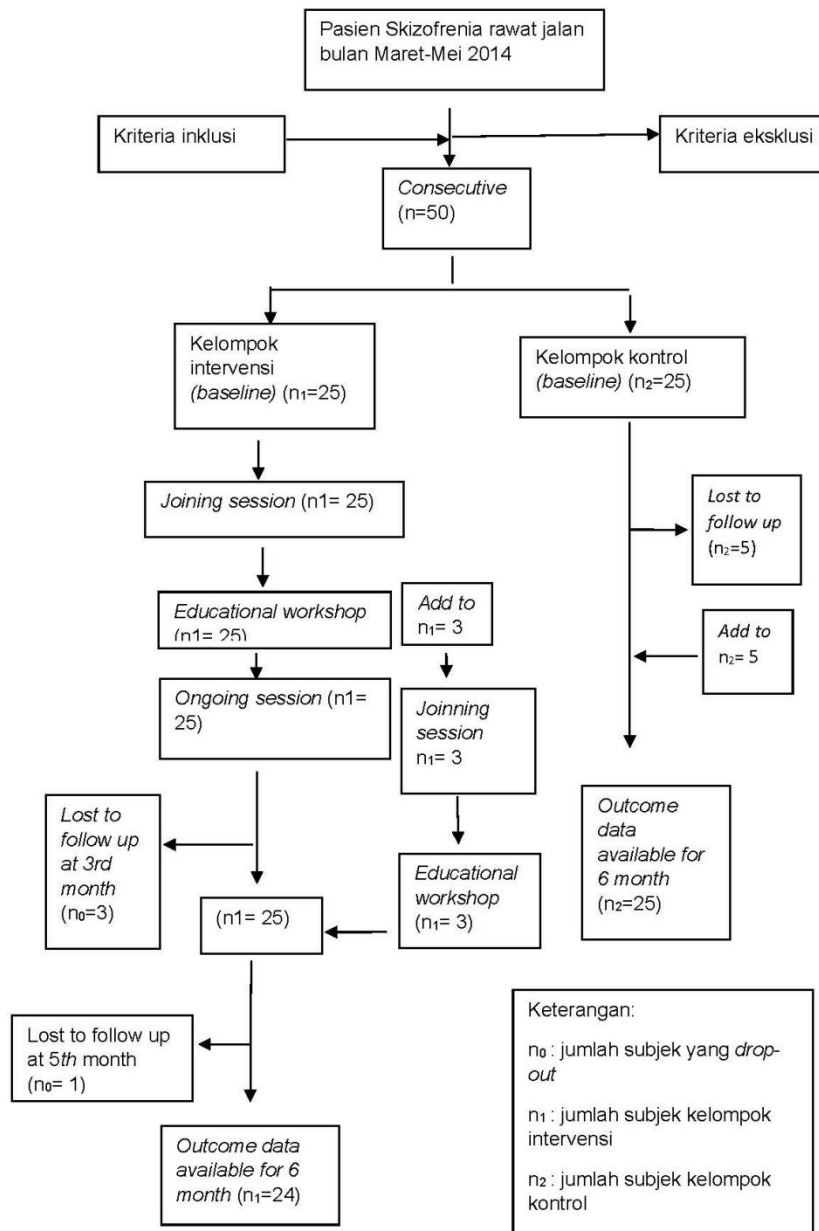
HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada akhir penelitian terdapat 24 keluarga *caregiver* dan pasien skizofrenia pada kelompok intervensi dan 25 keluarga *caregiver* dan pasien skizofrenia pada kelompok kontrol.

Dari gambar 1 dapat ditunjukkan, pada awal penelitian terdapat 50 orang keluarga *caregiver* pasien skizofrenia rawat jalan di BLUD RSJ Provinsi Sumatera Utara yang terdiri dari 25 orang kelompok intervensi dan 25 orang kelompok kontrol yang ikut serta dalam penelitian ini. Kemudian dilakukan sesi awal yaitu *joining session* (sesi bergabung) I, II dan III pada 25 orang subjek penelitian kelompok intervensi. Setelah itu dilakukan suatu *educational workshop* (lokakarya pendidikan) yang dilaksanakan pada tanggal 2 September 2014 pada 25 subjek tersebut, dan dilanjutkan dengan *ongoing psycho-educational session* (sesi psikoedukasi berkelanjutan).

Pada bulan ketiga penelitian terdapat tiga orang subjek penelitian yang *drop-out* (dikeluarkan) dari penelitian, dari ketiga subjek tersebut satu orang pasien meninggal dunia, subjek kedua pindah ke kota lain, dan satu orang lagi tidak bisa dihubungi dan sudah tidak pernah datang ke instalasi rawat jalan RSJ Provinsi Sumatera Utara. Karena masih cukup waktu dan sumber daya kemudian dilakukan penambahan 3 orang subjek penelitian pada bulan tersebut dengan melakukan terlebih dahulu *joining session* (sesi bergabung) dan *educational workshop* (lokakarya pendidikan). Pada bulan kelima terdapat lagi satu orang subjek penelitian yang *drop-out* karena tak bersedia melanjutkan sesi psikoedukasi karena subjek memiliki pekerjaan yang tidak bisa lagi mengantar pasien pergi kontrol berobat. Karena tidak cukup waktu penelitian maka tidak dilakukan penambahan subjek penelitian.

Pada kelompok kontrol terdapat 5 orang subjek yang *drop-out*, dua orang subjek tidak dapat dihubungi dan tidak pernah datang kontrol, satu orang subjek sakit dan tidak bisa mengikuti sesi selanjutnya, satu orang lagi pindah kontrol ke rumah sakit lain, dan yang terakhir pasien menolak dibawa berobat jadi subjek dan pasien tidak pernah datang lagi kontrol ke instalasi rawat jalan RSJ Provinsi Sumatera Utara. Pada akhir penelitian terdapat 24 keluarga *caregiver* dan pasien skizofrenia pada kelompok intervensi dan 25 keluarga *caregiver* dan pasien skizofrenia pada kelompok kontrol.



Gambar 1. Flow diagram penelitian

Pada tabel 1 dapat dilihat usia *caregiver* terbanyak adalah berusia antara 45-60 tahun yaitu 58,3% pada kelompok intervensi dan 48% pada kelompok kontrol, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan yaitu 62,5% pada kelompok intervensi dan 52% pada kelompok kontrol, status perkawinan terbanyak adalah menikah yaitu 70,8% pada kelompok intervensi dan 76% pada kelompok kontrol, sedangkan tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu 58,3% pada kelompok intervensi dan 56% pada kelompok kontrol. Pada umumnya

subjek bekerja yaitu 66,67% pada kelompok intervensi dan 80% pada kelompok kontrol. Keluarga yang sebagai *caregiver* terbanyak adalah Ibu kandung pada kelompok intervensi yaitu 37,5% sedangkan pada kelompok kontrol adalah saudara kandung 6%. Kedua kelompok ini setara dan dapat dibandingkan dimana dari uji statistik tidak didapatkan perbedaan yang bermakna baik dari klasifikasi umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan pasien skizofrenia antara kedua kelompok.

Tabel 1. Distribusi karakteristik demografi keluarga *caregiver* pasien skizofrenia

Karakteristik demografi		Kelompok Intervensi (n=24)		Kelompok Kontrol (n=25)		p
			%		%	
Usia	18 - 25	2	8,30	1	4	0,930*
	26 - 35	1	4,20	6	24	
	36 - 45	7	29,20	6	24	
	46 - 60	14	58,30	12	48	
Jenis kelamin	Laki-laki	9	37,50	12	48	0,456**
	Perempuan	15	62,50	13	52	
Status perkawinan	Menikah	17	70,80	19	76	0,171*
	Belum Menikah	4	16,70	5	20	
	Janda/Duda	3	12,50	1	4	
Pendidikan	SMP	2	8,30	10	40	0,981*
	SMA	14	58,30	14	56	
	Perguruan tinggi	8	33,30	1	4	
Pekerjaan	Bekerja	16	66,70	20	80	1,00*
	Tidak bekerja	7	29,20	4	16	
	Siswa/mahasiswa	1	4,20	1	4	
Hubungan dengan pasien	Ayah	3	12,50	5	20	0,988*
	Ibu	9	37,50	6	24	
	Saudara kandung	6	25,00	11	44	
	Suami/ istri	1	4,20	0	0	
	Saudara lain	3	12,50	1	4	
	Anak	2	8,30	1	4	

Pada tabel 2 didapatkan angka kekambuhan (relap) pada kelompok intervensi lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol yaitu 2,04% dibandingkan 12,24%. Terdapat

perbedaan yang bermakna angka kekambuhan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan $p=0,049$ ($p<0,05$).

Tabel 2. Perbandingan kekambuhan (relap) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

		Kelompok intervensi		Kelompok Kontrol		Total		<i>p</i>
Kekambuhan		n	(%)	n	%	n	%	
	Ya	1	2,04	6	12,24	7	14,30	0,049*
	Tidak	23	46,90	19	38,80	42	85,70	
		24	16,30	25	93,60	49	100	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga memperoleh peningkatan pengetahuan tentang skizofrenia dan peningkatan pemberdayaan keluarga yang bermakna dibanding keluarga yang tidak mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga, begitu juga angka kekambuhan lebih rendah secara bermakna pada pasien skizofrenia yang keluarganya mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga.

Pada penelitian ini didapatkan angka kekambuhan (relap) pada kelompok intervensi lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol yaitu 2,04% dibandingkan 12,24%. Terdapat perbedaan yang bermakna angka kekambuhan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan $p=0,049$ ($p<0,05$).

Bukti dari meta-analisis menunjukkan bahwa psikoedukasi untuk pasien skizofrenia dan keluarga mereka dapat mengurangi angka relap dan mempunyai efek positif pada pasien dan keluarga seperti mengurangi beban keluarga.

Intervensi yang lebih dari 3 bulan lebih efektif dibandingkan intervensi singkat.¹⁰

Studi yang dilakukan oleh Vickar dkk. yang memberikan psikoedukasi "*Schizophrenia Treatment and Education Programs (STEPS)*" kepada 57 orang pasien skizofrenia mendapatkan penurunan yang bermakna ($p=0,038$) angka kekambuhan dan *rehospitalisation* pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol.¹¹

Studi yang dilakukan Mingyuan dkk. dengan melakukan psikoedukasi kelompok pada 3.092 pasien skizofrenia dan keluarga mereka selama 12 bulan mendapatkan hasil terapi yang lebih baik yaitu berkurangnya kekambuhan (relap) dengan perbedaan yang signifikan dibandingkan kontrol.¹²

Studi yang dilakukan oleh Ran dkk. memberikan psikoedukasi kepada keluarga pasien skizofrenia sekali sebulan selama 9 bulan dalam bentuk keluarga tunggal dan kelompok mendapatkan perbedaan yang bermakna angka relap antara kelompok yang diberikan intervensi psikoedukasi (16,3%) dibandingkan

dengan kontrol (61,5%) dengan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$).⁶

Sedangkan studi oleh Lie dan Arthur yang melakukan psikoedukasi kepada pasien skizofrenia dan keluarganya selama 9 bulan mendapatkan rendahnya angka kekambuhan pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol tetapi perbedaannya tidak bermakna.¹³

Bukti terbaru efektivitas psikoedukasi, suatu strategi terapi non-farmakologi dalam pengobatan pasien skizofrenia dan keluarga mereka dinilai dengan meta-analisis/*review* dan studi tunggal yang penting setelah meta-analisis diterbitkan. Ditemukan bahwa psikoedukasi untuk pasien dengan skizofrenia dan keluarga mereka dapat mengurangi tingkat kekambuhan pasien ini; intervensi keluarga jangka panjang (yaitu, dengan jangka waktu lebih dari 3 bulan) sangat membantu. Studi meta-analisis oleh *Cochrane Schizophrenia Group Trials* yang menilai semua studi *randomized controlled trials* relevan yang berfokus pada psikoedukasi pada skizofrenia dan gangguan mental berat lainnya, menyimpulkan psikoedukasi dapat mengurangi kekambuhan (relap), *remission* dan mendorong kepatuhan terhadap pengobatan dan juga mengurangi lama dirawat di rumah sakit selain itu efektif secara klinis dan menguntungkan secara finansial.¹⁴

Dengan mengikuti psikoedukasi keluarga anggota keluarga *caregiver* mendapatkan pengetahuan tentang skizofrenia terutama mengenai diagnosis, etiologi, perjalanan

penyakit dan terapi, sehingga *caregiver* lebih memahami tentang penyakit pasien. Psikoedukasi keluarga juga melatih membentuk koping, keterampilan memecahkan masalah, memperbaiki komunikasi dan mengurangi stres.⁷

Pemberdayaan keluarga telah didefinisikan sebagai “suatu proses dimana keluarga mengakses pengetahuan, keterampilan dan sumber daya yang memungkinkan mereka untuk mendapatkan kontrol positif hidup mereka sendiri serta meningkatkan kualitas gaya hidup mereka”.⁷

Hasil dari penelitian naturalistik prospektif menunjukkan bahwa keluarga yang berpartisipasi dalam program *family-to-family* melaporkan adanya peningkatan pengetahuan tentang penyebab dan pengobatan penyakit mental, pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana untuk menavigasi sistem kesehatan mental dan peningkatan kesejahteraan. Secara khusus, peserta *family-to-family* melaporkan pemberdayaan lebih besar secara signifikan di tingkat keluarga, masyarakat dan sistem pelayanan. Intervensi ini menunjukkan janji yang cukup besar dan memfasilitasi partisipasi dalam program psikoedukasi keluarga.¹⁵

SIMPULAN

Intervensi psikoedukasi keluarga sangat membantu dalam meningkatkan pengetahuan tentang skizofrenia dan meningkatkan pemberdayaan *caregiver*, secara tidak langsung menurunkan angka kekambuhan pada pasien skizofrenia.¹³

DAFTAR PUSTAKA

1. Song Y, Liu D, Chen Y, He G. Using focus groups to design a psychoeducation program for patients with schizophrenia and their family members. *Int J Clin Exp Med*. 2014; 7(1):177-185. [\[PubMed\]](#)
2. Veague HB. *Psychological Disorders: Schizophrenia*. New York: Chelsea House Publishers; 2007. p75-8.
3. Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainerova B. Psychoeducation for psychosis patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2011; 155(4):385–396. doi: [10.5507/bp.2011.008](#).
4. Chadzyńska M, Meder J, Charzyńska K. The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation-the analyses from the patient's perspective. *Psychiatr Pol*. 2009; 43(6):693-703. [\[PubMed\]](#)
5. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:170. doi: [10.1186/1471-244X-13-170](#).
6. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38(2):69–75. doi: [10.1007/s00127-003-0601-z](#).
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Family Psychoeducation: Training Frontliner Staff*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services; 2009. Diakses dari: [\[Link\]](#)
8. Sastroasmoro S, Ismael S. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto; 2008. p.166-191.
9. Dahlan MS. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
10. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother*. 2008; 8(7):1067–77. doi: [10.1586/14737175.8.7.1067](#).
11. Vickar GM, North CS, Downs D, Marshall DL. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(1):117–20. doi: [10.1176/appi.ps.60.1.117](#).
12. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000; 26(1):5-20. doi: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a033446](#).
13. Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 185:339-45. doi: [10.1192/bjp.187.4.339](#).
14. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 6:CD002831. doi: [10.1002/14651858.CD002831.pub2](#).
15. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of family of patients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2005; 42(1):15-22. [\[PubMed\]](#) [\[Abstract/FREE Full-Text\]](#).

PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PENDERITA SKIZOFRENIA

Tri Nuhudi Sasono¹, Faizatur Rohmi²

¹ Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen
trisasono@stikeskepanjen-pemkabmalang.ac.id

ABSTRACT

The presence of stigma and discrimination against with mental disorders encourage some parties either form government or non government organization develops several methods to improve healing in people with mental disorders. The act of them is mentoring the family with mental disorders. The nursing intervension that can be given to the family is psychoeducation. The purpose of this study is to detemine the influence of family psychoeducation on the ability of families in caring for schizophrenia patients. The kind of research used is that of quasi-experiment by pre- and post-test controll group design. Data were collected of research subjects consisted of 24 divided into control group and treatment group. Psychoeducation performed for 5 weeks with a frequency of 5 times with the duration of each time 45-60 minutes. Based on test results with Mann Whitney obtained p value <0.05 which means that comparison between the control group and treatment group showed significant improvement ability. The conclusion in this study is that psychoeducation has been proven to be effective in improving ability of family in treating people with schizophrenia. The nursing implications in this study are expected that psychoeducation becomes one part of promotive health efforts

Keywords: Psikoedukasi, family, skizofrenia

PENDAHULUAN

Hak atas kesehatan merupakan kebutuhan yang penting bagi kehidupan manusia, karena dengan jiwa yang sehat, maka akan dapat berpikir secara sehat. Pentingnya hak atas kesehatan tersebut secara tegas dijamin di dalam Pasal 12 Kovenan Internasional Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang telah diratifikasi melalui Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2005, yang intinya mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental (Depkes, 2013).

Mengacu pada UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan secara garis besar masalah kesehatan jiwa digolongkan menjadi: masalah perkembangan manusia yang harmonis danpeningkatan kualitas hidup, masalah gangguan jiwa, serta masalah psikososial(Depkes, 2013). Menurut *A Statement On Psyciatric Mental Health Clinical Nursing Practice And Standart Of Psyciatric Mental Health Nursing Practice*, ANA 1994 didapatkan masalah kesehatan mental atau psikiatrik diantaranya hambatan atau keterbatasan fungsi perawatan diri yang berhubungan dengan distres mental dan

emosional, perubahan konsep diri dan kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain (Sarka, 2007).

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang dalam perawatannya berdampak terhadap keluarga khususnya orang yang secara langsung merawat (Kebede, Negash, Fekadu, & Jacobsson, 2003). Ketidak mampuan penderita dengan gangguan jiwa untuk berinteraksi dengan orang lain menjadikannya sering dikucilkan dari komunitas sosialnya atau bahkan sering dianggap menjadi salah satu aib bagi keluarganya sendiri ditambah lagi juga kurangnya peran dari pemerintah. Menurut Rosa (2009) Disebutkan bahwa penderita gangguan jiwa masih dipandang sebelah mata oleh pemerintah, Sehingga salah satu bentuknya adalah penderita sering melarikan diri dari tempat tinggalnya atau bahkan mereka sengaja dibuang oleh keluarganya dan mereka terlantar atau menjadi gelandangan.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari (2009) dinyatakan bahwa penderita gangguan jiwa sering mendapat stigma yang negatif dari masyarakat atau lingkungan sosial yang ada disekitarnya dan juga sering diperlakukan secara tidak manusiawi seperti halnya di olok – olok, perilaku kekerasan atau bahkan diapssung untuk diasingkan. Bentuk perilaku yang seperti inilah yang sering menimbulkan kekambuhan bagi penderita dengan gangguan jiwa yang sudah sembuh. Diakutkan dengan masalah tersebut sudah tentunya keluarga memiliki peran yang sangat penting untuk mendukung proses peningkatan kualitas kembali dari penderita jiwa baik yang sudah sembuh atau masih dalam tahap pemulihan. Keluarga adalah sistem pendukung

yang utama untuk mencegah seorang anggota keluarga jatuh pada keadaan maladaptif. Selain itu keluarga merupakan bagian yang sangat penting dalam merawat penderita dengan gangguan jiwa (Cheryl, Irene, Mao, Bo, & Cecilia, 2016)

Banyak sekali perilaku-perilaku menyimpang yang dilakukan oleh keluarga yang berdampak salah satu anggota keluarganya jatuh pada keadaan maladaptif, hal ini disebabkan karena keluarga adalah wadah utama yang sangat penting dalam melakukan pencegahan primer, sekunder, ataupun tersier. Keluarga pada dasarnya berkontribusi terhadap cepat lambatnya kesembuhan penderita gangguan jiwa selama proses rehabilitasi dan pengobatan, baik yang bersifat medis maupun psikologis. Namun dengan derajat kesadaran dan pengetahuan berbeda-beda yang dimiliki setiap keluarga, menjadikan proses tersebut apakah benar-benar menolong atau tidak. Karena masalah gangguan jiwa menyangkut persoalan yang bersifat holistik dalam konteks kesehatan fisik, psikis, sosial dan spiritual individu. Sehingga dibutuhkan konsep dan pemahaman yang jelas dalam memahami dan mengarahkannya ke dalam posisi yang benar-benar normal atau sehat (Shalahuddin, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian Tolin dan Frost (2008) dalam Chasson (2014) mengemukakan bahwa pemberdayaan keluarga mampu meningkatkan keakraban dalam keluarga. Hal ini berarti bahwa dukungan dari keluarga akan memberikan kemungkinan akan keberhasilan pengobatan yang sedang dijalani oleh penderita skizofrenia. Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diberikan pada keluarga adalah psikoedukasi.

Psikoedukasi keluarga merupakan pemberian informasi atau pengetahuan pada keluarga tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarga dengan tujuan untuk mengurangi kecenderungan klien untuk kambuh dan mengurangi pengaruh penyakitnya pada anggota keluarga yang lain (Townsend, 2009). Dalam aplikasinya psikoedukasi banyak diberikan pada pasien dengan gangguan psikiatri termasuk anggota keluarga dan orang yang berkepentingan untuk merawat pasien tersebut (Lukens & Mcfarlane, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Iestari (2011) didapatkan bahwa psikoedukasi ini berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dan penurunan kecemasan keluarga dengan TB. Penelitian lain yang dilakukan oleh Goldenberg (2004) didapatkan bahwa angka kekambuhan pada klien tanpa diberikan terapi keluarga yaitu sebesar 25-50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga yaitu sebesar 5-10% (Wiyati, 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti ingin meneliti tentang Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan keluarga dalam merawat penderita Skizofrenia.

METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan *Desain*

Quasy Eksperimental Pre Post Test With Control Group. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 56 orang. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 24 orang yang kemudian dibagi menjadi dua kelompok (kelompok kontrol dan kelompok perlakuan). Instrumen yang digunakan dalam penelitian untuk mengukur kemampuan keluarga mengacu pada perawatan penderita skizofrenia oleh Keliat yang kemudian dilakukan modifikasi oleh peneliti. Instrumen tersebut telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Analisis pada penelitian ini terdiri dari analisis *univariate* dan *bivariate* dengan menggunakan *wilcoxon* dan *Mann Whitney*.

Pelaksanaan penelitian total membutuhkan waktu 5 minggu. Kelompok kontrol membutuhkan frekuensi 1 kali selama penelitian dengan durasi waktu 45-60 menit. Sedangkan pada kelompok perlakuan membutuhkan frekuensi 4 kali pertemuan dengan jeda setiap pertemuan 5-7 hari dengan durasi pertemuan 45-60 menit.

HASIL PENELITIAN

Subyek penelitian dalam penelitian ini 24 orang. Karakteristik responden bisa dilihat pada tabel

Tabel 1 Karakteristik responden

NO	Karakteristik	Kelompok Kontrol	%	Kelompok Perlakuan	%
1	Jenis Kelamin				
	Laki-laki	0	0%	0	0%
	Perempuan	12	100%	12	100%
2	Pekerjaan				
	Petani	6	50%	8	66.7%
	Pegawai Negeri/swata	4	33.3%	1	8.33%
	Wiraswasta	2	16.7%	3	25.0%

3	Pendidikan				
	SD	2	16.7%	0	0%
	SMP	8	66.7%	8	66.7%
	SMA	2	16.7%	4	33.7%
	Diploma/Srta I dan II	0	0%	0	0%

Tabel 2: Analisis Perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat penderita Skizofrenia sebelum dan sesudah (penyuluhan ditambah dengan psikoedukasi)

Variabel	N	Median (Minimum-maksimum)	Pv
Kemampuan kognitif	24	1 ((-1)-2)	0.034
Kemampuan Afektif		1 (0-2)	0.024
Kemampuan Psikomotor		1 (0-1)	0.038

PEMBAHASAN

Analisis perbedaan pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita Skizofrenia antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Berdasarkan hasil penelitian Tujuan utama dari psikoedukasi keluarga adalah untuk bias berbagi informasi kepada keluarga tentang cara merawat penderita gangguan jiwa dengan lebih menitik beratkan pada perubahan perilaku kearah yang lebih baik, dengan anggapan bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari (Varcolis, 2006). Kemampuan kognitif merupakan hal yang penting dalam mewujudkan tindakan yang dilakukan oleh keluarga menuju kearah yang lebih baik. Begitu juga dengan kemampuan afektif yang juga memiliki pengaruh terhadap tindakan yang dilakukan oleh seseorang dimana sikap ini sangat erat kaitannya dengan pengetahuan yang dimiliki. Kemampuan psikomotor merujuk pada gerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan, sikap

terhadap sebuah tugas atau tanggung jawab yang dilaksanakan (craven, 2000).

Adanya perbedaan kemampuan responden dalam merawat penderita skizofrenia antara kelompok kontrol dan perlakuan disebabkan karena pada kelompok perlakuan mendapatkan informasi yang lebih sering dibandingkan dengan kelompok kontrol. Psikoedukasi keluarga merupakan pertemuan dengan keluarga yang membahas tentang masalah yang telah disepakati sesuai dengan kebutuhan keluarga. Psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam psikoedukasi mengandung unsur peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit serta kemampuan keluarga dalam merawat penderita (stuart & Laraia, 2005). Komponen yang ada dalam psikoedukasi menurut marsh (2000) dalam (stuart & Laraia, 2005) menyebutkan bahwa psikoedukasi dapat meningkatkan kemampuan unsur didaktik atau mendidik. Sebagian besar pembelajaran kemungkinan besar melibatkan perubahan perubahan di neuron dan sinapsis. Banyak beberapa

peneliti menyakini bahwa landasan fisiologis pembelajaran dan perkembangan kognitif terletak pada perubahan-perubahan yang terjadi dalam hubungannya dengan neuron. (Gould, Beylin, Tanapat, Reeves & Shors, 1999; C. A. Nelson, Thomas, & de Haan, 2006; R. A. Thompson & Nelson, 2001) dalam Ormrod (2008) menyebutkan bahwa pembentukan neuron-neuron terjadi sepanjang hidup manusia dimana pembentukan neuron baru tersebut dapat distimulasi oleh pengalaman sebelumnya atau pengalaman belajar yang masih baru. Pada kegiatan psikoedukasi responden mendapatkan pemberian informasi tentang cara merawat penderita. Hgoldengerg (2004) mengemukakan bahwa Psikoedukasi merupakan pemberian informasi pada keluarga guna meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan harapan mereka mempunyai coping yang positif. Penelitian ini didukung oleh penelitian gumus (2017) yang menyatakan bahwa psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kualitas hidup dan fungsi kehidupan. Selain itu keaktifan dari Hal ini menuntut peran pelayanan kesehatan pada upaya promotif (Am J Public Health. 2010). Berdasarkan hasil penelitian dengan metode kohort studi menyatakan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat penderita dengan skizofrenia berpengaruh terhadap kesembuhan penderita (Ran, 2016). Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh (Taylor-rodgers & Batterham, 2014) pada remaja. Psikoedukasi dilakukan selama 3 minggu menyebutkan bahwa psikoedukasi terbukti meningkatkan kemampuan untuk mencari atau

mendapatkan akses pelayanan yang lebih baik. Dixon *et al* (2000) menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga menawarkan kombinasi antara informasi tentang gangguan jiwa, praktek dan dukungan emosional, pengembangan keterampilan keluarga dalam *problem solving* dan manajemen krisis keluarga. Penelitian ini juga didukung oleh jacobson (2002) yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan pada penderita dengan skizofrenia. Selain itu penelitian ini juga didukung oleh penelitian gumus (2017) yang menyatakan bahwa psikoedukasi mampu meningkatkan kualitas penderita bipolar. Sehingga perlu adanya deteksi dini tentang gangguan jiwa (Aalsma, Brown, Holloway, & Ott, 2014). Sehingga pemberian intervensi pada keluarga dengan skizofrenia menjadi salah satu alternatif yang bisa diberikan pada keluarga untuk mampu meningkatkan peran nya dalam melakukan fungsi keluarga (Yu et al., 2017)

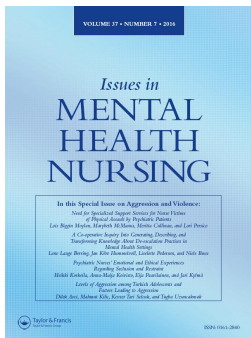
KESIMPULAN

Psikoedukasi keluarga terbukti mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita TB

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. Pedoman Kerja Puskesmas jilid II. Direktorat Pembinaan, Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 1997
Marion, H., & Gero, L. (2013). WHO Definition of health must be enforced by national law a debate. *BMC Medical Ethics*(2013), 14

- Friedman, M.M., 2002. Family nursing: theory and assessment. (5thed).Connectiot: Appleton-Century-Crofts 14
- Aalsma, M. C., Brown, J. R., Holloway, E. D., & Ott, M. A. (2014). Connection to mental health care upon community reentry for detained youth□: a qualitative study. *BMC Public Health*, 14(1), 1–8. doi:10.1186/1471-2458-14-117
- Cheryl, M. R., Irene, H. K. C., Mao, Y. W. W., Bo, F. L., & Cecilia, L. (2016). Family caregivers and outcome of people with schizophrenia in rural China□: 14-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 513–520. doi:10.1007/s00127-015-1169-0
- Gumus, F., & Nursing, P. (2017). The Effectiveness of Individual Psychoeducation on Functioning and Quality of Life with Bipolar Disorder in Turkey□: A Randomized Controlled Study, 10(1), 490–503.
- Kebede, T. S. D., Negash, A. A. A., Fekadu, N. D. A., & Jacobsson, D. F. L. (2003). ORIGINAL PAPER Schizophrenia□: illness impact on family members in a traditional society – rural Ethiopia, 27–34. doi:10.1007/s00127-003-0594-7
- Omranifard, V., Yari, A., Kheirabadi, G. R., Rafizadeh, M., & Maracy, M. R. (2014). Effect of needs - assessment - based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families□: A controlled study, 3. doi:10.4103/2277-9531.145937
- Va, M. (2012). Patient education methods to support quality of life and functional ability among patients with schizophrenia□: a randomised clinical trial, 247–256. doi:10.1007/s11136-011-9944-1
- Yu, Y., Liu, Z., Tang, B., Zhao, M., Liu, X., & Xiao, S. (2017). Reported family burden of schizophrenia patients in rural China, 1–19. doi:10.1371/journal.pone.0179425



Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia

Müge Bulut MSc, Hülya Arslantaş PhD & İbrahim Ferhan Dereboy MD

To cite this article: Müge Bulut MSc, Hülya Arslantaş PhD & İbrahim Ferhan Dereboy MD (2016): Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia, *Issues in Mental Health Nursing*, DOI: [10.1080/01612840.2016.1222039](https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1222039)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2016.1222039>



Published online: 03 Oct 2016.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 22



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia

Müge Bulut, MSc

Adnan Menderes University, Research and Teaching Hospital Psychiatry Clinic, Aydin, Turkey

Hülya Arslantaş, PhD

Adnan Menderes University, Aydin Health Sciences Institute Department of Mental Health Nursing, Aydin, Turkey

İbrahim Ferhan Dereboy, MD

Adnan Menderes University, Medical Faculty Department of Psychiatry, Aydin, Turkey

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of psychoeducation given to caregivers of patients diagnosed with schizophrenia on their perceptions of burden and on clinical course of patients. This was a quasi-experimental study with pre-post tests and a control group and designed as a nonrandomized controlled intervention trial. While the patients in both the intervention and the control group received treatment as usual (TAU), only the caregivers in the study group were offered two sessions of psychoeducation a week for one month, with a total of eight sessions. Effectiveness of the psychoeducation given was evaluated by comparing scores of Perceived Family Burden Scale (PFBS) and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) obtained before and three months after delivery between the intervention and the control groups. Mean PFBS burden scores of the control group at baseline and follow-up were 45.7 and 44.5, respectively. Mean PFBS burden scores of the intervention group were 45.2 at baseline and 38.6 at follow-up. Analysis of variance revealed significant and medium to large size interaction effects of time and group factors on total burden scores of family members ($F_{1,58} = 5.59$; $p < 0.05$; $\eta_p^2 = 0.09$) and on total PANSS scores of patients ($F_{1,58} = 104.78$; $p < 0.001$; $\eta_p^2 = 0.64$). Our findings suggest that psychoeducation offered to the caregivers along with TAU offered to patients might result in diminished perceptions of burden among caregivers and enhanced improvement in the clinical course of patients as a result of psychoeducation offered to caregivers.

This study consists of the results of the 2014 Master's Thesis written by Müge (Çabuk) Bulut at Adnan Menderes University Aydin Health Sciences Institute Department of Mental Health Nursing and was included as a spoken presentation at the 3rd International and 7th National Psychiatric Nursing Congress held between 1st and 3rd, September 2014 in Ankara.

Address correspondence to Dr. Hülya Arslantaş, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksek Okulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gençlik Cd. 09100-AYDIN, Turkey. E-mail: hulyaars@yahoo.com

Color versions of one or more of the figures in the article can be found online at www.tandfonline.com/imhn.

INTRODUCTION

Schizophrenia is a long-term mental illness that affects around 1% of the population at some point in their lives (APA, 2000; Bromet & Fennig, 1999; Chan, 2011). It is a neuropsychiatric disorder associated with a wide range of symptoms including positive symptoms (i.e., hallucinations and delusions), disorganization symptoms (i.e., disorganized speech and behaviour), and negative symptoms (i.e., affective flattening, avolition, or anhedonia) (APA, 2000). Given that 1% of the world's population has been diagnosed with schizophrenia, it is clear that many families are affected when a member has been diagnosed (Sadock & Sadock, 2007). The majority of these families have to care for their ill family member at home due to the release of patients from institutions to the community (Kritzing, Swartz, Mall, & Asmal, 2011). Due to the extensive focus of the literature on the burden placed on families in which a member has been diagnosed with a mental illness, such as schizophrenia (Awad & Voruganti, 2008; Chan, 2011; Glanville & Dixon, 2005), there is a need to identify factors that may help these families to be resilient and adapt to having a member being diagnosed. Along with increasing awareness of the myth of chronicity among psychiatric service providers and consumers, a trend towards transformation of the service systems from illness oriented to recovery oriented has emerged, particularly in western countries, over the last decades (Bonney & Stickley, 2008; Higgins & McBenett, 2007; Higgins, 2008; Lakeman, 2010; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007; Shanley & Jubb-Shanley, 2007; Sowers, 2005). In this respect, family education aiming to help the family members to become equipped with the knowledge and skills necessary for supporting autonomy and growth of the affected member is regarded as a quality indicator of the recovery oriented services (Sowers, 2005).

The relevant literature includes several reviews demonstrating the positive effect of family education in terms of decreased family burden and improved relations among family members (Cuijpers, 1999; Lyman et al., 2014), expanded knowledge, coping and problem solving ability of the family members (Lyman et al., 2014; Sin & Norman, 2013), decreased relapse rate (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001), and clinical and psychosocial recovery (Magliano & Fiorillo, 2007; Murray-Swank & Dixon, 2004). Given that a great majority of reviewed studies have been conducted with samples representing Western or Chinese populations, one wonders if the evidence supporting effectiveness of family education holds true universally.

With respect to Middle Eastern countries, the literature contains three reports, all from Iran, and all suggesting effectiveness of family interventions in terms of decreased family burden and/or BPRS scores. However, none of these includes information on the size of the observed effect (Koolaei & Etemadi, 2010; Navidian, Kermansaravi, & Rigi, 2012; Sharif, Shaygan, & Mani, 2012). Therefore, this study was aimed at evaluating the effectiveness of the psychoeducation given to caregivers of people diagnosed with schizophrenia on their perceptions of burden and on the clinical course of patients in Turkey. The hypotheses of the study were that the caregivers in the intervention group offered psychoeducation would receive lower PFBS scores than the caregivers in the control group not receiving education, and also the patients of the caregivers in the intervention group would receive lower PANSS scores than the patients of the caregivers in the control group. We also posed the following question: How will PFBS scores of the caregivers and PANSS scores of the patients vary over time within the intervention and control groups, how will the association be between PANSS and PFBS scores?

METHOD

Design

This was a quasi-experimental study with pre-post tests and a control group. Research was conducted at the psychiatry out-patient clinic of Adnan Menderes University Health & Medical Sciences Center between September 2011–October 2013 with patients with a diagnosis of schizophrenia and their caregivers.

Participants

Our research hypothesis was that psychoeducation added to treatment as usual (TAU) was to exert a medium to large and positive effect on the perceived burden scores of the family members and the symptom scores of their affected relatives. TAU for the participants consisted mostly of antipsychotic medication with dose adjustments during monthly or bi-monthly follow-up evaluations at our out-patient clinic. The sample size tables provided by Cohen (1988, p. 384) for F test, suggested that to test the research hypothesis with less than 0.05 Type I error

probability, we would need 58 subjects to demonstrate large effect ($\eta^2 \geq 0.14$) with a power of 0.99, or 62 subjects to demonstrate moderate effect ($\eta^2 \geq 0.06$) with a power of 0.80. Therefore, we decided to study with a sample consisting of around 60 patient-caregiver couples in total or 30 couples in each group. A total of 107 patients and their caregivers were called via their phone numbers obtained from the records of psychiatry polyclinic to be invited for an interview to discuss their possible participation to our study. Of these, 17 could not be reached and 28 patients and/or caregivers rejected to participate in the study. The remaining 62 patients and their caregivers volunteering to participate were interviewed in person and judged to be fit for the study with respect to our inclusion criteria (caregivers ranging in age between 18 and 75 years, caregiving for at least 1 year, able to read and comprehend written instructions and self-report instruments).

Data Collection

The tools used in the present study were a 20-item questionnaire developed in the light of literature to determine personal characteristics of caregivers and factors affecting burden (Arslantas & Adana, 2012; Awad & Voruganti, 2008; Berglund, Vahlne, & Edman, 2003; Chien & Norman, 2003) the Perceived Family Burden Scale (PFBS) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

Questionnaire

This was a 20-item questionnaire used to collect information on relevant personal characteristics of the patients (age, sex, length of illness, number of hospital admissions, marital status, educational level, and working status) and the caregivers (age, sex, length of caregiving for this patient (years), daily time devoted to this patient (hours), daily time devoted to themselves (hours), educational level, working status, income status, relationship to patient, chronic disease diagnosis, receiving support for caregiving, and changes in relationship with patient after education) (Arslantas & Adana, 2011; Arslantas & Adana, 2012; Awad & Voruganti, 2008; Berglund et al., 2003; Chien & Norman, 2003; Chien, Phill, & Wong, 2007; Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa, & Maj, 2006; Nasr & Kausar, 2009).

Perceived Family Burden Scale (PFBS)

This scale consisting of 24 items which can be rated either by an interviewer or self-rated by a caregiver, was developed by Levene, Lancee, and Seeman (1996) and was validated in Turkish by Arslantas et al. (2011). Administration of the scale is completed in two steps. The caregiver indicates at first which behaviours are present in the patient and later rates the extent of disturbance s/he is experiencing owing to the patient's behaviours. In the first step, absence of a behaviour questioned by a particular item is rated as "0" and the respondent passes on to the next item. If the item is rated as "1", the respondent proceeds to the second step and evaluates the extent to which

the behaviour disturbs the family on a 4-point Likert-type scale (not at all = 1, a little = 2, considerably = 3, a great deal = 4). The sum of the first step ratings, ranging between 0 and 24 points, reveals the *objective component of the total score* whereas the sum of the second step ratings, ranging between 1 and 96 points, reveals the *subjective component of the total score* (Levene et al., 1996). Added together, the sum of the subjective and objective components gives a total burden score ranging from 1 to 120, where higher scores indicate increased levels of perceived burden. In a previous validation study, we reported internal consistency coefficients of 0.89 for the objective and subjective burden scores and 0.92 for total burden scores (Arslantas et al., 2011). In the present study, we computed Cronbach's alpha coefficient of 0.80, 0.79 and 0.86 for objective, subjective and total burden scores, respectively.

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

This semi-structured interview form developed by Kay et al. (1987) consists of 30 items to be rated on a 7-point Likert's scale (1 = absent, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = medium, 5 = medium/severe, 6 = severe, 7 = very severe). The scale reveals three subscale scores, along with a total score, ranging between 7 and 49 for the positive and negative symptoms subscales, 16 and 112 for the general psychopathology subscale, and 30 and 210 for the total score. Leucht et al. (2005) reported that total scores of 58–74 corresponded to a mild degree of illness, 75–94 points to a moderate degree, 95–115 to marked illness, and 116 and over to a severe degree of illness. A previous validation study of the Turkish version of PANSS reported internal consistency coefficients ranging between 0.71–0.75 for subscale scores and total score (Kostakoglu, Batur, Tiryaki, & Gögüs, 1999).

Development of Educational Material

Through a consultation process involving five experts in the field of psychiatric nursing of whom their mean career is 32 years, the family education sessions were decided to cover the following topics: definition and known causes of schizophrenia, symptoms and course of the illness, legal rights of people with a diagnosis of schizophrenia, aim of treatment, effects and side effects of medicines used, importance of taking medication regularly, recognizing and monitoring early symptoms of relapse, overcoming communication problems among caregivers and patients, enhancing problem solving and coping skills, the critical value of family support in treating the patient, and burden of caring for people with a diagnosis of schizophrenia.

Procedure

After obtaining approval from the ethical committee and written consent from the caregivers, interviews were conducted with the caregivers and patients and the baseline ratings of PFBS and PANSS were performed by the principal author. Caregivers who had been assigned to the intervention group by the method of randomisation were given two 45–60 minute sessions of

psychoeducation once a week, with an interval of fifteen minutes between the two sessions. The psychoeducation was given to groups of eight to ten caregivers and eight sessions (16 hours) were given in total. Three months after the psychoeducation, the PFBS was administered to caregivers in both the study and control groups; the PANSS was administered once again to the patients receiving their care. After this three-month follow-up assessment, a handbook was given to those families who had received the psychoeducation, along with a certificate showing that they had participated in the study. Those who had been in the control group were then given the same education that the study group had received in one full day and were also given the same handbook.

Ethical issues

Our study was approved by the Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee of Adnan Menderes University (date 24.05.2012, reference number B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-129). People with a diagnosis of schizophrenia and their caregivers who participated in our study volunteered and signed a written consent before the research.

Data Analysis

SPSS 17.0 was used in the evaluation of the data. In the evaluation of the demographic information, percentages, standard deviations and the student t-test were used; in the pretest posttest evaluation, a paired difference test was used.

A series of mixed ANOVAs were conducted to investigate the effect of intervention on the PFBS *objective* and *subjective* subscale scores as well as *total* scores of the caregivers. The within-subject and between-subject factors entered into each ANOVA are referred to as *time* and *group* respectively. The *time* factor involved two occasions (baseline and follow-up) on which the PFBS ratings were obtained, while the *group* factor involved two conditions (intervention and control) under which the ratings were obtained. The same two factors were also employed in a second series of mixed ANOVAs conducted to investigate the effect of psychoeducation on the PANSS *positive*, *negative* and *general psychopathology* subscale scores as well as *total* scores of the participating patients. We adopted an alpha type I error level of 0.05; however, we rather relied on observed effect sizes in interpreting results of the variance analyses with respect to validity of our research hypothesis. We employed partial eta square (η_p^2) as the effect size parameter, with the standards defined by Cohen (1988) as $\eta^2 \geq 0.01$ indicating small effect, $\eta^2 \geq 0.06$ moderate effect, and $\eta^2 \geq 0.14$ large effect.

RESULTS

Though all 62 caregivers and their loved ones with a diagnosis of schizophrenia volunteered and signed written consent, 30 caregivers accepted to attend psychoeducation sessions and the rest consented just for the baseline and follow-up assessments.

TABLE 1
Sociodemographic Features of Patients in the Intervention and Control Groups

Sociodemographic Features of Patients	Intervention group ($n = 30$)			Control group ($n = 30$)			p
	Min./Max.	$\bar{X}$	SD	Min./Max.	$\bar{X}$	SD	
Age	Min. : 17 Max. : 67	39.0	± 11.8	Min. : 19 Max. : 62	37.4	± 11.9	0.618
Length of illness (years)	Min. : 2 Max. : 45	14.8	± 11.6	Min. : 1 Max. : 35	13.9	± 8.7	0.736
Number of hospital admissions	Min. : 0 Max. : 5	2.5	± 1.4	Min. : 0 Max. : 8	2.3	± 1.8	0.588
	n		%	n		%	
Sex							
Female	11		36.7	13		43.3	0.598
Male	19		63.3	17		56.7	
Marital Status							
Married	10		33.3	13		43.3	0.717
Single	20		66.7	17		56.7	
Educational Level							
Primary or less	15		50.0	8		26.7	0.167
Middle or High School	9		30.0	18		60.0	
University or higher	6		20.0	4		13.3	
Working Status							
Not working	29		96.7	27		90.0	0.301
Working	1		3.3	3		10.0	

All 30 caregivers in the former group attended all of the psychoeducation sessions and cooperated for the follow-up assessments. In contrast, 2 of the 32 caregivers who would compose the control group declined to report for follow-up assessments. Thus, both groups were included into the analyses as consisting of 30 patient-caregiver pairs.

The sociodemographic features of the patients comprising the intervention and control groups are summarised in Table 1. That no significant difference was found between the two groups suggests that the two were matched with respect to sociodemographic variables.

The data involving sociodemographic features of the caregivers comprising the intervention and control groups are displayed in Table 2. Apart from sex, working status and daily time devoted to self, no significant differences were found between the intervention and control groups. Thus, the two groups were matched with regard to certain variables thought to affect burden, such as age, educational level and length of illness.

The baseline and three-month follow-up perceived PFBS scores of caregivers and PANSS scores of patients in the intervention and control groups are presented in Table 3, along with the results of the variance analyses.

Baseline and follow-up PFBS scores of the caregivers comprising the intervention and control groups are summarised in

Table 3 and illustrated in Figure 1. A series of mixed ANOVAs were conducted to investigate the effect of intervention on the PFBS *objective* and *subjective* subscale scores as well as the total scores of the caregivers (Table 3). The first ANOVA addressing the effect of these two factors on the objective burden scores revealed a significant and medium-sized interaction effect ($\eta_p^2 = 0.08$). Likewise, subsequent ANOVAs revealed medium size interactions between the effects of the *time* and *group* factors on subjective burden scores ($\eta_p^2 = 0.08$) and total burden scores ($\eta_p^2 = 0.09$). Due to the significant interaction effects observed in all three analyses, the interpretation of the main effect of each factor in this series of ANOVAs has been omitted. The findings suggest that psychoeducation exerted a medium-sized effect on perceived family burden as demonstrated by significant decreases in objective, subjective and total burden scores at follow-up for caregivers who had received intervention whereas there was no corresponding decrease in the scores of caregivers comprising the control group.

Baseline and follow-up PANSS scores of the patients in the intervention and control groups are summarised in Table 3 and illustrated in Figure 2. Table 3 also presents the results of a second series of mixed ANOVAs conducted to investigate the effect of psychoeducation on the PANSS *positive*, *negative*, *general psychopathology* subscale scores and *total* scores. See Figure 3.

TABLE 2
Sociodemographic Features of Caregivers in the Intervention and Control Groups

Sociodemographic Features of Caregivers	Intervention group			Control group			<i>p</i>
	Min./Max.	$\bar{X}$	<i>SD</i>	Min./Max.	$\bar{X}$	<i>SD</i>	
Age	Min. : 22 Max. : 65	45.6	±11.50	Min. : 25 Max. : 75	51.6	±12.7	0.063
Length of caregiving for this patient (years)	Min. : 4 Max. : 39	13.4	±10.40	Min. : 0 Max. : 36	13.3	±8.9	0.958
Daily time devoted to this patient (hours)	Min. : 0 Max. : 24	6.2	±4.70	Min. : 0 Max. : 12	4.4	±3.5	0.112
Daily time devoted to themselves (hours)	Min. : 0 Max. : 3	1.2	±1.03	Min. : 0 Max. : 7	2	±1.7	0.035
Sex	N		%	n		%	
Female	25		83.3	13		43.3	0.001
Male	5		16.7	17		56.7	
Educational Level							
Primary or less	14		46.7	15		50.0	0.980
Middle or High School	13		43.3	11		36.7	
University or higher	3		10.0	4		13.3	
Working Status							
Not working	23		76.7	15		50.0	0.032
Working	7		23.3	15		50.0	
Income Status							
Income less than expenditure	16		53.3	13		43.3	0.486
Income and expenditure equal	14		46.7	16		53.3	
Income greater than expenditure	0		0	1		3.3	
Relationship to Patient							
Mother	11		36.7	7		23.3	0.323
Father	4		13.3	11		36.7	
Sibling	4		13.3	4		13.3	
Spouse	6		20.0	4		13.3	
Other	5		16.7	4		13.3	
Diagnosed with a Chronic Disease							
Yes	8		26.7	8		26.7	1.000
No	22		73.3	22		73.3	
Caregiver Receives Support For Care							
Yes	13		43.3	15		50.0	0.605
No	17		56.7	15		50.0	
Changes in Relationship With Patient After Education							
Did not receive education	0		0	30		100.0	0.000
Negative	0		0	0		0	
Positive	20		66.7	0		0	
No change	10		33.3	0		0	

These ANOVAs reveal significant interaction effects of *time* and *group* factors on positive ($\eta_p^2 = 0.57$), negative ($\eta_p^2 = 0.50$), general psychopathology ($\eta_p^2 = 0.59$), and total ($\eta_p^2 = 0.64$) PANSS scores. Taking into account Cohen's eta square standard of 0.14 for large effect size, the interaction effects observed in all these analyses are large. These findings suggest that intervention exerted a huge effect on the clinical condi-

tions of patients whose caregivers had received standardised intervention.

DISCUSSION

The most important findings of the present study were that psychoeducation given to caregivers of people with a

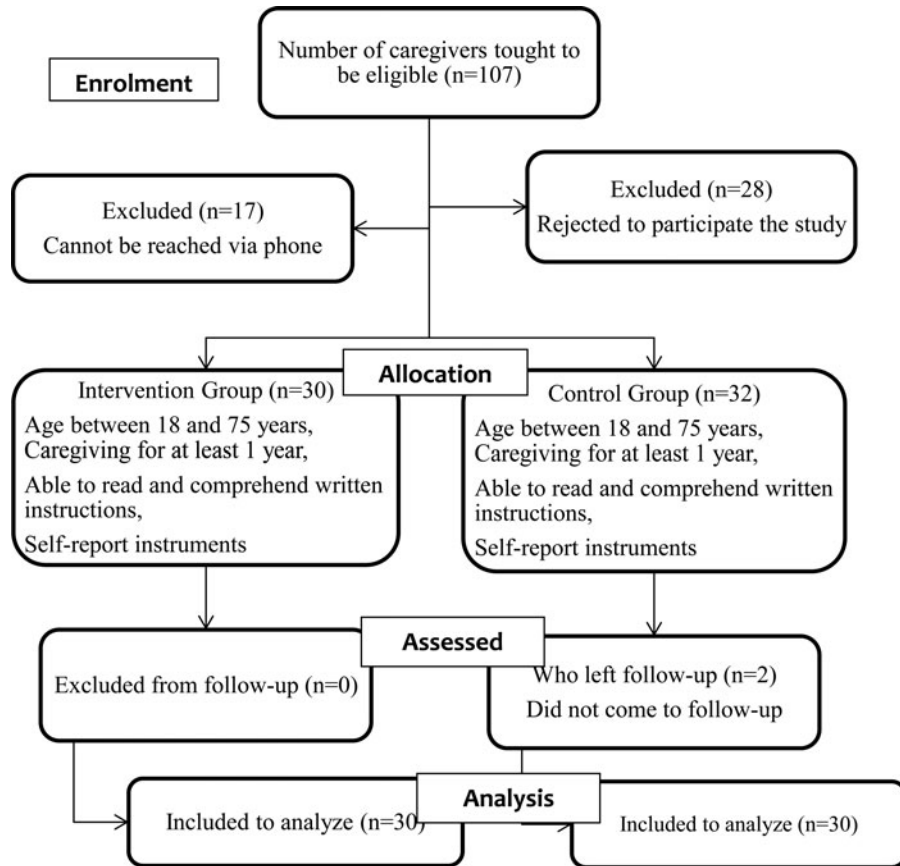


FIGURE 1. Flow diagram of caregivers in the intervention and control.

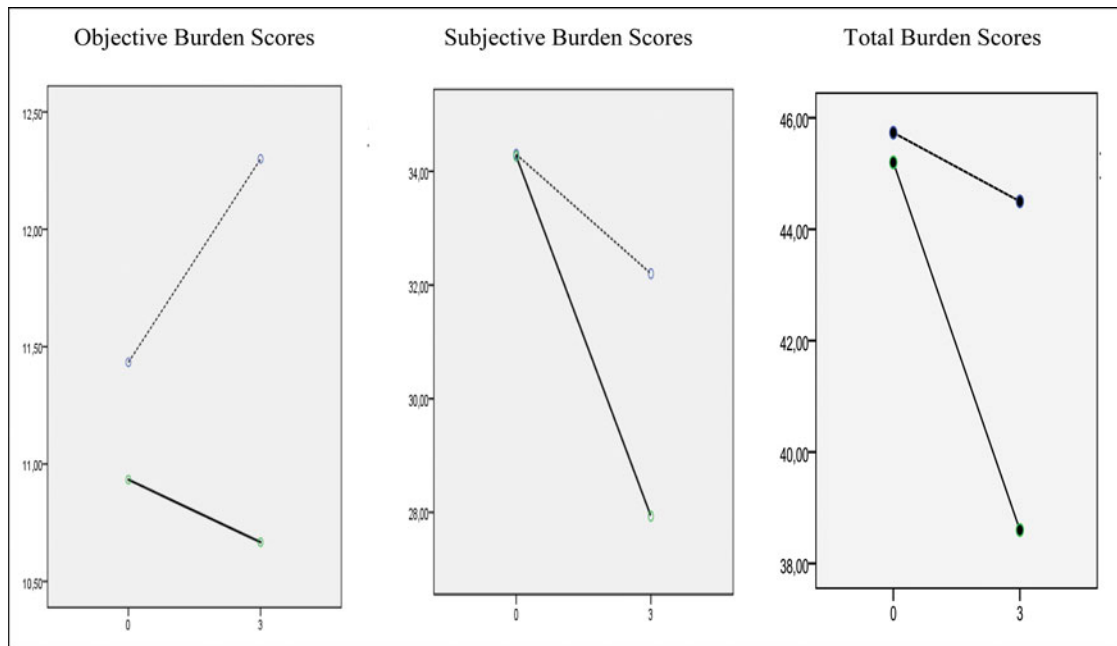


FIGURE 2. Alterations in the Perceived Family Burden Scale (PFBS) scores of the caregivers in the intervention group (solid line) and control group (dashed line) between baseline (0) and 3-month follow-up (3).

TABLE 3

Baseline and Follow-Up PFBS Scores of Caregivers and PANSS Scores of Patients in Intervention and Control Groups (Mixed ANOVA)

Dependent Variable	Control group			Intervention group			Mixed two-way ANOVA			
	<i>x</i>	<i>SD</i>	Range	<i>x</i>	<i>SD</i>	Range	Effects	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta square
PFBS objective burden score							Interaction	$F_{1,58} = 5.24$	$p < 0.05$	$\eta_p^2 = 0.08$
Baseline	11.43	4.13	20 (2–22)	10.93	5.19	20 (0–20)	Group main	$F_{1,58} = 0.76$	$p = 0.39$	$\eta_p^2 = 0.01$
Follow-Up	12.30	4.26	21 (2–23)	10.66	5.57	22 (0–22)	Time main	$F_{1,58} = 1.47$	$p > 0.23$	$\eta_p^2 = 0.03$
PFBS subjective burden score							Interaction	$F_{1,58} = 5.35$	$p < 0.05$	$\eta_p^2 = 0.08$
Baseline	34.30	14.12	70 (6–76)	34.22	17.29	64 (0–64)	Group main	$F_{1,58} = 0.33$	$p > 0.57$	$\eta_p^2 = 0.006$
Follow-Up	32.20	12.49	62 (6–68)	27.90	15.94	64 (0–64)	Time main	$F_{1,58} = 21.22$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.27$
PFBS total burden score							Interaction	$F_{1,58} = 5.59$	$p < 0.05$	$\eta_p^2 = 0.09$
Baseline	45.73	± 17.89	87 (8–95)	45.20	22.33	84 (0–84)	Group main	$F_{1,58} = 0.42$	$p = 0.51$	$\eta_p^2 = 0.007$
Follow-Up	44.50	± 16.47	80 (8–88)	38.60	21.36	85 (0–85)	Time main	$F_{1,58} = 11.92$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.17$
PANSS positive score							Interaction	$F_{1,58} = 77.67$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.57$
Baseline	15.00	± 4.73	21 (7–28)	17.90	5.77	22 (7–29)	Group main	$F_{1,58} = 0.25$	$p = 0.88$	$\eta_p^2 = .000$
Follow-Up	14.60	± 4.73	21 (7–28)	12.10	3.12	13 (7–20)	Time main	$F_{1,58} = 97.64$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.63$
PANSS negative score							Interaction	$F_{1,58} = 58.53$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.50$
Baseline	18.30	± 3.47	39 (7–46)	19.10	7.26	32 (9–41)	Group main	$F_{1,58} = 1.43$	$p = 0.237$	$\eta_p^2 = .024$
Follow-Up	18.00	± 7.90	36 (7–43)	13.00	8.33	15 (8–23)	Time main	$F_{1,58} = 71.19$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = .55$
PANSS general psy-chopathology score							Interaction	$F_{1,58} = 82.53$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.59$
Baseline	35.56	± 9.31	46 (16–62)	35.53	8.29	36 (23–59)	Group main	$F_{1,58} = 2.83$	$p = 0.098$	$\eta_p^2 = 0.05$
Follow-Up	35.16	± 9.08	45 (16–61)	28.26	5.06	22 (21–43)	Time main	$F_{1,58} = 02.88$	$p = 0.001$	$\eta_p^2 = 0.64$
PANSS total score							Interaction	$F_{1,58} = 04.78$	$p < 0.001$	$\eta_p^2 = 0.64$
Baseline	68.90	± 19.84	100 (32–132)	72.60	18.21	73 (47–120)	Group main	$F_{1,58} = 1.53$	$p = 0.220$	$\eta_p^2 = 0.03$
Follow-Up	67.86	± 19.21	95 (32–127)	53.30	9.48	39 (40–79)	Time main	$F_{1,58} = 29.93$	$p = 0.001$	$\eta_p^2 = 0.69$

diagnosis of schizophrenia resulted in not only reduced perception of burden by the caregiving families, but also relatively improved the clinical condition of the patients receiving their care. Despite all patients in both the intervention and control groups continuing to receive TAU consisting mostly of antipsychotic drug regimens, the effect of psychoeducation on symptomatology of patients was much more striking compared to that on burden of the caregivers. Similarly, in their study in Switzerland, Berglund et al. (2003) reported that in the group given psychoeducation, the burden of caregivers was significantly reduced and likelihood of relapse also decreased. In a randomized controlled study conducted in China, Chien, Chan, and Thompson (2006) reported a greater reduction in family

burden in those families who participated in support groups, compared to the other two groups. At the end of a 12 month follow-up period of this study, Chien et al. (2007) observed better family and individual functionality and lower perceptions of burden in the psychoeducation group. A previous study carried out in Turkey without a control group found that mean burden scores of caregivers were lower after education than before (Tanriverdi, 2008). In a study reported from Pakistan, researchers administered psychotropic medication to two groups, but gave only one of these groups psychoeducation. Following the education, there was a significant change in family burden scores in the group who had been given the education (Nasr & Kausar, 2009). In their randomized controlled study

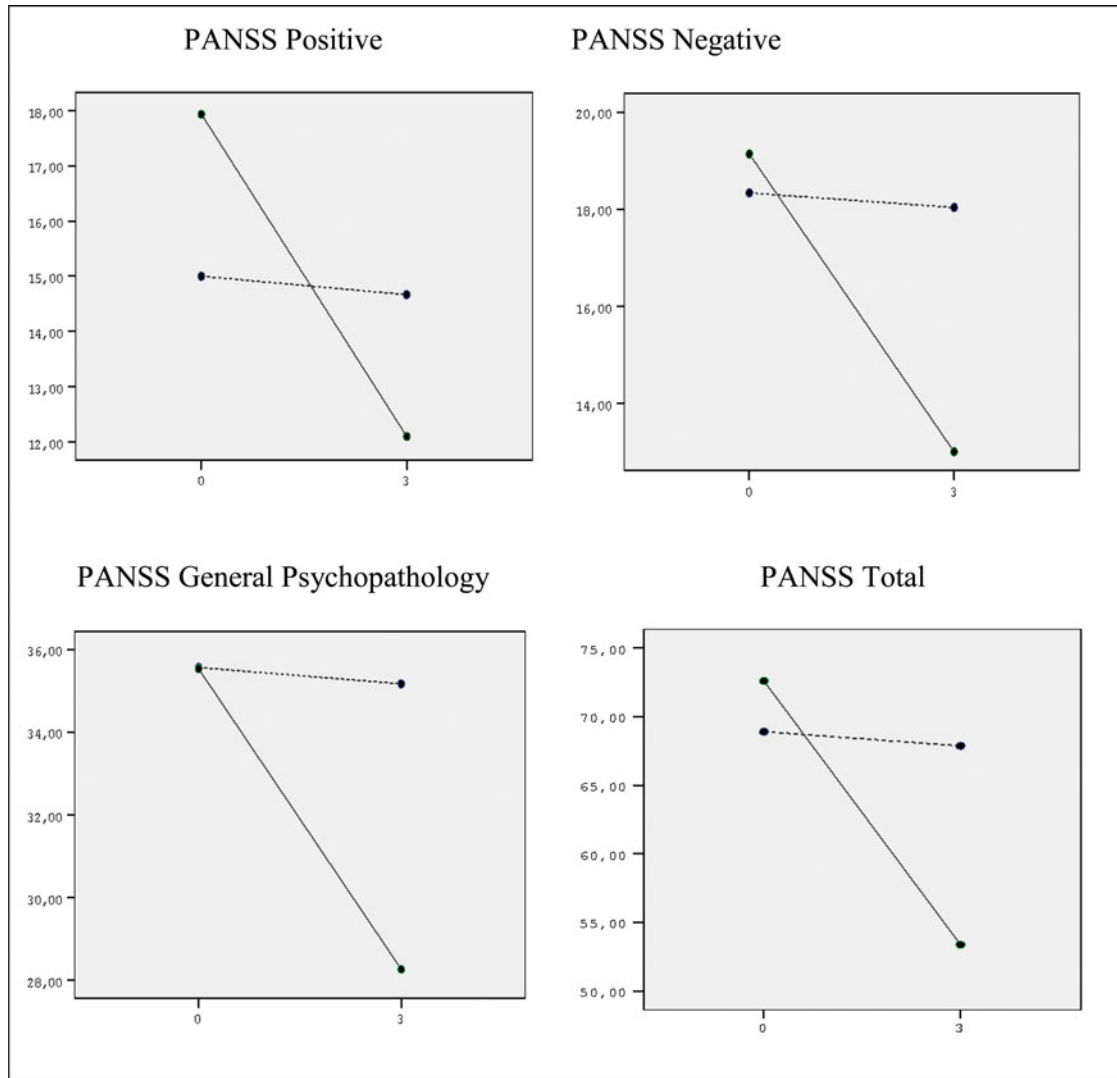


FIGURE 3. Alterations in the PANSS scores of schizophrenic patients cared for by either the intervention group (solid line) or control group (dashed line) between baseline (0) and 3-month follow-up (3).

conducted in Iran, Navidian et al. (2012) gave psychoeducation to the caregivers of patients with schizophrenia and mood disorders and found that psychoeducation had the effect of reducing burden for both groups. In another study in Iran by Sharif et al. (2012) the study and control groups were randomly determined and the family burden scale was administered to the study group before education, after education and one month after education. As a result, it was found that education reduced burden, and the necessity of psychoeducation was emphasised. Although the efficacy of these interventions has been confirmed, these strategies are not applied in clinical practice in Turkey to people with psychotic disorders including schizophrenia. After the psychoeducation, decreases in symptoms of patients were observed during the time as a result of routine care they received.

In many studies to date, the effects of psychosocial treatments given to people with a diagnosis of schizophrenia on clinical symptomatology have been examined, and positive findings have been reported (Aguglia, Pascolo-Fabrizi, Bertossi, & Bassi, 2007; Bark, Revheim, & Huq, 2003; Deveci, Danaci, Yurtsever, Deniz, & Gürlek-Yüksel, 2008; Goldman & Quinn, 1988; Yıldız et al., 2002; Yıldız, Tural, Kurdoglu, & Önder, 2003). However, there have been few studies examining the effects on patient symptomatology of psychosocial interventions directed at caregivers. In a previous study conducted at our clinic, psychoeducation given to caregivers was found to have a significant effect on PANSS scores of patients (Arslantas, Sevinçok, Uygur, Balci, & Adana, 2009). However, when the power of the effect in this study was analysed retrospectively, it was found to be low. Similarly, in their studies on a short eight-session

psychoeducation programme conducted with people with a diagnosis of schizophrenia and their relatives, Merinder et al. (1999) found that the programme was effective in increasing levels of knowledge about the illness and satisfaction with the health service provided, but did not have a sufficient effect in areas such as relapse, compliance with medication, psychopathology, insight, and psychosocial functionality. On the other hand, Kulhara, Chakrabarti, Avasthi, Sharma, and Sharma (2009) found that after giving psychoeducation to the caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia, there was a decrease in the monthly PANSS scores of patients on the positive, negative, and general psychopathology subscales in both the study and control groups compared to their baseline scores; however, an examination of the ANOVA of the repeated measurements revealed that, in accordance with the results of the present study, there were very large reductions in scores on the positive, negative and general psychopathology PANSS subscales among patients whose caregivers had received the structured education.

The results of the present study converge with some previous research findings (Kulhara et al., 2009), but not with others (Arslantas et al., 2009; Merinder et al., 1999). Despite the fact that the psychoeducation given to caregivers in the present study was not directly aimed at improving the active symptomatology of the patients, the information given to caregivers about the nature of the illness, the effects and side effects of medication, symptoms which may signal a relapse, and alternative ways of coping with stubborn symptoms might have led to an increase in caregivers ensuring that patients comply with treatment. Psychoeducation also enables caregivers to cope with the symptoms related to a mental disorder, thereby making a positive contribution to the clinical course indicators of patients. It also enhances the likelihood of regular monitoring of patients.

It can be seen that patients in the intervention and control groups in the present study were similar in terms of sociodemographic characteristics. The reason for this is that attention was paid to these sociodemographic characteristics when assigning patients to the intervention or control group. Considering the fact that sociodemographic characteristics of patients have an effect on the burden of their caregivers, the similarity of patients in terms of these characteristics is an important issue with regards to the reliability of this study.

In the same way, it can be seen that caregivers in the intervention and control groups had similar sociodemographic characteristics, apart from sex, working status and daily time devoted to themselves. This can be explained by the fact that when creating the matched groups, age, educational level and length of illness were taken into account, as these were variables thought to affect burden of care. It was thought that matching the groups on too many variables would result in an insufficient number of caregivers in each group, so the characteristics of sex, working status and daily time devoted to themselves were not taken into account when creating the groups. Initially, it was thought that the results of the study may have arisen from these

differences. However, in the literature, it can be seen that the majority of caregivers in both groups have been women who were not working (Arslantas & Adana, 2012; Awad & Voruganti, 2008; Barusch & Spaid, 1989; Chou, 2000; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, & Kavanagh, 2005; Gülseren et al., 2010; Nasr & Kausar, 2009; Ukpong, 2012). According to research, giving care to a chronic patient at home may be a reason for caregivers leaving work at a young age (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009; Larsen, 1998; Magliano et al., 2002; Ohaeri, 2001).

The present study has revealed that three months after psychoeducation, there were reductions in the PFBS objective, subjective, and total burden scores of caregivers who participated in the education and in the PANSS negative, positive, general psychopathology, and total scores of patients receiving their care.

Limitations

The present study has some limitations. These limitations are that the study was conducted with patients who could be reached between certain dates, it was carried out in a single location, the measurements were taken by the researcher who gave the education, numbers were insufficient to represent the entire population, and that only caregivers considered to be first degree relatives and not other family members were included in the study.

We believe that this kind of education may help with the coping capacity of the caregivers by actively involving them and helping them to better understand the nature of schizophrenia and the required care. Thus, the programme would have a life-long effect in families taking care of a person with schizophrenia. With the current mechanism in our country, the effectiveness of group psychoeducation on clinical course of patients and reducing the level of family burden is not yet fully understood. Improving knowledge regarding the disease and changes in attitudes and subsequent changes in behaviours of the caregivers may all cause this reduction. Assessing these changes may provide deeper insight into the mechanism of burden reduction. This can direct psychoeducational programmes to focus more on the better targeted and designed interventions. We suggest facilitating access to such programmes in psychiatric centres and clinics and to merge this intervention into the routine treatment strategies for caregivers with schizophrenia. The topics discussed in eight sessions of this trial can be discussed more deeply if the time and number of sessions increase.

Our study is somewhat different from previous studies in this area. We used PFBS to evaluate the family burden and its improvement after psychoeducational intervention that has not been used in most similar previous studies. Our results highlight the positive effects of family psychoeducation on improvement of family burden of patients with schizophrenia to better cope with the illness and retain family relationships, and perform

daily activities and entertainments. Future studies are warranted to assess long-term effects of group psychoeducational intervention on clinical and health-related outcomes in patients and their caregivers and cost-effectiveness of such interventions in Turkish centres.

CONCLUSIONS

Our findings highlight the fact that a 1-month group psychoeducational programme is beneficial for reducing the family burden. Furthermore, psychoeducation given to care givers caused striking decreases in PANSS scores of the patients. Almost all caregivers receiving psychoeducational intervention did not suffer from a severe family burden any more. Because enhanced nonorganic interventions such as group psychoeducational programmes can be beneficial for patients and caregivers, providing facilities to integrate such programmes in clinical practice can be a good strategy for reducing the stress of families with a patient with schizophrenia.

RELEVANCE FOR CLINICAL PRACTICE

This study demonstrates that psychoeducation given to caregivers not only diminishes perceived burden on the family members, but also improves the clinical course of the care receiving patients diagnosed with schizophrenia.

Psychoeducational interventions may initially seem 'off putting' for the person with schizophrenia or for their caregivers, but it can reduce relapse, readmission and encourage medication compliance, as well as reduce the length of hospital stay. Therefore psychoeducation must be integrated into routine clinical practice. The reduction in relapse can help the patient to overcome the disability which the disorder had brought. In addition, the more the repetitive hospitalizations diminish, the more the cost for individuals, institutions and the country will decrease.

In the aftermath of deinstitutionalization, the need for supportive education of relatives or caregivers is clear. The family members are able to support their mentally ill relatives only if their needs for information, practical advice, and support are met. Therefore, psychoeducation should be offered to both patients diagnosed with schizophrenia and their caregivers as a matter of routine, and policymakers need to take these findings into account when planning services.

ACKNOWLEDGEMENTS

We gratefully acknowledge the contribution of the Adnan Menderes University Psychiatry Outpatient Clinic and all patients and their relatives who participated in our study.

Declaration of Interest: The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the article.

FUNDING

This study was supported within the scope of the Adnan Menderes University Scientific Research Project with project code ASYO-12006, Aydın, Turkey and the authors express their thanks.

REFERENCES

- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 7.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision.). Washington, DC: APA.
- Arslantas, H., & Adana, F. (2011). The burden of schizophrenia on caregivers. *Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 251–277.
- Arslantas, H., & Adana, F. (2012). Caregivers' burden and level of emotional expression and related factors in members of the families with schizophrenic patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(1), 8–15.
- Arslantas, H., Adana, F., Dereboy, I.F., Altinyazar, V., Inal, S., Ildirli, G.S., & Kirci, C. (2011). A Study on validity and reliability of the Turkish version of the perceived family burden scale. *Archives of Neuropsychiatry*, 48, 53–58.
- Arslantas, H., Sevincok, L., Uygur, B., Balci, V., & Adana, F. (2009). The effect of psychoeducation for caregivers of schizophrenic patients on prognosis of patients and expressed emotion levels of caregivers. *Meandros Medical and Dental Journal*, 10(2), 3–10.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmaco Economics*, 26(2), 149–162.
- Bark, N., Revheim, N., & Huq, F. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(3), 229–235.
- Barusch, A. S., & Spaid, W. M. (1989). Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? *Gerontologist*, 29(5), 667–676.
- Berglund, N., Vahlne, J. O., & Edman, A. (2003). Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(3), 116–121.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140–153.
- Bromet, E. J., & Fennig, S. (1999). Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46(7), 871–881.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Quality & Life Outcomes*, 7, 84.
- Chan, S. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339–349.
- Chien, W. T., Chan, W. C. S., & Thompson, D. R. (2006). Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 41–49.
- Chien, W. T., & Norman, I. (2003). Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 490–498.
- Chien, W. T., Phill, M., & Wong, K. (2007). A Family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 58(7), 1003–1006.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398–407.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2th ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cuijpers, P. (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8(3), 275–285.

- Deveci, A., Danaci, A. E., Yurtsever, F., Deniz, F., & Gürlek-Yüksel, E. (2008). The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 266–273.
- Glanville, D., & Dixon, L. (2005). Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(1), 15–22.
- Goldman, C. R., & Quinn, F. L. (1988). Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(3), 282–286.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899–904.
- Gülseren, L., Cam, B., Karakoc, B., Yigit, T., Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., ... Mete, L. (2010). The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 21(3), 203–212.
- Higgins, A. (2008). A Recovery approach within the Irish mental health services: A framework for development. Dublin, Ireland: Mental Health Commission.
- Higgins, A., & McBenett, P. (2007). The petals of recovery in a mental health context. *British Journal of Nursing*, 16(14), 852–856.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–75.
- Koolae, A. K., & Etemadi, A. (2010). The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 634–646.
- Kostakoglu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., & Göğüs, A. (1999). Validity and reliability of positive and negative symptoms scale Turkish version. *Turkish Journal of Psychology*, 14, 23–32.
- Kritzing, J., Swartz, L., Mall, S., & Asmal, L. (2011). Family therapy for schizophrenia in the South African context: Challenges and pathways to implementation. *South African Journal of Psychology*, 41(2), 140–146.
- Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, A., & Sharma, S. (2009). Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(6), 472–483.
- Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 19(1), 62–74.
- Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36, 26–32.
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Estchel, E., & Engel, R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 231–238.
- Levene, J. E., Lancee, W. J., & Seeman, M. V. (1996). The perceived family burden scale: Measurement and validation. *Schizophrenia Research*, 22(2), 151–157.
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416–428.
- Magliano, L., & Fiorillo, A. A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(1), 22–34.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., & Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1784–1791.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 291–298.
- Merinder, L. B., Viuff, A. G., Laugesen, H. D., Clemmensen, K., Misfelt, S., & Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: A randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287–294.
- Murray-Swank, A. B., & Dixon, L. (2004). Family Psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectrums*, 9, 905–912.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8, 17.
- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes*, 5, 399.
- Ohaeri, J. U. (2001). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 86–93.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9–22.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A metaanalysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73–92.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioural Sciences, Clinical Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Shanley, E., & Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 734–743.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12, 48.
- Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: A mixed-method systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), 1145–1162.
- Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Mental Health Journal*, 41, 757–774.
- Tanriverdi, D. (2008). The effect on care burdens of psychoeducation given for caregivers of patients with schizophrenia. Doctorate Thesis. Health Sciences Institute, Mental Health and Psychiatric Nursing. Erzurum, Turkey: Atatürk University.
- Ukpong, D. (2012). Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: The role of positive and negative symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(1), 40–45.
- Yildiz, M., Tural, Ü., Kurdoglu, S., & Önder, M. E. (2003). An experience of a clubhouse run by families and volunteers for schizophrenia rehabilitation. *Turkish Journal of Psychiatry*, 14(4), 281–287.
- Yildiz, M., Yazici, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen, G., Ekmekci, H., ... Eryildiz, M. (2002). Social skills training in psychosocial therapy of schizophrenia: A multicenter study for symptom management and medication management modules. *Turkish Journal of Psychiatry*, 13(1), 41–47.

The Influence of Psikoedukasi on Stress Management in Improving Self Efficacy and Coping Mechanism of Families in Caring for ODGJ Patient (Schizophrenia) at Public Health Center of Balowerti Kediri Regency

Eka Lutfiatus Solehah¹, Byba Melda Suhita², Yuly Peristiowati²

¹Magister of Health Study Program, STIKes Surya Mitra Husada Kediri

²Lecturer of STIKes Surya Mitra Husada Kediri

Email: ekasoleha2018@gmail.com

Received 21 February 2019; Accepted 21 February 2019; Published 22 May 2019

ABSTRACT

Families need to have the attitude of accepting patients, give a positive response, appreciate the patient as family members and foster an attitude of responsibility to the patient, so the balance of life in the family may occur. The existence of the soul in the family of disorders affecting the function of the family. Families that work well will be able to provide care on a family member with good and vice versa. Research objectives to analyzed the influence of psikoedukasi on stress management in improving self efficacy and mechanism of ODGJ in caring for families koping (Schizophrenia). Design research is to take the pretest-posttest alphabets experiment pre design. The research of the variable Psikoedukasi as the independent variable and self efficacy and mechanism of the dependent variables as koping. The population of the study were al of ODGJ patient Public Health Center of Balowerti Kediri Regency by as much as 46 patients. Samples taken by random sampling technique as much as 41 respondents. Data collected by questionnaire instrument and processed by using coding, editing, tabulating and scoring as well as tested with paired t test statistics. Paired t test test results showed a psycho educational influence on self efficacy and mechanism of koping family in taking care of patients with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics, indicated by the value of the second variable significance are $0.000 < 0.05$ so that H1 is accepted means there is the influence of the psycho education towards self efficacy and mechanism of koping in families with schizophrenia in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency. Granting psikoedukasi of stress management can assist families in determining the right strategy koping to adapt to that form, where families can adapt well to situations that occur when caring for schizophrenia patients.

Keywords: Psikoeducation, self efficacy, koping mechanism, family, skizofrenia

Copyright © 2019 STIKes Surya Mitra Husada

All right reserved.



This is an open-acces article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

INTRODUCTION

Mental health is still a serious problem in Indonesia and these problems are likely to continue to increase, so that the necessary action and countermeasures of comprehensive and continuous. Philosophy, mission and characteristics of mental health nursing Service refers to the paradigm of

nursing about phenomenal Central the man, the environment, health and nursing for mental health nursing can provide a holistic, comprehensive and continuous improvement. Mental health is part of overall health, not just free from the distractions of the soul, but the fulfillment of needs a feeling of happy, healthy, and able to handle life's challenges. Medically, mental health was translated as a condition that allows the development of physical, intellectual, and emotional are optimal from a person. The development goes in harmony with the circumstances of others (Febriani, 2008 within the Son, 2015).

Disorder of schizophrenia is a chronic mental disorder where the sufferer often have relapse “ or "relaps. According to what (2000), sufferers have ideas that are illogical, erroneous perceptions, a chaotic motor activity, emotions that are not reasonable or blunt, withdrew from the interpersonalnya relation, as well as having his own so sufferers lose contact with reality and his life is not in accordance with the demands of real life in the community. Signs of such behaviour is often referred to by the layman as "crazy “ or people are not sane “. The stigma that keeps the majority of the community think that the sufferer "dangerous “ and may threaten the safety of the people around them, so it appears the treatment-discrimination to them, such as exclusion, not given the role at home, given the violence, etc. (Wijaya, 2014).

Discriminatory treatment given to sufferers of the disease also affects the sufferer's recovery process. The recovery process in Indonesia apat schizophrenic is said to be still worse. The handling process take a long time and is long, ranging from care at hospitals, dispensing, to social support from family and society (Taufik, 2013). Handling is multifaktor, meaning that any handling of the intertwined and can not walk respectively. For example, a patient who already get the medication properly, get a good treatment process in hospital, but if you don't get support from your family and the environment then the patient could be back relaps. Therefore, for the recovery of the patient's condition is not only necessary but also drugs needed support from family or the environment (Originally,2014).

According to the World Health Organization (WHO) (2016), Indonesia was ranked the 4th largest population in the world. And sufferers of the disorder in Iondonesia which is about 26 million people, ranging from mild to severe psychiatric. Sufferers of the disorder in Java increase drastically in the year 2016. Ironically, most sufferers are those who are productive. Based on data from Dinsos Jatim, sufferers of the disorder in East Java in the year 2016 reached 2,369 people. That number rose by 750 people than in 2015 and then that only 1,619 people sufferers. Preliminary results of a study conducted in the region of clinics Balowerti Kediri against 6 ODGJ with the patient's family obtained the data 4 families feel burdened and embarrassed in the care of family members who have experienced psychiatric, while 2 families receive their natural circumstances of the moment and let go with what happened. In the implementation of educational programs of patient care ODGJ still not there are families who receive education with good enough about ODGJ care.

Keliat (2011) identified the cause of the recurrence factor is knowledge, attitudes, and actions of the family in caring for psychiatric patients. Families need to have the attitude of accepting patients, give a positive response, appreciate the patient as family members and foster an attitude of responsibility to the patient, so the balance of life in the family may occur. The existence of the soul in the family of disorders affecting the function of the family. Families that work well will be able to provide care on a family member with good and vice versa. Besides the confidence families (Self Efficay) will make the family capable of performing maintenance on paizen ODGJ well. Self efficacy is a strong predictor for change as well as to maintain behavior, if self efficacy are good, then the family had the ability to take care of anyway. Common constraints faced by the families of schizophrenic is the difficulty of access to mental care, medical costs are expensive, and the lack of dissemination of basic information (Taufik, 2013). The cost of the care and treatment that is costly already trying the Government attempted with the giving of the treatment free of charge. However, the constraints of the lack of basic information about a mental disorder itself still haven't gotten serious attention when in fact this information is very important to help families understand the sufferer of schizophrenia disorder suffered by asien. The granting of such basic information is called psikoedukasi (the Wijaya, 2014).

Udeniable family crisis and will also be undergoing pressure when noticed that one member of his family suffer from disorders of the soul. This pressure will be a source of stress for the paraanggota in the family. Meanwhile, for families who are vulnerable to stress, surely it will interfere

with their role as system support that resulted in the more stable disorders sufferers not a soul in the healing process (Kristyanti & Rosalina, 2009). To cope with stress, then the family has a specific way to lose stressor and regulate the situation in addressing the stressor is known by the term mechanism coping (son, 2015). One effort that can be done to reduce the stress experienced by families in the care of patients with disorders of the soul among others with family stress management psikoedukasi therapy in patients with disorders of the soul.

Psikoedukasi family is the giving of information or knowledge on the family about the disease suffered by family members with the aim to reduce the tendency to relapse and reduce the influence of the ailment in the Member the other family (Townsend, 2009). In the application psikoedukasi much given to patients with psychiatric disorders including family members and the interested parties to take care of these patients (Lukens & Mcfarlane, 2004). Based on the evidence-based psikoedukasi family practice is a therapy that is used to provide information on the family to improve their skills in taking care of their family members who have experienced psychiatric, so expect the family will have a positive coping against stress and load hers. Other opinion explains that the psikoedukasi family is the grant education to someone that supports treatment and rehabilitation (Goldenberg, 2004).

Based on the explanation on the background above, researchers interested in conducting research with the title the influence of psikoedukasi on stress management in improving self efficacy and mechanism of ODGJ in caring for families coping (Schizophrenia).

MATERIALS AND METHODS

Design research is to take the pretest-posttest alphabets experiment pre design. The research of the variable Psikoedukasi as the independent variable and self efficacy and mechanism of the dependent variables as coping. The population of the study were al of ODGJ patient Public Health Center of Balowerti Kediri Regency by as much as 46 patients. Samples taken by random sampling technique as much as 41 respondents. Data collected by questionnaire instrument and processed by using coding, editing, tabulating and scoring as well as tested with paired t test statistics.

Data analysis in this research are as follows:

1) *Self Efficacy Value*

Measurement of self efficacy using with alternative answers using the Likert scale. As for the assessment are given as follows:

<i>Favorabel</i>		<i>Unfavorable</i>	
Very Sure	: 4	Very Sure	: 1
Sure	: 3	Sure	: 2
Enough Sure	: 2	Enough Sure	: 3
Not Sure	: 1	Not Sure	: 4

2) *Penilaian Mekanisme Koping*

The measurement mechanism coping using assessment as follows:

<i>Favorabel</i>		<i>Unfavorable</i>	
Very Agree	: 4	Very Agree	: 1
Agree	: 3	Agree	: 2
Disagree	: 2	Disagree	: 3
Very Disagree	: 1	Very Disagree	: 4

RESULTS

1. Analisis Data With Paired T Test

Table 4.1 The results of the analysis of the Paired T test the influence of Psycho Education towards Self Efficacy and mechanism of koping family with skizofrenia patient in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency in October 2018 (n = 41)

Group	Mean	SD	P value	CI 95%	
				Lower	Upper
Efikasi Pre dan Postest	0,488	0,506	0,000	0,648	0,328
Coping mechanism pre dan postest	0,512	0,506	0,000	0,672	0,352

Based on the results in table 4.1 shows that paired t test test results showed a psycho educational influence on self efficacy and mechanism of koping family in taking care of patients with schizophrenia in the Kediri Regency Balowerti Clinics indicated by the value of the second variable significance 0.05 i.e. $0.000 < 0.05$ so that H1 is accepted means there is the influence of the psycho education towards Self Efficacy and mechanism of koping family with skizofrenia patient in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency.

2. Multivariat Analysis

1) Partially Analysis

Tabel 4.2 Logistic Regretion by partially analysis of influence Psycho Education towards Self Efficacy and mechanism of koping family in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency in October 2018 (n = 41)

Group	B	S.E	Wald	df	Sig	EXp (B)
Efikasi	1.892	.566	11.154	1	.001	6.630
Mekanisme Koping	2.105	.580	13.186	1	.000	8.209

Based on the results in table 4.2 shows that psycho education affect both partially variable of self efficacy and mechanism of koping where indicated by the value of the wald on self efficacy of 11,154 with 0.001 and significance on the mechanism koping value wald of 13,186 with significance of 0.000. The results of this research show that partially or alone – own psikoedukasi can affect each variable because the value significance < 0.05 .

2) Simultaneously Analysis

Tabel 4.3 Logistic Regretion by simultaneously analysis of influence Psycho Education towards Self Efficacy and mechanism of koping family in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency in October 2018 (n = 41)

Classification Table				
Kelompok	Kelompok		Percentage Correct	
	Pretest	Postest		
	Pretest	Postest		
	Pretest	36	5	87.8
	Postest	14	27	65.9
Overall Percentage				76.8

Based on the results in table 4.3 indicates that psycho education affects simultaneously both the variable self efficacy and mechanism of koping where indicated by the value of the overall

percentage of 76.8 meaning that psikoedukasi can affect the second variable of 76.8%. The results of this research show that simultaneously or simulta psikoedukasi can affect both variables self efficacy and mechanism of koping.

DISCUSSION

A. Identify self efficacy in treating family ODGJ (Schizophrenia) in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency

Based on the results of research on self efficacy suggests that before the given psikoedukasi on schizophrenic family mostly have low self efficacy in treating sufferers as much as 29 respondents (70.7%) and after given the majority of psikoedukasi have high self efficacy as much as 32 respondents (78%). The results of this research show that the awarding of the psikoedukasi family in taking care of patients of schizophrenia affects self efficacy families become better than prior to the given psikoedukasi.

Results of Lyanovitasari research (2017) supportive group therapy influence the title against load and koping mechanism of the family in caring for patients data research results obtained by schizophrenia there is a difference between the load and the mechanism before the koping supportive therapy and after treatment (p value = 0.000). There is a difference between the control group load before and after health education (p value = 0,010), but there is no difference between the koping mechanisms before and after health education (p value = 0,225). There is a significant difference on the load (p value = 0.002) and koping mechanism (p value = 0.001) between the intervention and control groups after the given supportive therapy. The PROVINCIAL HOSPITAL Dr. Rehatta is expected to facilitate the establishment of the existence of a peer support group in the family at the poli family mental health so that the soul can be achieved.

Physiological State and Emotional Arousal (a State of physiological and psychological), namely the emotional condition of stressful situations. Emotional turmoil, a profound unease, and a weak physiological circumstances experienced by individuals will be perceived as a cue will occur unwanted events. Anxiety and stress that occurs in a person while performing a task is often interpreted as a failure. In General, a person will tend to expect success in conditions that are not colored by tension and not feel any complaints or other somatic disorders. Therefore, self efficacy are usually characterized by low levels of stress and anxiety. In contrast, low self efficacy was marked by anxiety and stress level higher (Bandura, in Yayan, 2013).

The results showed that before the given psycho education many families who experience low self efficacy because the family felt burdened in caring for their family members who experience schizophrenia disorder or disturbance of jiwa. The existence of a less family-owned knowledge in treating patients with schizophrenia cause families to feel heavy and uncomfortable in the perawatan menjalankan, let alone supported the existence of the stigma of the society towards patients with disorders of the soul becomes a burden for the family. Besides it also needs care and daily necessities that may sometimes be difficult to be filled due to the process of care of patients with disorders of the soul takes time which is not for a bit.

Based on the table regarding the relationship between self efficacy before given psycho therapy stress management education regarding the characteristics of respondents obtained data from 26 respondents aged 36-45 years mostly have low self efficacy as many as 17 respondents (65.4%) and on respondents aged 26-35 years half of it has low self efficacy and half of them also have high self efficacy. Based on table 4.6 describes the relationship between self efficacy after the therapy given psycho education regarding stress management with characteristics of respondents obtained data from 26 respondents aged 36-45 years mostly have a self high efficacy as much as 21 respondents (80.8%) and on 2 respondents aged 26-35 years entirely to have a high self efficacy. According to research Yayan (2013) States one of the factors that influence self efficacy is age. Self efficacy is formed through a process of social learning that can take place during their life. Older individuals tend to have a span of time and more experience in overcoming a thing that happened when compared to younger individuals, who may still have little experience and the events in his life. Older individuals will be better able to overcome the obstacles in his life compared to younger individuals, it also deals with the experience of individuals have throughout the span of his life. Hasil

penelitian ini menunjukkan bahwasanya usia responden termasuk usia dewasa akhir dimana dengan usia tersebut responden akan lebih mudah untuk memahami informasi yang diterima terutama tentang pendidikan kesehatan yang diberikan oleh petugas tentang perawatan pada pasien skizofrenia dan bagaimana manajemen stress yang dihadapi oleh care giver sehingga banyak care giver yang sebelum memiliki self efficacy rendah sebelum diberikan psiko edukasi menjadi self efficacy tinggi.

Based on educational care giver before the given psikoedukasi obtained the data from the 3 respondent that a graduate SCHOOL, most have low efficacy self 2 respondents. On the respondents mostly SLTA graduates also have low self efficacy as much as 21 respondents (70%). On respondents that most college graduates had low self efficacy as 6 respondents (75%). Educational care giver based on having rendered psikoedukasi data obtained from 3 of the respondents who are graduates of the JSS entirely has high efficacy self. On the respondents mostly SLTA graduates also have high self efficacy as much as 24 respondents (80%). On respondents that most college graduates have high self efficacy as much as 5 respondents (52.5%).

BANDURA describes a person with high self efficacy they were able to approach the difficult task as a challenge that must be mastered rather than as a threat that a person with high self efficacy believe they are able to do something for changing the surrounding events, whereas a person with low self efficacy considers itself essentially incapable of working on something that exists around them. In the difficult situation of the people with low self efficacy tend to be easy to give up. While a person with high self efficacy would try harder to overcome challenges that exist. In general people will act to achieve the goal, the result of this research showed respondents educational background is secondary education so that they are reasonably able to understand and explain how to create a stress faced when doing treatments on patients of schizophrenia so many respondents who had a high after being given efficacy self psikoedukasi about stress management in caring for sufferers of skizofrenia (Shohifatul, 2012).

B. Identify the mechanisms ODGJ in caring for families coping (Schizophrenia) in Public Health Center of Balowerti Kediri Regency

Based on the results of research on the mechanism of coping pointed out that before the given psikoedukasi family on schizophrenic the majority has the mechanism of Adaptive Mall coping in treating sufferers as much as 28 respondents (68.3%) and After most of the psikoedukasi have given the mechanism of Adaptive coping by as much as 34 respondents (82.9%). The results of this research show that the awarding of the psikoedukasi family in taking care of patients of schizophrenia affecting mechanism coping families become better than prior to the given psikoedukasi.

Koping mechanism is carried out by individuals in menyelesaikan the problem, adjusting to changes, response to situations that threaten. The efforts of these individuals can be cognitive, behavior change and environmental change that aims to resolve the stress encountered. The ability of humans to afford necessary coping survive in its environment-changing swiftly. Koping is problem solving in which someone uses it to manage stress conditions. With the causes of stress/stressor then people will consciously and unconsciously to react to fix the issue. Nursing concepts in coping very necessary because all patients experiencing stress, so very necessary ability to cope and the ability of the coping for adaptation to the stress which is the most important determining factor in the welfare of human (Keliat, 2011).

Koping mechanism that occurs in families who care for family members with schizophrenia still shows the coping adaptive mechanisms of which respondents feel uncomfortable in doing treatments as well as respondents felt shame with neighbors around the House because of the stigma of being delivered by neighbors, so that sometimes make the family feel worried and depressed with their current circumstances. The existence of knowledge still lacking family owned in treating patients with schizophrenia caused the families feel intimidated with the stigma and waffle citizens around the House, besides the existence of the family fears if patients get out of the House and ngamuk endangers those around him. Because that's what families need psycho education so that families can reduce anxiety is experienced and can carry out its work in caring for their family members with schizophrenia.

Based on the gender of the respondent before the given psikoedukasi didapatkan of the 19 respondents who-sex male majority has as much maladaptif coping mechanism 14 respondents

(73.7%) and in the female sex part great to have as many as 14 maladaptif coping mechanisms respondents (63.6%). After being given psikoedukasi obtained data from the 19 respondents who are male-sex mostly have adaptive mechanisms coping by as much as 17 respondents (89.5%) and on the gender of the majority of women have the mechanism of coping Adaptive as much as 17 respondents (77.3%).

According to Siswanto (2012) one of the factors which affect the mechanisms of coping is factor from within IE age where the higher age coping individuals getting better, health and energy, belief system including kepercayaan ekstensial (faith, religious belief, commitment) or life goals, past experience, knowledge or education level the higher the individual it is easy to search for information, sex women are more sensitive than men, the feeling of someone like self-esteem, control and proficiency, skill, problem solving.

The results of this research show that most respondents are men. On the male respondents were more mendedapatkan how to find solutions to the problems faced by not using perasaan to address permasalahan so that gender men were more able to determine the strategy that should be coping used to overcome or create stress encountered in treating patients of schizophrenia lectures with the awarding of the psikoedukasi received so as to make the respondent had sufficient insight and respondents more capable in determining the right and coping mechanism suitable for them in create a stress that occurs at the time of patient care of schizophrenia.

C. Identify the influence of psikoedukasi on stress management in improving self efficacy in treating family ODGJ (Schizophrenia) Public Health Center of Balowerti Kediri Regency

Based on the results of research on the influence of psikoedukasi against self efficacy data obtained before the given psikoedukasi on schizophrenic family mostly have low self efficacy in treating sufferers as much as 29 respondents (70.7%) and after given a psikoedukasi majority have high self efficacy as much as 32 respondents (78%). Based on the results in table 4.9 shows that paired t test test results showed a psycho educational influence on self efficacy in treating patients with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics, indicated by the value of the the significance of these two variables i.e. $0.05 > 0.000$ so that H1 is accepted means there is the influence of the psycho education towards self efficacy in families with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics.

Research results Domínguez (2017) with the title of family education program for families (FTF) emotions and subjective knowledge about mental illness obtained results before (pretest) and after (posttest) FTF program. FTF causing a decrease in negative emotional attitudes and increase the understanding of the disorder, regardless of gender or age relative.

Schizophrenia is a psychotic disorder that is chronic or relapsing marked with examples of split (schism) between thoughts, emotions and behaviour of affected patients. The split in patients described by the presence of symptoms of the fundamental (or primary) specific, i.e. disorders characterized by impaired mind associations, particularly the looseness of the Association. Symptoms of other fundamental affective disorder, autism, and ambivalence. While the secondary symptoms are waham and hallucinations (Stuart, 2013). On the family caring for family members with the disorder the soul sometimes make families feel stressed and stress that it can affect their self efficacy. self efficacy are positive indicators of the self evaluation to conduct self-evaluation is useful to understand the self. Self efficacy is one aspect of knowledge about self or self knowledge of the most influential in people's lives everyday due to self efficacy which belonged to influence individuals in determining the actions that will be undertaken to achieve a goal, including an estimate of the challenges facing (Bandura in research Yayan, 2013).

Psikoedukasi aims to help people with physical or mental health conditions certain to obtain the appropriate and accurate information about the condition. Psikoedukasi is not limited to individuals who suffer from illness or mental disorders but also can be given to another party such as a family with the goal of providing information that is important, explains the behavior that supports handling medical (drug consumption are appropriate dosage, regular checkups,) and provide support on the family by giving hope that problems experienced by one of its members can be tackled together (Anderson, in Walsh, 2010).

The results showed that by administering the psycho education family capable of delivering on the change of beliefs that is owned by a family which before was given psikoedukasi about stress management many families which have self efficacy in merawata a family member with schizophrenia but after given appropriate psikoedukasi stages the many families who have high self efficacy. This is shown with a family feel calm in taking care of family members who suffered from schizophrenia and the family does not feel worried and anxious in doing treatments on the schizophrenic.

D. Identify the influence of psikoedukasi on stress management in improving the mechanism of ODGJ in caring for families koping (Schizophrenia) Public Health Center of Balowerti Kediri Regency

Based on the results of research on the influence of psikoedukasi against self efficacy data obtained before the given psikoedukasi family on schizophrenic the majority has the mechanism of Adaptive Mall koping in treating sufferers as much as 28 respondents (68.3%) and after given a psikoedukasi majority have adaptive mechanisms koping by as much as 34 respondents (82.9%). The results of this research show that the awarding of the psikoedukasi family in taking care of patients of schizophrenia affecting mechanism koping families become better than prior to the given psikoedukasi. Based on the results in table 4.9 shows that paired t test test results indicate the presence of the influence of the psycho education family in koping mechanism on treating patients with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics, indicated by the value of the the significance of these two variables i.e. $0.05 > 0.000$ so that H1 is accepted means there is the influence of the psycho education family in koping mechanism against with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics.

The results of this study in accordance with research of Tareq Abed Al Fattah Eteamah (2016) shows psikoedukasi in patients with mental disorders obtained the results of Executing the psycho educational program for families of patients with schizophrenia who often play an important role as a caregiver, promote recovery, and maintaining mental health care services, as well as implement a programme of psycho-education families at people in mental health treatment settings affect the treatment outcome mental in many dimensions.

According to the dictionary of psychology is the koping (behavior or action countermeasures) any deed, in which the individual performs the interaction with the surrounding environment. With the goal of completing something (Chaplin, 2009). Koping mechanism is every effort on the go for treatment of stress, including solving problems directly and the ego defence mechanisms in use to protect themselves (Gail. W. Stuart, 2013). Factors that determine which strategies are most numerous or frequently used really depends on the personality of the sesesorang, and the extent to which the level of stress from a condition or problem that had befallen him. An example of someone using the appropriate problem – solving focused coping in the face of the problems which he can be controlled. Such as, issues related to school or work. Otherwise would tend to use emotion focused coping strategies when faced with difficult problems which he controlled. The koping behavior focuses on the question of the function changes the relationship between the individual and the environment is in trouble by doing a direct action on the environment or the individual concerned (Nasir, 2011).

The results of this study indicate that by administering psikoedukasi about stress management can assist families in determining the right strategy koping to adapt to the form that is currently experienced, where families usually feel worry and anxiety so they can not adapt well, but after given psikoedukasi about family stress management is able to control the anxiety experienced so they can be more calm in doing treatments on family members who experience schizophrenia.

CONCLUSION

1. The families of schizophrenic in Kediri Regency Balowerti Clinics mostly have low self efficacy in treating sufferers as much as 29 respondents (70.7%) before the given psycho education and after given psikoedukasi most have high self efficacy as much as 32 respondents (78%).

2. The families of schizophrenic the majority have adaptive mechanisms coping Mall in treating sufferers as much as 28 respondents (68.3%) before psikoedukasi and after psikoedukasi has largely given the mechanism of coping Adaptive as much as 34 respondents (82.9%).
3. There is a psycho educational influence on self efficacy in treating patients with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics, indicated by the value of the significance of Test results at the $0.05 < \text{paired } t \text{ test}$.
4. There is the influence of the psycho education family in coping mechanism on treating patients with schizophrenia in Kediri Regency Balowerti Clinics, indicated by the value of the significance of paired t test test results < 0.05 .
5. Psikoedukasi partially affect both variables self efficacy and mechanism of coping where indicated by the value of the wald on self efficacy of 11,154 with 0.001 and significance in coping mechanism of 13,186 wald with value the significance of 0.000.
6. Psikoedukasi simultaneous affect both variables self efficacy and mechanism of coping where indicated by the value of the overall percentage of 76.8 which means psikoedukasi can affect both variables of 76.8%.

Suggestion

1. For Public health center of Balowerti

Health officer of Public health center of Balowerti need to provide training, coaching and seminars to the poly soul so it can do the job with more appropriate in addition focused on patients but also can be focused on families such as the granting of therapeutic psikoedukasi so the care of patients with schizophrenia have become more precise. Additionally, on the health officer may perform nursing care of mainly the use of the communication strategy proper care in accordance with diganosa of nursing experienced by patients on either the family or the patient himself. Additionally, on the health officer may conduct surveillance of drug consumption in patients of schizophrenia patients so that more regular in taking medication and can help the healing process patients more effectively.

2. For families

Should the family more in improvement information and knowledge about the care of schizophrenia patients by means of asking the officer or read a book about patient care of the soul so that it can enhance family knowledge and can be menignkatakn confidence and can reduce stress.

3. For the next Researcher

Further research should be done by direct observation or observation of self efficacy or mechanisms of coping family so that research results can be more optimally.

REFERENCE

- Azizah, & Ma'rifatul, L. (2011). *Keperawatan Jiwa, Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bandura, A. (2009). *Self Efficacy – The Exercise of Control. Fifth Printing*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Domínguez, T. (2017). *Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City*. Psychiatric Services Vo 4 No 68.
- Donsu, & Tine, J., D. (2016). *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Eteamah, T., A., A. (2016). *Literature Review: Application Of Psycho-Education For Families That Have Schizophrenia Patients*. Middle East Journal Of Nursing Volume 10 Issue 3 September 2016.

- Ghozali, & Imam. (2011). *Aplikasi Analisis Multivariate*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.
- Griffiths, P. (2016). *An Introduction to English Semantics and Pragmatics*. Edinburgh University Press Ltd.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulsel: Pustaka As Salam.
- Hawari, D. (2011). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI.
- Kaplan, M., D., & Sadock, M., D. (2010). *Buku Ajar Psikiatri Klinis. Edisi 2*. Jakarta. EGC.
- Keliat, B., A. (2011). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Kristyanti, & Rosalina. (2009). *Manajemen Stres Bagi Keluarga Penderita Skizofrenia*. Jurnal Psikologi Universitas Atmajaya Vol. 5 NO 13 2009.
- Liyanovitasari. (2017). *Pengaruh Terapi Suportif Kelompok Terhadap Beban Dan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia*. Nurseline journal Vol. 2 No. 2 Nopember 2017.
- Nurbani. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di RSUPN*. Cipto Mangunkusumo. Jakarta.
- Siswanto. (2012). *Kesehatan Mental, Konsep, Cakupan Dan Perkembangannya*. Yogyakarta: CV. Andi Offeset.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R & D*. Cetakan ke-24. Bandung: Alfabeta.
- Vacarolis, E., M. et al. (2013). *Foundation of psychiatric mental health nursing a clinical approach. Edisi 5*. Saunders Elseiver. St. Louis. Missouri.
- Wijaya. (2014). *Gambaran Psikoedukasi Terhadap Keluarga Penderita Skizofrenia*. Psibernetika Vol. 7 No. 2 Oktober 2014.
- Yayan. (2013). *Membangun Motivasi Berprestasi: Pengembangan Self Efficacy dan Penerapannya dalam Dunia Pendidikan*. Jurnal Pendidikan Motivasi Berprestasi.
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Cetakan Ketiga. (Edisi Revisi). Bandung: PT. Refika Aditama.

BMJ Open Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomised controlled trial

Naonori Yasuma ^{1,2}, Sayaka Sato,² Sosei Yamaguchi ², Asami Matsunaga,² Takuma Shiozawa,² Hisateru Tachimori,³ Kazuhiro Watanabe,¹ Kotaro Imamura,¹ Daisuke Nishi ¹, Chiyo Fujii,² Norito Kawakami ¹

To cite: Yasuma N, Sato S, Yamaguchi S, *et al.* Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;**10**:e034425. doi:10.1136/bmjopen-2019-034425

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034425>).

Received 21 September 2019
Revised 23 March 2020
Accepted 27 March 2020



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Dr Naonori Yasuma;
nnyy712@gmail.com

ABSTRACT

Introduction Development of a support system for families caring for people with schizophrenia in routine psychiatric care settings is an important issue worldwide. Regional mental health systems are inadequate for delivering effective services to such family members. Despite evidence that family psychoeducation (FPE) alleviates the burden of schizophrenia on families, its dissemination in routine clinical practice remains insufficient, suggesting the need for developing an effective and implementable intervention for family caregivers in the existing mental health system setting. In Japan, the visiting nurse service system would be a practical way of providing family services. Visiting nurses in local communities are involved in the everyday lives of people with schizophrenia and their families. Accordingly, visiting nurses understand their needs and are able to provide family support as a service covered by national health insurance. The purpose of this study is to discover whether a brief FPE programme provided by visiting nurses caring for people with schizophrenia will alleviate family burden through a cluster randomised controlled trial (cRCT).

Methods and analysis The study will be a two-arm, parallel-group (visiting nurse agency) cRCT. Forty-seven visiting nurse agencies will be randomly allocated to the brief FPE group (intervention group) or treatment as usual group (control group). Caregivers of people with schizophrenia will be recruited by visiting nurses using a randomly ordered list. The primary outcome will be caregiver burden, measured using the Japanese version of Zarit Burden Interview. Outcome assessments will be conducted at baseline, 1-month follow-up and 6-month follow-up. Multiple levels of three-way interactions in mixed models will be used to examine whether the brief FPE programme will alleviate the burden on caregivers relative to treatment as usual.

Ethics and dissemination The Research Ethics Committee of the Graduate School of Medicine and Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan (No 2019065NI) approved this study. The results will be published in a scientific peer-reviewed journal.

Strengths and limitations of this study

- This study will evaluate an implementable brief family psychoeducation (FPE) programme that potentially reduces time, cost and staffing problems by incorporating the programme into an existing mental health service system, namely visiting nurse services.
- The study incorporated a variety of viewpoints from caregivers, visiting nurses and FPE experts based on the concept of coproduction and patient and public involvement.
- One study limitation is that all outcomes will be based on self-reports, which may cause information bias or random error.

Trial registration number UMIN000038044.

INTRODUCTION

Families caring for people with schizophrenia receiving community-based mental health-care have a great need for support. People with schizophrenia who have severe symptoms require long-term care, which imposes a significant burden on families providing such care.¹ For example, the financial burden on the family is severe because considerable amounts of time are devoted to caregiving, resulting in the loss of work opportunities and reduced income.² Moreover, insufficient downtime to recover from the stress of caregiving results in both physical and mental illnesses.³ Families also become worn out and stressed by the demands of coping with this illness, which is characterised by repeated hallucinations and delusions if symptoms do not stabilise.⁴ Furthermore, a parent of a son or daughter with schizophrenia might worry about what will become of their child after his or her death.

They might also feel they are not getting adequate information about what social services are available to them.⁵ Stigma against the illness is also deeply rooted and can lead to families becoming socially isolated.³ Therefore, families of people with schizophrenia have various physical, psychological, economic and social burdens.

Several studies have addressed the development and evaluation of effective family interventions. According to a systematic review, family psychoeducation (FPE) is a scientifically effective psychological intervention that has been used to reduce caregiver burden.^{6,7} The components of FPE mainly include sharing information about the disorder, early warning signs, relapse prevention, as well as skills training in coping, communication and problem solving.⁸ FPE can directly improve caregivers' knowledge about schizophrenia and related caregiving problems.⁹ Improved knowledge of coping strategies and resources can lead to a more positive appraisal of caregiving experiences by families as well as caregivers' own self-efficacy in coping with the demands of caring for people with schizophrenia, thereby lessening the burden.⁶

Despite the accumulation of evidence, there are several barriers to FPE implementation. The initial report on the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team treatment recommendations found that FPE was provided to 31.6% of inpatients and 9.6% of outpatients who could have benefited from it.¹⁰ A nationwide survey in Japan revealed that the implementation rate for FPE programmes at psychiatric facilities is similarly low: 35.9% in hospitals and 14.5% in outpatient settings.¹¹ One challenge in implementing these programmes is the length of the intervention. Most studies have found that such interventions range from 9 months to 2 years, which is impractical for medical staff and families in a clinical setting.¹² Other reasons include funding and staff shortages, as well as providing necessary training.¹³ In Japan, even if healthcare professionals perform FPE for a family, they cannot obtain reimbursement for medical expenses. In addition, while the Meriden Family Programme appears to be effective, training is time consuming and expensive.¹⁴ The medical treatment fee system in most countries including Japan does not cover such a comprehensive family intervention. The development of a brief and implementable FPE programme within the existing mental health system that is covered by national health insurance is greatly needed.¹⁵

Brief FPE programmes have been examined in previous studies. In terms of the programme framework, studies have found that brief FPE programmes, delivered in five sessions or fewer or lasting no more than 3 months, were easy to conduct for both practitioners and caregivers.¹⁶ Brief FPE programmes have been shown to significantly increase caregivers' knowledge of the disorder, leading to reductions in relapse and rehospitalisation rates in diverse settings.^{17,18} In addition, recent research has shown that a brief FPE programme may be beneficial in reducing caregiver burden. In a pre-post test in India, a brief FPE programme comprised three 1-hour sessions aimed at educating the primary caregiver and the patient

about schizophrenia and imparting communication and problem-solving skills. A significant decrease in caregiver burden, measured using the Burden Assessment Scale, was found between baseline and the final follow-up at 3 months.¹⁹ In a randomised controlled trial in Iran, brief FPE consisted of ten 90 min sessions held over 5 weeks (two sessions each week) conducted by a psychiatric nurse or psychiatrist. Caregiver burden measured using the Family Burden Scale was significantly reduced both immediately after the intervention and 1 month later.²⁰ However, the effects of brief FPE programmes are still inconclusive due to relatively low methodological quality in prior studies.^{7,16} In other words, evidence from a trial with a better design is needed.

Practical implementation strategies for a brief FPE programme need to be considered in addition to a scientific evaluation of the effects. Brief FPE programmes provided by visiting nurses appear to be a potentially feasible and sustainable way of implementing FPE in a Japanese clinical setting. Visiting nurses routinely visit clients with schizophrenia and their family members. They have already built rapport with clients and family members and would be able to respond according to their needs, which means they could seamlessly provide highly individualised brief FPE.²¹ In addition, the system of visiting nurses could easily be applied because the number of visiting nurses has been increasing recently in Japan. From a cost perspective, it would be possible to make family support a reimbursable service under national health insurance to cover psychiatric visiting nurse consultancy fees.²² Taken together, brief FPE provided by visiting nurses could overcome the poor implementation rate and become effective family interventions in the community setting in Japan.

Hypothesis and aims

We hypothesise that brief FPE provided by visiting nurses could alleviate the burden on families and caregivers of people with schizophrenia. The aim of this study is to clarify whether visiting nurses providing brief FPE to families caring for people with schizophrenia alleviates family burden through a cluster randomised controlled trial (cRCT).

METHODS AND ANALYSIS

Trial design

This study is a two-arm, parallel-group cRCT. The randomisation procedure will be conducted at the cluster level (visiting nurse agencies). Visiting nurse agencies will be randomly assigned to the intervention or control (treatment as usual) group in a 1:1 ratio. Data will be collected at the individual level. Analyses to evaluate the efficacy of the intervention programme will be conducted at the individual level, taking into consideration cluster-level effects. The study protocol was registered in the University Hospital Medical Information Network Clinical Trials Registry. This protocol has been reported according to the Standard Protocol Items: Recommendations for

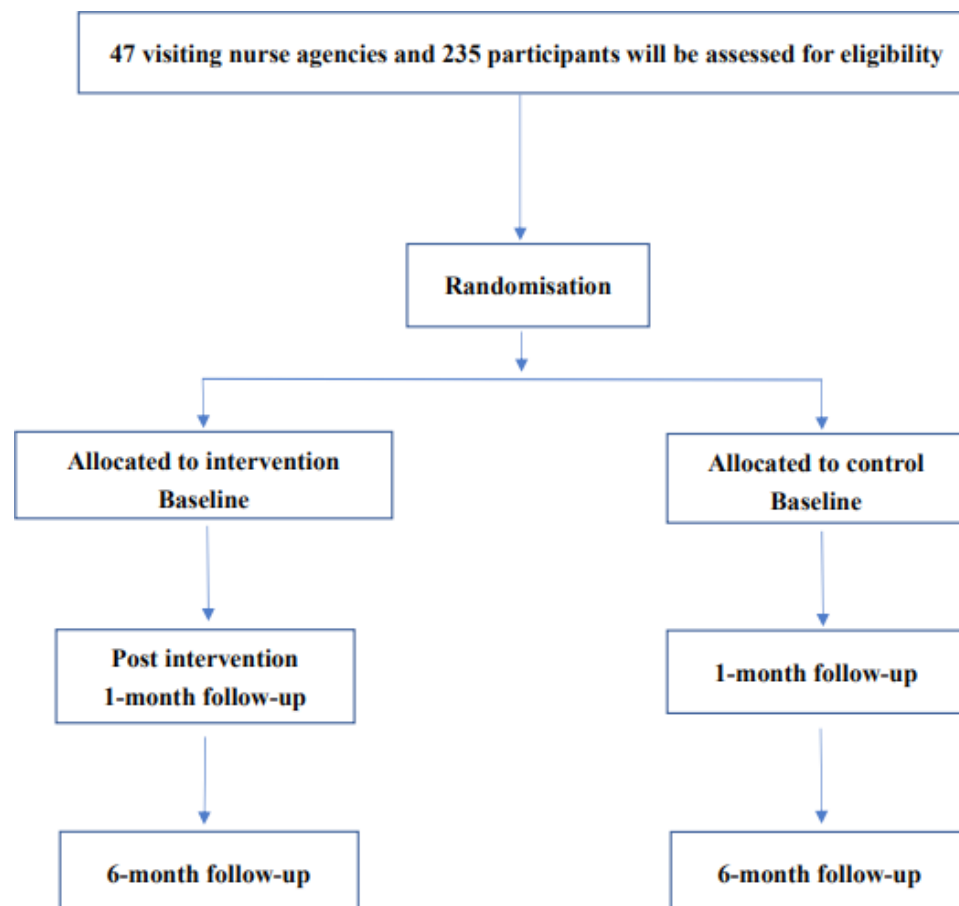


Figure 1 Study flow chart.

Interventional Trials guidelines.²³ The anticipated trial start date will be 18 September 2019 and the date of last follow-up will be 31 May 2020.

Setting and site selection at the cluster level

Figure 1 shows the participant flow chart for this study. The corresponding author (NY) explained the purpose of this study to 68 visiting nurse agencies in four prefectures in Japan (Tokyo, Saitama, Kanagawa and Chiba) through the organisation. Forty-seven visiting nurse agencies agreed to participate in the study. All the participating visiting nurse agencies are managed by one organisation.

To be included, a visiting nurse agency must provide services mostly to psychiatric patients or clients, not elderly people or those with physical diseases. In each agency, visiting nurses must care for at least two people with schizophrenia who live with their family. There are no exclusion criteria at the cluster level.

Randomisation at the cluster level

Visiting nurse agencies that meet the inclusion criteria will be randomly allocated to the intervention group (brief FPE programme) or the control group. Randomisation will be stratified by the median of the average case load of visiting nurses in each agency. We used stratified randomisation based on this factor because the number of patients for whom a visiting nurse can maintain service quality is

generally fixed.²⁴ If a visiting nurse has too many patients, family support will probably be neglected. A random sequence table will be created by a researcher (HT) in another department at our institution who is not involved in the study protocol development process. In addition, another independent researcher (SY) who is not involved in intervention and analysis will conduct the randomisation and will inform each visiting nurse agency of the randomisation results. The primary investigator (NY) will be blinded through the entire randomisation process.

Participant eligibility criteria and recruitment procedure at the individual level

At the individual level, we set the following inclusion criteria for a caregiver of a person with schizophrenia: (1) is the primary caregiver; (2) aged over 20 years; (3) is a family member of the person with schizophrenia such as a parent, sibling, spouse or child; and (4) lives with the person with schizophrenia. There are no exclusion criteria for caregivers. In addition, the inclusion criteria for people with schizophrenia are as follows: (1) diagnosis of schizophrenia based on the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision and (2) receiving services from visiting nurses.

As part of the recruitment procedure at the individual level, all potential participants (caregivers of people with

schizophrenia and people with schizophrenia) at each agency will be listed. Second, a randomly ordered list will be created using a random number generator in the Stata statistical software programme V.15, in order to avoid selection bias at the individual level. Third, each visiting nurse, after attending a lecture on study design and ethical considerations, will recruit participants in accordance with the randomly ordered list until five participants have been recruited. The study will include only participants who voluntarily agree to participate in the study.

Intervention programme

The intervention programme consists of a single-family intervention conducted by psychiatric visiting nurses. It is based on the Family Intervention and Support in Schizophrenia: A Manual on Family Intervention for the Mental Health Professional.²⁵ This programme was developed through discussions and collaborations among members of the Family Association of Schizophrenia, psychiatric visiting nurses, FPE experts, psychiatrists, psychiatric nurses, clinical psychologists and mental health social workers based on the concept of coproduction and patient and public involvement (PPI).²⁶ During the development process, we tried to avoid long sentences, enlarged the characters and used visually appealing drawings. The programme consists of four sessions that last 60 min each using the above tool. It will be completed over a period of a month. Attendance of at least one session is required. Using this intervention tool, psychiatric visiting nurses will provide appropriate information and advice to the family about living problems based on their own nursing clinical experience. We will also create

a checklist to confirm how many sessions visiting nurses are actually able to conduct with participants.

Before the intervention, we will provide the intervention team of psychiatric visiting nurses with a 1-day lecture. The lecture will consist of three parts. First, caregivers will talk about their life problems and what they want visiting nurses to do; this is expected to increase the motivation of visiting nurses. Second, basic communication training will be conducted through role-playing. Visiting nurses, who will be brief FPE providers, will be in groups of three. They will each play the role of a visiting nurse, caregiver and evaluator. They will practise listening to caregivers. Third, the primary investigator (NY) will equip them with basic knowledge about FPE and explain the contents of this intervention tool and the points that the primary investigator wants to emphasise. Through these trainings, we expect to improve the motivation, knowledge and skills of the visiting nurses in providing the brief FPE programme.

Table 1 shows the contents of the intervention tool. Session I will cover general knowledge about schizophrenia: definition, causes, symptoms, prognosis, pharmacological treatment and psychosocial rehabilitation. Regarding definition and causes, visiting nurses will stress that schizophrenia is a brain disease that can manifest in anyone using the diathesis-stress model and the dopamine hypothesis. It is important to provide the family with a biological explanation about the aetiology of schizophrenia because there might be family members who think people become schizophrenic because of family relationships.²⁷ In addition to an explanation of the symptoms themselves, visiting nurses will describe how people with schizophrenia have difficulties

Table 1 Outline of the brief family psychoeducation programme

Session No	Session aim	Content
I	General knowledge about schizophrenia	Definition, causes, symptoms, prognosis, pharmacological treatment, psychosocial rehabilitation. Activity: Let's review the knowledge gained in this session.
II	How to cope with people with schizophrenia using problem-solving skills	How to cope with hallucinations and delusions; signs of recurrence and how to prevent recurrence; how to cope when the disease gets worse; what to do with people with schizophrenia when they stay at home all day; how to respond to people with schizophrenia who do not want to take their medication; what to do when domestic violence is imminent, is happening or has happened; how to get involved when self-injury or suicide is suspected. Activity: Let's learn how to apply problem-solving skills.
III	Handling communication and emotions	Understanding the feelings of people with schizophrenia, expressed emotion theory, basic knowledge about communication and lecture about desirable and undesirable communication with people with schizophrenia. Activity: Let's practise conversations using real cases.
IV	Family recovery	Thinking about the family's recovery, importance of living one's own life, taking care of the family's physical and mental health needs, proper stress management, and experiences and messages from members of the Family Association. Activity: Let's identify social resources in the community and recognise the importance of connecting with many supporters around families.

This intervention programme consists of four 60 min modules completed over 1 month.

living their own lives due to their symptoms. Visiting nurses will explain the disease course such as the prodromal phase, acute phase and recovery phase. Next, visiting nurses will explain the characteristics of each phase and what to do during each phase. In terms of prognosis, visiting nurses will emphasise that schizophrenia is not necessarily a disease with a bad prognosis. In people with their first episode of schizophrenia, about 70% will have a good intermediate to long-term outcome if they receive appropriate pharmacological therapy.²⁸ Concerning medication, visiting nurses will appreciate the idea that people with schizophrenia usually do not want to take medication. Visiting nurses will talk about the necessity, safety and reasons for adherence to pharmacological therapy. In addition, the side effects of antipsychotic medications will be described clearly, using relevant pictures. Finally, visiting nurses will give an outline of psychosocial therapy. At the end, participants will answer questions with dichotomous answers—‘yes’ or ‘no’—to confirm what they have learnt from the session.

Session II will deal with how to cope with people with schizophrenia and provide problem-solving skills. The contents of this session include how to cope with hallucinations and delusions; signs of recurrence; how to prevent recurrences; how to cope when the disease gets worse; what to do with people with schizophrenia when they stay at home all day; how to respond to people with schizophrenia who do not want to take their medication; how to respond when domestic violence is imminent, is occurring or has occurred; and how to get involved when self-injury or suicide is suspected. Finally, visiting nurses will explain problem-solving skills. In a routine clinical setting, the family will work on matters that are causing trouble in daily life using problem-solving skills.

Session III will cover communication and emotions: understanding the feelings of people with schizophrenia, expressed emotion (EE) theory, basic knowledge and skills about communication, and a lecture on desirable and undesirable communication with people with schizophrenia. In the first section, visiting nurses will describe the importance of understanding that people with schizophrenia are likely to have a pessimistic view about their future. In the second section on EE theory, visiting nurses will appreciate that it is natural for a family to have high EE, poor knowledge and lack of support for mental illness.²⁹ Of note, visiting nurses will not force family members to play the role of supporter. When family members hear the explanation of high EE, many might feel that they are responsible for their burden. Visiting nurses will emphasise that both families and people with schizophrenia should think about positive and constructive communication to ensure mutual independence. In the third section on basic knowledge about communication and the lecture of desirable and undesirable communication with patients, caregivers will practise conversations using real cases and will be given time to consider better communication strategies.

Session IV will focus on the family's recovery. Topics will include thinking about the family's recovery, the

importance of living one's own life, taking care of the family's physical and mental health needs, proper stress management, experiences and messages from members of the Family Association and identifying available social resources in the community. During this session, visiting nurses will stress that people with schizophrenia and family members each have their own lifestyle and individual goals. Visiting nurses will also encourage family members to live their own lives using a variety of social resources instead of only working hard to take care of a person with schizophrenia. In addition, visiting nurses expect that family members will improve their physical and mental health by acquiring knowledge on self-care and stress management skills. Furthermore, visiting nurses will introduce the experiences of three members of the Family Association who have taken care of a person with schizophrenia. It is expected that others' similar experiences will help family members understand that they are not the only people experiencing such a hard time and relieve their feelings of sadness or hopelessness. Finally, visiting nurses will explain the social resources available in the community for family members and confirm the importance of connecting with many supporters around them.

Control group

Caregivers enrolled in the control group will receive usual care from visiting nurses. They will be put on a waiting list to receive the same intervention programme after completing the 6-month follow-up assessment. They will not receive any type of psychoeducation or supportive therapies.

Outcomes

Table 2 shows an overview of the outcome measures. Outcome measures will be assessed at baseline prior to the intervention (T1), immediately after the completion of the intervention (1-month follow-up, T2) and 6 months after the baseline assessment (6-month follow-up, T3).

Primary outcome for caregivers

Zarit Burden Interview

Zarit Burden Interview (ZBI-22) will be used to measure caregiver burden. It consists of 22 items scored on a 5-point Likert scale from 0 (never) to 4 (nearly always), except for the final item on global burden, which is rated from 0 (not at all) to 4 (extremely). The total score ranges from 0 to 88, with higher scores indicating higher burden. The Japanese version of ZBI-22 has high test-retest reproducibility and internal consistency. Construct validity has also been confirmed.³⁰

Secondary outcome for caregivers

Kessler Psychological Distress Scale

Kessler Psychological Distress Scale (K6) will be used to measure subclinical depression and anxiety disorders as part of a self-administered questionnaire. It consists of six items answered on a 5-point Likert scale. Scores range from 0 to 24, with higher scores representing higher degrees of subclinical depression and anxiety disorder.

Table 2 Outcome measures

	Outcome measure	Baseline	1-month follow-up	6-month follow-up
Caregivers	Zarit Burden Interview (ZBI-22)	✓	✓	✓
	Kessler Psychological Distress Scale (K6)	✓	✓	✓
	General Self-Efficacy Scale (GSES)	✓	✓	✓
	WHO-5	✓	✓	✓
	Knowledge of Illness and Drug Inventory (KIDI)	✓	✓	✓
People with schizophrenia	Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32)	✓	✓	✓
	WHO-5	✓	✓	✓
	Hospitalisation during the past 6 months	✓	–	✓

The Japanese versions have essentially equivalent screening performance as the original English versions.³¹

General Self-Efficacy Scale

General Self-Efficacy Scale (GSES) is a measurement of self-efficacy in daily living. It includes 16 items with dichotomous questions. The higher the score, the better the self-efficacy, in general. GSES has high test–retest reproducibility and internal consistency. Construct validity has been confirmed.³²

WHO-5

WHO-5 will be used to measure subjective quality of life based on positive mood (good spirits and relaxation), vitality (being active and waking up fresh and rested) and general interest (being interested in things). It consists of five items rated on a 6-point Likert scale. Higher scores mean higher well-being. The Japanese version of WHO-5 has adequate internal consistency. It has been confirmed to have external concurrent validity and external discriminatory validity.³³

Knowledge of Illness and Drug Inventory

Knowledge of Illness and Drug Inventory (KIDI) will be used to assess knowledge regarding mental illness and the effects of medications on mental illness. There are two subscales: 10 items assessing knowledge of mental illness and 10 items assessing knowledge of the effects of antipsychotic drugs. This inventory consists of a self-reported inventory where respondents are asked to select the correct answer from three choices, with higher scores representing greater knowledge. KIDI is frequently used to assess knowledge about mental disorders and treatments in Japan.³⁴

Secondary outcomes in people with schizophrenia

Behavior and Symptom Identification Scale

Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32) is a commonly used measure in mental health. It includes 32 items on a 5-point Likert scale, where 0 indicates no difficulties and 4 indicates severe difficulties. The scale measures five factors: (1) relation to self and others (seven

items); (2) depression/anxiety (six items); (3) everyday life and role functioning (nine items); (4) impulsive and addictive behaviour (six items); and (5) psychosis (four items). Factors 1, 2, 4 and 5 are assessed as the total score divided by the number of items answered (mean score). Factor 3 is assessed based on the highest rating. Internal consistency and construct validity of the Japanese version of BASIS-32 have been demonstrated.³⁵

WHO-5

WHO-5 is used to measure subjective quality of life based on positive mood (good spirits and relaxation), vitality (being active and waking up fresh and rested) and general interest (being interested in things). WHO-5 comprises five items rated on a 6-point Likert scale. Higher scores mean higher well-being. The Japanese version of WHO-5 has adequate internal consistency. It has been confirmed to have external concurrent validity and external discriminatory validity.³³

Hospitalisation by 6-month follow-up

This is a question with a dichotomous answer (yes or no) about whether the patient has been hospitalised during the past 6 months. The answer will be provided by the caregiver at baseline and the 6-month follow-up.

Sample size calculation

The sample size required was calculated according to guidelines in the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) for cRCTs,³⁶ taking into account intraclass correlations (ICC). The effect size of a brief FPE programme for individual caregiver burden was estimated based on a previous pre-post test.¹⁹ The pre-post test concluded that the standardised mean difference (d) of brief FPE on family burden was 0.46. Sample size was estimated as 76 in each arm based on an alpha error probability of 0.05 and power (1-β) of 0.80, using G*Power V.3.1.9.2.^{37 38} For cRCTs, this value should be multiplied by design effect (1+[m-1]ρ), where m is the average cluster size and ρ is the ICC.³⁹ The estimated ICC for the primary outcome in this study was set to 0.05 and

the average number of caregivers per cluster was set at 5. Assuming an attrition rate of 20%, the required sample size is 110 caregivers in each arm. Thus, at least 44 visiting nurse agencies will be recruited.

Quantitative analysis

The statistician will be blinded to the treatment group. We will analyse clinical outcomes on the basis of intention to treat and model the effect of the intervention on primary and secondary continuous outcomes using generalised linear latent and mixed models. This will allow for missing data to be taken into account within the statistical model. In this study, a three-level model will be used, with repeated measures nested in participants and participants nested in clusters. Time (baseline, 1-month follow-up, 6-month follow-up) will be considered level 1, individual caregivers will be considered level 2 and clusters (visiting nurse agencies) will be considered level 3. Regarding fixed effects, condition (intervention vs control), time, and a two-way interaction effect, condition by time, will be included. Models will adjust for baseline differences in caregiver sociodemographics such as age, gender, education, household income, family relationship with the person with schizophrenia, length of caregiving and length of visiting nurse system use. Multiple levels of Cox proportional hazards regression models will also be used for the dichotomous question of hospitalisation at the 6-month follow-up. A p value <0.05 will be considered statistically significant.

Data monitoring

A data monitoring committee (DMC) will be set up. It will consist of at least two independent members. The DMC will meet monthly after the first participant has been randomised. The purpose of the meeting will be to review participation rates and reasons for study dropout. The DMC will be independent from any sponsor and competing interest.

Patient and public involvement

The research question, study design and outcome measures were determined based on a discussion with representatives of the Family Association of Schizophrenia. The intervention programme was developed through discussion and collaboration among members of the Family Association of Schizophrenia, psychiatric visiting nurses, FPE experts, psychiatrists, psychiatric nurses, clinical psychologists and mental health social workers. After the completion of the study, this intervention tool will be available for anyone who wants to use it via the internet.

Ethics and dissemination

Ethical considerations

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. The study protocol was approved by the

Research Ethics Committee of the Graduate School of Medicine and the Faculty of Medicine at The University of Tokyo, Japan (No 2019065NI). We will obtain informed consent from all caregivers and patients. The consent form will inform caregivers and patients that we guarantee protection of personal information and that the data will be anonymous and used only for academic purposes. There are no competing interests. This study is supported by the fundamental study on effective community services for people with severe mental disorders and their families.

Dissemination of the research findings

The findings will be published in a scientific peer-reviewed journal according to the CONSORT guidelines for cRCTs.³⁶ The participants will be informed of conference presentations and publications.

Strengths and limitations

The study has both strengths and limitations. First, the study will evaluate an implementable brief FPE programme that potentially reduces time, cost and staffing problems by incorporating the programme into an existing mental health service system, namely visiting nurse services. Second, this is the first cRCT of a brief FPE programme, which could prevent contamination between the intervention and control groups. Third, based on the concept of coproduction and PPI,²⁶ the study incorporated a variety of viewpoints from caregivers, visiting nurses and FPE experts.

We recognise three limitations of this study. First, since the sampling method for participating agencies was not random, there is a possibility of selection bias. Second, since subjects will provide data through a self-reported questionnaire, information bias or random error is possible. For example, the severity of symptoms in people with schizophrenia that impact a caregiver's burden may not be accurately measured. Third, we designed the study and intervention based on coproduction, but there are still concerns about its feasibility in actual clinical settings. For example, participants might not complete all four sessions due to the condition of people with schizophrenia, family work and family hospitalisation. Fourth, due to the short study period, the number of participants may not be able to meet the target sample size. These may lead to a high attrition rate during implementation.

Author affiliations

¹Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan

²Department of Community Mental Health and Law, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

³Department of Clinical Epidemiology, Translational Medical Center, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

Acknowledgements The authors thank the members of the *Mokusei* Family Association of Schizophrenia and N·FIELD CO., Ltd. for their invaluable advice on many aspects of the project.

Contributors NY is the principal investigator responsible for the initial draft of this manuscript and organising and implementing the study. NY and KW calculated the

sample size. NY, KW, SY and AM decided on the analytical strategy. SS, TS, HT, KI, DN, CF and NK helped throughout the development of the interventions and gave valuable feedback on the study protocol. All authors have read and approved the final manuscript.

Funding This work is supported by the fundamental study on effective community services for people with severe mental disorders and their families.

Competing interests None declared.

Patient and public involvement Patients and/or the public were involved in the design, or conduct, or reporting, or dissemination plans of this research. Refer to the Methods section for further details.

Patient consent for publication Obtained.

Ethics approval Research Committee of the Graduate School of Medicine and the Faculty of Medicine at The University of Tokyo, Japan.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Naonori Yasuma <http://orcid.org/0000-0002-1216-7639>

Sosei Yamaguchi <http://orcid.org/0000-0002-0579-4431>

Daisuke Nishi <http://orcid.org/0000-0001-9349-3294>

Norito Kawakami <http://orcid.org/0000-0003-1080-2720>

REFERENCES

- Awad AG, Voruganti LNP. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008;26:149–62.
- Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24:175–98.
- Shah AJ, Wadoo O, Latoo J. Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners* 2010;3:a327.
- Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:185–8.
- McAuliffe R, O'Connor L, Meagher D. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:145–53.
- Sin J, Gillard S, Spain D, et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017;56:13–24.
- Sin J, Jordan CD, Barley EA, et al. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;5:Cd010540.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-Based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903–10.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. *Br J Psychiatry* 1992;160:806–14.
- Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (Port) client survey. *Schizophr Bull* 1998;24:11–20. discussion 20–32.
- Oshima I, Mino Y, Nakamura Y, et al. Implementation and dissemination of family psychoeducation in Japan: nationwide survey on psychiatric hospitals in 1995 and 2001. *Journal of Social Policy & Social Work* 2007;11:5–16.
- Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:168–72.
- Harvey C. Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BJPsych Adv* 2018;24:9–19.
- Fadden G, Heelis R. The Meriden family programme: lessons learned over 10 years. *J Ment Health* 2011;20:79–88.
- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003;29:223–45.
- Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:Cd009802.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73–92.
- Smith JV, Birchwood MJ. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *Br J Psychiatry* 1987;150:645–52.
- Devaramane V, Pai NB, Vella S-L. The effect of a brief family intervention on primary carer's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in India. *Asian J Psychiatry* 2011;4:183–7.
- Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
- Huang X-Y, Ma W-F, Shih H-H, et al. Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan. *J Clin Nurs* 2008;17:3030–40.
- Setoya N, Kayama M, Tsunoda A, et al. A survey of the family care provided in psychiatric home-visit nursing and related characteristics of clients. *Japanese Bulletin of Social Psychiatry* 2011;20:17–25.
- Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Ann Intern Med* 2013;158:200–7.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24:37–74.
- Varghese M, Shah A, Kumar GSU, et al. *Family intervention and support in schizophrenia: a manual on family intervention for the mental health professional, version 2*. Bangalore, India: National Institute of Mental Health and Neurosciences.
- Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25:509–17.
- Ferriter M, Huband N. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:552–60.
- Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2006;36:1349–62.
- Amamesha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian J Psychol Med* 2012;34:12–20.
- Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997;51:281–7.
- Sakurai K, Nishi A, Kondo K, et al. Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:434–41.
- Sakano Y, Tojoh M. The general self-efficacy scale (GSES): scale development and validation. *Japanese Journal of Behavior Therapy* 1986;12:73–82.
- Awata S, Bech P, Yoshida S, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the world health Organization-Five well-being index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:112–9.
- Maeda M, Renri T OM, et al. It is as a result of disease drug knowledge degree investigation (knowledge of illness and drugs inventory, KIDI) for a person with IIB-29 schizophrenia and the family. *Japanese Bulletin of Social Psychiatry* 1994;2:173–4.
- Setoya Y NY, Kurita H. Utility of the Japanese version of the BASIS-32 in inpatients in psychiatric hospital. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry* 2002;31:571–5.
- Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, et al. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2012;345:e5661.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, et al. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41:1149–60.
- Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, et al. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39:175–91.
- Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG, et al. Consort statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2004;328:702–8.

© 2020 Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ. This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Notwithstanding the ProQuest Terms and Conditions, you may use this content in accordance with the terms of the License.

The Effectiveness Of Psikoeducation On Burnout Levels Skizofrenia Client Caregiver In Kersamanah Village Garut District

Tini Wartini^{1}, Sri Atun Wahyuningsih², Isnayati³
Akademi Keperawatan Pelni Jakarta, Indonesia¹
Akademi Keperawatan Pelni Jakarta, Indonesia¹
Akademi Keperawatan Pelni Jakarta, Indonesia¹*

**Corresponding Autor : Tiniwartin99@yahoo.co.id*

ABSTRACT

The prevalence of burnout in schizophrenia caregivers is quite high compared to other chronic diseases. The aim is to determine the relationship between the effectiveness of psychoeducation and the level of burnout caregivers in schizophrenic clients. This research method is a quasi-experimental with a model of two groups pre and post-test with control design. The number of used samples is 32 people with 16 people in the control group and 16 people in the intervention group. The intervention group received 5 sessions of psychoeducation therapy, while the control group received no intervention. Hypothesis testing was used the Mann Withney test to determine the differences in caregiver burnout level scores in the control group and the intervention group after the psychoeducation intervention and repeated measures to determine the highest score at each intervention session. The results showed a significant difference in scores between pre and post-test in the intervention group with $U = 24$ and $p\text{-value} = 0.01$. In the psychoeducation session, it was found that session 3 could reduce the high level of caregiver burnout followed by session 5, session 4, session 2, and session 1. The results showed a significant difference in scores between pre and post-test in the intervention group with $U = 24$ and $p\text{-value} = 0.01$. In the psychoeducation session, it was found that session 3 could reduce high levels of caregiver burnout followed by session 5, session 4, session 2, and session 1. The results of psychoeducation were effective in reducing caregiver burnout levels so that they could be applied in dealing with psychosocial problems experienced by caregiver clients with schizophrenia. In conclusion, there is no change in the burnout level score. There is a significant difference in the level of caregiver burnout of schizophrenic clients before and after the psychoeducation intervention in the intervention group which is significant with $Z = -3.145$ and $p\text{-value} = 0.002$.

Keywords: Burnout, Caregiver, Psychoeducation, Schizophrenia

INTRODUCTION

The increasing prevalence of mental disorders occurs globally. The World Health Organization [WHO] (2009) estimates that as many as 450 million people worldwide have mental disorders. Mental disorders account for 13% of all diseases and are likely to grow to 25% in 2030. Based on Basic Health Research (Riskesdas) in 2007, the prevalence of mental disorders reached 0.46% of the total population of Indonesia or

around 1,065,000 people, Riskesdas in 2013 the prevalence of mental disorders in the population of Indonesia is 1.7 per mile or 1-2 people out of 1000 people experiencing mental disorders out of 250 million people. In West Java alone, mental disorders reach 72,000 out of 45.5 million people (Riskesdas, 2013). While the number of Garut residents who experience mental disorders is around 4,805 people from a total population of 3,003,004 souls. Likewise, the prevalence of mental disorders in Kersamanah Garut sub-district based on data at the Kersamanah health center shows that in 2012 data there were 98 schizophrenic clients and in 2012 there were 98 schizophrenic clients and in 2014 there were 125 sufferers, this village was also reported as a "crazy village" in 2012. the year 2008 in one of the national mass media.

Schizophrenia is a serious mental disorder. Schizophrenia is a type of mental disorder that ranks at the top of the existing types of psychosis (Rubbyana, 2012). Psychosis is a mental condition where personality disorganization occurs, deterioration in social functioning, and loss of contact or distortion of reality. In this condition, the client will not realize that other people have not experienced what he is experiencing and the client will feel surprised because other people do not react the same as him (Stuart, 2013). Schizophrenia is also considered a disease that is no less dangerous than other chronic diseases. Ho, Black, and Andreasen (2003) stated that schizophrenia is the most confusing and most tragic life-threatening disease and the most destructive disease.

Currently, health care is more focused on schizophrenic clients, while the caregiver as a person who is always close to clients and provides emotional care and support is still a little researched. Based on emotional support as well as little research has been done. Based on literature studies related to experiences and problems faced by caregivers in caring for schizophrenia clients and their handling in Indonesia, it is still limited. The caregiver's attention is important because the success of treatment and client care cannot be separated from the help and support provided. This is supported by research conducted by Reinhard Given, Petlick and Bemis (2008) which states that information about the fluctuation of the client's condition, signs, and symptoms, as well as the client's response to treatment, can only be obtained from the client's family who is a caregiver.

Carrying out the role of a caregiver is faced with the demands and duties of caring for clients or duties as an individual. These demands can be a source of conflict that can lead to tension and pressure resulting in feelings of anxiety, stress, frustration, psychological fatigue, and even depression for caregivers (Yusuf, Nuhu & Akinbiyi, 2009). Family

tension and despair last not only temporarily (Freadman, Bowden & Jones, 2003). These conditions place the caregiver under the burden. Each caregiver's response to facing the burden is different. This difference is influenced by the psychological characteristics contained in the caregiver. Research results (Schultz, 2000; Teasell et al., 2011; Brown, Brown & Penner, 2012). Explain the differences in caregiver perceptions of the meaning and understanding of schizophrenia, which is the coping ability and acceptance or perception of the treatment itself (Maldonado, Urizar & Kavanagh, 2005). Meanwhile, the stress level is a person's coping and acceptance ability which is influenced by that person's personality. If a caregiver has a low ability to control emotions, which is one of the personality characteristics, it will add to the problems that have an impact on the client and the caregiver himself. Maslach and Leiter (1988) stated that a person when serving clients generally experiences negative emotions such as anger, irritation, fear, anxiety, and worry. If these emotions cannot be controlled, they will become impulsive and overuse self-defense mechanisms or become involved in client problems. This condition will trigger burnout in the caregiver.

The caregiver's burnout process cannot be felt by the caregiver itself. Etzion (1984) suggests that the process of burnout runs slowly and without realizing it so that individuals suddenly feel tired. Pines and Maslach (1982) argue that physical, mental, and emotional exhaustion is caused by individual involvement in situations that are emotionally demanding and last a long time. If the caregiver's burnout condition is not handled, it will have an impact that is not only felt by the client but also on the caregiver himself. The impact received by caregivers can be in the form of a decrease in the quality of life so that it will affect mental health conditions and even experience mental disorders (Takai et al., 2011) so that the number of mental disorders increases. While the impact that will be received by the client is that the care is not optimally provided by the caregiver, even if the caregiver does not care about meeting the client's needs and the client's recovery, it will increase the recurrence rate and return to care (relapse & readmission). A psychiatric nurse is one of the professions that is responsible for handling psychological problems experienced by the caregiver so that in the future this does not become a cause of mental disorders. The role that mental nurses can play in the problems faced by the caregiver can be in the form of modality therapy. Therapeutic modalities that have been developed in mental nursing are in the form of individual, family, and group therapy. The caregiver is a family of schizophrenic clients. The

psychotherapy that has been developed for families includes family psychoeducation and triangle therapy (Keliat & Walter, 2011).

According to Cartwright (2007) psychoeducation is a modality therapy carried out by professionals, which integrates and synergizes psychotherapy and educational interventions. The psychoeducation program is an educational and pragmatic approach (Strut & Laraia, 2005). According to Cartwright (2007), psychoeducation intervention can reduce symptoms of mental health problems, in particular reducing anxiety and depression. is providing information about mental health. Caregiver psychoeducation programs provide opportunities to share feelings and strategies to share feelings that are felt. Based on the data and background above, the researcher intends to conduct research on the effectiveness of psychoeducation interventions on the level of caregiver burnout of schizophrenia clients in Kersamanah Village, Garut Regency. Through this research, it is expected that the caregiver's burnout rate can decrease so that it can improve their quality of life and they are ready to care for schizophrenic clients with all the problems.

MATERIAL AND METHODS

The design used in this study is a quasi-experimental model with two groups pre-post test with control design. Experimental research is a study that is conducted with one group by giving an intervention throughout the research (Creswell J. W., 2009). The intervention given in this study was psychoeducation to caregivers with schizophrenia. Before being given the intervention group and the control group, a pre-test was carried out in the form of measuring the level of burnout experienced by the caregiver. Furthermore, the intervention group was given 5 sessions of psychoeducation intervention and each intervention session was completed with a post-test to measure the level of caregiver burnout. In the control group, a post-test was carried out at each session after the intervention in the intervention group.

RESULTS

Table. 1 Distribution of respondent characteristics in the intervention group and control group in Kersamanah Village

Characteristics	Intervention Group	Percentage (%)	Control Group	Percentage (%)
Age				
20-30 th	4	25	3	18,75
31-40 th	1	6,25	1	6,25
41-50 th	7	43,75	7	43,75
51-60 th	3	18,75	4	25
> 60 th	1	6,25	1	6,25
Gender				
Male	1	6,25	1	6,25
Female	15	93,75	15	93,75
Level Of Education				
No School	0	0	0	0
Basic	11	68,75	8	50
Middle	4	25	7	43,75
High	1	6,25	1	6,25
Bachelor	0	0	0	0
Profession				
Work	2	12,5	1	6,25
Does not work	14	87,5	15	93,75
Income				
< Rp. 1,000,000	16	100	15	93,75
1,000.000- 2.000.000	0	0	1	6,25
> 2,000,000	0	0	0	0
Marital status				
Merried	14	87,5	15	93,75
Un Merried	2	12,5	1	6,25
Relationship with Client				
parents	7	43,75	5	31,25
other	4	25	8	50
children	2	12,5	1	6,25
the wife / husband	3	18,75	2	12,5
Others	0	0	0	0
Amount	16	100,0	16	100,0

The results of the study based on table 1. indicate that most of the caregiver ages in the control and intervention groups (43.75 %%) were in the age range 41-50 years with a mean age of 43 years in the intervention group and 45 years in the control group. Almost all of the caregiver gender in the control and intervention groups were women (93.75%). Caregiver education in the intervention group mostly graduated from elementary school (68.75%) and in the control group half of the caregivers graduated from elementary school (50%), the occupational data shows that almost all caregivers did not work well

in the intervention group (87.5%) and the control (93.75%), and income data shows that all respondents in the intervention group earn less than one million (100%) and in the control group almost all caregivers earn less than one million. The marital status of caregivers in the intervention and control groups showed that almost all of them were married (87.5% and 93.75%). Meanwhile, the relationship with the client shows that almost half of the caregivers are the client's parents (43.75%) in the intervention group, and in the control group the caregiver is the client's child.

Table 2. Differences in the level of burnout of schizophrenia caregiver clients in the control group and the intervention group before the intervention

	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	P Value	U
Control group before intervention	1.3750	.50000	1.00	2.00	1,000	128
Intervention Group Before intervention	1.3750	.50000	1.00	2.00		

From table 2. It can be seen that the caregiver burnout rate in the control and intervention groups before the intervention showed the same score (both 1.375) or showed no difference. Based on the results of the Mann Whitney test, it was found that $U = 128$ with $p\text{-value} = 1$ (because the previous scores for the intervention in the intervention and control groups were the same so that there must be no difference), H_0 is accepted, in other words, there is no difference in the level of caregiver burnout in the intervention group and control group before the intervention.

Table 3. Differences in the level of burnout of the schizophrenia caregiver clients in the control group and the intervention group after the intervention

	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	P Value	U
Control group after intervention	1.3750	.50000	1.00	2.00	0.001	24
Intervention Group After Intervention	2.5000	.51640	2.00	3.00		

The results of the above research can be seen that the caregiver burnout level in the intervention group (score greater than 2.5) compared to the control group (score 1.375), this indicates that the intervention group experienced an increase in score or a decrease in burnout level. This decrease is a significant decrease according to the Mann Whitney

test $U = 24$ with $p\text{-value} = 0.001$, so H_0 is rejected, in other words there is a difference in the level of caregiver burnout in the intervention group and the control group after the intervention.

DISCUSSION

The results of the analysis of caregiver burnout levels before intervention in the control group and the intervention group showed that most caregiver burnout rates were high, with a rate of 62.5%. This shows that the schizophrenic client caregiver has a high burnout rate. Supporting research is research conducted by Onwumere, et al (2015) that the burnout rate of mental disorders caregivers is 78% experiencing high levels of burnout with 7% fulfilling the full criteria for high burnout in all burnout dimensions.

The high score of caregiver burnout was due to the caregiver as a respondent in this study who had cared for the client for at least six months. This condition can lead to increased emotional stress and caregiver's economy. This is consistent with research which shows that caregiver stress levels increase due to family financial problems (Caqueo-Uribe et al, 2014). Fontaine (2009) states that the caregiver burden is the level of caregiver distress experienced as an effect of the condition of his family members. Another study conducted by Yusuf et al. (2009) found that caregivers have a large burden in caring for schizophrenic clients when it is associated with financial factors, stigma, and negative client behavior. The burden on the caregiver has negative consequences on the physical state, emotional state, and economic condition. The level of stress associated with the caregiver's burden in caring for schizophrenic clients can make the caregiver vulnerable to burnout (Truzzi, et al, 2012).

Maslach (1982) explains that burnout is a response to an emotionally demanding situation with the demands of receiving care that requires assistance, assistance, and attention from the giver of care. The same thing was stated by Baron, et al. (1994) stated that burnout is a condition of physical and psychological fatigue due to chronic stress due to involvement with other people who need it. In the DSM-V (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) burnout is also defined as a mental adjustment disorder characterized by the development of clinically significant emotional or behavioral symptoms in response to psychosocial stressors or stress. Burnout is not an immediate reaction to a stressor, but a result of chronic stress that lasts somewhat slowly and does not resolve after six months. The results of the analysis of differences in caregiver burnout levels before intervention in the control and intervention groups using the Mann

Whitney test obtained $p\text{-value} = 1$, so there is no difference in caregiver burnout level scores or other words both have high burnout rates. Factors that can cause this similarity can be seen from the similarity of respondent characteristics such as the age of each group who are in adulthood, gender who are mostly women, most of the respondents are people who do not work, educational history is the most elementary school. Most of the caregivers are parents of clients and subsequently spouses, and ha, for all respondents have an income of less than one million per month.

The gender of the respondents in this study were mostly women. To find out whether women and men have different levels of caregiver burnout, Truzzi, et al. (2012) conducted a study on gender differences in caregiver burnout rates in dementia clients, where dementia is classified as cognitive impairment as well as schizophrenia. The results showed that female caregivers had higher burnout. This difference may be due to gender role stereotypes, in which men appear less likely to express negative feelings to female caregivers. This is supported by the research of Hubble and Hubble (2002) which states that male caregivers think more positively than women in caring for clients with Alzheimer's.

The next characteristic that can affect the level of caregiver burnout is the level of education. The higher the level of education, the more knowledge level is so that it can have an impact on their positive attitudes and behavior (Wawan & Dewi, 2010). So that the higher the level of caregiver education, the higher the positive behavior that is generated in caring for schizophrenic clients.

The caregiver who experiences burnout is closely related to the disruption of his psychological condition, which can cause the caregiver to experience psychosocial problems. The mental nurse is one of the professions that is responsible for handling psychological problems experienced by caregivers so that in the future this does not become a cause of mental disorders. Early treatment can be done to anticipate mental disorders related to the caregiver role played by the family in caring for schizophrenic clients.

A research conducted by Jusuf (2006) entitled *Assessment of Schizophrenia Caregiver Needs*, it was found that schizophrenic caregivers need to master coping skills to overcome the burdens experienced in carrying out their roles. Among the various aspects that play a role in achieving effective coping, knowledge and information play an important role because they are needed in the problem-solving process and determine

the emotional reactions that arise. Therefore, the schizophrenia client caregiver needs to have sufficient information about the schizophrenia disorder itself and the burdens borne by the sufferer's family and how to deal with it. One of the treatments that can be done is with psychoeducation therapy, this is in accordance with what was stated by Dizon, et al. (2001) stated that psychoeducation is an evidence-base practice for dealing with the burden experienced by mental care caregivers. The results of the analysis of the effectiveness of the psychoeducation intervention on the caregiver's burnout level showed that the caregiver who experienced burnout in the intervention group experienced an increase in score or in other words, the burnout level score decreased with $p\text{-value} = 0.002$, while the control group did not experience a change in the caregiver burnout level score. Although similar research has never been carried out either in or outside the country, Sharief, et al. (2012) suggested that psychoeducation carried out on schizophrenic client caregivers had a positive impact in reducing the care burden and symptoms of clients after one month of intervention.

Psychoeducation therapy research conducted on caregiver clients with schizophrenia is still limited to its effect on the burden of care, emotions, and client care management. Psychoeducation interventions for caregiver clients with schizophrenia from various studies that have been conducted have a positive impact on caregiver problems in caring for clients. Research conducted by Magliano, et al. (2000), Church (2005), Sharief, et al. (2012), Tanriverdi & Ekinici (2012), Ozkan et al., (2013) and Fallahi, et al., (2014) state that psychoeducation is effective in increasing the family's ability to care for clients so that it reduces the recurrence rate and is treated, reduces the burden on caregivers, , reduce emotions and depression in caregivers. This supports the results of the study that psychoeducation was effective in reducing the level of caregiver burnout of schizophrenic clients significantly with $p\text{-value} = 0.001$.

The focus of psychoeducation according to Griffiths (2006) is to educate participants about challenges in life, help participants develop sources of support and social support in facing life's challenges, develop coping skills for the participants 'sense of stigma, change participants' attitudes and beliefs towards a disorder. (disorder), identifies and explores feelings on an issue, develops problem-solving skills, and develops crisis-intervention skills. Psychoeducation is concerned with teaching someone about a problem so that they can reduce the stress associated with that problem and prevent the problem from recurring. Psychoeducation is also advised on the strengths of participants

and focuses more on the present and the future than on the difficulties of the past. Psychoeducation intervention in the intervention group carried out on schizophrenic caregivers on caregiver burnout levels with five sessions with session 1 discussing problems faced by caregivers in caring for schizophrenic clients, session 2 on how to care for schizophrenic clients, session 3 stress management, session 4 on load management and burnout and session 5 on family empowerment. The results showed that in session 3 the highest score increased, in other words, experienced lower burnout levels, followed by session 5, session 4, session 2, and session 1. In session 3 the caregiver was given information about stress, stress management, and practicing stress management, deep breaths, and progressive relaxation. Munandar (2001) explains that stress management is trying to prevent the onset of stress, increase the stress threshold of the individual, and accommodate the physical consequences of stress. Stress management carried out in this study is progressive relaxation, which is based on the theory presented by Mulyono (2005) which explains some of the benefits obtained from relaxation exercises, including making a person more able to avoid overreaction due to stress.

The stress experienced by the caregiver is situational stress, namely stress caused by a problem that the caregiver has not previously experienced. This is in accordance with the theory of Luthans (1992) that situational stress is caused by changes in the family, economic and financial conditions, relationships with other people or social and community conditions, or places of residence. This is according to the research of Caqueo-Uriza et al. (2014) that the level of caregiver stress increases due to problems in caring for clients and when getting a way to deal with stress and doing it at home, stress experienced by the caregiver can be reduced, this is in line with the results of research that with psychoeducation intervention, the level of stress experienced by the caregiver decreases after doing stress management. This is supported by research conducted by Nurbani (2009) that psychoeducation therapy can reduce the level of anxiety, stress, and family burdens in caring for stroke clients where the stroke is a chronic disease similar to schizophrenia. The next session that shows an increase in score is the fifth session, which is a session where other families are empowered to care for clients. In this session, an increase can be caused because empowering other families can reduce the burden on caregivers. This is supported by research conducted by Deni (2011) which states that the increasing family supports the less the family burden in caring for clients with

hallucinations, where appropriate family support makes the burden to be borne by the family.

Research conducted by Suryani (2015) shows that schizophrenia caregivers need support from professionals and families. Other research related to family support conducted by Sahar (2002) shows that caregivers need support from various parties such as community health centers which can develop family empowerment programs through training to prevent problems faced by caregivers. This shows that family support as family members and support from health professionals are needed by the caregiver to reduce the burden experienced in caring for schizophrenic clients.

CONCLUSION

There was no difference in the level of caregiver burnout of schizophrenic clients before and after the psychoeducation intervention in the control group with $Z = 0.001$ (Wilcoxon test) and $p\text{-value} = 1.00$, but each session experienced a change in score although not significant. There was no difference in the level of burnout caregiver for schizophrenic clients between the intervention group and the control group before the psychoeducation intervention was carried out with the Mann Whitney test ($U = 128.00$) and $p\text{-value} = 1.00$, or in other words, the scores before the intervention in the intervention and control groups were the same. There is a difference in the level of caregiver burnout of schizophrenic clients between the intervention group and the control group after psychoeducation intervention with the Mann Whitney test ($U = 24.00$) and $p\text{-value} = 0.01$, these results indicate that there is a significant difference between caregiver burnout in the intervention group and the control group.

DAFTAR PUSTAKA

- Akcamete, G., Kaner, s., & Sucuglu, B. (2001). Ogretmenlerde tukenmislik, is doyum u ve kisilik. *Ankara: Noble Yayin Dagutum*
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variab els and burnout : A mete-analysis. *Work & Stress*, 23, (3), 224-263
- Arif, I.S. (2006). *Skizofrenia : Memahami dinamika keluarga pasien*. Bandung : Refika Aditama
- Awad, G. & Voruganri L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers : A review. *Pharmacoeconomics*; 26 (2): 149-62
- Baron, R.A., & Byrne, D. (1994). *Social Psychology Understanding Human Interaction*. Boston : Allyn and Bacon Inc.
- Bentsen, H. (2001). Relatives distress and patients symptomp s and behaviors : a prospective study pf patieents with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavia* : 104 (1) : 42-50
- Brown, S.L., Brown, R. M, & Penner, L. A. (2012). *Moving beyond self-interest : perspectives from evollutionary biology, neuroscience, and the sosial sciences*. New York: Oxford University Press, Inc
- Caqueo, U.A., Miranda, C.C., Giraldez, S.L., Maturana, S.L., Perez, M.R., & Tapia F.M. (2014). An

- update review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, vol. 26, No. 2, 235-243
- Cartwright, M.E. (2007). Psychoeducation among caregiver of children receiving mental health service. *Dissertation*. Graduate School of The Ohio State University.
- Cheng, Yi-Chuan. (2005). Caregiver burnout: A critical review of the literature. *Dissertations: ProQuest Psychology Journals*.
- Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services Arlington*.
- Claussen, W.A. (2005). Hubungan antara persepsi underbenefit dan underinvestment dengan burnout pada caregiver keluarga dari penderita stroke. *Thesis* (tidak diterbitkan). Fakultas psikologi Universitas Indonesia.
- Creswell, John W. (2009). *Research design : Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. California : Sage Publication Inc.
- Dahlan. (2012). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan, edisi 5*. Jakarta: Salemba.
- Departemen Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinoestro. (2008). Hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kemandirian kehidupan sosial bermasyarakat pada klien skizofrenia post perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur. *Thesis*. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Leafley, H., Lucksted, A., Chohen, M., Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52, no. 7: 903-910
- Djatmiko, Prianto. (2005). Penentuan validasi dan rehabilitasi the Burden Assessment Schedule versi Bahasa Indonesia dalam menilai beban perawatan pada seorang yang merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia. *Thesis*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress : A meta-analysis. *BioMed Central Medicine*. 7:79.
- DSM-V. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th ed). Wilson Boulevard, Arlington: American Psychiatric Association, Division of Publications and Marketing.
- Ezra, Dalia. (1984). Moderating Effect Of Social Support On The Stress Burnout Relationship. *Journal of Applied Psychology*, VOL 69 (4), NOV 1984, 615-622.
- Fadden, G., & Bebbington, K.L. (1987). The burden of care : The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150:185-292.
- Fallaah, K., Sheikholeslam, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2014). The effect of group psychoeducation programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, Jun ; 21 (5): 438-46
- Fausiah, F., & Widury, J. (2007). *Psikologi abnormal klinis dewasa*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Fontaine, K.L. 2009. *Mental health nursing sixth edition*. New Jersey : Pearson Prentice Inc
- Francis, S., & Satiadarma, M.P. (2004). Pengaruh dukungan keluarga terhadap kesembuhan ibu yang mengidap kanker payudara. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, Th.9/No.1/2004.
- Freadman, Bowden, & Jones. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice, 5th edition*, New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Freadman, M.M., Bowden, O., & Jones, M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : riset, teori, & praktik; alih bahasa, Achir Yani S. Hamid...[et al.]*; editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed. 5 Jakarta : EGC.
- Gonzalez-Blanch, C. Et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *Spanish Journal of Psychology*, 13 (1), 389-295.
- Grandon, P., Jenaro C., Lemos S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients : Burden and predictor variables. *Psychiatry Res.*;158:335-43.

- Greenberg, Jerald dan Baron, Robert A. (2000). *Perilaku organisasi*. Jakarta : Prentice Hall
- Griffiths, Patrick. (2006). *An Introduction to English Semantics and Pragmatics*. Edinburgh University Press Ltd.
- Hasan, M.I. 2009. *Pokok-pokok materi statistik I (statistik deskriptif) Ed. 2*. Jakarta: Bumi Aksara
- Ho, B.C., Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2003). *Schizophrenia and other Psychotic Disorder* In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds). Textbook of clinical psychiatry (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hubbell, Larry & Hubbell, Kelly. (2002). The burnout risk for male caregivers in providing care to spouses afflicted with Alzheimer's disease, *Journal of Health and Human Services Administration*; Summer; 25.
- Jenkins, J., Gracia, J.R., Chang, C.L., Young, J.S., Lopez, S.R. (2006). Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 624-631.
- Jusuf, Lina. (2006). Asesmen kebutuhan caregiver skizofrenia. *Tugas akhir*. Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Kang, Jeong Hee & Kimm, Chul-Woong. (2012). Evaluating applicability of Maslach Burnout Inventory among University Hospital Nursing. *Korean J Adult Nurs* Vol. 24 No. 1, 31-37
- Kaplan, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Schizophrenia. Dalam Kaplan dan Sadock: Synopsis of psychiatry*. Edisi ke-10 USA: Williams & Wilkins.
- Keliat & Walter. (2001). *Buku saku terapi keperawatan*. Depok: FIK UI.
- Kokurcan, Ahmet, Yilmaz Ozpolat, & Gogus, Ali Kemal. (2014). *Burnout in caregiver of patients with schizophrenia*. Departement of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey.
- Korunka, C., Tement, S., Zdrehus, C., & Borza, A. (2014). Burnout: Theoretical consideration. *The BOIT Project meeting*.
- Kwok, T., Au, A., Wong, B., Ip, I., Mak, V., & Ho, F. (2014). Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. *Dove Press Journal : Clinical Intervention in Aging*.
- Lailani, Ferishti. (2012). Burnout pada perawat ditinjau dari efikasi diri dan dukungan sosial. *Journal Talenta Psikologi* Vol. 1 No. 1.
- Lang, Dora SP., & Lim, Cheng Lay. (2014). Effects of art therapy for family caregivers of cancer patients: a systematic review. *The KBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, ISSN 2202-4433
- Leafley, H.P. (2000). *The impact of mental disorder on family and carers. Dalam Thornicroft, Szmulker (Ed): Textbook of community psychiatry*. USA : Oxford University Press.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Levine, I. S. (2002). Family psychoeducation. Encyclopedia of mental disorders. <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/diakses> pada tanggal 30 Februari 2015.
- Lukens, Ellen P. & McFarlane, William R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice; Consideration for Practice, Research, and Policy. *Journal Brief Treatment and Crisis Intervention Vol 4*. Oxford University Press.
- Maldonado JG, Urizar AC, Kavanagh DJ. (2005). Burden of care and general in families of patients with schizophrenia. *Social and behavioral sciences* (Vol. 2, 1415-18). Oxford: Elsevier..
- Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-442.
- Montgomery, R.J.V., & Kosloski, K. (2001). *Change, continuity and diversity among caregivers. Milwaukee: University of Wisconsin, Milwaukee*. National family caregiver support program
- Mottaghipour, A. & Bickerton, A. (2005). The pyramid of family care : A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-journal for the Advancement of mental health*, vol. 4, issue 3.

- Mueser, K.T. & McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *The lancet* 363.no. 9426 (june19): 2063-7
- Mulyono, Abdurrahman. (2005). *Pendidikan bagi anak bangsa berkesulitan belajar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Munandar, A.S. (2001). *Psikologi Industri dan Oranisai*. Depok : Penerbit UI Press.
- National Family Cargiver Association (NFCA). 2012. Communicating with caregivers. Diakses dari <http://www.familycaregiving101.org/assist/communicating.cfm> pada tanggal 23 Ferbuari 2015
- National institute of Mental Health (NIMH). (2012). Schizophrenia. www.nimh.nih.gov. Diakses pada tanggal 27 Ferbuari 2015.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbani. (2009). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososialansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat paien stroke di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Pascasarjana Fakultas Kedokteran UI.
- Nurdiana, Syafwani, Umbransyah. (2007). Peran Serta Kelurga Terhadap Tingkat Kekambuahan Klien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*.
- Omranifard, V., Yari , A. Kheirabadi vol.3 no.1 G.R., Rafizadeh, M., Maracy, M.R., & Sadri, S. (2014). Effect of needs assessment based psychoeducation for families of patients with schizophrenia an quality of life patients and their families: A controlled study. *Jedu Health Promot*, 3:125.
- Ozkan, B., Erdem, E., Saliha, & Zararsiz, G. (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric flow up given to teh cargiver of the schizophrenia patients on famly burden, depression, and xpression of emotion. *Pakistan jurnal of Medical Sciences*, Sept-Okt :29(5)1122-1127
- Parameshwary, Dyah. (2007). Gambaran burnout pada caregiver keluarga stroke. *Tugas akhir (tidak dipublikasikan)*. Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Polit D.F. & Back, C.T. (2012). *Nursing Research, geneting and assesing evidence for nursing practice, 9th ed*. Philadephia; Lippincount Wiliams & Wilkins.
- Potter, Beverly. 2005. *Overcoming burnot. Third editing*. Oakland : Ronin
- PUSDALISBANG. (2014). *Penderita gangguan jiwa di jawa barat*. Pusat Data dan Analisa Pengembangan Jawa Barat. Diakses pada tgl 9 Ferbuari 2015.
- Rafiyah, I. & Sutharangsee W. (2011). Review burden on family caregiver caring for patients with schizophrenia and is related factors. *Nurse Media J Nursing*. 1:29-41.
- Rubyana, Urifah. (2012). Hubungan antara strategi koping dengan kultatias hidup pada penderita skizofrenia remisi simtom. *Jurnal Paikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, vol. 1 no. 02
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. (2002). *Psychological issue & Treatments for people with Diabetes. Journal of Clinical psychology*, 57(4)
- Sabbah, I., Sabbah, H., Sabbah, S., Akoum, H., & Droubi, N. (2012). Burnout among Lebanese nurses : psychometric propertis of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). *Health* vol 4, No.9, 644-652.
- Sarafino, Edward P (2012). *Health psychology: Biopsychososial Interactions. Sevent Edition*. New York: John Wiley & SonsInc
- Sastroasmoro, S. & Ismael. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Schaufeli, Wilmar & Enzman, Dirk. (1998). *The burnout companion study and practice: a critical analysis*. London : Taylor and Francis Ltd.
- Schulz, R. (2000). *Hanbook on dementia caregiving : evidence-based intervention for family caregivers*. New York: Springer Publishing Copany, Inc.
- Smith, M.J., & Liehr, P.R. (2008). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing
- Sugiyono. (2013). *Statistik untuk penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.
- Taki, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., & Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life.

- Psychogeriatrics*. 11:98-104.
- Tanriverdi, D. & Ekinici, M. (2012). Effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenia patients in Turkey. *PubMed: Int J Nurs Pract*, Jun: 18 (3): 281-8.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing* (6th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Urizar, A.C., & Maldonado, J.G. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of life research* 15:7199-24
- Walker, Allison. (2007). Perception of family cancer caregivers in tanzania: a qualitative study. *Thesis*. Grauated School of Public Health in partial Fulfillment, University of Pittsburgh.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Improving health system and service and service for mental health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wiyati, R., Wahyuningsih, D., & Wahyuni, E.D. (2009). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Vol. 5 No. 2.
- Yilmaz, A., Turan, E., & Gundogar, D. (2009). Predictor of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease : Evidence from Turkey. *Australasian Journal on Ageing*, vol 28 No.1
- Yusuf, A.J., Nuhu, F.t., & Akinbiyi, A. (2009). Caregiver burden among relatives of patients with skizofrenia in Katsina. *South African Jurnal of Psychiatry*, Vol 15 No. 2.
- Varcarolis, E. M., & Healt, M.J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing : A clinical approach sixth edition*. Saunders Elsevier Inc.
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of Organizational Behavior* 18 (2):101-115.