

Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Perilaku Kekerasan Dirumah

Kurniawati¹, Samila², Yenni Sima³, Ren Purbanova⁴

^{1,2,3}Stikes Amanah Makassar

⁴Stikes Tujuh Belas

Email: Kurnirusdi@gmail.com

Abstrak

Gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan meningkat di masyarakat, yang beresiko menciderai diri, orang lain dan lingkungan. Banyak keluarga yang tidak mampu merawat klien dirumah yang menyebabkan beban bagi keluarga, oleh karena itu dilakukan tindakan spesialis psikoedukasi keluarga yang dapat menurunkan angka kekambuhan pada klien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di rumah. Penelitian ini dilakukan diwilayah kerja Puskesmas Parangloe dan Tinggimoncong Kab.Gowa. Jenis penelitian adalah quasi-eksperimental dengan rancangan pretest and posttest with control group. Dengan sampel sebanyak 64 orang menggunakan teknik Simple Random Sampling. Hasil penelitian menunjukkan kemampuan keluarga meningkat pada kelompok intervensi dan kontrol yaitu masing-masing sebesar 26,21 (25,21%) dan 23,40 (22,51%) dengan P-value 0.000. Diharapkan kepada perawat dipuskesmas untuk bisa melaksanakan tindakan psikoedukasi kepada keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dan kemampuan keluarga dalam merawat dirumah.

Kata Kunci: Psikoedukasi Keluarga, Perilaku Kekerasan, Kemampuan Keluarga

Family Psychoeducation on The Ability of Family to Care For Family with Violence Behavior at Home

Abstract

Mental disorder with cruel behavior increased in public in which it was a risk for destroying self and other people as well as the environment. Many families could not treat clients at home so that it caused a problematic family, therefore it was conducted special family psychoeducation that could low mental disorder come again for clients. This research aimed to know about the influence of family psychoeducation towards an ability to family cruel behavior at-home care. This research was carried out in public health centers of Parangloe and Tinggimoncong Gowa Regency. The kind of research was quasi-experiment with a design for pre-test and post-test with the control group. A total sample was 64 people using simple random sampling, The research result showed that family's ability increased in intervention group and control that is each other 26,21 (25,21%) and 23,40 (22,51%) with P-value 0.000. It is very expected that nurses at the public health center could apply Psycho- Education treatment for a family to come again and to promote family at-home care

Keywords: Family Psycho-Education, Violent Behavior, Family's Abilities

BAB I

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan kondisi kesehatan yang melibatkan perubahan dalam pemikiran, emosi, perilaku atau kombinasi dari keduanya (Stuart, 2016). Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (*Undang-Undang Kesehatan Jiwa No 36*, 2014). Hambatan yang dialami oleh klien gangguan jiwa akan mempengaruhi kualitas hidupnya, sehingga menjadi perhatian khusus karena dampak yang diakibatkan tidak hanya pada klien tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat.

Prevalensi gangguan jiwa menurut (WHO, 2019) mencapai 379 juta jiwa diseluruh dunia, yaitu 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang terkena bipolar, 20 juta menderita skizofrenia dan 50 juta orang terkena demensia. Data RISKESDAS Tahun 2018 Prevalensi gangguan jiwa berat (psikosis/skizofrenia) pada penduduk Indonesia umur >15 tahun naik menjadi 9,8% yaitu 7,0 per mil (apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan 2 juta jiwa menderita skizofrenia).

Data statistik dari Direktorat Kesehatan Jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan klien gangguan jiwa terbesar (70%) adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu antara lain fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi serta berperilaku (Stuart, G. W., & Laraia, 2015). Menurut (Videbeck, 2017) klien dengan skizofrenia memiliki karakteristik gejala positif yaitu meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur yaitu berupa perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri atau orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non verbal (Stuart, G. W., & Laraia, 2015). Perilaku kekerasanyang muncul pada klien Skizofrenia dikarenakan ketidakmampuan dalam menghadapi stresor, dan melakukan tindakan perilaku kekerasan sebagai koping dalam menghadapi stresor.

Prevalensi klien perilaku kekerasan diseluruh dunia di derita kira-kira 24 juta orang. Lebih dari 50% klien perilaku kekerasan tidak mendapatkan penanganan. Di Amerika Serikat terdapat 300 ribu pasien skizofrenia akibat perilaku kekerasan yang mengalami episode akut setiap tahun. Menurut penelitian di Finlandia di University of Helsinki dan University Helsinki Central Hospital Psychiatry Centre, dari 32% penderita Skizofrenia melakukan tindakan kekerasan, dan 16% dari perilaku kekerasan pada klien mengakibatkan kematian, dari 1.210 klien (Virkkunen, 2018). Dan menurut data (Depkes RI, 2019), jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan. Diperkirakan sekitar 60% menderita perilaku kekerasan di Indonesia (Wirnata, 2019).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan pemberian psikofarmaka, psikoterapi dan modifikasi lingkungan. Psikofarmaka yang diberikan berupa pemberian obat antipsikotik baik typical, atypical, maupun kombinasi typical dan atypical. Psikoterapi berupa tindakan keperawatan yang dilakukan dalam bentuk asuhan keperawatan kesehatan jiwa yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat pada keadaan sehat, resiko dan gangguan jiwa dengan melakukan strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien berupa tindakan keperawatan spesialis yaitu terapi psikoedukasi keluarga. Terapi psikoedukasi membahas masalah pribadi dan masalah dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, cara perawatan, manajemen stres keluarga, manajemen beban keluarga serta pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga. Berdasarkan *evidence based practice* psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga akan mempunyai koping yang positif terhadap stress dan beban yang dialaminya (Goldenberg, 2016). Dengan melakukan psikoedukasi maka seorang perawat akan dapat langsung memberikan pelayanan yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan masalah kepada keluarga dengan anggota keluarga perilaku kekerasan.

Psikoedukasi keluarga ini akan mudah terlaksana apabila keluarga mendukung penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga yang mengalami gangguan psikologis (Wiyati, R., Hamid, A. A., 2015). Manfaat dari terapi psikoedukasi bagi klien dan keluarga adalah yang pertama bagi keluarga yaitu dapat memiliki kemampuan untuk merawat klien dan mengatasi masalah yang timbul karena merawat klien dan yang kedua bagi klien yaitu mendapatkan perawatan yang optimal yang diberikan oleh keluarga.

Penelitian psikoedukasi keluarga yang dilakukan oleh (Wiyati, R., Hamid, A. A., 2015) terhadap klien isolasi sosial yang menunjukkan ada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotorik keluarga secara bermakna ($p < 0,05$). Hasil penelitian (Keliat, 2017) menunjukkan bahwa klien dan keluarga yang diberdayakan mempunyai rata-rata lama rawat di rumah sakit lebih pendek secara bermakna dibandingkan dengan klien yang tidak mendapatkannya. Demikian pula lama tinggal di rumah (lama kambuh dan dirawat kembali) lebih panjang secara bermakna pada klien dan keluarga yang mendapat pemberdayaan dibandingkan dengan yang tidak mendapatkannya.

Tindakan keluarga yang sangat penting adalah setelah klien pulang ke rumah, keluarga menemani klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas atau rumah sakit terdekat, misalnya pada bulan pertama: 2 kali per bulan, bulan kedua: 2 kali per bulan, bulan ketiga: 2 kali per bulan dan selanjutnya 1 kali per bulan (Keliat, 2017). Terapi ini terbukti efektif karena dapat memberikan informasi terhadap kemampuan keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan kepada mereka untuk meningkatkan kemampuan agar dapat memahami dan mempunyai coping yang kuat agar tidak terjadi masalah pada hubungan keluarga. Keefektifan pelaksanaan asuhan keperawatan yang didapatkan oleh klien dan keluarga itu belum maksimal, baik itu di rumah sakit maupun di puskesmas pada saat klien pulang. Penatalaksanaan yang tidak efektif akan berakibat munculnya gejala-gejala perilaku kekerasan dan timbul kekambuhan.

Penelitian dilakukan kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga yang pulang dari RS Jiwa yaitu di Puskesmas Parangloe dan Tinggimoncong. Survey awal yang peneliti lakukan dengan wawancara terhadap 10 keluarga dengan kemampuan keluarga yaitu 6 orang keluarga mengatakan masih keluarga mengatakan belum bisa merawat klien saat di rumah karena belum adanya kemampuan yang dilakukan kepada anggota keluarganya yaitu: klien hanya dibiarkan saja, minum obat tergantung klien, banyak biaya untuk berobat sedangkan uang tidak ada untuk pergi ke pelayanan kesehatan. Sedangkan 4 orang keluarga hanya merawat klien di rumah yaitu disuruh beraktivitas sesuai kemauan, diperhatikan dalam minum obat dan habis obat. Dan klien dan keluarga mengatakan pada saat klien dirawat hanya mendapatkan tindakan keperawatan generalis oleh perawat dan mahasiswa dan keluarga tidak ada mendapatkan pendidikan dan asuhan keperawatan oleh perawat di rumah sakit untuk persiapan pasien pulang di rumah, begitu juga di puskesmas klien dan keluarga hanya kontrol berobat tidak ada mendapatkan asuhan keperawatan jiwa baik klien maupun keluarga.

Berdasarkan uraian di atas maka tujuan penelitian ini adalah pemberian psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dengan klien perilaku kekerasan dalam merawat di rumah, dengan demikian diharapkan dengan memberikan tindakan keperawatan terapi psikoedukasi kepada keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat di rumah.

BAB II

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif *Pre Test and Post Test Control Group Design*, dengan desain *Quasy Experimental*. Populasi adalah keluarga dengan masalah anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Parangloe (intervensi) dan Tinggimoncong (kontrol). Dengan sampel sebanyak 64 (32 intervensi dan 32 kontrol) dengan teknik sampling yang digunakan yaitu *simple random sampling*.

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner, yang terdiri dari karakteristik keluarga dan kemampuan keluarga. Dengan pengumpulan data dilakukan dalam dua periode yaitu: melakukan *pretest* pada kelompok intervensi dan kontrol untuk menilai kemampuan keluarga. Pada kelompok intervensi diberikan terapi psikoedukasi pada keluarga, sedangkan kelompok kontrol diberikan hanya tindakan

keperawatangeneralis. Setelah itu diukur kembali kemampuan keluarga dengan menggunakan *posttest* pada kelompok intervensi dan kontrol. Untuk instrumen penelitian peneliti buat sendiri yang mengacu kepada teori (Stuart & Laraia, Friedman dan Nurbani) dengan hasil uji validitas yaitu 0,361 dan hasil uji reabilitas yaitu nilai $\alpha = 0,889$.

Analisa data yang digunakan yaitu univariat untuk karakteristik keluarga dan bivariat untuk kemampuan keluarga sebelum dan sesudah tindakan psikoedukasi keluarga. Univariat menggunakan uji *Chi-Square* dan bivariat menggunakan uji *Independent Sample t-test*.

BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Keluarga Dengan Perilaku Kekerasan

Tabel 1
Karakteristik Dan Kesetaraan Responden Berdasarkan Usia Keluarga Yang Memiliki Anggota Keluarga Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kerja Puskesmas Parangloe (n=64)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min- Max	p-value
Usia	Intervensi	32	56,94	9,919	1,753	34-71	0,548
	Kontrol	32	55,22	12,674	2,240	26-68	
	Total	64	56,08	11,323	1,415	26-71	

Berdasarkan tabel 1 menjelaskan rata-rata total usia keluarga (56,08) tahun dengan usia termuda 26 tahun dan tertua usia 71 tahun. Hasil uji statistik kesetaraan menunjukkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan ($p \text{ value} \geq 0,05$).

Menurut (Notoadmodjo, 2010) usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun, usia tersebut akan memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang mengalami perilaku kekerasan. (Siagian, Sondang, 2017) mengemukakan bahwa semakin bertambah usia seseorang, maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana dalam mengambil keputusan, mampu berfikir rasional dan mampu mengendalikan emosi dan semakin toleran terhadap orang lain.

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa usia dewasa, merupakan usia yang cukup matang dalam pengalaman hidup dan kematangan jiwanya untuk merawat anggota keluarga dengan klien riwayat perilaku kekerasan bila dibandingkan dengan usia lansia yang dalam melakukan perawatan kurang cekatan dalam melakukan perawatan karena faktor usia pada lansia sudah mengalami faktor kemunduran pengetahuan, kemampuan dan produktivitas.

Tabel 2
Distribusi Frekuensi dan Kesetaraan Pada Keluarga: Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Riwayat Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Parangloe dan Tinggimoncongdon (n = 64)

Karakteristik Keluarga		Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total		p-value
		f	%	f	%	f	%	
1.	Jenis Kelamin							
	a. Laki-laki	9	28,1	4	12,5	13	20,3	0,057
	b. Perempuan	23	71,9	28	87,5	51	79,7	
2.	Tingkat Pendidikan							
	a. Rendah	15	46,9	14	43,8	29	45,3	0,641
	b. Menengah	12	37,5	17	53,1	29	45,3	
	c. Tinggi	5	15,6	1	3,1	6	9,4	
3.	Riwayat Pekerjaan							
	a. Tidak Bekerja	17	53,1	22	68,8	39	60,9	0,712
	b. Bekerja	15	46,9	10	31,2	25	39,1	

Berdasarkan uraian hasil analisis karakteristik keluarga pada tabel 2 dapat diketahui bahwa karakteristik jenis kelamin pada keluarga yaitu berjenis kelamin perempuan sebesar (79,7%), tingkat pendidikan keluarga yaitu berpendidikan rendah dan menengah (45,3%) dan riwayat pekerjaan keluarga yaitu tidak bekerja sebesar (60,9%). Hasil uji kesetaraan pada semua karakteristik keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan ($p\text{-value} \geq 0,05$).

Penelitian Nuraenah, (2019) membahas bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatannya sedangkan perempuan lebih banyak ditemukan untuk memeriksakan kesehatannya. Perempuan sebagai ibu rumah tangga yang mempunyai banyak waktu luang untuk mengantar dan merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Berdasarkan pernyataan diatas bahwa perempuan mempunyai respon yang baik terhadap anggota keluarganya yang sakit dan perempuan yang tidak bekerja akan banyak mempunyai waktu luang untuk merawat anggota keluarganya.

Menurut (Annette G. Lueckenotte, 2018) bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah dan berperilaku baik. Pendidikan rendah beresiko ketidakmampuan dalam merawat kesehatannya (WHO, 2019). Status tingkat pendidikan rendah dan menengah akan menyebabkan individu kurang memiliki informasi yang cukup terkait dengan pengetahuan penyakit dan perawatannya dalam merawat anggota keluarga yang sakit serta kurang dalam kemampuan mencari informasi yang baru.

Secara umum pekerjaan ini akan berhubungan dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Keluarga yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan keluarga yang bekerja. Keluarga yang bekerja tidak punya waktu untuk merawat anggota keluarganya dan sibuk dalam memikirkan pekerjaannya. Jadi kalau keluarga yang bekerja tidak bisa mengawasi apabila klien mengamuk, karena itu banyak keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan perilaku kekerasan yang tidak bekerja disebabkan oleh keluarga tidak bisa membagi waktu antara bekerja dengan merawat klien di rumah. 2. Kemampuan Keluarga Sebelum Dilakukan Psikoedukasi Keluarga

Tabel 3
Kemampuan Keluarga Dan Kesetaraan Sebelum Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Parangloe dan tinggimoncong Dan (n=64)

Kemampuan Keluarga	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p-value
Pengetahuan	Intervensi	32	31,75	3,436	0,607	22-38	0,786
	Kontrol	32	31,47	4,711	0,833	20-40	
	Total	64	31,61	4,093	0,512	20-40	
Psikomotor	Intervensi	32	21,94	3,331	0,589	14-28	0,359
	Kontrol	32	21,16	3,437	0,608	16-27	
	Total	64	21,55	3,380	0,423	14-28	
Komposit	Intervensi	32	53,69	5,098	0,900	36-62	0,394
	Kontrol	32	52,62	4,818	0,852	40-62	
	Total	64	53,15	7,833	0,979	36-62	

Berdasarkan tabel 3, sebelum dilakukan tindakan psikoedukasi keluarga menunjukkan kemampuan pengetahuan keluarga adalah rata-rata 31,61 (56,44%) yaitu kemampuan pengetahuannya menengah, kemampuan psikomotor keluarga adalah rata-rata 21,55 (44,89%) yaitu kemampuan psikomotornya rendah dan komposit keluarga rata-rata 53,15 (51,10%) yaitu kemampuan keluarga adalah menengah. Hasil uji statistik pada kemampuan keluarga menunjukkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan ($p\text{-value} \geq 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sulistiowati, E, Keliat, n.d.) di RSMM Bogor hasil rata-rata kemampuan keluarga pada kelompok intervensi kemampuan kognitif (42,58) dan kemampuan psikomotor (46,12) dan kelompok kontrol yaitu kemampuan kognitif (42,36) kemampuan psikomotor (44,60).

Kemampuan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan tersebut sangat memungkinkan untuk ditingkatkan lagi. Kemampuan keluarga dalam hal ini *personal ability* adalah kemampuan mengatasi masalah termasuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, mencari alternatif dan rencana menjalankan penyelesaian masalah (Stuart, 2016). Pengetahuan dan intelegensi seseorang adalah sumber coping lain yang dapat membuat seseorang melihat cara lain dalam menghadapi stres.

Tindakan keperawatan yang berfokus pada keluarga diantaranya adalah psikoedukasi keluarga. Hasil penelitian Levin (2002) dalam (Stuart, 2016) menunjukkan program psikoedukasi keluarga mempunyai efek dalam menurunkan angka kekambuhan klien dengan gangguan jiwa.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa selama 9- 12 bulan, 38 % klien mengalami kekambuhan pada kelompok dan 7% pada kelompok yang diberikan psikoedukasi. Pada 24 bulan, kelompok mengalami kekambuhan sebanyak 61% dan 21% pada kelompok yang diberikan psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi juga berdampak pada psikoterapi individu dimana berpengaruh pada dampak rata rata dari psikoterapi yang diberikan, sebanyak 0,83 pada kelompok (kuat) dan 0,20 pada kelompok (cukup lemah). Terapi individu menghasilkan efek yang positif pada klien yang tinggal dengan keluarga, dan resiko kekambuhan dapat meningkat apabila klien tinggal sendiri tanpa keluarga (Bhattaaharjee, 2019). Sehingga psikoedukasikeluarga perlu diberikan pada klien perilaku kekerasan.

Kognitif atau pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pikiran, sedangkan psikomotor atau kemampuanpraktek merupakan pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari kondisi pengetahuan dan menunjukka penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2016).

Kemampuan keluarga sebelum diberikan tindakan spesialis psikoedukasi keluarga kemampuan yang paling rendah yang dimiliki adalah kemampuan psikomotor. Disini peneliti measumsikan bahwa keluarga mengerti cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah dan tahu cara mengontrol marah pada klien tetapi jarang melatih tindakan tersebut setelah klien pulang dari rumah sakit. Dan keluarga banyak mendapatkan pengetahuan dan kemampuan dalam merawat dari berbagai orang yang melakukan penelitian kepadanya, tetapi keluarga tidak melaksanakan kemampuan yang dimilikinya kepada klien secara optimal dalam merawat.

1. Perubahan Kemampuan Keluarga Perilaku Kekerasan Sebelum Dan Sesudah Psikoedukasi Keluarga

Tabel 4
Perubahan Kemampuan Keluarga Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Parangloe dan Tinggimoncong Dan (n=64)

Kemampuan Keluarga	Kelompok	Mean	Mean	Mean	SD	p-value
		Sebelum	Sesudah	Selisih		
Pengetahuan	Intervensi	31,75	47,38	15,62	3,386	0,000
	Kontrol	31,47	46,03	14,56	5,279	0,000
Psikomotor	Intervensi	21,94	32,53	10,59	3,783	0,000
	Kontrol	21,16	30,00	8,84	5,898	0,000
Komposit	Intervensi	53,69	79,91	26,21	5,796	0,000
	Kontrol	52,62	76,03	23,40	9,741	0,000

Berdasarkan tabel 4, hasil analisis menunjukkan kemampuan pengetahuan keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi 47,38 (84,61%) yaitu kemampuan pengetahuan keluarga tinggi. Sedangkan kemampuan pengetahuan keluarga yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi 46,03 (82,20%). Untuk kemampuan pengetahuan menunjukkan peningkatan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan (p value $< 0,05$).

Kemampuan psikomotor keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi 32,53 (67,77%) yaitu kemampuan pengetahuan keluarga menengah. Sedangkan kemampuan psikomotor keluarga yang tidak mendapatkan psikoedukasi meningkat menjadi 30,00 (62,50%) yaitu kemampuan psikomotor keluarga menengah. Untuk kemampuan psikomotor menunjukkan peningkatan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan (p value $< 0,05$).

Kemampuan keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi 79,91 (76,84%) yaitu kemampuan keluarga tinggi. Sedangkan kemampuan keluarga yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi 76,03 (73,11%) yaitu kemampuannya tinggi. Untuk kemampuan keluarga menunjukkan peningkatan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan (p value $< 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Kustiawan, 2018) menyatakan bahwa peningkatan kemampuan kognitif pada kelompok intervensi sebesar (92%) dan pada kemampuan psikomotor sebesar (71%), sementara pada kelompok kontrol pencapaian kemampuan kognitif sebesar (53%) dan kemampuan psikomotor (41%).

Kemampuan pengetahuan akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan dengan perubahan perilaku (Notoadmodjo, 2010) sedangkan psikomotor atau kemampuan praktek merupakan pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari kondisi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2016). Stuart, (2016) mengatakan 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). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan klien meningkatkan hasil dan dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerja sama (Stuart, G. W., & Laraia, 2015).

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart, G. W., & Laraia, 2015). Tujuan psikoedukasi keluarga ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga bagaimana teknik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart, G. W., & Laraia, 2015).

Pada penelitian ini, didapatkan peningkatan kemampuan keluarga secara pengetahuan dan psikomotor dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Hanya saja pada kelompok intervensi peningkatannya lebih signifikan dibandingkan pada kelompok kontrol, hal ini dikarenakan pelaksanaan tindakan keperawatan spesialis psikoedukasi keluarga dilakukan dengan cara mengajarkan keluarga untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang terjadi ketika merawat klien serta masalah pribadi keluarga ketika merawat, baik stres maupun beban yang timbul pada keluarga saat merawat klien.

Ketika masalah sudah diketahui maka dapat dilakukan pemberian edukasi tentang cara merawat klien sesuai dengan masalah yang timbul pada klien. Selain itu juga bila ada stres atau beban pada keluarga yang timbul saat merawat klien dapat dilakukan manajemen stres dan beban sehingga hal tersebut tidak lagi menjadi hambatan keluarga dalam melakukan perawatan klien. Kemudian keluarga dibantu untuk menggunakan sumber daya lingkungan sekitar tempat tinggalnya untuk membantu menjaga kondisi klien agar tetap stabil dan tidak terjadi kekambuhan.

Berdasarkan pernyataan diatas dapat dianalisa bahwa peningkatan kesehatan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga karena dalam terapi mengandung unsur meningkatkan pengetahuan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat apabila didukung dengan kemampuan kognitif yang baik tentang gangguan jiwa dan perubahan yang terjadi pada kemampuan psikomotor tidak seperti pada kemampuan kognitif, karena untuk merubah perilaku atau kemampuan psikomotor memerlukan waktu yang lama bila dibandingkan dengan perubahan kognitif dan juga pemberdayaan keluarga secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan keluarga untuk merawat klien.

2. Perbedaan Kemampuan Keluarga Sesudah Psikoedukasi Keluarga

Tabel 5
Perbedaan Kemampuan Keluarga Sesudah Psikoedukasi Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas
Parangloe dan Tinggimoncong (n=64)

Kemampuan Keluarga	Kelompok p-value	N	Mean	SD	SE	Min-Max	
Pengetahuan	Intervensi	32	47,38	4,156	0,735	39-56	0,002
	Kontrol	32	46,03	5,212	0,921	29-52	
Psikomotor	Intervensi	32	32,53	4,156	0,735	39-56	0,000
	Kontrol	32	30,00	5,594	0,989	24-40	
Komposit	Intervensi	32	79,91	6,606	1,168	71-101	0,000
	Kontrol	32	76,03	9,454	1,671	65-91	

Berdasarkan tabel 5, hasil analisis menunjukkan rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga terdapat perbedaan bermakna yang lebih tinggi antara kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan ($p \text{ value} < 0,05$).

Rata-rata kemampuan psikomotor keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga terdapat perbedaan bermakna yang lebih tinggi antar kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan ($p \text{ value} < 0,05$).

Rata-rata kemampuan keluarga sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga terdapat perbedaan bermakna yang lebih tinggi antar kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan ($p \text{ value} < 0,05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Suerni, 2013) Rumah Sakit Dr.H. Marzoeqi Mahdi Bogor yaitu kemampuan keluarga setelah diberikan tindakan keperawatan generalis dan tindakan spesialis psikoedukasi keluarga menunjukkan peningkatan (15%), bahwa keluarga mampu mengenal masalah, mampu memutuskan, mampu merawat, mampu manajemen stres, mampu manajemen beban dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Psikoedukasi keluarga sangat diperlukan dalam perawatan klien dengan gangguan jiwa karena dapat mengurangi kekambuhan klien gangguan jiwa, meningkatkan fungsi klien dan keluarga sehingga mempermudah klien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi klien gangguan jiwa (Stuart, 2016).

Psikoedukasi keluarga digunakan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan kepada mereka untuk meningkatkan keterampilan agar dapat memahami dan mempunyai koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarganya (Goldenberg, 2016). Pemberdayaan komunitas melalui kader kesehatan jiwa merupakan sumber daya masyarakat yang potensial dan diharapkan mampu berpartisipasi dalam perawatan klien gangguan jiwa dimasyarakat (Keliat, 2017).

Berdasarkan pernyataan tersebut dapat disimpulkan psikoedukasi keluarga merupakan wujud perawatan yang komprehensif dan dilakukan supaya keluarga tetap bisa menjalankan fungsinya dengan baik karena secara langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari keadaan tersebut sehingga klien bisa kembali produktif. Kemampuan keluarga dalam penelitian ini dikategorikan baik karena psikoedukasi kepada keluarga dalam terapi mengandung unsur meningkatkan pengetahuan tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku pada klien serta peningkatan dukungan bagi klien itu sendiri. Dan untuk keterampilan keluarga dapat dilatih melalui proses belajar sehingga mengalami peningkatan, peran keluarga dalam perubahan perilaku ini sangat menentukan karena keluarga dapat memberikan perasaan mampu untuk merawat klien.

BAB IV SIMPULAN

Pemberian tindakan spesialis psikoedukasi keluarga efektif dalam meningkatkan kemampuan keluarga secara signifikan, lebih besar penurunannya dibandingkan dengan hanya pemberian tindakan keperawatan generalis.

Ada pengaruh yang kuat antarakemampuan kemampuan keluarga, semakin tinggi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan semakin menurun angka kekambuhan pada klien.

UCAPAN TERIMAKASIH

Proses pelaksanaan penelitian ini dimana peneliti tidak terlepas dari kesulitan, hambatan dan materi, namun berkat kegigihan, semangat peneliti, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penelitian ini dapat diselesaikan. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri, orang tua yang selalu support/ dukungan baik materi dan non materi dan Kepala Puskesmas Parangloe dan Tinggimoncong beserta Tenaga Keperawatan.

Dengan segala kerendahan hati semoga hasil penelitian ini berguna dan bermanfaat bagi pihak-pihak yang memerlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- (WHO), W. H. O. (2019). *Mental Disorders. Library Cataloging in Publication Data*.
- Annette G. Luekenotte. (2018). *Gerontologic Nursing*. Sint Louis Mosby Year Book. Inc.
- Bhattaeharjee, et al. (2019). Psychoeducation: A measure To Strengthen Psychiatric Treatment. *Dehly Psychiatry Journal*, 14(1).
- Craven, V. . (2016). *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Depkes RI. (2019). *Jumlah Pasien Gangguan Jiwa*.
- Goldenberg, I. (2016). *Family Therapy An Overview*. United States: Thomson.
- Keliat, B. A. (2017). Influence Of The Abilities In Controlling Violence Behavior To The Length Of Stay Schizophrenia Clients In Bogor Mental Hospital Indonesia. *Medical Jurnal Of Indonesia*, 18.
- Kustiawan, R. (2018). Pengaruh Family Psychoeducation (FPE) Terhadap Kemampuan Anggota Keluarga Dengan Harga Diri Rendah Di Kabupaten Tasikmalaya. *Tesis FIK UI*.
- Notoadmodjo. (2010). *Promkes Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraenah. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS Jiwa Islma Klender Jawa Timur. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 41–50.
- Siagian, Sondang, P. (2017). *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2015). *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing* (10 th ed). Elsevier. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart, G. W. (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Indonesia: Elsevier.
- Suerni, T. (2013). Penerapan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. *Tesis FIK UI*.
- Sulistiowati, E, Keliat, B. & H. (n.d.). Pengaruh Acceptance And Comittment Therapy Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Perilaku Kekerasan Di RS Jiwa Dr. h. Marzoeqi Mahdi Bogor. *Tesis FIK UI*.
- Undang-Undang Kesehatan Jiwa No 36. (2014). Videbeck, S. L. (2017). *Psychiatric Mental Health Nursing* (4 rd Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Virkkunen, M. (2018). Breakfast Skipping And Health Compromising Behaviors In Adolescents And Adults. *Eur J Clin Nutr*, 42–53.
- Wirnata. (2019). Hubungan Antara Ekspresi Emosi

Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. *Skripsi*.

Wiyati, R., Hamid, A. A., G. (2015). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Isolasi Sosial. *Tesis FIK UI*