

LAPORAN SEMENTARA (*PROGRESS REPORT*)
PENELITIAN KEMITRAAN

Nama Rumpun Ilmu: Kesehatan



**EFEKTIVITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP BEBAN KELUARGA
(*FAMILY BURDEN*) PENDERITA SKIZOFRENIA DI KOMUNITAS
(*EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATION TOWARD FAMILY BURDEN
OF SCHIZOPHRENIA'S PATIENTS IN COMMUNITY*)**

TIM PENGUSUL

dr. Warih Andan Puspitosari, M.Sc, SpKJ (NIDN 0517047001)

Taufik Andaru (NIK 20120310185)

Aprilyya Azzahra Bandangan (20120310005)

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA 2015

BAB. 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan jiwa (*mental disorder*) telah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara saat ini, tidak hanya di Indonesia (Depkes RI, 2008). Gangguan skizofrenia adalah salah satu jenis gangguan jiwa berat yang bersifat kronis dengan ciri relaps dan remisi, membutuhkan penatalaksanaan jangka panjang, dan umumnya menyerang usia produktif yakni antara 15-44 tahun (Davison, 2006).

Prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1-1,5% (Sadock and Sadock, 2010). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2013, prevalensi gangguan jiwa berat (Psikotik) di Indonesia adalah 0,17%. DIY menempati urutan teratas angka gangguan jiwa berat (Psikotik) yaitu 0,27% dari penduduk di atas usia 15 tahun, sehingga diperkirakan gangguan jiwa berat di DIY berjumlah sekitar 6.535 orang. Kabupaten Bantul, menempati urutan ke-2 di DIY setelah kabupaten Kulon Progo yaitu 0,4% penduduk, sehingga penderita gangguan jiwa berat di Bantul berkisar 2.552 orang.

Berdasarkan studi *Global Burden of Disease*, skizofrenia dikategorikan sebagai kelompok penyakit dengan tingkat disabilitas tertinggi, sehingga membutuhkan pendampingan dalam melakukan kegiatan sehari-hari (Harwood, dkk., 2004). Skizofrenia menimbulkan *burden* yang besar, tidak hanya pada individu yang mengalami skizofrenia, tetapi juga pada keluarga dan masyarakat (Rössler, dkk., 2005).

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dan merupakan perawat utama (*caregivers*) bagi penderita skizofrenia. Keluarga mempunyai peranan yang penting di dalam pemeliharaan atau rehabilitasi anggota keluarga yang menderita gangguan skizofrenia (Keliat, 1996). Keluarga adalah perawat utama (*caregiver*). Sementara di sisi lain, merawat penderita Skizofrenia sering menjadi stresor bagi keluarga yang sering dikenal dengan beban keluarga (*family burden*). Beberapa faktor yang berperan adalah rasa malu akibat perilaku penderita, kronisitas penderita yang seringkali membutuhkan perawatan seumur hidup, ketidakmampuan klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, stigma di masyarakat menyebabkan penderita sulit mendapatkan jodoh, pekerjaan, diasingkan oleh lingkungan dan memerlukan pembiayaan yang tidak sedikit (Walton-Moss, 2005).

Masalah lain yang juga sering didapatkan pada keluarga adalah meningkatnya konflik dan stres keluarga, saling menyalahkan satu sama lain, kesulitan untuk mengerti dan menerima keluarganya yang sakit, meningkatnya emosi ketika berkumpul dan kehilangan energi, waktu, uang untuk merawat anggota keluarganya. Kemampuan finansial keluarga

penderita skizofrenia yang rendah umumnya tidak memungkinkan untuk membiayai penyembuhan penyakit yang cenderung berjalan kronis itu (Chandra, 2004).

Beban yang dialami keluarga mulai dari beban fisik, mental, hingga ekonomi. Kelelahan fisik seringkali dirasakan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Gejala-gejala yang dimunculkan penderita skizofrenia cukup mengganggu, apalagi penderita terkadang juga melakukan kekerasan. Keluarga juga sering mengalami stres dalam mengatasi perilaku penderita yang cenderung tidak realistis. Adanya anggapan bahwa bila memiliki anggota keluarga yang menderita skizofrenia adalah aib bagi keluarga juga menjadi beban pikiran keluarga. Selain itu, dampak ekonomi yang dialami keluarga yang merawat penderita skizofrenia berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung (Ingkiriwang, 2010). Jika beban keluarga tinggi maka akan mempengaruhi perawatan penderita skizofrenia karena keluarga adalah caregivers utama yang akan meningkatkan risiko kekambuhan dan menyebabkan prognosis yang lebih buruk (Taylor *et al.*, 2005, Lauriello *et al.*, 2001; Sadock and Sadock, 2010).

Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia sangat membantu keluarga dalam memberikan perawatan yang benar bagi penderita dan akan membantu penderita menuju pemulihan. Dengan demikian maka beban keluarga akan berkurang. Untuk itu selalu dibutuhkan upaya-upaya untuk meningkatkan pengetahuan bagi keluarga (*caregiver*) tentang perawatan penderita. Pengetahuan yang benar tentang skizofrenia dapat ditingkatkan melalui psikoedukasi. Berdasarkan *evidence based practice*, psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga sehingga peningkatan pengetahuan keluarga tercapai (Goldenberg, 2008). Psikoedukasi keluarga bukan hanya memulihkan keadaan penderita melainkan juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita dan mengatasi masalah kesehatan jiwa dalam keluarga sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah (Wiyati, dkk., 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Cassidy, dkk. (2001) menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang skizofrenia. Dengan pengetahuan yang baik diharapkan keluarga akan memiliki kemampuan merawat penderita skizofrenia dengan benar sehingga dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat penderita.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah : Apakah psikoedukasi keluarga efektif dalam menurunkan beban keluarga (*family burden*) penderita skizofrenia di komunitas?

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektifitas kegiatan psikoedukasi terhadap beban keluarga (*family burden*) penderita Skizofrenia di komunitas. Apabila terbukti efektif, maka dapat dijadikan upaya dalam menurunkan beban keluarga dalam merawat penderita.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini akan memberikan kontribusi pada penatalaksanaan gangguan skizofrenia yang banyak diderita usia produktif, membutuhkan pengelolaan jangka panjang, sering mengalami kekambuhan dan menjadi beban bagi keluarga yang merawatnya serta memberi sumbangan perkembangan ilmu pengetahuan.

BAB. 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Skizofrenia

2.1. 1. Definisi

Skizofrenia menurut PPDGJ III merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian. Skizofrenia mempunyai satu atau lebih dari gejala psikotik berupa gangguan persepsi terhadap lingkungan, kekacauan proses berpikir, kekacauan dalam berbicara, kekacauan dalam tingkah laku, dan gejala-gejala negatif seperti afektif mendatar, alogia, atau kehilangan minat (Sadock & Sadock, 2010).

2.1. 2. Epidemiologi

Prevalensi skizofrenia seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1-1,5 % (Sadock and Sadock, 2010), sedangkan insiden tiap tahun di seluruh dunia sebesar 0,7 kasus per 1000 (Taylor *et al.*, 2005). Prevalensi skizofrenia berdasarkan jenis kelamin adalah sama antara laki-laki dan wanita. Usia puncak onset untuk laki-laki adalah 15 sampai 25 tahun, sedangkan untuk wanita usia puncak onset adalah 25 sampai 35 tahun. Onset skizofrenia sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 tahun adalah sangat jarang (Jablensky, 1995; Sadock and Sadock, 2010). Di negara industri, pasien skizofrenia berada dalam kelompok sosioekonomi rendah (Sadock and Sadock, 2010).

2.1.3. Etiologi

Etiologi skizofrenia masih belum jelas. Walaupun lebih dari satu abad penelitian telah dilakukan, tetapi gagal untuk menemukan faktor tunggal yang secara konsisten menyebabkan skizofrenia.

a. Model *stress-diathesis* atau *vulnerabilitas*.

Satu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model *stress-diathesis*. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan secara genetik (*diathesis*), yang apabila terpapar oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres, memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia. Pada model *diathesis-stres*, *diathesis* atau stres dapat biologis atau lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis atau psikologis (Asherson *et al.*, 1995; Sadock and Sadock, 2003).

b. Faktor biologis.

Dalam dekade terakhir semakin banyak penelitian tentang skizofrenia telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, meliputi sistem limbik, korteks frontalis dan ganglia basalis (Stahl, 2000; Weinberger, 1995). Berbagai neurotransmitter dihipotesiskan berperan dalam timbulnya gejala skizofrenia. Neurotransmitter yang paling sering dihubungkan dengan gejala skizofrenia adalah dopamin dan serotonin (Hyman and Nestler, 1993; 2003; Stahl, 2000). Neurotransmitter lain yang terus diteliti hubungannya dengan Skizofrenia adalah glutamat, norepinefrin dan asetilkolin (Miyamoto *et al.*, 2005).

c. Faktor genetika.

Vulnerabilitas keluarga untuk terjadinya skizofrenia telah disepakati, walaupun keterlibatan gen secara pasti sulit dipahami. Penelitian epidemiologi genetik menunjukkan bahwa pada kasus psikosis, hubungan antara genotip dan fenotip diperantarai oleh lingkungan (*gene-environment interaction*). Akan tetapi prosedur penurunan genetika molekuler biasanya mengabaikan saling pengaruh gen-lingkungan, karena sering kali sulit diukur dan stressor kehidupan prevalensinya tinggi atau ada di mana-mana. Skizofrenia biasanya di hubungkan dengan keterlibatan multipel gen dan lingkungan termasuk faktor sosial. *Diathesis* genetik adalah perlu tetapi tidak cukup untuk menyebabkan skizofrenia tanpa adanya stresor lingkungan yang sesuai (Van Os and Mc Guffin, 2003).

d. Faktor psikososial.

Walaupun bukti epidemiologi menunjukkan perbedaan angka skizofrenia pada kelompok sosiokultural yang secara genetik mirip, peran faktor penyebab lingkungan masih

dipertentangkan. Banyak ilmuwan sosial dan klinisi mempercayai bahwa faktor sosial menyebabkan skizofrenia dan oleh karena itu perubahan perilaku atau lingkungan dapat menyediakan rute pencegahan yang lebih nyata dibandingkan manipulasi genetika (Van Os and Mc Guffin, 2003).

2.1.4. Tanda dan Gejala

Walaupun tidak dikenal secara formal sebagai bagian dari kriteria diagnosis untuk Skizofrenia, sejumlah penelitian mengelompokkan gejala-gejala gangguan ini menjadi 5 dimensi yaitu gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif, gejala agresif dan gejala depresif/cemas (Stahl, 2000). Gejala-gejala positif mencakup waham, halusinasi, distorsi atau berlebihan dalam bahasa dan komunikasi, pembicaraan yang kacau, perilaku yang kacau, perilaku katatonik dan agitasi. Gejala-gejala negatif meliputi paling tidak 5 jenis gejala, yaitu: afek tumpul/datar, *alogia*, *avolition*, *anhedonia*, dan gangguan perhatian. Gejala-gejala kognitif skizofrenia dapat tumpang tindih dengan gejala negatif. Gejala tersebut khususnya gangguan pikiran dan kadang-kadang penggunaan bahasa yang aneh (inkoherensi, asosiasi longgar, dan neologisme), penurunan kelancaran verbal, kesulitan dalam belajar, dan kelemahan dalam fungsi eksekutif. Gejala-gejala agresif dan bermusuhan dapat tumpang tindih dengan gejala positif, tetapi terutama menekankan pada masalah pengendalian impuls. Gejalanya mencakup permusuhan terang-terangan seperti kekerasan verbal atau fisik atau bahkan menyerang, perilaku melukai diri sendiri, membunuh dan membakar atau merusak hak milik orang lain. Gejala-gejala depresif dan cemas sering berhubungan dengan skizofrenia, namun tidak berarti gejala itu memenuhi kriteria diagnostik untuk komorbid gangguan cemas atau afektif. Namun demikian, mood depresi, mood cemas, rasa bersalah, ketegangan, iritabilitas, dan kekhawatiran sering menyertai skizofrenia (Affrica and Schwartz, 1995; Stahl, 2000).

2.1.5. Diagnosis

Berbagai kriteria diagnosis telah dikembangkan sejak diagnosis skizofrenia pertamakali diperkenalkan oleh Bleuler. Sampai saat ini DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) yang merupakan diagnosis resmi dari *American Psychiatric Association* (APA), sudah mencapai edisi *DSM-IV Text Revision* terbitan tahun 1994 (lampiran 3). Menurut DSM-IV-TR, halusinasi maupun waham tidak harus ada untuk diagnosis skizofrenia, karena pasien dapat memenuhi diagnosis jika mereka mempunyai dua gejala yang dituliskan sebagai gejala nomor 3 sampai 5 di dalam kriteria A. Kriteria B menghilangkan kata pemburukan (*deterioration*) di dalam variabel perjalanan skizofrenia. Namun demikian, kriteria B masih memerlukan gangguan fungsi selama fase aktif penyakit.

DSM-IV-TR masih memerlukan gejala untuk minimal enam bulan dan tidak adanya diagnosis gangguan skizoafektif atau gangguan mood maupun akibat dari zat atau kondisi medis umum.

Psikiater di Indonesia yang tergabung dalam Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) didalam mendiagnosis skizofrenia menggunakan kriteria diagnosis Pedoman dan Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke-III (PPDGJ-III) yang terbit pada tahun 1993.

2.1.6. Terapi

Walaupun medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia, hasil penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Modalitas psikososial harus diintegrasikan secara cermat ke dalam regimen terapi obat dan harus mendukung regimen tersebut. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dan pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial (Affrica and Schwartz, 1995; Sadock and Sadock, 2003).

a. Terapi Somatik. Terapi somatik pada skizofrenia yang sering digunakan adalah antipsikotik dan terapi elektro konvulsi.

(1). Antipsikotik. Pada umumnya disepakati bahwa medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia (Sadock and Sadock, 2003). Secara garis besar antipsikotik dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu antipsikotik generasi pertama (APG-1); disebut juga antipsikotik konvensional atau tipikal, antipsikotik generasi kedua (APG-2); disebut juga antipsikotik atipikal dan antipsikotik generasi ketiga (APG-3) yaitu agonis partial dopamin (Miyamoto *et al.*, 2005).

(2) Terapi somatik lainnya. Walaupun kurang efektif dibandingkan antipsikotik, terapi elektro konvulsi (ECT) dapat diindikasikan pada beberapa pasien skizofrenia. ECT adalah terapi yang efektif untuk gejala skizofrenia akut dan tidak untuk gejala skizofrenia kronis. Pasien skizofrenia dengan gejala positif yang jelas, katatonia, atau gejala afektif dianggap paling besar kemungkinannya berespon terhadap ECT. Kemanjuran ECT pada pasien tersebut hampir sama dengan antipsikotik (Affrica and Schwartz, 1995; Sadock and Sadock, 2003).

b. Terapi psikososial. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi : terapi perilaku; menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial, terapi berorientasi-keluarga, terapi kelompok; memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata, dan psikoterapi individual; meliputi psikoterapi suportif dan psikoterapi berorientasi-tilikan (Sadock and Sadock, 2003).

2.2. Beban Keluarga Penderita Skizofrenia

Pada keluarga dengan gangguan jiwa, stressor yang dihadapi berbeda dengan keluarga dengan dengan masalah kesehatan lain. Selain berkaitan dengan biaya yang dikeluarkan untuk perawatan, ketidakmampuan klien dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari juga pada stigma masyarakat pada klien gangguan jiwa. Stressor yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa sering dikenal dengan beban keluarga (*family burden*).

Gangguan jiwa memberikan efek pada keluarga dari klien (Saunders, 1999 dalam Stuart and Laraia, 2001), disebut dengan beban keluarga (*family burden*). Beberapa ilmuwan menyebutkan definisi tentang beban keluarga. Menurut Mohr (2006), beban keluarga didefinisikan sebagai stress atau efek dari gangguan jiwa yang serius terhadap keluarganya.

Selain itu, gangguan jiwa juga dapat mempunyai dampak yang negatif pada keluarga. Masalah yang sering didapatkan pada anggota keluarga antara lain (Doornbos,1997 dalam Stuart&Laraia, 2001); meningkatnya konflik dan stress keluarga, saling menyalahkan satu sama lain, kesulitan untuk mengerti dan menerima keluarganya yang sakit, meningkatnya emosi ketika berkumpul dan kehilangan energi, waktu, uang untuk merawat anggota keluarganya.

Terdapat beberapa pendapat tentang pembagian dari beban keluarga. Menurut WHO (2001), beban keluarga keluarga diklasifikasikan menjadi 2 (dua) jenis yaitu *undefined burden* dan *hidden burden*. ***Undefined burden*** adalah beban keluarga yang berhubungan dengan sosial dan ekonomi keluarga, masyarakat dan negara. Beban ini meskipun cukup substansial, beban ini tidak dapat diukur secara pasti hal ini karena tidak ada data yang pasti. Beban ini contohnya sebagai berikut ; a)Kehilangan produktifitas prematur dikarenakan bunuh diri atau kecelakaan yang sering dialami oleh klien gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi mempunyai resiko untuk mengalami kecelakaan atau bunuh diri, dikarenakan halusinasi yang dialaminya. Klien mendengar suara – suara yang mengejek atau menyuruh untuk bunuh diri sehingga memicu klien untuk mengikuti suara yang didengarnya, b) kehilangan produktifitas dari orang yang mengalami gangguan jiwa, karena tidak dapat bekerja. Klien dengan halusinasi seringkali diikuti dengan gangguan dalam melakukan aktifitas sehari – hari karena mempunyai gejala negatif menarik diri, apatis serta menurunnya proses pikir. Menurunnya proses pikir ini sehingga klien hilang produktifitasnya karena dia tidak mampu bekerja. C). kehilangan produktifitas dari anggota keluarga karena harus merawat klien dengan gangguan jiwa. Produktifitas keluarga klien dengan mengalami gangguan karena klien dengan halusinasi memerlukan pengawasan yang optimal terutama pada saat gejala awal tersebut timbul, d) berkurangnya produktivitas dari klien yang

mengalami gangguan jiwa dalam pekerjaannya. Hal ini diakibatkan karena klien enggan untuk bekerja atau terganggu dengan halusinasinya saat bekerja, e) Kemungkinan terjadinya kecelakaan yang disebabkan orang yang mengalami gangguan psikologis, misalnya orang tersebut bekerja sebagai sopir dan lain – lain. F) Ketergantungan terhadap dukungan dari orang yang mengalami gangguan jiwa. g) Biaya secara finansial baik langsung maupun tidak karena orang yang mengalami gangguan tersebut, h). Pengangguran yaitu oleh anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Keluarga klien dengan halusinasi, kadang terpaksa tidak bekerja karena harus merawat klien halusinasi, sehingga angka pengangguran yang disebabkan oleh gangguan jiwa menjadi meningkat.

Sedangkan *hidden burden*, berhubungan dengan stigma, hak seseorang dan kebebasan. Seperti halnya *undefined burden*, beban ini sulit untuk diukur. Beban ini antara lain ; a), dijauhi oleh teman, relasi, tetangga dan pimpinan tempat bekerja sehingga mengakibatkan klien dan keluarga merasa tertolak, sendiri dan depresi. B). diperlakukan tidak adil diantara anggota keluarga. Klien halusinasi sering dianggap merepotkan dan ”aneh” sehingga keluarga mengabaikan dan memperlakukan klien dengan semena – mena, c) Stigma dari masyarakat. Hal ini menjadi masalah yang besar, karena dukungan tidak saja diperlukan dari keluarga, namun juga dari masyarakat. Bila masyarakat masih mengabaikan klien dengan gangguan jiwa, maka klien akan semakin sulit untuk sembuh, d). sebagian besar stigma disebabkan oleh karena mitos, miskonsepsi serta kurang pengetahuan.

2.3. Psikoedukasi

2.3.1. Pengertian

Psikoedukasi adalah sebuah modalitas *treatment* yang dilakukan secara profesional dan mengintegrasikan serta mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Cartwright, 2007). Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005).

2.3.2. Manfaat Psikoedukasi

Terapi psikoedukasi banyak dilakukan pada individu dengan gangguan mental dan juga diberikan pada keluarga penderita yang mengalami gangguan mental, terutama untuk penderita skizofrenia, depresi, ansietas, gangguan jiwa, gangguan makan, gangguan personal, dan dapat juga diberikan pada pasien yang menderita penyakit fisik. Psikoedukasi merupakan alat terapi untuk menurunkan faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala perilaku (Varcarolis, 2010).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi psikoedukasi dapat mengurangi gejala masalah kesehatan mental, khususnya dapat mengurangi kecemasan dan depresi. Psikoedukasi juga dapat membantu perasaan jadi lebih nyaman, membantu memecahkan masalah, dan menumbuhkan rasa percaya diri (Bauml, dkk., 2006). Selain itu, psikoedukasi dapat meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakitnya, memperkuat mekanisme koping, mengurangi waktu berlangsungnya episode penyakit akut, meningkatkan kerjasama dalam perawatan dan kepatuhan pengobatan, serta memperbaiki kualitas hidup, pengetahuan, dan harga diri (Susana, 2007).

2.3.3. Terapi Psikoedukasi

Elemen rencana yang akan dilakukan di antaranya tentang tanda dan gejala, proses alami penyakit, kemungkinan etiologi, pemeriksaan dan tindakan diagnostik, perubahan gaya hidup yang diindikasikan, pilihan terapi, hasil terapi yang diharapkan, efek samping pengobatan, strategi terapeutik, respon koping adaptif, masalah kepatuhan potensial, tanda kewaspadaan dini relaps, kebutuhan seimbang, dan perawatan diri (Stuart, 2002).

BAB. 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian *quasi eksperiment* dengan desain *pre test post test design*, yaitu rancangan yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara membandingkan kondisi sebelum dan setelah intervensi.

3.2. Populasi dan Sampel

Subyek penelitian adalah pasien gangguan skizofrenia laki-laki dan perempuan di wilayah Puskesmas di DIY, yang telah dibentuk Dusun Siaga Sehat Jiwa. Kriteria inklusi : a). Keluarga penderita Skizofrenia, b). berumur umur 18 sampai 50 tahun, c). bersedia untuk ikut dalam penelitian, d). bisa membaca dan menulis. Kriteria eksklusi : a). menderita gangguan mental berat dan tidak mengikuti intervensi psikoedukasi secara lengkap.

3.3. Variabel Penelitian

3.3.1. Variabel bebas adalah pemberian psikoedukasi kepada keluarga penderita skizofrenia. Psikoedukasi diberikan secara berkelompok, materi psikoedukasi meliputi pengertian, penyebab, gejala, pengobatan serta peran keluarga dalam mendampingi penderita skizofrenia. Psikoedukasi diberikan selama 4 kali masing-masing 1 jam, dengan interval 1 minggu sekali.

3.3.2. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah beban keluarga (*family burden*) pada keluarga penderita skizofrenia di komunitas. Beban keluarga dinilai dengan menggunakan kuesioner yang telah tervalidasi.

3.4. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner data pribadi mencakup identitas pasien yaitu: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, riwayat penyakit keluarga, pendidikan, onset penyakit, perjalanan penyakit, jenis anti psikotik yang diberikan, lamanya sakit. Serta kuesioner Beban keluarga (*family burden*).

3.5. Analisis data

Analisis yang akan dilakukan dengan menggunakan analisis bivariat. Analisis ini untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang meliputi variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah analisis Wilcoxon.

3.7. Etika Penelitian

Peneliti melakukan *informed consent* terhadap pasien secara tertulis bahwa akan dilakukan pemeriksaan dan pengambilan data anamnesis.

Bab.4. HASIL SEMENTARA (PROGRESS REPORT)

4.1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 5 wilayah Puskesmas yaitu Puskesmas Gondomanan, puskesmas Bambanglipuro, puskesmas Wates, puskesmas Godean 1 dan puskesmas Gedangsari 2. Pemilihan ke 5 wilayah adalah karena di 5 wilayah puskesmas tersebut telah dibentuk komunitas orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang memiliki berbagai kegiatan dengan melibatkan peran serta ODS, keluarga, tenaga kesehatan dan lintas sektor serta masyarakat..

Tenaga puskesmas telah mendapatkan pelatihan tentang tatalaksana gangguan jiwa yaitu dokter dan perawat pemegang program jiwa. Tokoh masyarakat, kader kesehatan dan beberapa tokoh masyarakat telah mengikuti pelatihan Desa Siaga Sehat Jiwa sehingga telah memahami dan mampu untuk melaksanakan berbagai kegiatan dalam upaya kesehatan jiwa di masyarakat.

Pendataan ODGJ dilakukan oleh kader kesehatan jiwa yang telah dilatih dan dilaporkan kepada pemegang program jiwa serta dokter puskesmas untuk diperiksa dan mendapatkan pengobatan. secara purposif sampling, diambil beberapa ODGJ yang datang ke puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di 5 wilayah puskesmas tersebut sebanyak 47. ODGJ sesuai dengan jumlah minimal dalam hitung sampel penelitian. .

B. Karakteristik Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah 47 keluarga penderita gangguan skizofrenia di 5 wilayah puskesmas. Subyek adalah perawat utama pasien (*caregiver*) dalam keluarga yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Gambaran karakteristik subyek dapat dilihat pada tabel 1 berikut ini :

Tabel 1. Karakteristik Subyek Penelitian

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Pria	23	49
Wanita	24	51
Golongan umur		
Dewasa	31	66
Lansia	16	33
Hubungan dengan Pasien		
Orang tua	21	47
Pasangan	8	17
Anak	1	2
Saudara kandung	15	32
Lain-lain	2	4
Pendidikan terakhir		
SD	23	49
SMP	12	26
SMA	10	21
PT	2	4
Lama sakit		
<1 tahun	1	2
1-5 tahun	9	19
5-10 tahun	13	27
> 10 tahun	24	51

Caregiver penderita skizofrenia dalam keluarga sebagian besar adalah perempuan yaitu 24 orang (51%). Berdasarkan usia caregivers, dapat kita lihat bahwa masih cukup banyak penderita yang dirawat oleh keluarga yang tergolong dalam kelompok usia lanjut yaitu 16 orang (33%).

Caregiver dalam keluarga terutama adalah orang tuanya (ayah atau ibu kandungnya). Caregiver lain adalah pasangan (suami atau istri), anak kandung dan yang anggota keluarga lainnya adalah saudara kandung, saudara sepupu dan adik/kakak ipar. Pendidikan caregivers sebagian besar adalah Sekolah dasar (SD) yaitu 23 orang (49%). Sebagian besar subyek memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Pekerjaan caregivers sebagian besar adalah sebagai buruh dan petani. Hanya sebagian kecil subyek yang sebagai pegawai atau pensiunan dengan gaji yang tetap,

C. Beban Keluarga (Masih dalam progres)

Beban keluarga telah diukur saat sebelum intervensi yang terdiri dari beban subyektif, beban obyektif dan total beban keluarga. Rerata beban total keluarga adalah 57, sedangkan rerata beban subyektif 25,8 dan rerata beban obyektif adalah 31,8. Beban keluarga setelah intervensi belum dapat dilakukan pengukuran disebabkan karena intervensi belum semua wilayah puskesmas telah selesai dilakukan. Hal ini disebabkan karena pelaksanaan psikoedukasi di masing-masing wilayah puskesmas tidak berjalan bersamaan. Dari 5 puskesmas, 2 diantaranya yang telah menyelesaikan pelaksanaan psikodukasi sebanyak 6 kali. Puskesmas lainnya sedang proses intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Africa B. and Schwartz S.R., Schizophrenic Disorders. In : H.H. Goldman, 1995, *Review of General Psychiatry*, 4th ed, pp. 214-233, Appleton and Lange, Connecticut.
- Asherson P., Mant R. and McGuffin P., 1995, Genetics and Schizophrenia. In: Hirsch and Weinberger (eds), *Schizophrenia*, 1st ed, pp. 253-274, Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Bebbington P.E., Bowen J., Hirsch S.R. and Kuipers E.A., 1995, Schizophrenia and Psychosocial Stresses. In: Hirsch and Weinberger (eds.), *Schizophrenia*, 1st ed, pp. 587-604, Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Boedaja B,A.M.,2006, *Rehabilitasi, Suatu Bentuk Terapi pada Pasien Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi D.I. Yogyakarta*
- Csernansky J.G., and Schuchart E.K., 2002, *Relapse and Rehospitalisation Rates in Patients with Schizophrenia*, *CNS Drugs*, 16(7) : 473-484.

- Falloon I.; Held T.; Coverdale J. et al. (1999). Family Intervention for Schizophrenia: a Review Long-term Benefit of International Studies. [American Journal of Psychiatric Rehabilitation](#), Volume 3, Issue 2 Autumn 1999 , pages 268 – 290
- Harrison G, Hooper K, Craig T, Laska E, Siegel C, et al. (2001) Recovery from psychotic illness: A 15- and 25- years international follow up study. *Br J Psychiatry* 178: 506–517.
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D (2002) The interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiat* 159: 1653–1664.
- Herz M.I., Lamberti J.S. and Mintz J., 2000, Program for Relapse Prevention in Schizophrenia: a controlled study, *Archives of General Psychiatry*, 53 : 277–283
- Hyman S.E. and Nestler E.J., 1993, *The Molecular Foundations of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Jablensky A., 1995, Schizophrenia : the Epidemiological. In: Hirsch and Weinberger (eds), *Schizophrenia*, 1st ed, Blackwell Science Ltd, Oxford, pp. 206-252.
- Keliat A., Akemat., et al., (2006), *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok* (Cetakan I). Jakarta: penerbit Buku Kedokteran, EGC
- Lauriello, Bustillo, Horan, and Keith, 2001, The Patient with First Episode Psychosis, *Juornal of Psychiatri Practice*, Vol 7 : 123-32.
- McIntosh.A, Conlon. L, Lawrie. S, Stanfield. AC, 2006. Compliance Therapy For Schizophrenia. *The British Journal Of Psychiatry*
- Miyamoto S., Duncan G.E., Marx C.E. and Lieberman J.A., 2005, Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs, *Molecular Psychiatry*, 10 : 79–104.
- Moller H.J. and Zerssen D.V., 1995, Course and Outcome of Schizophrenia. In: Hirsch and Weinberger (eds), *Schizophrenia*, 1st ed, Blackwell Science Ltd, Oxford, pp. 106-127.
- Murray P.; Andrea E. (2010). Medication Compliance Among Mentally Ill Patients in Public Clinics in Kingston and St. Andrew Jamaica. Diunduh tanggal 23 November 2010 di: <http://www.faqs.org/periodicals/201006/2108164201.html>
- Roy, Rekha, Jahan, Masroor, Kumari, Sushma, Kumar Chakraborty, Prashant. Reason For Drug Non Compliance of Psychiatryc Patients : *Journal of The Indian Academy of Applied Psychology A Centre Based Syudy, Ranchi Institute of Neuro Psychiatry And Allied Science, Ranchi*
- Sadock B.J. and Sadock V.A. (eds.), 2003, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, pp. 471-504, Williams and Wilkins, 9th ed, London.
- Stahl S.M., 2000, *Essential Psychopharmacology : Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 2nd ed, pp. 365-458, Cambridge University Press, Cambridge.
- Taylor M, Chaudry I, Cross M, McDonald E, Miller P, Pilowsky L, Strickland P, 2005, Towards Consensus in the Long-Term Management of Relapse Prevention in Schizophrenia, *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 20: 175-181.
- Van Os J. and McGuffin P., 2003, Can the Social Environment Cause Schizophrenia?, *British Journal of Psychiatry*, 182 : 291-292.
- Wing J.K., 1995, Concepts of Schizophrenia. In: Hirsch and Weinberger (eds), *Schizophrenia*, 1st ed, pp 3-14, Blackwell Science Ltd, Oxford.

