

Efektifitas Psikoedukasi Terapi Keluarga *Calgary Family Intervention Model* Terhadap Peningkatan Efikasi Keluarga Sebagai *Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia

Effectiveness of Family Therapy Psychoeducation With Calgary Model for Improvement of Efficacy Family Caregiver People With Schizophrenia

Eddy Murtoyo^{1*}

¹Akper YKY Yogyakarta

Email: murtoyeddy@gmail.com

Abstrak

Keluarga sebagai *Caregiver* mengalami tekanan yang berat selama tinggal bersama Orang Dengan Skizofrenia (ODS) yang menimbulkan konflik, ketegangan, kecemasan hingga depresi. Salah satu metode untuk meningkatkan efikasi Keluarga sebagai *caregiver* adalah pelaksanaan psikoedukasi terapi keluarga agar keyakinan keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat klien menjadi meningkat dan akhirnya meningkatkan kualitas hidup klien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh psikoedukasi terapi keluarga dengan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) terhadap peningkatan efikasi keluarga sebagai *caregiver*. Metode penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan rancangan penelitian *pretest- posttest with control group design*. Populasi pada penelitian ini adalah keluarga di Desa Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel dilakukan menggunakan *purposive sampling*, yaitu masing-masing 17 keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol. Pengukuran efikasi keluarga diukur dengan menggunakan lembar kuesioner mengacu pada *NIMH-Family Efficacy Scale*. Data dianalisa dengan uji paired t-test. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata efikasi keluarga sebelum dilaksanakan psikoedukasi terapi keluarga adalah 34,06 pada kelompok intervensi dan 32,47 pada kelompok kontrol. Setelah pelaksanaan, rata-rata 36,60 pada kelompok intervensi dan 31,52 pada kelompok kontrol. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan pada efikasi *caregiver* keluarga sebelum dan sesudah pelaksanaan psikoedukasi terapi keluarga pada kelompok intervensi. Kesimpulan Psikoedukasi Terapi Keluarga dengan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) efektif meningkatkan efikasi keluarga sebagai *caregiver* ODS.

Kata Kunci: Psikoedukasi Terapi Keluarga; efikasi; *caregiver* keluarga

Abstract

The families as caregivers of schizophrenia patients experienced severe stress during their stay with the patients, and this stress can led to conflicts, tenses, worries and depressions. One of the methods to increase the family efficacy as the caregiver is through the implementation of Psychoeducation Family Therapy so that the families' confidence as the caregiver can be increased and finally improve the quality of the client's life. This study aimed to analyze the effects of psychoeducation family therapy using Calgary Family Intervention Model (CFIM) on the improvement of family efficacy as the caregiver. The research method used was quasi experiment with the research design of pretest-posttest with the control group design. The population of the study was families in Sumberadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta. The sampling technique used was purposive sampling, which included 17 families both in the intervention and the control group. The measurements of family efficacy used questionnaire sheets referring to the NIMH-Family Efficacy Scale. The data were analyzed by paired t-test. The results showed that the average of the family before the implementation psychoeducation family therapy was 34.06 in the intervention group and 32.47 in the control group. After the implementation of the psychoeducation, the family efficacy was 36.60 in the intervention group and 31.52 in the control group. The results of the statistical tests showed that there were significant differences in the value of efficacy of the families as caregiver before and after the implementation of therapy in the intervention group. The psychoeducation family therapy using Calgary Family Intervention Model (CFIM) effectively increased the efficacy of the family as caregiver ODS.

Keywords : family therapy psychoeducation; efficacy; family caregiver

1. PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menempatkan skizofrenia sebagai salah satu dari 10 penyebab utama disabilitas di seluruh dunia (1). Tiga penyebab *Global Disability Adjusted Life Years* (DALYs) terkemuka pada tahun 2030 adalah gangguan depresi unipolar, penyakit jantung iskemik dan kecelakaan lalu lintas (2).

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 (3).

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 (4).

Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa biasanya memiliki tanda-tanda sistemik masalah 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 (5).

Psychoeducation family therapy merupakan intervensi psikososial yang biasanya diterapkan dalam konteks rencana perawatan jangka panjang, ini berfokus pada memberi informasi kepada 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 (6). Family therapy atau terapi keluarga membantu anggota keluarga untuk mengarahkan keluarga mereka kepada kehidupan yang lebih produktif (7). 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. Menurut penelitian Hardiyanti D, Usman S, Yusuf R. 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 keterampilan dalam merawat klien (8). Berdasarkan fenomena tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis psikoedukasi family therapy dengan model calgary terhadap peningkatan efficacy family caregiver (ODS) orang dengan skizofrenia di Desa Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Yogyakarta.

2. METODE/PERANCANGAN/MATERIAL

Rancangan penelitian ini menggunakan quasi eksperimen dengan kelompok kontrol, yaitu *pretest - posttest with control group design*. Penelitian dilakukan di Desa Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Yogyakarta sebagai tempat kelompok intervensi dan kontrol. Pada pelaksanaan penelitian ini terdapat 34 orang *Family Caregivers* yang terdiri 17 orang *Family Caregivers* pada kelompok intervensi dan 17 orang *Family Caregivers* pada kelompok kontrol yang berpartisipasi dalam penelitian ini, dan *family caregiver* pada kelompok intervensi akan mendapatkan *Psychoeducational Family Therapy*. Pada sampel penelitian kelompok intervensi didapatkan *drop out* sebanyak 2 keluarga pada keseluruhan sampel penelitian.

Adapun kriteria inklusi yang ditetapkan sebagai berikut pengalaman merawat penderita minimal (2) dua tahun, memiliki hubungan keluarga dengan penderita. (orang tua/pasangan /anak /keluarga), tinggal serumah dengan ODS, usia minimal 18 tahun, pendidikan minimal sekolah dasar, keluarga mengalami tekanan atau gangguan emosional, fisik atau spiritual yang disebabkan oleh krisis keluarga,

keluarga bersedia melakukan pertemuan keluarga untuk membangun komunikasi keluarga yang baik, bersedia menjadi responden.

Alat yang digunakan untuk mengukur *efficacy family caregiver* adalah NIMH-Family Efficacy Scale terdiri 15 item pertanyaan yang terdiri dari 3 pilihan jawaban. Sebelum intervensi psikoedukasi *family therapy* diberikan, peneliti melakukan pengukuran awal terkait *efficacy family caregiver*. Setelah data terkait *efficacy family caregiver* keluarga caregiver diperoleh intervensi psikoedukasi *family therapy* diberikan sebanyak 5 (lima) kali pertemuan selama 5 minggu. Evaluasi dilakukan oleh peneliti di akhir pelaksanaan untuk mengetahui peningkatan *efficacy family caregiver*.

Analisis data dilakukan peneliti untuk menjawab tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, yaitu analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik perawat (usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan tipe keluarga), mengetahui *efficacy family caregiver* sebelum dan sesudah pelaksanaan psikoedukasi *family therapy*. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi *family therapy* terhadap *efficacy family caregiver*; analisis yang digunakan uji parametrik dengan paired t-test.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian Calgary (CFAM) terdiri dari komponen struktural, perkembangan dan fungsional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi adalah 56 tahun dan kelompok kontrol adalah 60 tahun. Tidak ada perbedaan umur *caregiver* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (*p value* = 0,436). Rata-rata usia *caregiver* berada pada rentang usia lansia akhir. Penelitian yang dilakukan oleh J. Pirkis, et al menyatakan bahwa usia juga perawatan, dibandingkan usia 16-34 tahun, usia 55 – 64 (AOR 2.24, 95% CI 1.59 – 3.18) (9). Penelitian yang dilakukan oleh Podkova menyebutkan ada keterkaitan umur seseorang dengan *self-efficacy* tetapi tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara usia muda dan usia tua (10).

Tabel 1. Karakteristik Responden di Kelurahan Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2017

| No | Karakteristik | Kelompok | | <i>p value</i> |
|----|----------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| | | Intervensi (n=15) | Kontrol (n=17) | |
| 1. | Usia | | | 0.436* |
| | Mean | 55.87 | 60,12 | |
| | Min-Max | 24-77 | 20-85 | |
| 2. | Pendidikan | | | 0.034** |
| | Dasar | 7 (3,1%) | 14 (43.8%) | |
| | Lanjut | 8 (25.0%) | 3 (9.4%) | |
| 3. | Pekerjaan | | | 0.040** |
| | Tidak bekerja | 1 (6.2%) | 8 (25%) | |
| | Bekerja | 14 (43.8%) | 9 (28.1%) | |
| 4. | Penghasilan | | | 0.784** |
| | Di bawah UMP | 9 (28.1%) | 11 (34.4%) | |
| | Di atas UMP | 6 (18.8%) | 6 (18.8%) | |
| 5. | Tipe Keluarga | | | 0.038** |
| | Nuclear family | 11 (34,4%) | 17 (53,1%) | |
| | Non nuclear family | 4 (12,5%) | 0 (0%) | |

* : t test

** : Uji Chi-Square

Dukungan keluarga besar yang berasal dari luar keluarga inti dan tidak tinggal serumah dengan klien seperti paman dan saudara yang lain kurang mendukung. Alasan yang muncul antara lain adalah kesibukan keluarga dan tidak ada waktu untuk berkumpul. Dalam penelitian ini, anggota keluarga

yang terlibat dalam perawatan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia adalah orang tua, pasangan atau anak yang tinggal dalam satu rumah dengan klien. Responden *family caregiver* yang bersedia mengikuti penelitian ini sebagian besar adalah keluarga dengan tipe "nuclear family". Keluarga caregiver dalam penelitian ini memiliki kesamaan penghasilan yaitu di bawah UMP. (p value = 0.784). Gangguan kesehatan mental dan gejala gangguan kesehatan psikologis paling sering ditemukan di kelas sosioekonomi rendah, di antara orang-orang tanpa ikatan sosial yang berarti, di antara mereka yang tidak memiliki peran sosial yang bermanfaat, dan di antara mereka yang telah mengalami kehilangan hubungan sosial yang signifikan secara traumatis (5).

Tabel 2. Kategori *Efficacy Family Caregivers* sebelum dan sesudah mendapatkan *Psychoeducational Family Therapy* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kelurahan Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta

| <i>Efficacy Family Caregivers</i> | Kelompok | | Total |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|----------|
| | Intervensi (n=15) | Kontrol (n=17) | |
| Sebelum | | | |
| Sedang | 7 (21,9%) | 15 (46,9%) | 22 (68%) |
| Tinggi | 8 (25,0%) | 2 (6,2%) | 10 (31%) |
| Setelah | | | |
| Sedang | 4 (12,5%) | 17 (53,1%) | 21 (65%) |
| Tinggi | 11 (34,4%) | 0 (0%) | 11 (34%) |

Hasil analisis *Efficacy Family caregivers* setelah mendapatkan *Psychoeducational Family Therapy* pada kelompok intervensi terdapat 11 keluarga (34,4%) memiliki *efficacy family* yang tinggi. Sedangkan pada kelompok kontrol semua keluarga memiliki *efficacy family* yang sedang setelah pelaksanaan *Psychoeducational Family Therapy*.

Di dalam sebuah komunitas, walaupun hanya sedikit keluarga yang memiliki *efficacy* yang tinggi tetapi keluarga tersebut dapat berbagi tanggung jawab untuk membantu merawat orang-orang dengan gangguan jiwa yang ada di lingkungannya. Mereka dapat membantu sehingga dapat meningkatkan *efficacy* keluarga yang lain. Penelitian Hajar, S. Bakar, A. Weatherley dan Richard, O. Noralina yang menunjukkan bahwa pemberian perawatan memiliki efek yang merugikan pada kehidupan *caregiver*, sehingga mereka sangat membutuhkan dukungan sosial untuk menangani tugas dan tanggung jawab memberi perawatan (11). Rasa *efficacy* keluarga yang tinggi selalu disertai dengan komunikasi keluarga yang terbuka dan kejujuran. *Efficacy* keluarga kolektif berkontribusi pada kepuasan orang tua dan anak terhadap kehidupan keluarga dan berpengaruh secara langsung terhadap kualitas fungsi keluarga (12).

Tabel 3. Perbedaan Rata-rata *Efficacy Family Caregivers* sebelum dan Sesudah mendapatkan *Psychoeducational Family Therapy* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kelurahan Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta

| <i>Efficacy Family Caregivers</i> | Kelompok Intervensi (n:15) | | | | Kelompok Kontrol (n:17) | | | | P Value |
|-----------------------------------|----------------------------|---------|-------|-------|-------------------------|---------|-------|-------|---------|
| | Mean | SD | Min | Max | Mean | SD | Min | Max | |
| Sebelum | 34.0667 | 3.32666 | 26.00 | 37.00 | 32.4706 | 2.76400 | 30.00 | 37.00 | 0.064 |
| Setelah | 36.6000 | 2.99523 | 30.00 | 40.00 | 31.5294 | 2.03463 | 30.00 | 35.00 | 0.000 |
| | p = 0,005 | | | | p = 0,132 | | | | |

Menurut Stajkovic, Lee, & Nyberg anggota keluarga tidak bisa menjalani hidup mereka secara mandiri. Banyak hal yang mereka cari dapat dicapai hanya dengan bekerja bersama. Dalam

pencapaian efikasi, orang mengumpulkan 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. Semakin luas *interdependensi* di dalam sebuah sistem sosial, semakin tinggi efikasi yang dirasakan (12).

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi peningkatan nilai rata-rata *efficacy family caregiver* dari 34,0667 menjadi 36,6000 ($p=0,005$), sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan nilai rata-rata dari 32,4706 menjadi 31,5294 ($p=0,132$). Tidak ada perbedaan *efficacy family caregiver* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum pelaksanaan *psychoeducational family therapy* ($p=0,064$) sedangkan setelah pelaksanaan *psychoeducational family therapy* terdapat perbedaan *efficacy family caregiver* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,000$).

Perbedaan hasil analisis antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa kelompok intervensi memberikan respon yang baik terhadap *psychoeducational family therapy* yang diberikan kepada keluarga. *Psychoeducational family therapy* memiliki dampak terhadap peningkatan *efficacy family caregiver*. Pendekatan *Psychoeducational family therapy* 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 (12). Keluarga adalah sistem yang sangat saling tergantung, keyakinan keluarga yang dirasakan dianggap sebagai kepercayaan anggota terhadap kemampuan keluarga mereka untuk bekerja sama dalam meningkatkan kesejahteraan bersama, memelihara hubungan yang menguntungkan, dan menunjukkan ketahanan terhadap masalah.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian didapatkan bahwa *efficacy family caregiver* sebelum pelaksanaan psikoedukasi *family therapy* pada kelompok intervensi rata-rata sebesar 34,0667 dan kelompok kontrol sebesar 32,4706. Sedangkan *efficacy family caregiver* setelah pelaksanaan psikoedukasi *family therapy* pada kelompok intervensi rata-rata sebesar 36,6000 dan kelompok kontrol rata-rata sebesar 31,5294. Hasil uji statistik didapatkan bahwa terdapat perbedaan *efficacy family caregiver* sebelum dan sesudah pelaksanaan psikoedukasi *family therapy* pada kelompok intervensi ($p=0,005$) dan kelompok kontrol ($p=0,132$).

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti memberikan saran adanya pemberdayaan *family caregiver* yang memiliki *efficacy family* tinggi untuk menjadi kelompok suportif untuk intervensi kepada keluarga yang *efficacy family* sedang dalam mencegah kekambuhan klien skizofrenia pada tingkat komunitas Desa Sumberadi.

5. DAFTAR PUSTAKA

- (1) Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. 2012;68(5):490-501. doi:10.1002/jclp.21852
- (2) The global burden of disease 2004. Published online 2004.
- (3) 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. Published online 2015:277-289. doi:10.1080/00207411.2015.1076291
- (4) Zegwaard MI, Aartsen MJ, Grypdonck MHF, Cuijpers P. Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. Published online 2015:12-14. doi:10.1186/s12912-015-0087-5
- (5) Faculty C, Program FT, Faculty A, Therapist F. The Practice of Community Family Therapy. 2004;43(1).
- (6) Carr A. How and Why Do Family and Systemic Therapies Work?*. 2016;(November

- 2015):37-55. doi:10.1002/anzf.1135
- (7) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman CMW. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier Global Rights; 2013.
 - (8) Hardiyanti D, Usman S, Yusuf R. Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Skizofrenia Independency InCaring Family Member WithSchizophrenia kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga. :172-182.
 - (9) Pirkis J, Burgess P, Hardy J, Harris M, Slade T. Who cares ? A profi le of people who care for relatives with a mental disorder. 2010;(May).
 - (10) Podkova M. Correctional Officers' Knowledge of Mental Illness and its Relationship with Self-Efficacy. Published online 2014.
 - (11) Hajar S, Bakar A, Weatherley R, Omar N. Projecting social support needs of informal caregivers in Malaysia. 2014;22:144-154. doi:10.1111/hsc.12070
 - (12) Bandura A, Caprara GV, Barbaranelli C. Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life. 2011;60(3):421-448. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x