

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 dalam penelitian ini, akan dikemukakan beberapa teori dan konsep serta hasil penelitian ini, meliputi: konsep beban pengasuhan, pola interaksi, gangguan jiwa, keluarga, konsep teori Roy

2.1 Konsep Beban Pengasuhan

2.1.1 Definisi Pengasuh

Merriam (2007) menyebutkan bahwa pengasuh adalah seseorang yang memberikan perawatan langsung (seperti untuk anak, orang lanjut usia, atau orang sakit kronis). Saat ini istilah pengasuh keluarga sering digunakan secara bergantian dengan *informal caregiver*, seseorang memberikan perawatan tanpa mendapat bayaran, biasanya memiliki hubungan pribadi dengan penerima perawatan. *Caregiver* adalah penyedia asuhan kesehatan untuk semua usia dimana mengalami ketidakmampuan fisik atau psikis kronis. Jenis caregiver ada dua, *caregiver formal* dan *caregiver informal*. *Caregiver formal* merupakan individu menerima bayaran untuk memberikan perhatian, perawatan, perlindungan kepada individu yang mengalami sakit. Sedangkan *caregiver informal* merupakan individu menyediakan bantuan untuk individu lain dimana masih memiliki hubungan keluarga maupun dekat individu tersebut antara lain, keluarga, teman, tetangga dan biasanya tidak menerima bayaran (Bumagin, 2009).

2.1.2 Definisi Beban Pengasuhan

Beban pengasuhan didefinisikan sebagai sejauh mana *caregiver* dapat merasakan keadaan emosionalnya dan kesehatan fisik, kehidupan sosial dan status keuangan sebagai akibat dari merawat mereka (Jagannathan, Thirthalli, Hamza, Nagendra, & Gangadhar, 2014).

Beban memiliki dua komponen yaitu beban objektif dan subjektif. Beban objektif mengacu pada tantangan kuantitatif yang dihadapi oleh anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari seperti biaya keuangan, kehilangan waktu luang dan hubungan sosial yang berubah. Beban subjektif mengacu pada biaya abstrak atau biaya emosional yang dihadapi oleh keluarga sebagai akibat dari penyakit penderita (Jagannathan, Thirthalli, Hamza, Nagendra, & Gangadhar, 2014). Sering dikatakan bahwa beban perawatan lebih ditentukan dari dampak dan konsekuensi dari merawat pasien (Awad & Voruganti, 2009).

2.1.3 Definisi Beban Pengasuhan Pada Gangguan Jiwa

Beban pengasuhan pada gangguan jiwa adalah permasalahan keluarga saat mengetahui saudaranya mengalami gangguan jiwa dan harus merawat pasien gangguan jiwa tersebut (Kubler Ross, 2008).

Stengard (2003) menyebutkan bahwa beban pengasuhan yang dialami keluarga ODGJ adalah munculnya stress pada keluarga saat harus merawat pasien gangguan jiwa tersebut dikarenakan harus mengeluarkan banyak biaya, takut ketahuan sama lingkungan sekitar, takut tidak mampu berinteraksi dengan baik dengan pasien gangguan jiwa tersebut.

2.1.4 Teori Beban Pengasuhan

Untuk mencapai sebuah kerangka konseptual dari beban pengasuhan, teori-teori yang berbeda telah digunakan, (Caqueo-Urizar, Miranda-Castillo, Giráldez, et al., 2014) dalam (Sanjaya, 2016) menggabungkan aspek kuantitatif dan kualitatif. Teori-teori tersebut antara lain :

1. *Role theory* menyatakan bahwa setiap orang dianggap sebagai aktor dalam hubungan sosial. Terdapat kategori orang-orang yang lebih atau kurang di beberapa aspek. Kategori tersebut disebut posisi ayah, ibu, anak, dan yang lainnya. Seseorang dengan posisi tertentu menampilkan harapan tentang bentuk dimana dia akan berperilaku dengan orang lain di posisi yang sama. Harapan di posisi ini disebut sektor peran (*role sector*). Pada beberapa kasus, skizofrenia membuat harapan keluarga terhadap pasien tidak terpenuhi. Hal ini menimbulkan ketidaknyamanan pada semua anggota keluarga
2. *Stress theory* menyatakan bahwa kesulitan yang berhubungan dengan gangguan fungsi, sebagai faktor tekanan lingkungan atau tekanan yang bersifat kronis merupakan aspek subyektif burden. Hal ini menimbulkan sejumlah perubahan pada caregiver sebagai hasil dari interaksi penilaian strategi koping mereka.
3. *Systemic theory* menyatakan bahwa meskipun burden merujuk pada fenomena keluarga, perlu untuk mempertimbangkan keluarga dalam konteks sosial (jaringan sosial, komunitas dan / atau budaya).

2.1.5 Klasifikasi *Caregiver Burden*

Berdasarkan jenisnya, Lippi (2016) mengklasifikasikan *caregiver burden* menjadi:

1. *Objective burden* :

Jagannathan et al. (2014) menyebutkan bahwa beban objektif keluarga mengacu pada konsekuensi perawatan yang dapat diamati, seperti gangguan pada rutinitas keluarga yang dipicu oleh penyakit tersebut, misalnya dijelaskan oleh (Lippi, 2016) :

- a. Mengabaikan anggota keluarga lainnya dan terganggunya keluarga dalam hubungan sosial dan masalah pernikahan
- b. Gangguan dan kendala dalam aktivitas sosial sehari-hari, bersantai.
- c. Isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial.
- d. Penarikan dukungan oleh / kehilangan kontak dengan teman, keluarga dan tetangga.
- e. Kehilangan pekerjaan / pendapatan atau penurunan produktivitas / peningkatan absensi kerja.

2. *Subjective Burden* :

Jagannathan et al (2014) menyebutkan bahwa beban subjektif mengacu pada beban emosional perawatan, seperti perasaan bersalah, dan kekhawatiran tentang masa depan. Secara detail Lippi (2016) mendeskripsikan bentuk beban subjektif seperti rasa bersalah dan menyalahkan diri sendiri, karena tidak mengenali gejala lebih awal, malu dalam situasi sosial, khawatir terutama tentang masa depan pasien, dan juga masalah kesejahteraan emosional, masalah kesehatan mental dan morbiditas psikologis

2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Beban Pengasuhan

Terdapat berbagai hal yang mempengaruhi beban pengasuhan yang dialami oleh caregiver keluarga penderita skizofrenia. (Lippi, 2016) merangkum situasi yang meningkatkan dan menurunkan beban pengasuhan, yaitu :

1. Situasi yang meningkatkan beban pengasuhan

Situasi yang meningkatkan beban pengasuhan bagi keluarga yang merawat gangguan jiwa tersebut seperti pasien yang sangat sakit parah / cacat, pasien yang mengalami gejala negatif berat, perawatan diri yang buruk, pasien psikotik akut, dan kecurigaan yang tidak semestinya, pengangguran atau rendahnya fungsi psikososial pasien, pasien yang mengalami gejala negative berat, perawatan diri yang buruk, pasien psikotik akut dan kecurigaan yang tidak semestinya dan juga keterlibatan teman dan keluarga dalam melakukan interaksi dengan gangguan jiwa tersebut yang sangat terbatas.

2. Situasi yang menurunkan beban pengasuhan :

Situasi yang menurunkan beban pengasuhan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa ialah kondisi pasien membaik, jangka waktu remisi yang panjang, hubungan yang baik dan saling menguntungkan, partisipasi pasien dalam program rehabilitasi, partisipasi keluarga dalam program psikoedukasi terapi kelompok serta adanya komunikasi yang baik antara keluarga dan pasien gangguan jiwa tersebut.

2.1.7 Dampak Beban Pengasuhan

Beban pengasuhan pada *family caregiver* menimbulkan konsekuensi negatif tidak hanya untuk pasien tetapi juga bagi anggota keluarga yang lain dan sistim pelayanan kesehatan. Beban pengasuhan secara negatif mempengaruhi status fisik,

emosional dan ekonomi. Jagannathan et al (2014) menyebutkan bahwa kualitas hidup yang buruk ternyata terkait dengan beratnya beban keluarga.

2.1.8 Pengukuran Beban Pengasuhan

Instrumen-instrumen penilaian telah diciptakan untuk menilai kualitas hidup caregiver burden. Diantaranya *The Subjective and Objective Family Burden Interview* (SOFBI-II), yang dikembangkan dari *Family Burden Interview Schedule-Short Form* (Caqueo-Urizar, Urzúa, et al., 2016), *Burden Assessment Schedule* (Jagannathan et al., 2014) dan *Caregiver Burden Assesment* yang sebagian isinya diadaptasi dari *Zarit Burden Scale* dan *The Montgomery Borgotta Caregiver Burden Scale*. Alat ini terdiri dari 39 item yang mengukur subjective dan objective burden. Reliabilitas alat ukur CBA dinyatakan dengan nilai alfa Cronbach 0.936 untuk subjective burden dan 0.925 untuk objective burden (Suhita, 2016).

2.2 Konsep Pola Interaksi

2.2.1 Definisi Pola Interaksi

Kinball Young (2009) menyebutkan bahwa interaksi sosial adalah kunci dari semua kehidupan sosial, oleh karena itu, tanpa interaksi sosial tidak akan mungkin ada kehidupan bersama.

Pola interaksi adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan. Lebih lanjut soetarno memberikan definisi sikap merupakan pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu. Sikap senantiasa diarahkan kepada sesuatu artinya tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap diarahkan

kepada benda-benda, orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan lain-lain (La Pierre,2011)

2.2.2 Definisi Pola Interaksi Sosial Gangguan Jiwa

Pola interaksi gangguan jiwa adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku dalam situasi sosial terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan (La Pierre,2011 ; UU.RI No.18, 2014). Pola interaksi gangguan jiwa adalah suatu hubungan sosial dinamis antar perorangan yang mengalami gangguan dalam bentuk gejala yang berhubungan dengan masyarakat (PPDGJ III ; Young, 2009).

Pola interaksi antara keluarga dengan anggota keluarga yang gangguan jiwa dimana keluarga mempunyai masalah tidak ada yang memahami dan tidak mencoba memberikan kesempatan kepada pasien gangguan jiwa tersebut untuk melakukan interaksi dengan lingkungan maupun keluarga yang ada di rumah tersebut, di samping itu juga beban yang dimiliki keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa tersebut juga banyak sehingga interaksi antara keluarga dan pasien gangguan jiwa tersebut terganggu. Akibatnya menimbulkan terjadilah depresi berat, rasa malu, rasa salah dan akhirnya perilaku penderita berubah tidak seperti biasa, suka menyendiri, berbicara sendiri, teriak dan melakukan hal-hal yang tidak normal lainnya (Ambarsari,2012).

2.2.3 Bentuk Interaksi Sosial

Berbagai bentuk interaksi sosial. Berdasarkan pendapat menurut Maryati dan Suryawati (2003), interaksi sosial dikategorikan ke dalam dua bentuk, yaitu:

1. Interaksi sosial yang bersifat assosiatif, yakni yang mengarah kepada bentuk-bentuk asosiasi seperti kerja sama, akomodasi, asimilasi, akulturasi.

a. Kerjasama merupakan suatu usaha bersama antara orang perorangan atau kelompok untuk mencapai tujuan bersama.

b. Akomodasi adalah suatu proses penyesuaian sosial dalam interaksi antara pribadi dan kelompok dan kelompok kelompok manusia untuk meredakan pertentangan.

c. Asimilasi adalah proses sosial yang timbul bila ada kelompok masyarakat dengan latar belakang kebudayaan yang berbeda, saling bergaul secara intensif dalam jangka waktu yang lama, sehingga lambat laun kebudayaan asli mereka akan berubah sifat dan wujudnya membentuk kebudayaan baru sebagai kebudayaan campuran.

d. Akulturasi adalah proses sosial yang timbul, apabila suatu kelompok masyarakat manusia dengan suatu kebudayaan tertentu diharapkan dengan unsur-unsur dari suatu kebudayaan asing sedemikian rupa sehingga lambat laun unsur-unsur kebudayaan asing itu diterima dan diolah ke dalam kebudayaan sendiri, tanpa menyebabkan hilangnya kepribadian dari kebudayaan itu sendiri.

2. Interaksi sosial yang bersifat disosiatif, yakni mengarah pada bentuk-bentuk pertentangan atau konflik seperti persaingan, kontroversi, konflik.

a. Persaingan adalah suatu perjuangan yang dilakukan perorangan atau kelompok sosial tertentu, agar memperoleh kemenangan atau hasil secara kompetitif, tanpa menimbulkan ancaman atau benturan fisik di pihak lawannya

b. Kontroversi adalah bentuk proses sosial yang berada diantara persaingan atau konflik. Wujud kontroversi antara lain sikap tidak senang, baik secara

tersembunyi maupun secara terang-terangan yang ditujukan terhadap perorangan atau kelompok atau terhadap unsur-unsur kebudayaan golongan tertentu. Sifat tersebut dapat berubah menjadi kebencian akan tetapi tidak sampai menjadi pertentangan atau konflik. Konflik adalah proses sosial antar perorangan atau kelompok masyarakat tertentu, akibat adanya perbedaan paham dan kepentingan yang sangat mendasar, sehingga menimbulkan adanya semacam gap atau jurang pemisah yang mengganjal interaksi sosial diantara mereka yang bertikai tersebut

2.3 Konsep Gangguan Jiwa

2.3.1 Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang 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 orang sebagai manusia (UU.RI No.18, 2014)

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologic, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat

2.3.2 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan mulai PPDGJ 1 sampai PPDGJ III, sebagian menganut klasifikasi ICD (International Classification of Disease), DSM (Data Statistic of Mental Disorder), ataupun NIC-

NOC. Indonesia sendiri menggunakan PPDGJ, pengelompokan diagnosis menggunakan pendekatan teoritik dan deskriptif (Maslim,2002).

Menurut hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 (Keliat,2009) secara umum gangguan jiwa dibagi menjadi dua bagian, yaitu :

1. Gangguan jiwa berat dalam kelompok psikososial
2. Gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan dan sebagainya

2.3.3 Faktor Yang Menyebabkan Gangguan Jiwa

Gejala yang paling utama pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi terdapat beberapa penyebab dari berbagai unsur yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu muncul gangguan kejiwaan.

Menurut Maramis 2010 dalam Buku Ajar Keperawatan Jiwa, sumber penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas :

1. Faktor Somatik (Somatogenik), yaitu akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor Psikologik (Psikogenik), yaitu keterkaitan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antara saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan tersebut kurang baik, maka dapat menyebabkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.

3. Faktor Sosial Budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh mengenai keagamaan

Sedangkan Menurut Faris tahun 2016 faktor-faktor penyebab gangguan jiwa diantaranya :

a. Usia

Pada usia menginjak dewasa, dimana pada usia ini merupakan usia yang produktif, dimana seseorang dituntut untuk menghadapi dirinya sendiri secara mandiri, masalah yang dihadapi juga semakin banyak, bukan hanya masalah dirinya sendiri tetapi juga harus memikirkan anggota keluarganya.

b. Tidak Bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan mengakibatkan seseorang tidak mempunyai penghasilan dan gagal dalam menunjukkan aktualisasi dirinya, sehingga seseorang tidak bekerja tidak mempunyai kegiatan dan memungkinkan mengalami harga diri rendah yang berdampak pada gangguan jiwa.

c. Kepribadian yang tertutup

Seseorang yang memiliki kepribadian tertutup cenderung menyimpan permasalahannya sendiri sehingga masalah yang dihadapi akan semakin menumpuk. Hal ini yang membuat seseorang tidak bisa menyelesaikan permasalahan dan enggan mengungkapkan sehingga menimbulkan depresi dan mengalami gangguan jiwa.

d. Putus Obat

Pada beberapa penelitian menunjukkan bahwa seseorang dengan gangguan jiwa harus minum obat seumur hidup, terkadang klien merasa bosan, dan kurang pengetahuan akan menghentikan minum obat dan merasa sudah sembuh.

e. Pengalaman yang tidak menyenangkan

Pengalaman tidak menyenangkan yang dialami misalnya adanya aniaya seksual, aniaya fisik, dikucilkan oleh masyarakat atau kejadian lain akan memicu seseorang mudah mengalami gangguan jiwa

f. Konflik dengan teman atau keluarga

Seseorang yang mempunyai konflik dengan keluarga misalnya karena harta warisan juga dapat membuat seseorang mengalami gangguan jiwa. Konflik yang tidak terselesaikan dengan teman atau keluarga akan memicu stressor yang berlebihan. Apabila seseorang mengalami stressor yang berlebihan namun mekanisme kopingnya buruk, maka kemungkinan besar seseorang akan mengalami gangguan jiwa.

2.4 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan gangguan jiwa menurut Maramis tahun 2010 diantaranya :

1. Normal dan Abnormal

Abnormal berarti menyimpang dari yang normal. Sesuatu dikatakan abnormal apabila terdapat suatu norma, dan seseorang tersebut telah menyimpang dari batas-batas norma

2. Gangguan Kesadaran

Kesadaran merupakan kemampuan individu dalam mengadakan pembatasan terhadap lingkungannya serta dengan dirinya sendiri (melalui panca inderanya). apabila kesadaran tersebut baik maka orientasi (waktu, tempat, dan orang) dan pengertian yang baik serta pemakaian informasi yang masuk secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan). Kesadaran menurun adalah suatu keadaan dengan kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran yang berkurang secara keseluruhan (secara kuantitatif). Kesadaran yang berubah atau tidak normal merupakan kemampuan dalam mengadakan hubungan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu dalam taraf tidak sesuai kenyataan.

3. Gangguan Ingatan

Ingatan berdasarkan tiga proses yaitu, pencatatan atau registrasi (mencatat atau meregistrasi sesuatu pengalaman didalam susunan saraf pusat); penahanan atau retensi (menyimpan atau menahan catatan tersebut); dan pemanggilan kembali atau "recall" (mengingat atau mengeluarkan kembali catatan itu). Gangguan ingatan terjadi apabila terdapat gangguan pada salah satu atau lebih dari ketiga unsur diatas.

4. Gangguan Orientasi

Gangguan orientasi atau Disorientasi timbul sebagai akibat gangguan kesadaran dapat menyangkut waktu, tempat, atau orang. Gangguan Afek dan Emosi. Afek ialah nada perasaan, menyenangkan atau tidak (seperti kebanggan, kekecewaan, kasih sayang) yang menyertai suatu pikiran dan biasanya bermanifestasi afek ke luar dan disertai oleh banyak komponen fisiologik. Emosi adalah manifestasi afek ke luar dan disertai oleh banyak komponen fisiologi dan berlangsung relatif tidak lama. Seseorang dikatakan telah mengalami gangguan afek

atau emosi yaitu dapat berupa depresi, kecemasan, euforia, anhedonia, kesepian, kedangkalan, labil, dan ambivalensi.

5. Gangguan Psikomotor

Psikomotor merupakan gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, gangguan psikomotor dapat berupa :

- a. Hipokinesia atau hipoaktivitas : gerakan atau aktivitas berkurang
- b. Stupor Katatonik : reaksi terhadap lingkungan sangat berkurang, gerakan dan aktivitas menjadi sangat lambat.
- c. Katalepsi : mempertahankan posisi tubuh secara kaku posisi badan tertentu.
- d. Fleksibilitas serea : mematahkan posisi badan yang dibuat padanya oleh orang lain.
- e. Hiperkinesia : pergerakan atau aktivitas yang berlebihan
- f. Gaduh gelisah katatonik : aktivitas motorik yang kelihatannya tidak bertujuan, yang berkali-kali dan seakan-akan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar
- g. Berisikap aneh : dengan sengaja mengambil sikap atau posisi badan yang tidak wajar
- h. Grimas : mimik yang aneh dan berulang-ulang
- i. Stereotype : gerakan salah satu anggota badan yang berkali-kali dan tidak bertujuan.

2.5 Peran Perawat dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa

Dalam merawat pasien gangguan jiwa membutuhkan tenaga yang ekstra

1. Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa

Memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada pasien merupakan kompetensi yang dilakukan perawat RSJ terdiri dari tahapan asuhan keperawatan dan format dokumentasi askep. Tahapan dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian yang dilakukan dibedakan berdasarkan lokasi pasien dirawat, seperti pengkajian untuk pasien gangguan jiwa dewasa, NAPZA, anak atau geriatric. Aspek yang dikaji meliputi alasan masuk, predisposisi, presipitasi, psikososial, status mental, mekanisme koping dan kebutuhan persiapan pulang. Seperti yang dinyatakan oleh informan di bawah ini. Perencanaan asuhan keperawatan dilakukan secara manual berdasarkan 10 standar asuhan keperawatan yang meliputi masalah keperawatan Halusinasi, Waham, Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah, Resiko Bunuh Diri, Perilaku Kekerasan, Defisit perawatan Diri: Mandi, Makan, Eliminasi, Berhias.

2. Melaksanakan Standar Prosedur Operasional

Perawat di RSJ menjalankan sejumlah SPO dalam merawat pasien gangguan jiwa. Beberapa jenis SPO menjadi wajib untuk dipahami dan dijalankan seluruh perawat melalui proses sosialisasi secara bertahap dari kepala ruangan ke perawat ruangan. SPO yang sudah tersedia meliputi SPO tentang pengisian format dokumentasi keperawatan dan ditambahkan SPO sesuai dengan kebutuhan akreditasi rumah sakit dan saat ini sedang dikembangkan SPO untuk keamanan pasien dan perawat.

3. Melakukan Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa

Kompetensi melaksanakan terapi modalitas keperawatan disampaikan berdasarkan jenis, pelaksana, waktu, fasilitas, tempat dan metode. Jenis yang paling

sering dilaksanakan adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) dengan berbagai topik dan Pendidikan Kesehatan Keluarga di Rumah Sakit (PKRS) dan di masyarakat. Kedua jenis terapi modalitas tersebut dilaksanakan baik oleh perawat ruangan maupun mahasiswa perawat yang telah terjadwal secara rutin. Fasilitas pendukung untuk kedua terapi modalitas ini sudah cukup memadai seperti adanya SPO, format dokumentasi, leaflet dan alat terapi. TAK dilaksanakan di ruangan maupun ruang rehabilitasi, sementara PKRS dilakukan di ruang yang terdapat keluarga diijinkan untuk menunggu seperti rawat jalan, ruang akut dan juga di lingkungan masyarakat yang menjadi wilayah kerja RSJ. Metode yang dikembangkan dalam pemberian terapi modalitas berdasarkan tujuan, modifikasi cara, tahapan dan bentuk terapi. TAK dapat diberikan dengan tujuan menciptakan lingkungan yang terapeutik atau mengajarkan life skill pada pasien, sehingga bentuk kegiatan TAK di modifikasi untuk mencapai tujuan dan diberikan bertahap sesuai dengan kemampuan yang dicapai oleh pasien.

2.6 Konsep Keluarga

2.6.1 Pengertian Keluarga

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. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien di rumah, sehingga kemungkinan kekambuhan dapat dicegah (Videbeck, 2008).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, ia memiliki peran serta dalam proses kesembuhan pasien skizofrenia. Sangat penting maknanya dalam memberikan asuhan, tempat pertama kali pasien belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilakunya. Beberapa studi menunjukkan bahwa program perawatan penderita skizofrenia yang melibatkan peran serta aktif keluarga secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan skizofrenia. Kombinasi terapi akan efektif jika disertai dengan dukungan keluarga sehingga dapat mengurangi angka kekambuhan dibandingkan jika hanya dengan terapi medikamentosa saja (Ibrahim, 2005).

Tugas keluarga menurut Effendy (2009) menyatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi dalam merawat anggotanya yang sakit hal ini menandakan bahwa keluarga memiliki peran yang besar dalam upaya pemberian asuhan keperawatan kepada anggota keluarganya terutama anggota keluarga yang mengalami kondisi yang tidak baik atau mengalami keterbatasan.

2.6.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut ini dijabarkan kaitan beberapa fungsi keluarga dengan kepatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

1. Fungsi Afektif

Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedman, 1998). Untuk mencapai kepatuhan pada pasien skizofrenia, fungsi afektif harus dipenuhi dengan cara

menghindari paksaan, membujuk dengan penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan kepatuhan.

2. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi ini bertujuan untuk mengembangkan peran sosial anak di dalam lingkungan sekitar . Keluarga dengan anggota keluarga mengalami skizofrenia diharapkan dapat membantu klien skizofrenia agar mampu melakukan hubungan sosial baik di dalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun di luar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada di wilayah tempat tinggalnya (Utami, 2008).

3. Fungsi Ekonomi

Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri. Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan skizofrenia adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatan dan terapi pasien skizofrenia. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri maupun pemerintah seperti jaminan kesehatan masyarakat agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.

4. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini

sedikit terkontrol. Di sisi lain, banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan pernikahan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua.

5. Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Kekambuhan pasien skizofrenia sangat berhubungan dengan kemampuan keluarga menjalankan fungsi ini. Perawatan yang berkesinambungan melalui kontrol secara teratur dengan menggunakan fasilitas pelayanan terdekat akan mengurangi angka kekambuhan bagi pasien skizofrenia. Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang tujuan dan efek samping terapi psikofarmaka akan memudahkan keluarga untuk mencapai kepatuhan pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa menambahkan pengetahuan tentang terapi psikofarmaka pada terapi psikososial.

2.6.3 Peran Keluarga

Murty (2003) menyebutkan bahwa peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia terbagi dalam tiga tingkatan. *Pertama*, keluarga harus mampu melihat kebutuhan- kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional. *Kedua*, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. *Ketiga*, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien skizofrenia merubah sikap dan keterampilan pada keluarga akan menurunkan angka kekambuhan (Mc Gaslan, 1994; Huxlery, Rendal, & Sederer, 2000 dalam Frisch & Frisch 2006)

2.7 Konsep Teori Roy

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy yang berfokus pada adaptasi manusia. Konsep-konsepnya mengenai keperawatan manusia, kesehatan, dan lingkungan saling berhubungan dengan adaptasi sebagai konsep sentralnya. Manusia mengalami stimulus lingkungan secara terus-menerus. Pada akhirnya, manusia memberikan respon dan adaptasi pun terjadi. Respon ini dapat berupa respon adaptif ataupun respon inefektif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembangbiak, menguasai, serta transformasi seseorang dan lingkungannya. Respon inefektif gagal meraih tujuan adaptasi tersebut atau bahkan mengancam pencapaian tujuan. Keperawatan memiliki tujuan yang unik untuk membantu upaya adaptasi seseorang dengan mengelola lingkungannya.

Hasilnya adalah pencapaian tingkat kesejahteraan optimal seseorang (Alligood, 2017). Sebagai suatu sistem terbuka, manusia menerima input atau stimulus baik dari lingkungan atau dalam diri sendiri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh kombinasi efek stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Adaptasi terjadi pada saat seseorang berespon secara positif terhadap lingkungan. Respons adaptif ini meningkatkan integritas seseorang, yang akan membawanya menuju sehat. Di sisi lain, respons inefektif akan mengarah pada gangguan integritas seseorang (Alligood, 2017).

Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik.

A. *Input*

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu :

1. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi.
2. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
3. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk

toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

B. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

1. Subsistem regulator

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2. Subsistem kognator

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

Dalam memelihara integritas seseorang, regulator dan kognator subsistem diperkirakan sering bekerja sama. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk subsistem kognator, Roy tidak membatasi konsep proses kontrol, sehingga sangat terbuka untuk melakukan riset tentang proses kontrol dari subsistem kognator sebagai pengembangan dari konsep adaptasi Roy.

Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 mode adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

a) Mode Fungsi Fisiologi

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari 4 bagian yaitu:

1. Oksigenasi : Kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan prosesnya, yaitu ventilasi, pertukaran gas dan transpor gas.
2. Nutrisi : Mulai dari proses ingesti dan asimilasi makanan untuk mempertahankan fungsi, meningkatkan pertumbuhan dan mengganti jaringan yang injuri.
3. Eliminasi : Yaitu ekskresi hasil dari metabolisme dari instestinal dan ginjal.

4. Aktivitas dan istirahat : Kebutuhan keseimbangan aktivitas fisik dan istirahat yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi fisiologis dalam memperbaiki dan memulihkan semua komponen-komponen tubuh.

5. Proteksi/perlindungan : Sebagai dasar defens tubuh termasuk proses imunitas dan struktur integumen (kulit, rambut dan kuku) dimana hal ini penting sebagai fungsi proteksi dari infeksi, trauma dan perubahan suhu.

b) Mode Konsep Diri

Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.

1. *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.

2. *The personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral- etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.

c) Mode Fungsi Peran

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

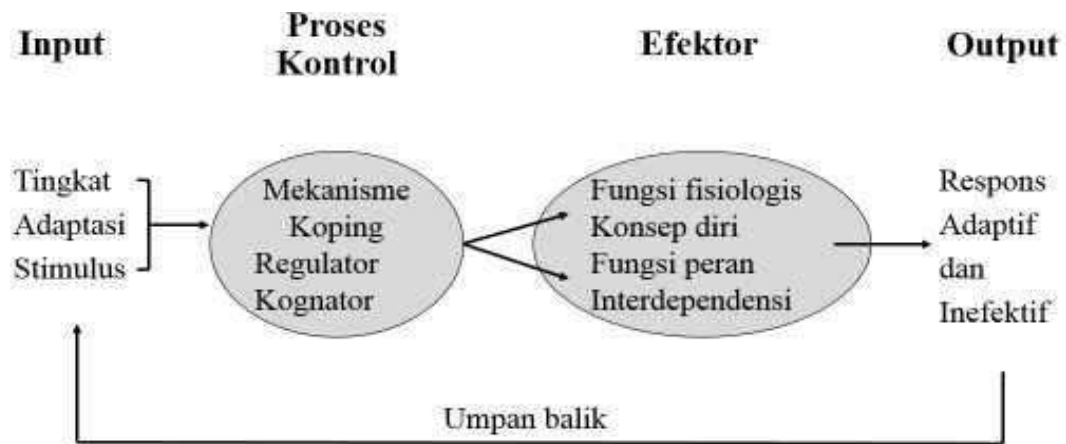
d) Mode Interdependensi

Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

C. *Output*

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar . Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan

2.7.1 Kerangka Konsep Teori Roy



Gambar 2.1 Kerangka Teori Adaptasi Roy (Alligood, 2017)

2.8 Keaslian Penelitian

Pencarian jurnal dalam penelitian ini menggunakan kata kunci “beban pengasuhan” dan “gangguan jiwa ” atau “*caregiver burden*” dan “*mental disorder*” dan “pola interaksi” atau “*communication pattern*” pada database Scopus dan *publisher* terkait, *Science Direct*, *repository* Universitas Airlangga, situs Neliti, *Journal of* Universitas Airlangga serta *e-resources* Perpustakaan Nasional Republik Indonesia.

Tabel. 2.1 Keaslian penelitian hubungan beban pengasuhan dengan pola interaksi keluarga ODGJ di rumah

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil
1	Penurunan Beban Dan Peningkatan Kemampuan Merawat Keluarga Dengan Klien Halusinasi Melalui <i>Family Psychoeducation</i> (Wardaningsih, Keliat, & Susanti, 2008)	D : Quasi Eksperimen S: <i>Simple Random sampling</i> V : beban dan kemampuan keluarga I : Kuesioner <i>Caregiver Strain Index</i> dan Modul intervensi <i>Family Psychoeducation</i> A :	Hasil penelitian mengindikasikan bahwa klien yang mendapatkan terapi individu dan medis serta keluarga mereka yang mendapatkan <i>family psychoeducation</i> ini kemungkinan kekambuhannya adalah 15%, sedangkan yang hanya mendapatkan terapi medis dan individu saja kemungkinan kambuh 30–40%. Disimpulkan juga bahwa <i>Family Psychoeducation</i> dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga serta menurunkan beban subyektif keluarga
2	<i>Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain</i>	<i>Unpaired t-tests : compare differences between groups.</i> <i>Pearson's correlations : bivariate association</i>	<i>Family APGAR and Escala de Apoyo Profesional showed higher QoL. Many of these variables made a unique contribution in the multivariate analysis</i>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil
	<i>caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support (Ribé et al., 2017)</i>	<i>between variables. To assess the unique contribution in predicting QoL : multivariate linear regression</i>	
3	<i>Quality of Life, Stigma and Burden Perception Among Family Caregivers and Patients with Psychiatric Illnesses in Jordan; (Dalky, Qandil, Sh, & Meininger, 2017)</i>	D : Descriptive correlational S : Purposive sampling V : 1. Quality of Life 2. Stigma 3. Burden Perception I : Arabic Stigma-Devaluation Scale (SDS), Arabic Caregiver Strain Index (Robinson), and Arabic WHOQOL-BREF A : multivariate regression	<i>Family caregivers perceived low to moderate QOL. Patients' and family caregivers' stigma perception correlated negatively and significantly with WHOQOL-BREF. Family caregivers' burden correlated negatively and significantly with all domains of WHOQOL-BREF</i>
4	Penyesuaian Diri Caregiver Orang Dengan Skizofrenia; (Ambarsari & Sari, 2012)	D : Kualitatif S : Purposive Sampling V : Penyesuaian diri I : Wawancara mendalam A : -	Responden memiliki beban pribadi dan sosial sebagai pengasuh penderita skizofrenia. Beberapa faktor juga mempengaruhi keberhasilan pengasuh penderita skizofrenia dalam proses penyesuaian diri yang positif. Faktor internal yang terkena dampak adalah perkembangan kedewasaan emosional, intelektual dan spiritual, fisik dan status psikologis. Faktor eksternal yang terkena dampak adalah lingkungan, baik itu lingkungan keluarga atau masyarakat
5	<i>Perceived Stress in Family Caregivers of Individuals With Mental Illness (Masa'Deh, 2017)</i>	D : Descriptive comparative S : Convenience sampling V : 1. Total Stress level 2. Time of diagnosis I : Questionnaire, Arabic Version of the Perceived Stress Scale 10-Item A : Pearson product-moment correlation coefficient, One-way analysis of variance	<i>A significant difference was found in PSS-10 levels among family caregivers according to gender, diagnosis of their family member, and time since diagnosis. Female caregivers reported significantly higher stress levels than male caregivers. Family members of individuals with schizophrenia reported the highest stress levels (p < 0.001). Also indicated that there was a significant negative correlation between PSS-10 levels of family caregivers and time since diagnosis</i>
6	<i>Effect of living with patients on caregiver burden of individual</i>	D : Descriptive comparative S : purposive sampling V : 1. Patient symptoms	<i>Caregiver burden was greater among caregivers living with patient kin on three factors, caregiver distress, disrupted routines and assistance provided by</i>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil
	<i>with schizophrenia in China;</i> (Zhou et al., 2016)	2. <i>Insight</i> 3. <i>Psychological distress</i> 4. <i>Attitude toward medication</i> 5. <i>Quality of life</i> 6. <i>Caregiver burden</i> I : <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ), self-reported Symptom Checklist 90 (SCL-90), Drug Attitude Inventory (DAI), Short-Form Health Survey (SF-36), Family Experience Interview Schedule (FEIS)</i> A : <i>two sample independent t-tests for continuous variables and Chi-square tests for categorical variables., analysis of covariance (ANCOVA) : compare burden factors between the cohabiting and living apart patient-caregiver groups, t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) : relationship between burden factors and categorical patient and caregiver characteristics, linear regression : identify associations of each burden factor in order to identify measures that might account for observed differences in family burden</i>	<i>caregivers, but not on caregiver perceptions of behavioral problems or suicidality. Multiple regression analysis showed that living with caregiver explained 6.7%, 8.3% and 6.7% of the variance in distress, disrupted routines and helpfulness. Living with a patient was by far the strongest correlate of increased burden experienced by schizophrenia caregivers in this study and these caregivers should be offered community-based support</i>
7	<i>Comparison of Caregiver Burden in First Episode Versus Chronic Psychosis;</i> (Sagut & Çetinkaya Duman, 2016)	D : <i>descriptive comparative</i> S : <i>purposive sampling</i> V : 1. <i>Dependence burden</i> 2. <i>Development burden</i> 3. <i>Physical burden</i> 4. <i>Social burden</i> 5. <i>Emotional burden</i> I : <i>Caregiver Burden Inventory</i> A : <i>For categorical data, chi-square and Fisher's exact test were used, while t-test for independent groups : numerical data conforming to normal</i>	<i>There was a significantly higher level of burden in terms of time dependence, development, physical burden, and social burden in caregivers of patients with chronic psychosis than in caregivers of patients with first episode psychosis, while no such difference could be detected for the emotional burden. The absence of a difference in emotional burden suggests that caregivers of first episode psychosis may be going through an intense emotional experience, placing a high-risk status, despite an average caregiving experience duration of 11 months significantly more likely to report symptoms of depression whilst those who</i>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil
		<p>distribution. <i>T-test for independent groups</i> : comparison of the burden scores between care-givers of patients with first episode psychosis or chronic psychosis</p>	<p>cared for their son/daughter were less likely to be associated with symptoms of depression. Primary caregivers who had lower education, were living with others, were single or divorced/ separated, were unemployed and with higher FIS scores were associated with lower QOL domain scores. Those with symptoms of depression were significantly associated with low QOL across all four domains, whilst those with symptoms of anxiety were significantly associated with low QOL in the social relationships domain</p>
8	<p>Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia (Caqueo-Urizar et al., 2017)</p>	<p>D : cross-sectional study, correlation S : purposive sampling V : 1. Patient's quality of life 2. Patient's illness 3. Schizophrenia caregiver quality of life I : Schizophrenia quality of life questionnaire (SQoL18), Positive and negative syndrome scale for schizophrenia (PANSS), Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL). A : Spearman's correlation tests, Multiple linear regression,</p>	<p>The caregivers' QoL was not significantly associated with the patients' QoL, except for one QoL dimension about relationship with family (Beta = 0.23). Among patients' characteristics, being a woman and Aymara, having lower educational level, unemployment and severity of symptoms was significantly associated to a lower QoL. The SEM revealed a moderate significant association between caregivers' QoL and psychotic symptoms severity (path coefficient = -0.32) and a significant association between psychotic symptoms severity and patients QoL (path coefficient = -0.40). The indirect effect of caregivers' QoL on patients' QoL was significant (mediated effect coefficient = 0.13)</p>
9	<p>Economic Burden of caregiving for persons with severe mental illness in subharan Africa : A Systematic Review</p>	<p>D : case study S : Purposive Sampling V : Economic burden of caregiving and severe mental illness in subharan africa I : Semi structured review A : Extracted data were then entered and analysed in Microsoft Excel 2016. We employed qualitative methods in synthesising the data extracted. The extracted data were critically appraised qualitatively under two main headings: the characteristics of studies and the economic burden of caregivers of persons with severe mental illness</p>	<p>The systematic search identified 1105 papers : after the deletion of duplicates, 939 remained of which 917 were excluded after initial screening because they did not satisfy the inclusion criteria of the study. Studies that did not address mental illness but that were conducted in a SSA country were also excluded. Of the 22 studies whose full-text articles were assessed for eligibility, seven (n=7) were included for the review</p>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil
10	<p><i>Religion involvement and quality of life in caregivers of patients with schizophrenia in Latin-America</i> (Caqueo-Urizar et al., 2016)</p>	<p>D : <i>confirmatory cross-sectional study</i> S : <i>purposive sampling</i> 1. <i>Religious Involvement</i> 2. <i>Caregiver Quality of Life</i> I : <i>Religious Involvement (RI) was assessed with a semistructured interview administered, Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire (s- CGQoL)</i> A : <i>A multivariate analysis using multiple linear regressions</i></p>	<p><i>Caregivers' RI was not significantly associated with overall QoL nor its individual components. The only exception was an unexpected modest inverse association between RI and one QoL dimension (psychological and physical well-being). In contrast, the following caregivers' socio-cultural and economic factors were significantly associated with low QoL level of caregivers: being a mother, identifying with Aymara ethnicity and having lower family income. Among patients, the clinical characteristics of being woman, younger, and having lower age of onset and more severe symptoms was associated with lower QoL. Our study found that socio-cultural, economic and clinical factors were associated with caregivers' QoL.</i></p>
11.	<p><i>The Relationship between family communication patterns and mental health</i> (Maryam.Mina., 2013)</p>	<p>D : <i>Descriptive Study</i> S : <i>A Cluster Random Sampling</i> V : <i>Family communication pattern and Mental health</i> I : <i>Tools of communication patterns (Fitzpark & Ritchie, 1994 ; cited in Koerner & Fitzpatrick, 2002)</i> A : <i>General health questionnaire has been invented by Goldberg (1972) and it has been aimed to design, discover and identify mental disorder in several centers and environments. The questions of this questionnaire investigate the mental status of an individual during the past month and it includes symptoms such as abnormal GHQ.</i></p>	<p><i>The results of the table revealed that there is a significant relationship between mental health and communication patterns. These two variables should be investigated separately together with other issues. Former studies on family communication patterns and indicators of mental health show that there is a negative relationship between conformity orientation and depression</i></p>