

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

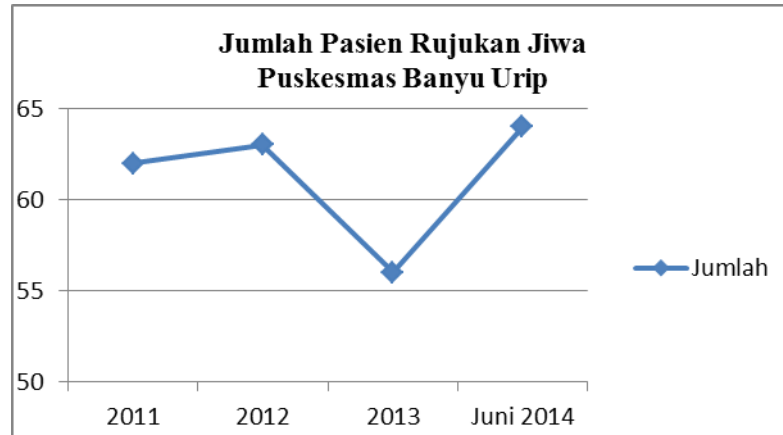
Skizofrenia merupakan penyakit mental kronis dengan gejala yang mempengaruhi penderita dalam beberapa cara dan sangat kompleks (Gingerich dan Bellack, 1995). Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku. Penderita skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, seringkali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Davison, Neale, & Kring, 2006). Durand dan Barlow (2006) juga menyebutkan bahwa gangguan ini merupakan sebuah sindroma kompleks yang mau tidak mau menimbulkan efek merusak pada kehidupan penderita maupun anggota-anggota keluarganya. Gangguan skizofrenia dapat mempengaruhi persepsi, pikiran, pembicaran, gerakan seseorang, dan hampir semua aspek fungsi sehari-harinya terganggu.

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) RI tahun 2007 menyebutkan, persentase gangguan jiwa di Indonesia mencapai 11,6 persen dari sekitar 19 juta penduduk yang berusia di atas 15 tahun. Data nasional tentang angka kejadian gangguan jiwa berat (skizofrenia) di Jawa Timur sebesar 1,4% dan Surabaya tercatat sebanyak 0,2% (Afifah, 2013). Sebuah temuan baru menyatakan bahwa wilayah Surabaya Timur dalam tiga tahun terakhir tercatat, terdapat sedikitnya 120 penderita gangguan jiwa baru. Data tersebut belum termasuk jumlah penderita gangguan jiwa di wilayah

Surabaya yang lain (Suradmin, 2011). Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa angka gangguan jiwa berat khususnya skizofrenia meningkat setiap tahunnya.

Hal ini juga sepeham dengan penelitian Felicia & Meikawati (2011) yang menyebutkan skizofrenia adalah gangguan yang paling sering muncul dimasyarakat. Pah (2013) juga menyebutkan bahwa saat ini banyak sumber yang mengatakan bahwa penderita skizofrenia di Indonesia mulai berkembang. Pah juga membuktikan informasi ini dari beberapa media, misalnya pada koran Jawa Pos 14 September 2012, disebutkan bahwa penderita skizofrenia banyak yang mengalami kekambuhan. Suaraturabaya.net pada tanggal 10 Oktober 2012 juga pernah memberitakan soal bertambahnya penderita skizofrenia. RS Jiwa Menur setiap hari rata-rata menerima 200 pasien rawat jalan, dan dalam satu bulan rata-rata merawat 300 penderita skizofrenia. Menurut dr Adi Wirachjanto Direktur RS Jiwa Menur, 20 persen diantaranya berusia remaja atau di bawah 20 tahun. Data lain juga dapat dilihat di seputarindonesia.com pada tanggal 25 September 2011 bahwa, Direktur RSJ Menur Surabaya dr.Adi Wirachjanto mengatakan hampir seluruh pasien penyakit jiwa yang ditangani dan menjalani rawat inap di RS Menur didominasi gangguan skizofrenia.

Data yang diperoleh dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada petugas Puskesmas Banyu Urip Surabaya, menyebutkan bahwa jumlah pasien rujukan jiwa tahun ini (2014) kemungkinan terjadi peningkatan. Adapun jumlah pasien rujukan jiwa sebagai berikut:

Gambar 1. 1 Jumlah Pasien Rujukan Jiwa Puskesmas Banyu Urip

Berdasarkan data di atas, jumlah pasien rujukan jiwa Puskesmas Banyu Urip Surabaya mengalami peningkatan jumlah pasien yang dirujuk. Pada tahun 2011-2012 peningkatan jumlah pasien rujukan tidak terlalu signifikan, dari 62 pasien menjadi 63 pasien (1 orang). Pada tahun 2013 terjadi penurunan jumlah pasien rujukan jiwa dari 63 pasien menjadi 56 pasien. Data terakhir pada bulan juni 2014 menunjukkan jumlah pasien rujukan jiwa terjadi peningkatan yang cukup signifikan dari 56 pasien menjadi 64 pasien (8 orang) dibandingkan tahun sebelumnya. Fakta yang terjadi saat ini adalah jumlah penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Banyu Urip Surabaya mencapai 15 kasus hingga bulan juni 2014, dan setiap tahun terdapat pasien baru untuk gangguan skizofrenia.

Penyakit mental yang berat seperti skizofrenia, memiliki konsekuensi yang berpengaruh besar bagi penderita (Schene, Wijngarden, & Koeter, 1998). Pada penderita skizofrenia sendiri, kemampuan dalam hal bantu diri menjadi terganggu, berkurangnya kemampuan dalam menjalin hubungan sosial, dan kesempatan kerja

juga menjadi berkurang. Penyakit mental seperti skizofrenia menimbulkan hambatan untuk hidup mandiri bagi penderitanya (Schene, Wijngarden, & Koeter, 1998).

Penderita skizofrenia yang melakukan rawat jalan, biasanya dirawat oleh keluarga (*caregiver*). Diperkirakan bahwa 30-85% penderita skizofrenia memiliki anggota keluarga yang menjadi *caregiver* (Avasthi, 2010, dalam De Saousa dkk. (2012). Winefield dan Harvey (1994) menyebutkan yang menjadi *caregiver* skizofrenia biasanya adalah orang tua (68,6%), saudara atau saudara ipar (17,4%), pasangan (7,4%), anak (4,1%), dan saudara biologis lain (2,5%). Hal ini juga sepaham dengan Barrowclough dan Lobban (2009) yang menyebutkan lebih dari 60% penderita penyakit mental berat (skizofrenia) dengan episode pertama kembali tinggal dengan keluarga.

Keluarga merupakan sumber utama dukungan dan perawatan bagi individu dengan gangguan mental berat seperti gangguan skizofrenia. Sebagai anggota keluarga tentu mengalami banyak tantangan dan kebutuhan, karena keluarga berusaha untuk memberikan dukungan jangka panjang, pengasuhan untuk keluarga mereka, dan biaya yang cukup besar (Barrowclough & Lobban, 2009). Keadaan ini menyebabkan keluarga memiliki peranan yang penting pada sebagian besar kehidupan penderita skizofrenia, bahkan penderita skizofrenia akan bergantung kepada keluarga tersebut.

Keluarga yang memiliki penderita skizofrenia juga mengalami perasaan kehilangan dan kesedihan. Keluarga yang memiliki penderita skizofrenia, memiliki konsekuensi yang juga berpengaruh besar bagi mereka. Keluarga penderita

dihadapkan dengan ketidakpastian dan merasa malu, merasa bersalah, serta marah. Sama halnya dengan penderita, keluarga penderita juga merasakan stigma dan isolasi secara sosial. Hidup anggota keluarga mungkin saja terganggu dengan harus menyediakan perawatan yang lebih pada penderita skizofrenia. Perubahan dalam keluarga terjadi, seperti menjadi tidak seimbang antar anggota keluarga (perbedaan perlakuan pada anggota keluarga), perubahan dari *normal care* menjadi *caregiving* (Schene, Wijngarden, & Koeter., 1998).

Penderita skizofrenia dapat menimbulkan masalah dalam keluarganya, masalah yang ditimbulkan umumnya akibat perilaku penderita sendiri. Perilaku penderita gangguan jiwa yang dinilai cukup mengganggu dan membuat *stress* keluarga adalah kurangnya motivasi, keterampilan sosial yang rendah, perilaku makan/tidur yang buruk, sulit menyelesaikan tugas dan sulit mengatur keuangan (Keliat, 1992). Selain itu munculnya kembali simptom atau gejala (*relaps*) yang semakin memperparah perilaku, persepsi, pikiran, pembicaraan, gerakan penderita skizofrenia, ikut mengakibatkan masalah dalam keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Davies (1994) menyebutkan hampir 80% penderita skizofrenia mengalami *relaps* berulang kali. Penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 penderita skizofrenia masing-masing memiliki potensi *relaps* 21%, 33%, dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga (Amelia & Anwar, 2013). Jika mengaitkan tingginya kemungkinan *relaps* pada penderita skizofrenia, maka beban perawatan juga akan semakin berat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Grandon, Jenaro, dan Lemos, (2006) yang menyebutkan bahwa

semakin banyak simptom yang muncul atau semakin sering kambuh penderita skizofrenia, maka beban keluarga dalam perawatan juga semakin berat. Penelitian yang dilakukan oleh Fatikasari, dkk. (2012) juga menyebutkan bahwa semakin parah gangguan akan menimbulkan beban perawatan yang lebih berat pada *caregiver*.

Peran sebagai perawat penderita skizofrenia (*caregiver*) tidak mudah, apalagi perawatan dilakukan di luar rumah sakit atau rawat jalan. Beberapa peneliti menyebutkan perawatan penderita yang dilakukan di luar rumah sakit (*deinstitutional*) akan berdampak banyak terhadap kerabat dan anggota keluarga sebagai pemberi layanan utama perawatan dan kebutuhan sosial penderita. Peningkatan peran ini akan menimbulkan konsekuensi, yang akhirnya akan menimbulkan beban bagi keluarga. Beban perawatan dapat berhubungan dengan penurunan kualitas hidup, berpengaruh pada kesehatan dan peran/aktivitas *caregiver* (Fitrikasari dkk., 2012). Disisi lain sebagai *caregiver*, mereka juga dituntut untuk dapat menempatkan dirinya dengan baik, mengurus keuangan dengan tepat, dan memiliki kemampuan sosial serta emosional dengan baik (Hazel dkk., 2004).

Beban-beban yang dialami oleh *caregiver* setiap hari dan terus menerus dapat menyebabkan *distress* pada *caregiver*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh beberapa ahli yang menyebutkan bahwa beban perawatan yang dialami oleh keluarga dalam merawat orang dengan skizofrenia diantaranya berupa *stress* terhadap simptom yang muncul, kejadian buruk, rawat inap, dan faktor lain termasuk durasi singkat penyakit (Hazel dkk., 2004). Berdasarkan hasil penelitian Biegel, dkk. (Hobbs, 1997) menyebutkan bahwa terdapat hubungan positif antara

burden caregiver anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dan *distress* pada *caregiver*.

Situasi *distress* akan menghasilkan reaksi fisiologis dan psikologis. Reaksi fisiologis bisa berupa perubahan detak jantung, tekanan darah, dan aliran darah (Sarafino, 1996). Pada reaksi psikologis maka akan muncul reaksi emosional seperti rasa takut, cemas, sedih, penolakan, bahkan *grief*. Saat seseorang menghadapi *distress* biasanya akan melakukan *coping* untuk menangani keadaan tersebut (Weiten, 2004). Strategi *coping* yang efektif bisa menjadi pelindung untuk membatasi *stressor* yang muncul (Lazarus & Folkman, 1984). Penelitian yang dilakukan oleh Abdel-Hasan (2011) menyebutkan bahwa *caregiver* biasanya menggunakan *coping* berupa *confrontative coping*, *distancing*, mencari dukungan sosial, dan *positive reappraisal coping* untuk menurunkan tingkat stresnya. Hanya saja *coping* yang digunakan tiap *caregiver* bermacam-macam, adapula yang cenderung melakukan *passive coping* yang ditandai dengan penghindaran, pengunduran diri (tidak sanggup merawat), dan menyalahkan diri sendiri (Hazel dkk., 2004).

Faktanya beberapa peneliti menyebutkan bahwa dua dari tiga anggota keluarga mengalami *distress* yang signifikan karena peran mereka sebagai *caregiver* (Barrowclough & Lobban, 2009). Kondisi tersebut tentu berdampak pada kesehatan mental yang buruk. Analisis yang dilakukan oleh Bland (Bland & Harrison, 2000) menekankan pentingnya kesehatan mental pada *caregiver*, dimana penelitian ini menyebutkan ketika *caregiver* memiliki kesehatan mental yang baik, ia mampu mengatasi tekanan atau permasalahan yang dialami. Kesehatan mental dianggap

penting pada *caregiver*, karena menanggung tanggung jawab perawatan penderita skizofrenia bukanlah pekerjaan yang mudah dilakukan. Mental yang sehat tidak hanya akan mempengaruhi kesejahteraan dan kemampuan *caregiver* pada perawatan penderita skizofrenia dalam waktu jangka panjang, tetapi juga dapat berdampak pada perjalanan penyakit skizofrenia itu sendiri (Barrowclough & Lobban, 2009).

Gambaran diatas menunjukkan bagaimana beban yang dialami keluarga yang memiliki penderita skizofrenia yang dapat memprediksi *distress* pada *caregiver*. Maka dalam hal ini sangat diperlukan dukungan bagi keluarga penderita skizofrenia. Tingginya tingkat dukungan yang dirasakan oleh *caregiver*, diprediksi akan mempengaruhi status kesehatan mental juga lebih baik (Monahan & Hooer, 1995). Grandon, Jenaro, dan Lemos, (2006) menyebutkan bahwa dukungan sosial, khususnya dukungan afektif (emosional) secara signifikan dapat menurunkan beban *caregiver* yang juga akan berhubungan dengan menurunnya *distress caregiver*.

Llanque (2011) menjelaskan intervensi yang bertujuan untuk mengatasi kebutuhan *caregiver* skizofrenia dapat memiliki dampak positif yang penting baik pada *caregiver*, penderita skizofrenia sebagai penerima perawatan (*care receiver*), dan masyarakat pada umumnya. Intervensi pada *caregiver* dapat menurunkan tingkat *distress*, meningkatkan aspek positif dari perawatan, dan mengurangi relaps pada penerima perawatan. Memberikan pendidikan dan dukungan bagi *caregiver* terbukti dapat meningkatkan atau mempertahankan kualitas hidup antara individu dengan skizofrenia dan membantu *caregiver* dalam mengatasi *stress*. Intervensi pada *caregiver* juga memungkinkan pada penderita skizofrenia untuk tetap aman di rumah

mereka sendiri dalam jangka waktu yang cukup lama, dan mengurangi biaya sosial dan ekonomi.

Intervensi yang biasanya digunakan untuk penanganan skizofrenia dan keluarga, diantaranya: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, *Family Intervention Therapy (FIT)*, *Social Skill Therapy (SST)*, *Cognitive Remediation Therapy (CRT)* (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Intervensi yang memfokuskan pada keluarga dimana dapat mengurangi beban dan *distress* dalam merawat penderita skizofrenia yaitu *family intervention therapy*. *Family intervention* didefinisikan sebagai intervensi psikologis, dimana pada sesi ini meliputi dukungan spesifik, edukasi atau fungsi penanganan, serta setidaknya memiliki satu dari komponen pemecahan masalah atau intervensi langsung pada pengguna (dalam hal ini individu yang memiliki masalah dalam keluarga). *Outcomes* dari intervensi keluarga ini menekan kekambuhan (*relaps*), simptom psikosis, depresi, kecemasan, *distress*, fungsi psikososial dan kualitas hidup (*National Collaborating Center for Mental Health*, 2010).

Patersson dan Leeuwenkamp (2008) juga menjelaskan komponen dasar dari *family intervention* adalah psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu dari enam penanganan dan didukung oleh *Center For Mental Health* untuk diberikan pada individu yang menderita penyakit mental kronis. Komponen yang ada di dalam psikoedukasi keluarga terbukti efektif untuk mengurangi gejala kambuh dan masuk rumah sakit kembali (*rehospitalization*) pada individu dengan skizofrenia. Hal ini terutama efektif bila anggota keluarga berpartisipasi secara konsisten, yang

memungkinkan keluarga untuk meningkatkan pemahaman tentang gangguan, belajar bagaimana cara memberikan dukungan, mengurangi *stress* di lingkungan dan kehidupan mereka, serta mengembangkan jaringan sosial yang lebih luas (Jewell, Downing, & McFarlane, 2009).

Psikoedukasi merupakan program yang memberikan *skill-building education* untuk orang-orang yang didiagnosis dengan penyakit mental seperti demensia. Intervensi psikoedukasi juga menyebabkan *caregiver* secara efektif dapat mengatasi masalah dan tantangan yang berkaitan dengan proses penyakit, dimana penderita skizofrenia dan *caregiver* secara bersama-sama mendapatkan kekuatan, *resource*, dan *coping skill* untuk meminimalkan krisis dan *stress*. Pendekatan ini meningkatkan kesehatan mental *caregiver* dan kesejahteraan yang berbasis jangka panjang. Program psikoedukasi telah terbukti sangat bermanfaat bagi *caregiver* dan penderita skizofrenia (Llanque, 2011). Studi terdahulu sangat mendukung gagasan bahwa semakin banyak pemahaman dan pengetahuan *caregiver* yang dimiliki terkait penyakit penderita, semakin baik mereka akan dapat merawat diri mereka sendiri dan penderita.

Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Sally Wai-Chi menyebutkan bahwa ada banyak intervensi keluarga yang bermanfaat untuk *caregiver* (Chan, 2011). Intervensi yang paling sering digunakan untuk *caregiver* pada keluarga penderita skizofrenia yaitu psikoedukasi keluarga. Hal ini juga didukung oleh beberapa peneliti yang menyebutkan bahwa salah satu cara untuk dapat mengurangi beban keluarga yang menyebabkan *caregiver distress* yaitu psikoedukasi pada

keluarga untuk perawatan jangka panjang (Laidlaw, 2002). Penelitian yang dilakukan oleh Setiawan (2013) menyebutkan bahwa psikoedukasi efektif untuk menurunkan beban pada *caregiver*, dimana beban ini berpengaruh terhadap tingkat *distress* pada *caregiver*.

Dyck (Hazel dkk., 2004) menunjukkan dukungan yang besar terhadap *caregiver* skizofrenia yaitu memberikan psikoedukasi keluarga pada *caregiver*. Grandon, Jenaro, dan Lemos (2006) juga menyebutkan bahwa program psikoedukasi keluarga dapat digunakan untuk mengurangi beban, kekambuhan, dan meningkatkan fungsi sosial penderita dan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan di Indonesia, dimana intervensi psikoedukasi interaktif singkat tentang skizofrenia memiliki pengaruh terhadap pengetahuan *caregiver*, keteraturan kontrol, dan ketaatan pengobatan pada penderita gangguan psikotik fase awal di Jogjakarta (Marchira, 2012).

Berdasarkan pemaparan yang telah dijelaskan di atas, maka peneliti tertarik untuk melihat efektivitas psikoedukasi keluarga untuk mereduksi *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia rawat jalan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas maka rumusan masalah penelitian ini yaitu apakah psikoedukasi keluarga efektif untuk mereduksi *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia rawat jalan?

1.3 Signifikansi Penelitian

Beberapa penelitian tentang psikoedukasi keluarga pernah dilakukan oleh peneliti lainnya. Psikoedukasi keluarga telah diterapkan pada beragam-macam subjek, seperti pada keluarga penderita gangguan bipolar (Bland & Harrison, 2000), penderita kecemasan, depresi, keluarga dengan anak ADHD dan *psychological distress* (Donker dkk., 2009; Lopez dkk., 2005), keluarga penyakit mental kronis (Raskin dkk., 1998), mencegah perilaku agresif pada remaja awal (Ando dkk., 2007), penderita kanker (Brotto dkk., 2008), diaplikasikan pada kondisi kesehatan mental lain selain skizofrenia, penyakit medis, *caregiver* demensia (Lukens & Mc Farlane, 2004), penderita skizofrenia dan keluarga (Mc Farlane dkk., 2003; De Sousa, Kurvey, & Sonavane, 2012), dan masih banyak lagi.

Penelitian Patersson dan Leeuwenkamp (2008) menggunakan subjek keluarga yang memiliki kerabat skizofrenia. Fokus dari terapi ini yaitu anggota keluarga belajar untuk memahami lebih baik lagi tentang skizofrenia dan peran obat antipsikotik untuk mengurangi resiko kambuh. Keluarga juga mempelajari *skill* yang dapat membuat penderita minum obat dengan teratur dan *relapse*. Teknik ini dapat juga digunakan untuk membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi *stress* karena memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia. Hasil positif yang ditunjukkan dari teknik psikoedukasi ini yaitu dapat mengurangi beban pada pasien dan keluarga, serta dapat meningkatkan pengetahuan tentang skizofrenia dan meningkatkan kemampuan *coping* pada keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Abdel-Hasan dkk. (2011) menjelaskan tujuan dari penelitian yang dilakukan yaitu ingin mengeksplorasi beban dan strategi *coping* pada *caregiver* penderita skizofrenia. Hasil penelitian ini juga merekomendasikan program psikoedukasi, dimana program ini dibutuhkan untuk membantu mengatasi beban dan *stress caregiver* yang dihasilkan saat merawat penderita skizofrenia.

Efektivitas psikoedukasi juga berefek pada penderita, ketika keluarga dilibatkan dalam intervensi (Bauml dkk., 2006). Pada penelitian ini keluarga skizofrenia diberi psikoedukasi dan hasilnya menunjukkan bahwa dalam 2 tahun periode program tersebut terdapat penurunan yang signifikan tingkat *rehospitalization* dari 58% menjadi 41% dan juga terdapat pemendekkan masa perawatan yang dilakukan di rumah sakit dari 78 hari menjadi 39 hari. Penelitian ini juga menyarankan bahwa psikoedukasi merupakan suatu program latihan “wajib”, yang dibuat bagi semua penderita gangguan skizofrenia dan keluarga.

Studi tentang efek psikoedukasi terhadap kekambuhan dan *rehospitalization* pada skizofrenia (meta-analysis) yang dilakukan oleh Pitschel-Walz dkk. (2001) menjelaskan tentang program intervensi keluarga untuk mengedukasi keluarga dan membantu keluarga mengatasi permasalahan perawatan dengan lebih baik. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kekambuhan dapat dikurangi hingga 20% jika keluarga penderita skizofrenia termasuk dalam pengobatan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa intervensi psikoedukasi keluarga sangat penting untuk penanganan terhadap skizofrenia.

Penelitian lain tentang efektivitas psikoedukasi dengan beban *caregiver* dilakukan oleh Sharif, Shaygan, dan Mani (2012). Penelitian ini mengeksplorasi efektivitas psikoedukasi keluarga dalam mengurangi gejala penderita skizofrenia dan beban *caregiver*. Subjek dalam penelitian ini terdiri dari 70 penderita skizofrenia rawat jalan. Hasilnya menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga secara signifikan mengurangi keparahan gejala dan beban *caregiver*. Penelitian ini menyimpulkan bahwa psikoedukasi jangka pendek berbasis keluarga anggota penderita dengan gangguan skizofrenia dianggap penting. Penelitian yang dilakukan oleh Magliano dkk. (2006) menunjukkan bahwa bahwa intervensi psikoedukasi mengalami peningkatan dalam hubungan sosial, penurunan beban *caregiver*, dan persepsi terhadap dukungan profesional meningkat secara signifikan. Kesimpulan dari penelitian ini menyebutkan bahwa fungsi penderita skizofrenia kemungkinan akan meningkat jika intervensi ini diterapkan di kehidupan nyata.

Penelitian tentang psikoedukasi yang dilakukan di Indonesia khususnya Fakultas Psikologi Universitas Airlangga juga beragam. Peneliti di Indonesia ada yang mengaitkan psikoedukasi dengan depresi perinatal (Dewi, 2012), efektivitas psikoedukasi untuk meningkatkan wawasan dan keterampilan kader posyandu (Aditya, 2013), pemberian psikoedukasi untuk meningkatkan *mental health literacy* tenaga kesehatan (Jayanti, 2012), dan psikoedukasi pada pengasuh dan anak di panti terkait menjalin interpersonal (Haryono, 2013).

Psikoedukasi keluarga memang telah banyak digunakan dalam ranah pendidikan dan kesehatan mental termasuk pada *caregiver* penderita skizofrenia.

Penelitian yang memfokuskan pada *caregiver* juga pernah dilakukan oleh Setyawan (2013), hanya saja fokus peneliti tersebut pada peningkatan kualitas respon pada *caregiver* gangguan psikotik. Fokus subjek yang diambil oleh penulis yaitu pada *caregiver* informal, yang mana *caregiver* informal ini adalah keluarga penderita gangguan skizofrenia. Disamping itu penelitian yang memfokuskan pada *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia masih jarang. Hal ini menyebabkan penulis ingin mengaplikasikan psikoedukasi keluarga untuk menurunkan *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia yang melakukan rawat jalan.

1.4 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang efektivitas psikoedukasi untuk mereduksi *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia rawat jalan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Adapun manfaat teoritis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini sebagai rujukan dalam mengembangkan efektivitas psikoedukasi untuk mereduksi *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia rawat jalan.
2. Memperluas dan memperdalam bidang kajian ilmu psikologi klinis khususnya tentang psikoedukasi pada keluarga penderita skizofrenia, serta menjadi

masukan yang dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan intervensi bagi penderita skizofrenia.

1.5.2 Manfaat praktis

Adapun manfaat teoritis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Memberikan wawasan kepada keluarga tentang psikoedukasi dan membantu mereduksi *caregiver distress* pada keluarga, khususnya yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia.
2. Implikasi hasil penelitian dapat digunakan sebagai alternatif terapi psikososial pada penderita skizofrenia.
3. Menjadi bahan informasi dan bahan pertimbangan lainnya yang tertarik dengan psikoedukasi keluarga pada penderita skizofrenia. Penelitian ini juga memberikan informasi tentang efektivitas psikoedukasi keluarga untuk mereduksi *caregiver distress* pada keluarga penderita skizofrenia rawat jalan.