

TERAPI PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN 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)*

Hasmila Sari*

Mental Nursing Lecturer at Nursing Program Syiah Kuala University Banda Aceh

Email: hasmila_sari@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan. Schizofrenia merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia paling produktif. Hal ini tentu sangat mempengaruhi keadaan sosial dan ekonomi keluarga sehingga kemampuan keluarga perlu ditingkatkan dalam merawat penderita schizofrenia di rumah untuk mengurangi beban yang dirasakan keluarga. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dapat dilatih melalui terapi psikoedukasi keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien schizofrenia. **Metode.** Desain penelitian menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi terapi psikoedukasi keluarga. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh dengan jumlah sampel 18 orang. Intervensi dilakukan melalui penerapan lima sesi psikoedukasi keluarga untuk mengetahui perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien schizofrenia sebelum dan sesudah intervensi. **Hasil.** Hasil uji statistik *Wilcoxon's matched pairs test* menunjukkan tidak terdapat perbedaan kemampuan yang bermakna antara sebelum intervensi dengan sesudah dilakukan intervensi ($p > 0,05$), meskipun demikian terdapat peningkatan jumlah responden yang mempunyai kemampuan kognitif dan psikomotor yang lebih baik setelah intervensi. **Diskusi.** Penilaian kemampuan psikomotor responden akan lebih baik jika didukung dengan observasi proses latihan psikomotor keluarga dalam merawat klien secara langsung dengan memberikan pengetahuan dan latihan terstruktur serta konsisten sesuai dengan modul psikoedukasi keluarga yang telah disusun.

Kata kunci: schizofrenia, psikomotor, kognitif, psikoedukasi

ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is the major cause of disability in the most productive ages. It affects economic and social family condition so that the family ability needs increasing in taking care of patients with schizophrenia at home to decrease family's burden. The family ability to take care of family member can be trained by family psychoeducation therapy. The purpose of this study was to identify the effect of family psychoeducation therapy for the family ability in taking care patients with schizophrenia. **Method.** The research design used quasi experiment method with pre post test without control group design by using family psychoeducation therapy intervention. The research was conducted in Aceh government mental hospital with 18 samples. Intervention was implemented through five sessions of family psychoeducation to identify the difference the family ability in taking care of patients with schizophrenia before and after the intervention. **Result.** The result of statistics test which used *Wilcoxon's matched pairs test* showed there is no differences significant ability between pre and post intervention ($p > 0,05$) although there is increase the number of respondents which have better psychomotor and cognitive ability after the intervention. **Discussion.** Assessment psychomotor ability would be better if it is supported by the observation process psychomotor training in directly care by providing the knowledge and practice of structured and consistent with family psychoeducation module.

Keywords: schizophrenia, psychomotor, cognitive, psychoeducation

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan mental pada awalnya kurang mendapat perhatian oleh karena tidak langsung terkait sebagai penyebab kematian. Perhatian terhadap masalah kesehatan mental meningkat setelah *World*

Health Organization (WHO) pada tahun 1993 melakukan penelitian tentang beban yang ditimbulkan akibat penyakit dengan mengukur banyaknya tahun suatu penyakit dapat menimbulkan ketidakmampuan penyesuaian diri hidup penderita (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*). Hasil penelitian tersebut

menunjukkan bahwa ternyata gangguan mental mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari *global burden of disease* (GDB) melebihi beban yang diakibatkan oleh penyakit tuberkulosis dan kanker. Dari 8,1 persen GDB yang ditimbulkan oleh gangguan neuropsikiatri, gangguan depresi memberikan beban terbesar, yaitu 17,3 persen, sedangkan gangguan psikosis memberikan beban 6,8 persen (Yosep, 2010).

Gangguan jiwa sangat berbahaya walaupun tidak langsung menyebabkan kematian namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban yang berat bagi keluarga. Meski bukan penyebab utama kematian, gangguan jiwa merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia paling produktif yakni antara 15 – 44 tahun. Dampak sosialnya sangat serius berupa penolakan, pengucilan dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat (Yosep, 2010). Gangguan jiwa juga mengakibatkan beban dana sosial untuk kesehatan masyarakat meningkat. Saat ini, posisinya berada di urutan kedua setelah penyakit kardiovaskular. Gangguan jiwa bisa berupa gangguan jiwa ringan seperti depresi sampai gangguan jiwa berat seperti schizofrenia (Kompas, 2011).

Schizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkrit dan sosialisasi yang saling berhubungan (Stuart, 2009). Schizofrenia merupakan gangguan mental yang sangat berat yang ditandai dengan gejala-gejala positif yaitu bertambahnya kemunculan tingkah laku dalam kadar yang berlebihan dan menunjukkan penyimpangan dari fungsi psikologis seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi, gangguan kognitif dan persepsi, serta adanya gejala negatif yaitu penurunan suatu tingkah laku yang juga berarti penyimpangan dari fungsi psikologis yang normal seperti *avolition* (menurunnya minat dan dorongan), berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan, afek

yang datar serta terganggunya relasi personal (Maslim, 2008).

Prevalensi schizofrenia pada wanita dan laki-laki adalah sama. Usia puncak terjadinya schizofrenia adalah 25 sampai 35 tahun. Usia remaja dan dewasa muda memang sangat berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor sedangkan sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 tahun biasanya sangat jarang terjadi. Pada umumnya tingkat kepulihan schizofrenia pada wanita lebih baik daripada laki-laki karena pada laki-laki memiliki sifat sering menentang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tidak disiplin (Kaplan, 2002). Prevalensi schizofrenia di Amerika Serikat dilaporkan bervariasi terentang dari 1 – 1,5% dengan angka insiden 1 per 10.000 orang per tahun. Di seluruh Asia diperkirakan 2 – 10 orang dari setiap 1000 penduduk mengalami schizofrenia dan 10% diantaranya perlu diobati dan dirawat intensif karena telah sampai pada taraf yang sangat mengkhawatirkan. Di Indonesia diperkirakan sekitar 0,3 – 1%. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita schizofrenia di mana sekitar 99% pasien di RSJ di Indonesia adalah penderita schizofrenia (Sosrosunihardjo, 2007).

Fenomena yang dialami di Indonesia saat ini mungkin telah meningkatkan jumlah penderita schizofrenia. Mengacu pada data WHO, prevalensi penderita schizofrenia sekitar 0,2 – 2% sedangkan insidensi atau kasus baru yang muncul tiap tahun sekitar 0,01%. Patut disayangkan lebih dari 80% penderita schizofrenia di Indonesia tidak diobati. Mereka dibiarkan berkeliaran di jalanan atau bahkan dischizofrenia. Padahal jika diobati dan dirawat dengan baik oleh keluarga, sepertiga dari mereka bisa pulih. Tetapi bila tidak dirawat akan terus kambuh dan 25 – 30% dari mereka akan resisten (Himpunan Jiwa Sehat Indonesia, 2005). Menurut Keliat (1996), kekambuhan pada klien gangguan jiwa disebabkan oleh beberapa faktor yaitu klien, tenaga medis, tenaga perawat dan dari keluarga sendiri.

Keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam proses kesembuhan klien yang mengalami masalah kesehatan jiwa.

Keluarga merupakan lingkungan terdekat dengan klien. Dengan keluarga yang bersifat terapeutik dan mendukung, klien akan dapat dipertahankan masa kesembuhannya selama mungkin. Sebaliknya jika keluarga kurang mendukung maka angka kekambuhan akan menjadi lebih cepat. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa angka kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25 – 50 %, sedangkan angka kambuh pada pasien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5 – 10 % (Keliat, 2003). Kekambuhan ini dapat dicegah dan diantisipasi dengan melibatkan keluarga dalam perawatan klien di rumah melalui psikoedukasi dan psikoterapi yang diberikan pada keluarga.

Family psychoeducation therapy adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis. Terapi ini dirancang terutama untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Tujuan umum dari *Family Psychoeducation* 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). Penyelesaian masalah saat merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat ditentukan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga.

Data dari Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh (2011), jumlah penderita gangguan jiwa di kota Banda Aceh cukup besar apalagi setelah Aceh mengalami masa konflik yang cukup panjang ditambah lagi kejadian gempa bumi dan tsunami pada tahun 2004 yang sangat berisiko terhadap meningkatnya angka kekambuhan bahkan meningkatkan

juga jumlah klien baru yang disebabkan tingkat stressor yang tinggi. Selain itu, salah satu penyebabnya adalah dukungan keluarga yang belum maksimal dalam merawat klien yang kemungkinan disebabkan belum adanya terapi keluarga secara khusus pada keluarga atau di masyarakat sehingga intervensi terapi psikoedukasi keluarga yang akan dilakukan diharapkan bermanfaat bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa khususnya schizofrenia.

Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh (RSJPA) merupakan satu-satunya pusat rujukan untuk penderita gangguan jiwa di seluruh kabupaten dan kotamadya yang ada di Propinsi Aceh. Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medik RSJPA, pada tahun 2011 tercatat schizofrenia sebagai kasus rawat inap terbesar sebanyak 1989 kasus sedangkan untuk kasus rawat jalan schizofrenia juga menempati urutan pertama sebanyak 13.114 kunjungan (RM RSJPA, 2012). Bagi klien yang menjalani rawat jalan maupun pasca opname, mereka akan kembali ke rumah bersama dengan keluarga sehingga dapat diperkirakan akan meningkatkan juga jumlah klien dan keluarga yang memerlukan perawatan, psikoedukasi keluarga dan intervensi di rumah. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien schizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan schizofrenia di RSJPA Banda Aceh.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi *Family Psychoeducation*. Populasi penelitian ini adalah anggota keluarga klien dengan schizofrenia yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Pemerintah Aceh. Berdasarkan data terakhir dari Bagian Rekam Medik (April,

2012), diketahui 214 orang pasien dengan diagnosa skizofrenia yang masih dirawat di RSJPA. Pada penelitian ini yang menjadi sampel adalah keluarga dengan anggota keluarga yang didiagnosa skizofrenia dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan *purposive sampling* yaitu semua keluarga dengan anggota keluarga yang masih dirawat di RSJPA dengan diagnosa skizofrenia. Pemilihan sampel dilakukan di tiga ruang rawat inap yaitu Ruang Anggrek, Bougenville dan Jeumpa dengan alasan ruangan tersebut memiliki jumlah responden yang memenuhi syarat inklusi. Jumlah sampel yang memenuhi semua kriteria adalah 18 orang (9 orang dari Ruang Anggrek dan 9 orang dari ruang Jeumpa) sedangkan semua responden dari Ruang Bogenvil dikeluarkan karena tidak memenuhi kriteria.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian yang terdiri dari dua bagian instrumen yaitu demografi yang berhubungan dengan karakteristik keluarga klien dan instrumen tentang kemampuan keluarga. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon.

HASIL PENELITIAN

Hasil analisis dari tabel 1 diketahui bahwa perbandingan kemampuan kognitif

responden sebelum dan sesudah intervensi terdapat 5 orang dengan hasil kemampuan kognitif setelah intervensi lebih rendah daripada sebelum intervensi, 5 orang tetap dan 8 orang mempunyai kemampuan kognitif yang lebih baik dari sebelum intervensi. Untuk kemampuan psikomotor diketahui bahwa terdapat 6 orang dengan hasil kemampuan psikomotor setelah intervensi lebih rendah daripada sebelum intervensi, 3 orang tetap dan 9 orang mempunyai kemampuan psikomotor yang lebih baik dari sebelum intervensi. Dapat disimpulkan bahwa untuk kemampuan keluarga, tidak terdapat perbedaan kemampuan yang bermakna antara sebelum intervensi dengan sesudah dilakukan intervensi ($p > 0,05$).

PEMBAHASAN

Family Psychoeducation (FPE) merupakan salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart & Laraia, 2005). 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

Tabel 1 Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Keluarga Sebelum dan Sesudah Mengikuti Terapi Psikoedukasi Keluarga di RSJPA Banda Aceh 2012 (N=18)

Variabel	Rank	N	Mean	P value
Kemampuan kognitif: Sebelum dan Sesudah Intervensi	Negatif	5	3,80	0,06
	Positif	8	9,00	
	Sama	5		
Kemampuan psikomotor: Sebelum dan Sesudah Intervensi	Negatif	6	7,08	0,31
	Positif	9	8,61	
	Sama	3		
Kemampuan Keluarga: Sebelum dan Sesudah Intervensi	Negatif	6	5,42	0,11
	Positif	9	9,72	
	Sama	3		

psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2000).

Tujuan utama *family psychoeducation* adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa dengan menggunakan pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *behavioral family therapy* sehingga lebih menitikberatkan pada modifikasi perilaku dengan asumsi bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional sehingga hasilnya akan membawa perubahan tingkah laku (Varcarolis, 2006). Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan erat dengan tahap perkembangan seseorang (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Kognitif Keluarga

Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah intervensi (*p value* 0,06; *alpha* 0,05), meskipun demikian terdapat 8 orang responden yang menunjukkan kemampuan kognitif yang lebih baik dari sebelum intervensi. Tujuan utama *family psychoeducation* adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa dengan menggunakan pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *behavioral family therapy* sehingga lebih menitikberatkan pada modifikasi perilaku dengan asumsi bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional sehingga hasilnya akan membawa perubahan tingkah laku (Varcarolis, 2006). Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan erat dengan tahap perkembangan seseorang (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut 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 klien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerja sama (Stuart & Laraia, 2005). Peningkatan jumlah responden yang memiliki kemampuan kognitif lebih baik sesudah intervensi menunjukkan bahwa kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien schizofrenia dapat meningkat melalui psikoedukasi yang diberikan dalam lima kali pertemuan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan riset yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan schizofrenia 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 schizofrenia. 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.

Penelitian lain yang mendukung hasil tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Swank et al (2007) tentang hubungan keluarga dan partisipasi keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa berat yang dilakukan pada 69 keluarga veteran yang dirawat di pusat perawatan veteran (*Department of Veterans Affairs*). Program psikoedukasi ini dilakukan selama 9 bulan dengan berfokus pada materi edukasi tentang kontak keluarga, kepuasan keluarga, dukungan persepsi keluarga, konflik dan distress keluarga, peningkatan komunikasi anggota keluarga dan ketrampilan '*problem solving*'. Hasil akhir didapatkan rata-rata

penurunan kekambuhan dan hospitalisasi dan juga meningkatkan fungsi vokasi dan sosial keluarga.

Rosenheck (2000, dalam Swank et al, 2007) mengatakan sejumlah keluarga yang ikut berpartisipasi dalam program psikoedukasi menegaskan perlunya keikutsertaan keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Keluarga mempunyai rasa ketertarikan yang tinggi dalam menerima informasi spesifik tentang penyakit/gangguan dan perawatan gangguan jiwa. Pernyataan ini didukung oleh hasil studi Mueser et al (1992, dalam Dixon et al, 2000) yang menemukan bahwa klien dengan gangguan jiwa berat dan keluarganya melaporkan pentingnya kebutuhan informasi tentang gangguan psikiatrik dan sebagian besar sangat tertarik dengan topik tertentu seperti medikasi, efek samping dan bekerja dengan tenaga kesehatan profesional.

Hasil penelitian ini dan didukung hasil-hasil riset terdahulu membuktikan bahwa terapi psikoedukasi keluarga berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa khususnya dengan schizofrenia. Peningkatan kemampuan kognitif keluarga setelah mengikuti intervensi terlihat dari antusiasme dan partisipasi aktif sebagian besar responden dalam mengikuti setiap sesi. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa khususnya dengan schizofrenia.

Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Psikomotor Keluarga

Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna kemampuan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah intervensi (*pvalue* 0,31; *alpha* 0,05), meskipun demikian terdapat 9 orang responden yang menunjukkan kemampuan psikomotor yang lebih baik dari sebelum intervensi. Untuk mengubah perilaku terlebih dahulu dilakukan strategi untuk mengubah pikiran (kognitif). Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan tiga strategi (WHO, dalam Notoadmodjo, 2003) yaitu: menggunakan kekuatan/ kekuasaan/ dorongan,

pemberian informasi dan diskusi partisipan. Pemberdayaan keluarga secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif akan meningkatkan kemampuan keluarga untuk merawat klien (kemampuan psikomotor).

Dixon et al (2000) mengatakan bahwa program psikoedukasi keluarga menawarkan kombinasi antara informasi tentang gangguan jiwa, praktek dan dukungan emosional, pengembangan keterampilan keluarga dalam *problem solving* dan manajemen krisis. Program tersebut bisa dilakukan untuk keluarga secara individu atau berkelompok dan memungkinkan untuk dilakukan di rumah keluarga, di klinik atau di lokasi lain. Juga sangat bervariasi dalam menentukan durasi dan lama waktu untuk setiap sesi, dan bisa melibatkan pasien atau tidak dalam intervensi tersebut.

Hasil penelitian peneliti sebelumnya (Sari, 2009), tentang penerapan psikoedukasi keluarga dalam merawat klien pasung di kabupaten Bireuen menunjukkan ada peningkatan yang bermakna kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti psikoedukasi keluarga (*p value* 0,000; *alpha* 0,05). Hasil tersebut ditunjang dengan adanya peningkatan yang signifikan hasil *self evaluation* kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti psikoedukasi menjadi 7.65 yang sudah dikategorikan baik. 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 lain oleh Xiang et al (1994) terhadap 69 keluarga dengan schizofrenia dan 8 keluarga dengan psikosis afektif di 3 kota yang berbeda di China yang diikuti selama 4 bulan, yang dibagi secara acak menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi mendapat psikoedukasi keluarga dan obat sedangkan kelompok kontrol hanya mendapat obat. Kelompok intervensi mengikuti

workshop periodik, kunjungan rumah, diskusi antara tenaga kesehatan dan keluarga, berbagai informasi terkini, dan terdapat sesi supervisi bulanan dari dokter setempat. Kelompok tersebut menunjukkan perubahan positif yang signifikan yang tidak ditemukan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat medikasi lengkap. Perubahan tersebut berupa penurunan pengabaian terhadap pasien, perbaikan status mental, peningkatan fungsi kerja, dan penurunan gangguan perilaku pada pasien.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Telles et al (1995) membandingkan efektifitas *Behavioral Family Management* (BFM) dan *Standard Case Management* (SCM) dalam pencegahan gejala eksaserbasi dan tingkat kekambuhan 40 imigran Spanyol yang didiagnosa schizofrenia di Los Angeles. Pasien dibagi secara acak menjadi 2 kelompok. BFM merupakan modifikasi dari program psikoedukasi yang berfokus pada edukasi tentang schizofrenia, keterampilan komunikasi dan *problem-solving training*. Untuk hasil akhir, BFM tidak memperlihatkan perbedaan yang signifikan dari CM akan tetapi BFM memperlihatkan hasil yang signifikan dalam pencegahan gejala eksaserbasi.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Pemberian terapi psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien schizofrenia tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Tetapi terdapat peningkatan responden yang mempunyai kemampuan psikomotor yang lebih baik setelah intervensi.

Saran

Penilaian kemampuan psikomotor responden akan lebih baik jika didukung dengan observasi proses latihan psikomotor keluarga dalam merawat klien secara langsung dengan memberikan pengetahuan dan latihan terstruktur serta konsisten sesuai dengan modul psikoedukasi keluarga yang telah disusun.

KEPUSTAKAAN

- Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). *A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). *Update on family psychoeducation for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. Washington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc
- Kaplan & Sadock. (1997). *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kompas. (2011). 80% Penderita Skizofrenia Tak Diobati. <http://health.kompas.com/read>. diperoleh tanggal 5 Desember 2011
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta. EGC
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan
- Maslim R. (1998). *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III*, Jakarta
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*, Philadelphia: Mosby Years Book Inc.
- Rekam Medik RSJPA. (2011). Banda Aceh. Tidak dipublikasikan
- Sari. H. (2009). *Pengaruh Family Psychoeducation Therapy terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Schizofrenia di Kabupaten Bireuen*. Tesis. Jakarta. FIK UI. tidak dipublikasikan
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby

Terapi Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga (Hasmila Sari)

- Stuart, G. W., & Sunden, S. J., (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, St. Louis; Mosby
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Swank, A.M., Glynn, S., Cohen, A., & Sherman, M. (2007). *Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness*. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. Washington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis* . Philadelphia. W.B Saunders Co
- Xiang, M.G.; Ran, M.S.; & Li, S.G. (1994). A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *British Journal of Psychiatry*, 165:544-548. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung. Refika Aditama