**PENGALAMAN PELAKSANAAN *PSCHYCOEDUCATIONAL FAMILY THERAPY* PADA *FAMILY CAREGIVERS* ODS DI KELURAHAN SUMBERADI, MLATI, SLEMAN, YOGYAKARTA**

Eddy Murtoyo1

Rahmita Nuril Amalia2

Staff Dosen Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta1,2

Email: murtoyoeddy@gmail.com, Hp: 08156886964; rahmitanurilamalia@gmail.com, Hp: 081328805002

**ABSTRAK**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang memiliki karakteristik sangat mengganggu pikiran, mempengaruhi bahasa, persepsi, apatis, penarikan sosial, kerusakan kognitif dan kesadaran diri. Sering juga muncul masalah psikotik, seperti mendengar suara-suara atau delusi. Gangguan ini dapat merusak fungsi kemampuan bekerja untuk mencari nafkah atau terganggunya kemampuan belajar. Orang Dengan Skizofrenia (ODS) membutuhkan orang lain untuk merawat dan mencapai kesembuhan. Keluarga yang menjadi *family caregiver* merupakan sumber utama dari perawatan untuk orang dengan penyakit mental.Secara khusus, banyak orang yang menderita penyakit mental yang serius terutama skizofrenia yang bergantung pada anggota keluarga untuk bantuan dalam mengelola gejala mereka, gangguan fungsional, dan pengobatan Tujuan dari penelitian ini adalah memperoleh gambaran pengalaman pelaksanaan *pschycoeducational Family Therapy* pada *Family Caregivers* ODS di Kelurahan Sumberadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta

Design penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi karena peneliti ingin menggambarkan pengalaman perawat dalam memberikan psikoedukasi *family therapy* dengan Model Calgary pada *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) sebagai fenomena yang diamati. Analisis data menggunakan metode Colaizi.

Ada 2 tema yang didapatkan dari pengalaman pelaksanaan *pschycoeducational Family Therapy* pada *Family Caregivers* ODS yaitu keluarga membutuhkan dukungan dari anggota keuarga yang lain dan Keluarga menginginkan adanya dukungan keuangan/pembiayaan dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Hasil penelitian dapat dijadikan acuan bagi perawat dalam melaksanakan terapi keluarga untuk kelaurga dengan ODS. Dengan demikian proses pelaksanaan psikoedukasi dapat dilaksanakan lebih maksimal.

**Kata kunci** : *pschycoeducational Family Therapy*, keluarga, skizofrenia

**PENDAHULUAN**

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia. Menurut data WHO 2016, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia(1). Di Indonesia prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi di DI Yogyakarta yaitu 2,7 per-mil, diatas prevalensi gangguan jiwa berat nasional 1,7 per-mil. Prevalensi gangguan mental emosional (depresi, cemas dan stress) pada penduduk usia 15 tahun keatas di DIY sebesar 8,1%, diatas prevalensi nasional yaitu 6,0%. Pada kelompok usia 15-24 tahun prevalensinya sebanyak 5,6%(2).

Penderita gangguan jiwa berat di Daerah Istimewa Yogyakarta tertinggi adalah Kabupaten Kulonprogo 4,67 persen, kabupaten Bantul 4 persen dan kota Yogyakarta 2,14 persen, kabupaten Gunungkidul 2,05 persen. Sedangkan Jumlah terendah ada di kabupaten Sleman 1,52 persen. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DIY mengatakan, di DIY angka skizofrenia memang cukup tinggi. Secara nasional posisi DIY ada di nomor 2 untuk angka skizofrenia setelah Aceh. Tingginya angka gangguan jiwa berat di DIY karena pencatatannya baik dan detail, terlebih setelah kejadian bencana Gempa dan Merapi(3).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang memiliki karakteristik sangat mengganggu pikiran, mempengaruhi bahasa, persepsi, apatis, penarikan sosial, kerusakan kognitif dan kesadaran diri. Sering juga muncul masalah psikotik, seperti mendengar suara-suara atau delusi. Gangguan ini dapat merusak fungsi kemampuan bekerja untuk mencari nafkah atau terganggunya kemampuan belajar(4). Masalah kesehatan jiwa tidak hanya terkait dengan masalahkesehatan saja, tapi juga berpengaruh pada berbagai masalah sosialdan ekonomi(5). *WHO Mental Health Survey*,menyebutkan bahwa gangguan jiwa adalah problem yangsering timbul pada usia muda (usia produktif), dibandingkandengan penyakit kronis lain, sehingga gangguan ini menimbulkan beban yang berat bagi masyarakat(6).Beban yang muncul salah satunya disebabkan disabilitas sebagai dampak dari masalah kesehatan jiwa. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menempatkan skizofrenia sebagai salah satu dari 10 penyebab utama disabilitas di seluruh dunia(7).

*World Health Organization* (WHO) dan *World Federation for Mental Health* (WFMH) berupaya menekankan penyelesaian permasalahan kesehatan jiwa dari akarnya, yang dituangkan ke tema Hari Kesehatan Jiwa Sedunia 2016. Mengambil tema Martabat dalam Kesehatan Jiwa: Pertolongan Pertama Psikologis dan Kesehatan Jiwa Bagi Semua dengan sub tema Jiwa yang Sehat Berawal dari Keluarga Sehat; maka pesan utama yang ingin disampaikan adalah bahwa setiap orang memiliki hak untuk dihargai dan mendapatkan perlakuan layak sesuai dengan harkat dan martabat sebagai manusia(1). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat maupun sakit pada klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah.

Dukungan keluarga belum seluruhnya dirasakan oleh ODS, salah satu penyebabnya adalah penolakan keluarga atau penanggung jawab pasien. Keluarga menyatakan stress saat ODS memerlukan perawatan lanjut di rumah sepulang dari rumah sakit. Keluarga merasa ketakutan karena perilaku ODS pada waktu kambuh ulang. *Caregiver* yang utamanya adalah keluarga atau disebut *family caregiver* dituntutmenggunakan sebagian besar waktunya untuk merawatdan memberikan dukungan sosial demi kondisi ODS yang lebih baik. *Family* c*aregiver* mengalami tekanan yang berat selamatinggal bersama ODS.Hal ini berpengaruh pada kondisikesehatan *family caregiver*, menimbulkan kecemasan hingga depresi, dan pada akhirnya dapat menjadikan *family caregiver* tersebut mengalami ketidakberdayaan(11).

Perawatan pasien skizofrenia yang diambil alih oleh keluarga menyebabkan bukan hanya pasien sendiri yang menderita tetapi juga keluarga. Keluarga menghabiskan banyak waktu dan energi dalam merawat orang yang mereka cintai meski emosional, beban dan dampak pada pribadi mereka besar. Dengan konsekuensi tersebut keluarga memiliki risiko kelebihan beban secara signifikan yang dapat mengganggu kualitas hidup, sehingga berpotensi menyebabkan penarikan dari mengasuh anggota keluarga yang menderita gangguan mental di rumah(12).

Keadaan keluarga yang tidak kondusif semakin memberatkan pasien dan keluarga. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa biasanya memiliki tanda-tanda sistemik masalah keluarga. Tanda-tanda yang muncul di dalam keluarga antara lain kurang komunikasi, disorganisasi, batasan yang tidak jelas, tidak konsisten, aturan yang tidak jelas, perselisihan yang belum terselesaikan, konflik yang sering terjadi, pelecehan verbal dan fisik, serta ketegangan ketegangan(13).

Pemberdayaan keluarga dapat dilakukan dengan memberikan intervensi kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Intervensi kepada keluarga salah satunya adalah memberikan psikoedukasi yang bertujuan memberikan pemahaman kepada keluarga tentang masalah gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga mampu mengerti penyebab dan cara merawat ODS(14). Psikoedukasi adalah salah satu intervensi keluarga yang telah dikembangkan untuk mengatasi beberapa masalah dengan kepuasan dan efektivitas yang mapan. Hasil psikoedukasi menunjukkan memiliki efek yang menguntungkan anggota keluarga untuk kedekatan keluarga pada beban keluarga, dan gejala depresi pada kerabat(10). Pemahaman tentang skizofrenia, dampak positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan, penguatan dan peningkatan kepercayaan diri dapat dimunculkan dari intervensi psikoedukasi. Intervensi psikoedukasi dapat diterima dan dihargai(15)*.*

Hasil kegiatan psikoedukasi juga menunjukan adanya kebermanfaatan pendidikan keluarga/*caregiver* terhadap ODGJ, yaitu adanya peningkatan kognisi, afektif dan psikomotor(14). Psikoedukasi psikologis yang memberikan psikoedukasi sikap “Narimo Ing Pandum” yang mengajarkan kemampuan bersyukur, sabar dan “narimo” mampu meningkatkan kesejahteraan psikologis keluarga(16). Keluarga juga ditekankan tidak menunjukkan sikap mencela, menyalahkan, dan bermusuhan pada penderita gangguanmental. Kemampuan tersebut lebih dalam disebut dengan *ngemong*. Sikap *ngemong* adalah toleran dan penerimaan yang positifatas perilaku agresif dan impulsif pasien. Praktek *ngemong* memiliki 3 ciri yaitu, pertama adalah menunjukan sikap yang toleran dan tidak mencela. Ciri kedua *ngemong* adalah sikap tidak banyak menuntut. Ciri ketiga dari *ngemong* adalah pemenuhan kebutuhan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.(17).

Strategi intervensi keperawatan komunitas adalah kemitraan, pemberdayaan, pendidikan kesehatan dan proses kelompok(18). Upaya meningkatkan kemampuan keluarga agar dapat merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa seharusnya terintegrasi secara menyeluruh sesuai kebutuhan fisik, psikologis dan kebutuhan sosial *family caregiver*(19). Upaya yang dapat dilakukan perawat komunitas untuk meningkatkan kemampuan keluarga salah satunya adalah melalui psikoedukasi *family therapy*.

*Psychoeducation family therapy* merupakan intervensi psikososial yang biasanya diterapkan dalam konteks rencana perawatan jangka panjang, ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman anggota keluarga tentang penyakit tersebut dan meyakinkan mereka untuk mengikutinya secara konsisten. Secara khusus, ini berfokus pada memberi informasikepada keluarga tentang penyakit pasien, memperbaiki pola komunikasi di dalam keluarga, meningkatkan keterampilan pemecahan masalah keluarga, memperbaiki strategi penanggulangan anggota keluarga, dan mendorong mereka untuk terlibat dalam kegiatan sosial di luar lingkaran keluarga. Sehingga dapat meningkatkan kualitas pengasuhan yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa(20).

*Family therapy* atau terapi keluarga membantu anggota keluarga untuk mengarahkan keluarga mereka kepada kehidupan yang lebih produktif(21). *family therapy* adalah kemampuan keluarga menggunakan komunikasi untuk mengurangi kritik dan konflik disertai peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk dapat mengelola gejala psikotik, pengobatan, stres dan peringatan dini gejala kekambuhan.*Family therapy* menawarkan sebuah forum bagi keluarga untuk membicarakan perasaan kehilangan yang berkaitan dengan psikosis. Angka kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25-50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga 5-10%. Keluarga sebagai ”perawat utama” dari klien memerlukan *treatment* untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam merawat klien(22).

Ilmu keperawatan sudah banyak mengembangkan penanganan masalah psikologi yang disebabkan oleh beberapa penyakit melalui pendekatan kepada keluarga. Komunikasi atau interaksi yang baik didalam keluarga dapat membantu mengurangi masalah psikologi yang dialami klien. Terapi keluarga difokuskan pada perubahan keseluruhan sistem keluarga, pola hubungan atau interaksi, peran anggota keluarga satu sama lain, dan struktur dan peraturan sistem keluarga(23).

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk memberikan alternatif solusi untuk mengoptimalkan dukungan keluarga dengan menggunakan *psychoeducation family therapy*. *Psychoeducation family therapy* berarti memfasilitasi struktur lokal sosial (keluarga, kelompok, dan komunitas) yang kemungkinan sudah tidak berfungsi lagi sehingga dapat kembali memberikan dukungan yang efektif kepada orang yang membutuhkan terkait pengalaman hidup keluarga yang membuat stress akibat anggota keluarga menderita skizofrenia(24). Menggunakan pendekatan model keperawatan Calgary.

**METODE PENELITIAN**

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi karena peneliti ingin menggambarkan pengalaman perawat dalam memberikan psikoedukasi *family therapy* dengan Model Calgary pada *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) sebagai fenomena yang diamati. Individu yang diperoleh adalah individu yang berpengalaman, yang mampu memberikan data melalui wawancara mendalam. Metode fenomenologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dengan alat perekam suara menggunakan voice recorder, serta analisis data menggunakan metode Colaizi 1978.

**HASIL PENELITIAN**

Penelitian dilakukan selama lima minggu yaitu pada tanggal 23 Oktober-25 Nopember 2017 di Kelurahan Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada pelaksanaan penelitian ini terdapat 2 tema dari keluarga sebagai *Caregiver* yang berpartisipasi dalam penelitian ini yang mendapatkan psikoedukasi terapi keluarga*,* yaitu:

1. Keluarga membutuhkan dukungan dari anggota keluarga yang lain

Keluarga partisipan mengungkapkan keluarga yang lain tidak pernah mendukung dalam bentuk apapun. Keluarga merasa ditinggalkan sendiri dalam merawat pasien budi. Dari mulai mengantar pasien berobat sampai dengan perawatan sehari-hari di rumah.

Keluarga nampak tidak memahami gangguan jiwa. Mereka hanya mengetahui bahwa ini adalah gangguan jiwa. Tidak ada komunikasi yang baik dan saling melempar tanggung jawab.

“...Keluarga kulo niku angel sak estu pak menawi dijak diskusi, mung manut-manut ngoten niku. Padahal mboten wonten tindak lanjute...”(P.1).

“...Anak itu aneh, wong disuruh tinggal di sini malah pergi. Malah tinggal sendiri di rumah itu. Saya juga punya tanggung jawab mengurus lanjut usia pak. Suami saya stroke. Anak-anak saya juga punya keluarga masing-masing. Anak-anak saya pasti juga punya kesibukan sendiri-sendiri...” (P.2).

1. Keluarga menginginkan adanya dukungan keuangan/pembiayaan dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mengatakan anggota keluarga yang lain tidak peduli bagaimana biaya yang dikeluarkan untuk perawatan, bagaimana keluarga tidak pernah mau datang jika diajak bermusyawarah/diskusi.

“...Wong ken jemput ting puskesmas nopo rumah sakit ngoten men mung pasrah, mengko aku manut biayane tapi nggih namung ngoten niku. Mboten pasok, mboten ngaruhke. Judeg kulo pak. Padahal kulo niku nggih gadah keluarga piyambak. Mbok yao kulo niki dibantu ora ketang sekedhik...” (P.1).

“...biaya niku jane mboten masalah pak menawi ngge berobat, kan sampun ngangge BPJS. Tapi larene nek mboten gadah rokok, pingin jajan, tumbas sandangan terutama rokok niku nek mboten gadah njuk nesu ngantos ngamuk. Biaya mboten terduga niku nggih lumayan merepotkan pak. Kulo mung sadenan ngoten (jualan nasi uduk) sepinten to pak hasil e...” (P.2).

“...intine kulo niku butuh dukungan keluarga pak, purun ngaruhke mawon kulo pun seneng banget. Moro mriki ningali adike, nggih nek wonten sekedik-sekedik adine ditinggali cekelan ngge tumbas-tumbas nopo ngoten...” (P.3).

**PEMBAHASAN**

Hasil analisis menujukan bahwa keluarga memberikan respon yang baik terhadap psikoedukasi terapi keluargayang diberikan. Psikoedukasi terapi keluargamemiliki dampak terhadap peningkatan efikasikeluarga sebagai *caregiver.* Pendekatan psikoedukasi terapi keluarga melalui pertemuan dan latihan bersama anggota keluarga dalam keterampilan komunikasi dan pemecahan masalah cenderung meningkatkan keterbukaan komunikasi antar anggota keluarga. Anggota keluarga mampu berbagi pengalaman dengan saling berbicara bebas satu sama lain. Dalam pelaksanaan *efficacy* kolektif, orang menyatukan pengetahuan, keterampilan dan sumber daya mereka, memberikan dukungan timbal balik, membentuk aliansi, dan bekerja sama untuk menjamin apa yang tidak dapat mereka capai dengan sendirian(37). Keluarga adalah sistem yang sangat saling tergantung, keyakinan keluarga yang dianggap sebagai kemampuan keluarga untuk bekerja sama dalam meningkatkan kesejahteraan bersama, memelihara hubungan yang menguntungkan, dan menunjukkan ketahanan terhadap masalah.

Sebelum dilakukan psikoedukasi terapi keluarga, Keluarga memiliki keterbatasan dukungan dari anggota keluarga yang lain. Anggota keluarga hanya kadang-kadang saja datang membantu, pada kesempatan lain seseorang harus menyelesaikan masalahnya sendiri. Anggota keluarga dalam beberapa kesempatan sering menghadapi situasi sulit sendiri-sendiri karena anggota keluarga memiliki komunikasi yang terbatas, mereka saling berbicara jika benar-benar merasa mutlak diperlukan. Keluarga kesulitan untuk mendelegasikan tugas kepada anggota keluarga yang lain. Keluarga juga memiliki keterbatasan komunikasi antara satu dengan yang lain dalam keluarga sehingga kemampuan keluarga dalam situasi krisis seperti kehilangan, kegagalan atau penyakit mendadak keluarga menjadi tidak optimal.

Keluarga setelah mendapatkan psikoedukasi terapi keluarga memiliki kemampuan dalam menghadapi situasi krisis seperti kehilangan, kegagalan, bencana atau penyakit dimana keluarga menyatakan akan berkumpul bersama dalam setiap situasi dan menghadapi tantangan bersama dan saling membantu. Keluarga dalam mengambil keputusan penting sepakat untuk memberi kesempatan kepada seluruh anggota keluarga untuk membahas masalah bersama. Pendapat mayoritas diambil dan dihormati, dengan ini semua anggota keluarga dihargai dan berkontribusi dalam mencapai keputusan tersebut.

Pada pelaksanaan psikoedukasiterapi keluargaanggota keluarga mendapatkan kesempatan untuk dapat meningkatkan komunikasi antar anggota keluarga untuk menyampaikan pendapat dan harapan anggota keluarga kepada anggota keluarga yang lain selama merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Rasa efikasi keluarga selalu disertai dengan komunikasi keluarga yang terbuka dan jujur, efikasi keluarga kolektif berkontribusi pada kepuasan orang tua dan anak terhadap kehidupan keluarga dan berpengaruh secara langsung terhadap kualitas fungsi keluarga(37).

Keluarga dengan efikasikeluarga yang baik mempercayai bahwa anggota keluarga harus bekerjasama untuk mencapai kemakmuran bagi seluruh keluarga. Anggota keluarga tidak segan untuk melupakan kepentingan pribadi perorangan demi kepentingan bersama dan keluarga. Keluarga memberikan rasa cinta dan kasih sayang, penerimaan dan pengertian yang tak terhingga sehingga setiap anggota keluarga diberikan tempat penting dalam keluarga. Keluarga peduli pada anggota keluarga dalam situasi apapun mereka berada. Menurut Stajkovic, Lee, & Nyberg anggota keluarga tidak bisa menjalani hidup mereka secara mandiri. Semakin luas *interdependensi* di dalam sebuah sistem sosial, semakin tinggi efikasi yang dirasakan (37).

Di dalam sebuah komunitas, keluarga yang memiliki efikasiyang baik dapat berbagi tanggung jawab untuk membantu merawat orang-orang dengan gangguan jiwa yang ada di lingkungannya. Mereka dapat membantu meningkatkan efikasi keluarga yang lain. Penelitian Hajar, S. Bakar, A. Weatherley dan Richard, O. Noralina yang menunjukkan bahwa tugas *caregiver* sangat membutuhkan dukungan sosial untuk menangani tugas dan tanggung jawab memberi perawatan(49). Hanya saja belum ada peraturan atau kebijakan yang dibentuk dalam tatanan sosial masyarakat di Desa Sumberadi yang mengatur tentang pemberdayaan keluarga yang telah memiliki efikasi yang baik untuk dapat membantu meningkatkan kemampuan efikasi *caregiver* keluarga yang lain dalam merawat ODS.

**SIMPULAN**

Sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan, maka penelitian ini dapat mengambil simpulan, yaitu dalam pelaksanaan psikoedukasi keluarga menyatakan membutuhkan dukungan dari anggota keluarga yang lain. Dukungan dapat berupa materi maupun dukungan psikis seperti kehadiran pada saat keluarga membutuhkan.

Hasil penelitian dapat dijadikan acuan bagi perawat dalam melaksanakan terapi keluarga untuk kelaurga dengan ODS. Dengan demikian proses pelaksanaan psikoedukasi dapat dilaksanakan lebih maksimal.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. 2016; Available from: KEMKES.go.id

2. Penelitian dan Pengembangan, *Riset Kesehatan Dasar*. 2013;

3. Universitas Gadjah Mada. *Angka Gangguan Jiwa DIY Tinggi.*

4. World Health Organization. *World Health Statistics 2015*. 2015.

5. Universitas Gadjah Mada. *Kesehatan Jiwa Dalam Perspektif Budaya Dan Agama*. 2015;

6. Kessler RC, Aguilar-gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. *World Mental Health* ( WMH ) Surveys. 2011;18(1):23–33.

7. Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. *Family Therapy for Schizophrenia : Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders.* 2012;68(5):490–501.

8. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V. *The Global Burden of Mental , Neurological and Substance Use Disorders : An Analysis from the Global Burden of Disease Study* 2010. 2015;1–15.

9. *The global burden of disease* 2004. 2004;

10. Palli A, Kontoangelos K, Richardson C, Economou MP. *Effects of Group Psychoeducational Intervention for Family Members of People with Schizophrenia Spectrum Disorders : Results on Family Cohesion , Caregiver Burden , and Caregiver Depressive Symptoms.* 2015;277–89.

11. Savira NGSI. *Pengalaman Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia.* 2015;1–8.

12. Zegwaard MI, Aartsen MJ, Grypdonck MHF, Cuijpers P. *Mental health nurses ’ support to caregivers of older adults with severe mental illness : a qualitative study*. 2015;12–4.

13. Faculty C, Program FT, Faculty A, Therapist F. *The Practice of Community Family Therapy*. 2004;43(1).

14. Dianingtyas Agustin, Aspi Kristiati S. *Implementasi Program Pendidikan Keluarga Odgj (Orang Dengan Gangguan Jiwa)*. 2016; Available from: grhasia.jogjaprov.go.id

15. Al-hadihasan A, Callaghan P, Lymn JS. *Qualitative process evaluation of a psycho- educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan.* 2017;1–18.

16. Skizofrenia P. *Enhance Psychological Well-Being Of Family Caregiver.* :1–21.

17. Subandi MA. Ngemong : *Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa.* 1997;35(1):62–79.

18. Keperawatan PP. *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. 2006;

19. Lopez-hartmann M, Care I, Wens J, Care I, Verhoeven V, Care I, et al. *The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly : a systematic review*. 2012;12(August).

20. Carr A. *How and Why Do Family and Systemic Therapies Work*?\*. 2016;(November 2015):37–55.

21. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman CMW. *Nursing Interventions Classification* (NIC). Elsevier Global Rights; 2013. 93 p. Available from: elsevier.com

22. Hardiyanti D, Usman S, Yusuf R. *Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Skizofrenia Independency In Caring Family Member WithSchizophrenia kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga*. :172–82.

23. Tse S, Ng RMK, Tonsing KN, Ran M. *Families and family therapy in Hong Kong*. 2012;24(April):115–20.

24. Putri MA, Utomo B. *Psycoeducative Family Therapy Influence of Knowledge , Family Support and Leprosy Stigma*. 2005;(Rafferty).

25. Rachmaniah D. *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kecemasan Dan Koping Orang Tua Dalam Merawat Anak Dengan Thalasemia Mayor Di Rsu Kabupaten Tangerang Banten*. 2012.

26. Ja ASAR. *Pengaruh intervensi psikoedukasi dalam mengatasi depresi.* 2009;

27. People AB. 1 . *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies.* 2017.

28. Almasitoh UH. *Model terapi dalam keluarga*. 2012;(80):26–34.

29. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia : *Etiology and course Schizophrenia*: Etiology and Course. 2004;(February).

30. Mental Disorders. *DSM*-5. 2013.

31. Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. *Teaching Self-Care to Caregivers : Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training*. 2007;1(2):105–15.

32. D.W BK& S. *Understanding The Experience of Caregivers: A Focus on Transitions*. 2010;

33. Wiramihardja. *Pengantar Psikologi Abnormal.* Bandung: PT. Refika Aditama; 2005.

34. Ujam Jaenudin. *Teori-Teori Kepribadian*. Pustaka Setia; 2015.

35. Bandura A, Caprara GV, Barbaranelli C. *Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life.* 2011;60(3):421–48.

36. Lorraine M Wright ML. Nurses and Families: *A Guide to family assessment and Intervention*. 2012. 384 p.

37. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: EGC; 2002. 664 p.

38. Notoadmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2002.

39. Dharma KK. *Metodologi Penelitian Keperawatan.* Jakarta: Trans Info Media; 2011.

40. Hidayat AAA. *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta*: Salemba Medika; 2007.

41. Dahlan S. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel.* Jakarta: Salemba Medika; 2010.