

STUDI KASUS: APLIKASI PSIKOEDUKASI KELUARGA DENGAN SKIZOFRENIA SELAMA PANDEMI COVID-19 TERHADAP EKSPRESI EMOSI KELUARGA DAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN

Estin Yuliasuti*, Herni Susanti, Ice Yulia Wardani

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Kampus UI Depok, Jawa Barat,
Indonesia 16424

*estin.yuliasuti@ui.ac.id

ABSTRAK

Keluarga merupakan bagian terpenting dalam proses perawatan skizofrenia dan dapat mengalami perasaan kelebihan beban perawatan dan stress sehingga dapat menimbulkan ekspresi emosi keluarga yang mengakibatkan kurangnya *support* dalam merawat penderita dan ketidakpatuhan pengobatan pasien. Salah satu intervensi keluarga dengan skizofrenia yang dapat dilakukan yaitu psikoedukasi keluarga. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengetahui pengaruh aplikasi psikoedukasi keluarga skizofrenia selama pandemi *Coronavirus disease 2019* (Covid-19) terhadap ekspresi emosi keluarga dan kepatuhan pengobatan pasien. Tn. I (60 tahun) merupakan ayah sekaligus *caregiver* dari anggota keluarga yang mengidap skizofrenia. Keluarga melaporkan bahwa pasien memiliki riwayat putus obat dengan total skor pengukuran tingkat kepatuhan pengobatan sebanyak 5 (sedang). Selain itu, keluarga memiliki ekspresi kritik dan overprotektif pada pasien dengan total skor pengukuran ekspresi emosi keluarga sebanyak 27 (tinggi). Perawat memberikan intervensi berupa psikoedukasi keluarga secara *offline* melalui kunjungan rumah dan *online* melalui *video call*. Implementasi psikoedukasi keluarga skizofrenia di masa pandemi Covid-19 membutuhkan strategi khusus yang tepat supaya dapat tercapai tujuan akhirnya. Hasil pengukuran akhir didapatkan total skor pengukuran tingkat kepatuhan pengobatan sebanyak 10 (tinggi) dan total skor pengukuran ekspresi emosi keluarga sebanyak 23 (rendah). Psikoedukasi keluarga dapat mengurangi ekspresi emosi keluarga dan meningkatkan kepatuhan minum obat klien.

Kata kunci: covid-19; ekspresi emosi; kepatuhan minum obat; psikoedukasi keluarga; skizofrenia

CASE STUDY: APPLICATION OF FAMILY PSYCHOEDUCATION WITH SCHIZOPHRENIA DURING COVID-19 PANDEMIC TOWARDS FAMILY EXPRESSED EMOTION AND PATIENT MEDICATION ADHERENCE

ABSTRACT

Family is the most important part of the schizophrenia treatment process and can experience feelings of being overloaded with the burden of care and stress. It can lead to family expressed emotion resulting in a lack of support in caring for sufferers and patient medication adherence. One of the nursing interventions that can be used for families with schizophrenia is family psychoeducation. The purpose of this case study is to examine the effect of application of family psychoeducation with schizophrenia during Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Covid-19 pandemic towards family expressed emotion and patient medication adherence. Mr I (60 years) is a father and caregiver for his child who suffers from schizophrenia. The family reported that the patient had a history of withdrawal from drugs with a total score of medication adherence as much as 5 (moderate). In addition, families have critical and overprotective expressions in patients with a total score of family expressed emotion as much as 27 (high). The nurse provides intervention in the form of offline family psychoeducation through home visits and online via video calls. The implementation of schizophrenic family psychoeducation during the Covid-19 pandemic requires the right particular strategy so that its ultimate goal can be achieved. The final measurement results obtained a total score of measuring the level of medication adherence as much as 10 (high) and a total score of measuring family expressed emotion as much as 23 (low). Family psychoeducation can reduce family expressed emotion and increase client medication adherence.

Keywords: covid-19; expressed emotion; family psychoeducation; medication adherence; schizophrenia

PENDAHULUAN

Salah satu gangguan jiwa yang menjadi masalah kesehatan jiwa di seluruh dunia yaitu skizofrenia. Data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 menunjukkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang memengaruhi 20 juta orang di dunia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi skizofrenia di Indonesia sebanyak 1,8 per seribu penduduk. Provinsi Jawa Tengah merupakan wilayah yang menempati peringkat ketiga tertinggi dengan penderita skizofrenia sebanyak 0,25% dari jumlah penduduk. Perkiraan masalah skizofrenia di Kota Surakarta sebanyak 1294 penduduk (Kementerian Kesehatan RI [Kemenkes RI], 2018).

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan kemunduran fungsional yang lambat dan episode kekambuhan atau eksaserbasi akut gejala psikotik (Lippi, 2016). Pada waktu yang bersamaan, dorongan global untuk deinstitutionalisasi pasien ini telah meningkatkan tanggung jawab atas perawatan yang diberikan oleh keluarga dan anggotanya. Keterlibatan anggota keluarga untuk pengobatan penderita skizofrenia sangat krusial (Hsiao & Tsai, 2014).

Keluarga merupakan *caregiver* mendasar yang memberikan dukungan fisik dan mental kepada pasien skizofrenia. *Caregiver* utama umumnya adalah individu, termasuk dalam anggota keluarga pasien yang memakai mayoritas waktunya untuk merawat pasien, memberikan dukungan, dan memantau pengobatan serta aspek lain dari kehidupan sehari-hari pasien (Zhang, 2016).

Seiring keberjalanannya, keluarga dapat mengalami perasaan kelebihan beban perawatan sehingga memperburuk kualitas hidupnya. Selain itu, reaksi emosi keluarga yang timbul dapat menyebabkan komunikasi anggota keluarga menjadi buruk sehingga ekspresi emosi keluarga penderita meningkat. Hal ini mengakibatkan kurangnya *support* dalam merawat penderita sehingga kesembuhan penderita menjadi tidak optimal (Caqueo-Urizar *et al.*, 2015).

Coronavirus disease 2019 (Covid-19) sangat cepat dan luas penyebarannya, sehingga situasi pandemi Covid-19 ini berpengaruh pula pada keluarga dengan penderita skizofrenia. Hasil penelitian menyatakan bahwa pandemi Covid-19 menyebabkan beban perawatan meningkat sehingga memengaruhi kualitas perawatan bagi keluarga penderita skizofrenia (Ilmy *et al.*, 2020). Selain itu, keluarga juga harus memberikan dukungan dan perhatian ekstra pada penderita (Fonseca *et al.*, 2020; Hamada & Fan, 2020; Kozloff *et al.*, 2020).

Penelitian Bessa & Waidman (2013) melaporkan bahwa keluarga membutuhkan *bonding* dengan profesional kesehatan untuk mempersiapkan perawatan dan membimbing mereka dalam mengatasi kesulitan yang dihadapi. Selain itu, dengan terjalannya ikatan tersebut, keluarga dapat mengungkapkan kebutuhannya dan mendapatkan dukungan yang sesuai, sehingga penderita skizofrenia dan keluarganya dapat menjalani hidup dengan berkualitas dan tanpa mengganggu kesehatan jiwa siapapun. Salah satu intervensi keluarga dengan skizofrenia yang dapat dilakukan yaitu psikoedukasi keluarga.

Psikoedukasi keluarga adalah penyediaan informasi yang sistematis, relevan, luas, dan terkini tentang suatu penyakit atau kondisi, termasuk diagnosis dan pengobatannya (Motlova *et al.*, 2017). Hasil studi dengan metode *systematic review* dan *meta-analysis* melaporkan bahwa intervensi psikoedukasi untuk keluarga dari penderita psikosis efektif untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dan mencegah kekambuhan. Psikoedukasi keluarga juga memiliki banyak manfaat seperti meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam merawat pasien, menurunkan stress dan beban yang dialami, serta ekspresi emosi pada keluarga juga mengalami penurunan, sehingga kualitas hidup keluarga meningkat (Sin *et al.*, 2017). Hal tersebut menjadikan intervensi ini penting untuk diberikan.

Pemberian psikoedukasi keluarga ini memiliki tantangan tersendiri di masa pandemi Covid-19. Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi melalui *telemedicine* merupakan salah satu arahan pemerintah untuk membatasi pelayanan kesehatan secara tatap muka dalam rangka mencegah transmisi Covid-19 (Kementerian Kesehatan RI, 2020) Ini juga berlaku untuk pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dengan penderita skizofrenia.

Strategi psikoedukasi keluarga skizofrenia selama masa pandemi Covid-19 dapat dilakukan secara *offline* dengan memperhatikan kepatuhan terhadap protokol kesehatan maupun *online* dengan telepon atau video (Greenhalgh *et al.*, 2020; Hollander & Carr, 2020). Kedua strategi tersebut baik secara *offline* melalui kunjungan rumah (Yasuma *et al.*, 2020) dan *online* berbasis *telehealth* terbukti memiliki pengaruh positif dalam implementasi psikoedukasi keluarga (Rotondi *et al.*, 2005, 2010).

Mengingat pentingnya pemberian intervensi psikoedukasi bagi keluarga skizofrenia di masa pandemi Covid-19, maka studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh aplikasi psikoedukasi keluarga skizofrenia selama pandemi Covid-19 terhadap ekspresi emosi pada keluarga dan kepatuhan pengobatan pada pasien. Studi ini menjadi menarik karena belum pernah ada yang membahas sebelumnya.

METODE

Desain penulisan yang digunakan adalah studi kasus. Subjek dalam studi kasus ini adalah keluarga dengan penderita skizofrenia. Keluarga diberikan psikoedukasi keluarga sebanyak 6 sesi, meliputi 1) mengidentifikasi masalah klien dan keluarga; 2) merawat masalah klien; 3) manajemen stress keluarga; 4) manajemen beban keluarga; 5) memanfaatkan sistem pendukung; dan 5) mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga. Intervensi dilakukan selama 6 minggu dengan frekuensi seminggu sekali dan durasi rata-rata 45-60 menit setiap sesi. Mode yang digunakan di sesi 1, 2, 6 secara *offline* dan sesi 3, 4, 5 secara *online*. Pada studi kasus ini, penulis memperhatikan etik *autonomy* (otonomi), *confidentiality* (kerahasiaan), *beneficence* (berbuat baik), dan *non-maleficence* (tidak merugikan). Penulis melakukan identifikasi masalah pada klien dan keluarga dengan menggunakan *scanning* pengkajian jiwa lanjut secara langsung dan kuesioner baku lain yang menunjang seperti *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), *Family Questionnaire* (FQ), *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ)-20, dan *Burden Assessment Schedule* (BAS) melalui *google form* saat sebelum dan sesudah pemberian psikoedukasi keluarga.

Kuesioner MARS merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Thompson *et al.* (2000) untuk menilai tingkat kepatuhan pengobatan pasien psikosis. Instrumen ini terdiri atas 10 butir pertanyaan dengan

pilihan jawaban menggunakan skala Guttman. Rincian skoring pada butir 1-6 dan 9-10 yakni Ya=0 dan Tidak=1, sedangkan pada butir 6-8 kebalikannya. Interpretasi kuesioner ini dikategorikan menjadi tiga dari hasil total skor antara lain kepatuhan rendah (0-3), sedang (4-7), dan tinggi (8-10). Adapun koefisien validitas konten 0,90 dan nilai *Cronbach's α* sebesar 0,80. Hal tersebut menunjukkan bahwa instrumen yang sudah diadaptasikan versi Bahasa Indonesia ini sah dan andal (Abadi *et al.*, 2018).

FQ adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Wiedemann *et al.* (2002) yang ditujukan untuk mengukur ekspresi emosi keluarga dengan penderita gangguan jiwa. Kuesioner ini terdiri atas 20 butir pertanyaan dengan empat pilihan jawaban dengan skala Likert (0 = tidak pernah/sangat jarang; 1 = jarang, 2 = sering, 3 = sangat sering). Total skor >23 menunjukkan ekspresi emosi tinggi sedangkan total skor ≤23 berarti ekspresi emosi rendah. Hasil uji validitas dari kuesioner FQ versi Bahasa Indonesia ini didapatkan nilai sensitivitas dan spesifisitas sebesar 95,5% dan 93,8% dengan nilai *Cronbach's α* 0,896. Hasil ini menggambarkan bahwa instrumen memiliki validitas dan reliabilitas yang baik (Nurtantri, 2005).

SRQ adalah alat ukur untuk deteksi masalah psikologis yang dikembangkan oleh WHO yang terdiri atas 20 butir pertanyaan dengan skala Guttman dengan rincian skoring Ya=1 dan Tidak=0 (Beusenberg & Orley, 1994). Hasil dari skrining dengan alat ukur ini dikategorikan ada masalah psikologis jika total skor ≥6 dan tidak ada masalah psikologis apabila total skor <6. Adapun hasil uji validitas yang dilakukan Ganihartono (1996) didapatkan nilai sensitivitas dan spesifisitas sebanyak 88% dan 81%. Kuesioner ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dan sudah digunakan

oleh Kemenkes RI untuk keperluan Riskesdas Nasional.

Kuesioner BAS merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Sell *et al.* (1998) untuk mengkaji beban perawatan keluarga penderita skizofrenia. Alat ukur ini terdapat 20 butir pertanyaan dengan tiga pilihan jawaban yaitu “tidak sama sekali; ya, sampai taraf tertentu; dan sangat” dimana setiap jawaban diberi skor 1/2/3. Semakin tinggi skor pada butir pertanyaan yang menunjukkan kondisi buruk, maka semakin besar nilai ke arah beban perawatan yang berat. Apabila total skor ≥22 maka menunjukkan adanya beban perawatan dan sebaliknya ketika total skor <22 berarti tidak ada beban perawatan. Alat ukur ini memiliki sensitivitas 85,1% dan spesifisitas 89,4% *Cronbach's α* sebanyak 0,886. Ini berarti bahwa kuesioner BAS dalam versi Bahasa Indonesia valid dan reliabel (Djamiko, 2005).

HASIL

Sdr. N (25 tahun) didiagnosis skizofrenia tak terinci sejak 2013 dengan waham kebesaran. Klien mengaku bahwa dirinya adalah personil *band*. Sebelumnya klien sering mengalami kegagalan pada setiap apa yang dicita-citakan. Riwayat 6 kali rawat inap dimana 3 kali di antaranya pada tahun 2019 dengan penyebab putus obat. Pada saat pengkajian, kondisi klien tampak sedang tidak stabil dan keluarga melaporkan bahwa sempat putus obat. Klien tinggal serumah bersama ayah, ibu, dan adiknya yang selalu memberikan dukungan pada klien, terutama ayahnya.

Tn. I (60 tahun) dengan pendidikan terakhir S1 merupakan ayah sekaligus *caregiver* dari klien. Keluarga mengeluh sering marah, dibuat jengkel dan kesal oleh klien, memikirkan penyebab penyakitnya, berpikir bagaimana dengan nasibnya, serta sangat khawatir tentang klien. Akan tetapi, di sisi lain klien merupakan bagian penting dari hidup keluarga, bahkan rela

mengorbankan hal yang penting demi klien. Berdasarkan masalah yang tersebut, penulis memberikan tindakan keperawatan berupa psikoedukasi keluarga.

Pada sesi 1, penulis mengidentifikasi masalah yang dialami klien dan keluarga. Sesi ini dilakukan secara *offline* melalui kunjungan rumah dengan memperhatikan protokol kesehatan Covid-19 (mencuci tangan, memakai masker, menjaga jarak). Hasil identifikasi didapatkan bahwa masalah pada klien yaitu waham dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan, sedangkan masalah pada keluarga adalah kurang pengetahuan dan ketidakefektifan koping keluarga. Selain itu, hasil identifikasi pada keluarga dengan menggunakan instrumen didapatkan bahwa total skor MARS = 5 (kepatuhan pengobatan sedang), FQ = 27 (ekspresi emosi tinggi), SRQ-20 = 5 (tidak ada masalah psikologis), dan BAS = 23 (ada beban perawatan). Waktu yang dihabiskan untuk sesi 1 ini selama 60 menit.

Pada sesi 2, penulis memberikan edukasi tentang waham dan cara perawatannya secara *offline* melalui kunjungan rumah yang tentunya memperhatikan protokol kesehatan. Intervensi ini dilakukan dengan media *leaflet*. Sebelum diberikan edukasi, keluarga menyatakan bahwa selama ini mereka kurang memperhatikan kepatuhan dari minum obat klien karena keluarga belum memahami masalah kesehatan jiwa yang dialami klien dan cara perawatannya serta pentingnya minum obat untuk klien. Selain itu, keluarga juga menceritakan bahwa kondisi klien sering tidak stabil seperti orang bingung bahkan sering kambuh. Setelah diberikan edukasi, keluarga klien menyatakan sudah lebih paham dan dapat menjelaskan kembali tentang materi yang telah disampaikan dalam edukasi. Penulis memberikan lembar pemantauan minum obat pasien kepada keluarga. Waktu yang terpakai untuk sesi 2 ini sekitar 60 menit.

Pada sesi 3, penulis memberikan edukasi tentang manajemen stress keluarga secara *online* melalui *Google Meet*. Sehari sebelum pelaksanaan, penulis melakukan kontrak dengan keluarga melalui *WhatsApp*. Awalnya keluarga melaporkan bahwa belum pernah terpapar dengan *platform Google Meet* dan merasa canggung, tetapi setelah dimotivasi oleh penulis membuat keluarga berkenan mencobanya. Pada enam jam sebelum pelaksanaan, penulis mengkonfirmasi ulang terkait kontrak yang telah disepakati sebelumnya dan mengirimkan tautan *Google Meet* dengan menyertakan prosedur pengaplikasiannya pada satu jam sebelum pelaksanaan. Tindakan yang diberikan adalah teknik relaksasi otot progresif (ROP) dengan menggunakan media *leaflet* dan video yang dikirimkan satu jam sebelum pelaksanaan dan ditayangkan pada saat intervensi. Sebelum diberikan edukasi, keluarga melaporkan bahwa sebelumnya tidak mengetahui teknik manajemen stress apapun termasuk ROP. Meskipun hasil pengkajian sebelumnya dengan menggunakan SRQ-20 didapatkan keluarga tidak mengalami stress, setelah diberikan ROP keluarga merasa lebih rileks dan memiliki cara baru untuk mencegah stress. Selain itu, keluarga mampu menjelaskan dan mendemonstrasikan kembali teknik yang telah diajarkan. Keluarga juga senang karena dapat menggunakan aplikasi baru yang pertama kali dicobanya walaupun di awal perlu sambil dibimbing perlahan. Waktu untuk sesi 3 ini selama 45 menit.

Pada sesi 4, penulis melaksanakan manajemen beban keluarga secara *online* melalui *Google Meet*. Sehari sebelum pelaksanaan, penulis melakukan kontrak dengan seluruh anggota keluarga melalui *WhatsApp*. Kepercayaan diri keluarga meningkat dan mulai terbiasa dalam penggunaan *Google Meet*. Pada enam jam sebelum pelaksanaan, penulis mengkonfirmasi ulang terkait kontrak yang telah disepakati sebelumnya dan

mengirimkan tautan *Google Meet* pada satu jam sebelum pelaksanaan. Sebelum diskusi terkait manajemen beban perawatan, *caregiver* utama merasa keberatan dalam menjalankan perannya yang terlalu dominan. Ketika diskusi, penulis menampilkan lembar isian tentang daftar beban keluarga dan cara mengatasi beban dalam keluarga untuk membantu mencatat diskusi. Setelah sesi ini selesai, *caregiver* utama merasa lebih ringan dengan pembagian tanggung jawab yang adil dan dengan semua ikut terlibat aktif dalam perawatan juga dirasa akan membuat klien lebih merasa mendapatkan dukungan keluarga yang utuh. Waktu yang diperlukan untuk sesi 4 ini sekitar 45 menit.

Pada sesi 5, penulis melakukan sesi pemanfaatan sistem pendukung secara *online* melalui *Google Meet*. Sehari sebelum pelaksanaan, penulis melakukan kontrak dengan seluruh anggota keluarga melalui *WhatsApp*. Pada enam jam sebelum pelaksanaan, penulis mengkonfirmasi ulang terkait kontrak yang telah disepakati sebelumnya dan mengirimkan tautan *Google Meet* pada satu jam sebelum pelaksanaan. Pada saat awal sesi ini berjalan, sempat terkendala sinyal sehingga penulis memberikan alternatif *platform* lain yaitu *WhatsApp*

Video Call. Penulis dan keluarga beralih menggunakan *platform* tersebut hingga sesi ini berakhir. Keluarga melaporkan hambatan dalam merawat klien dan menyebutkan sistem pendukung di luar keluarga. Waktu yang terpakai untuk sesi 5 ini sekitar 45 menit.

Pada sesi 6, penulis mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga secara *offline* melalui kunjungan rumah yang tentunya memperhatikan protokol kesehatan Covid-19. Keluarga menyatakan bahwa dengan diberikan psikoedukasi keluarga kondisi klien lebih stabil dan rutin minum obat. Hasil evaluasi dari lembar pemantauan minum obat pasien menunjukkan bahwa sejak minggu kedua psikoedukasi keluarga yakni setelah edukasi masalah klien dan cara perawatannya serta pentingnya minum obat klien patuh minum obat. Klien juga tampak lebih stabil. Selain itu, keluarga juga merasa perasaan yang dirasakan sangat lebih baik dibandingkan sebelumnya. Hasil pengukuran melalui *google form* dengan instrumen didapatkan skor MARS = 10 (kepatuhan pengobatan tinggi), skor FQ = 23 (ekspresi emosi rendah), SRQ-20 = 3 (tidak ada masalah psikologis), dan BAS = 22 (ada beban perawatan). Waktu pada sesi 6 ini sekitar 60 menit.

Tabel 1.
 Rekapitulasi hasil pengukuran kepatuhan pengobatan, ekspresi emosi keluarga, stress keluarga, dan beban perawatan keluarga

Komponen	<i>Pre-intevensi</i>	<i>Post-intervensi</i>
Kepatuhan pengobatan	5 (kepatuhan pengobatan sedang)	10 (kepatuhan pengobatan tinggi)
Ekspresi emosi keluarga	27 (ekspresi emosi tinggi)	23 (ekspresi emosi rendah)
Stress keluarga	5 (tidak ada masalah psikologis)	3 (tidak ada masalah psikologis)
Beban perawatan keluarga	23 (ada beban perawatan)	22 (ada beban perawatan)

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil studi kasus ini, psikoedukasi keluarga yang dilakukan dapat berpengaruh pada penurunan ekspresi emosi keluarga dan peningkatan kepatuhan minum obat pasien. Ini dapat dilihat menurut hasil pengukuran ekspresi emosi keluarga didapatkan perubahan total skor dari 27 (ekspresi emosi tinggi) menjadi 23 (ekspresi emosi rendah), sedangkan tingkat kepatuhan pengobatan pasien didapatkan perubahan total skor dari 5 (kepatuhan sedang) menjadi 10 (kepatuhan tinggi).

Pada kasus, pemberian psikoedukasi keluarga menurunkan ekspresi emosi. Hal ini dikarenakan intervensi ini memberikan ruang tersendiri bagi keluarga untuk mengekspresikan perasaannya sehingga membuat keluarga lebih lega dan ini berdampak pada penurunan ekspresi kritik dan sikap protektif yang berlebihan pada pasien. Dengan demikian, kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah meningkat, komunikasi antar keluarga terjalin dengan baik, keluarga juga dapat mengekspresikan emosi dengan lebih jelas dan tepat (Öksüz et al., 2017). Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ozkan *et al.* (2013) yang menyatakan bahwa psikoedukasi keluarga dan telepsikiatri *via* telepon mengakibatkan beban keluarga, ekspresi emosi, dan gejala depresi bagi *caregiver* mengalami penurunan.

Perihal kepatuhan pengobatan yang berawal dari tingkat kepatuhan pengobatan rendah menjadi sedang dapat terjadi karena dalam pemberian psikoedukasi keluarga terdapat pengkajian atas masalah atau kendala yang dialami keluarga secara detail dan spesifik di awal sesi, sehingga perawat dapat memberikan intervensi sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh keluarga. Ini menjadi alasan mengapa psikoedukasi keluarga lebih efektif dibandingkan dengan penyuluhan

kesehatan (Mubin & Rahayu, 2019; Sulastrri & Kartika, 2016). Terlihat dalam kasus yang didapatkan bahwa keluarga sangat membutuhkan edukasi tentang masalah kesehatan jiwa yang dialami dan cara perawatannya terutama tentang pentingnya minum obat rutin.

Implementasi psikoedukasi keluarga skizofrenia selama pandemi Covid-19 membutuhkan strategi khusus yang tepat supaya dapat tercapai tujuan akhirnya. Seperti halnya pada kasus ini. Adapun strategi yang dilakukan oleh penulis dalam pelaksanaan psikoedukasi keluarga dengan skizofrenia selama pandemi Covid-19 adalah memadukan antara mode *offline* dan *online*. Pelaksanaan intervensi dengan kedua metode tersebut pastinya ada kelebihan maupun kekurangan masing-masing.

Psikoedukasi dengan mode *offline* melalui kunjungan rumah atau bertatap muka secara langsung dengan keluarga sudah menjadi hal yang umum. Keefektifannya juga sudah banyak penelitian yang membuktikan. Aspek yang paling krusial yang lebih didapat dari mode ini adalah membangun *rapport*. Ini menjadi penting karena ketika perawat telah memiliki hubungan saling percaya dengan klien beserta keluarga maka akan mampu merespon sesuai dengan kebutuhan mereka, yang mana ini akan berpengaruh pada keberjalanan pemberian psikoedukasi keluarga (Mottaghipour & Tabatabaee, 2019). Hal ini menjadi salah satu alasan penulis melakukan psikoedukasi keluarga dengan skizofrenia secara *offline* utamanya pada sesi awal. Bina hubungan saling percaya ini juga tetap dapat dilakukan ketika menggunakan metode *online*, yakni dengan meningkatkan intensitas komunikasi meskipun hanya melalui media sosial.

Ketika dilihat relevansinya dengan kondisi sekarang yang sedang berada di masa pandemi Covid-19, intervensi secara *offline* dirasa kurang sesuai. Ini dikarenakan risiko infeksi yang tinggi ketika tidak memperhatikan protokol kesehatan yang berlaku (Thirthalli *et al.*, 2020). Selain itu, psikoedukasi keluarga secara *offline* melalui kunjungan rumah memiliki kekurangan seperti ketidakpatuhan terhadap protokol terapi, seperti waktu yang dihabiskan berlebih. Kekurangan lainnya meliputi biaya dan tenaga yang dibutuhkan lebih banyak (Batalden *et al.*, 2016; Mottaghipour *et al.*, 2010). Sejalan dengan kasus ini, ketika penulis melakukan intervensi dengan mode *offline* rata-rata waktu yang dibutuhkan sekitar 60 menit, sedangkan ketika menggunakan mode *online* penulis hanya memerlukan waktu kira-kira 45 menit. Waktu tersebut masih ditambah dengan waktu perjalanan ke rumah klien yang terpisah jarak yang tentunya kondisi ini berdampak pada peningkatan waktu, biaya dan tenaga. Berdasar kelemahan metode *offline*, maka dapat ditarik sebagai kelebihan dari mode *online*.

Mode *online* dalam pemberian intervensi yang dalam hal ini psikoedukasi keluarga dengan skizofrenia memiliki banyak keunggulan seperti biaya lebih rendah, kenyamanan, kemungkinan informan keluarga untuk bergabung melalui *video conference multi-point*, dan risiko infeksi yang lebih rendah. Namun, dibalik keunggulannya tersebut, intervensi secara *online* memiliki kelemahan seperti buta huruf digital, konektivitas berkelanjutan, merasa adanya jarak antara pasien dengan profesional, dan kurangnya keterampilan teknis pengoperasian teknologi sehingga diperlukan adaptasi (Das *et al.*, 2020; Jiménez-Rodríguez *et al.*, 2020). Namun, dalam kasus ini, keluarga klien meski sudah tergolong dalam usia lanjut masih mampu beradaptasi dengan perkembangan teknologi dan dapat dikatakan memiliki

digital literasi yang baik. Hal ini karena klien memiliki riwayat pendidikan tinggi dan aktif sebagai pengguna internet. Sejalan dengan (Abdulai *et al.*, 2021) yang menyebutkan bahwa pendidikan, frekuensi penggunaan internet, penggunaan internet untuk media sosial dan tujuan hiburan bukan merupakan prediktor signifikan dari literasi digital. Akan tetapi usia, jenis kelamin, penggunaan internet untuk tujuan pendidikan, dan frekuensi *browsing* merupakan prediksi literasi digital.

Terkait dengan kekurangan dari psikoedukasi keluarga secara *online*, perawat tentunya harus menyesuaikan dengan kemampuan klien. Penulis berhadapan dengan keluarga pasien dengan usia lansia yang mana tentunya ini menjadi tantangan tersendiri. Ketika penulis akan mengenalkan terkait *platform* yang akan digunakan, maka strategi penulis dengan cara membimbing keluarga *step by step* operasionalnya sampai keluarga mampu mengoperasikannya secara mandiri. Pada saat pemberian intervensi, penulis juga sangat memperhatikan intonasi, artikulasi, dan kecepatan berbicara, sehingga lawan bicara dapat menerima pesan dengan baik. Kendala teknis juga tidak tertinggal, ketika koneksi sempat terputus atau sinyal yang kurang baik, maka penulis berupaya untuk menyampaikannya pada saat koneksi bagus dan melakukan kontrak di waktu yang sekiranya cuaca mendukung. Penggunaan *platform* konferensi juga perlu diantisipasi, sama halnya pada penulis ketika terkendala teknis saat penggunaan *Google Meet*, kemudian berpindah pada *WhatsApp Video Call*.

Hal penting lain yang perlu diperhatikan dari pemberian intervensi secara *online* yakni prinsip terapeutik dan aspek etik. Terapeutik merupakan salah satu konsep dari psikoedukasi keluarga itu sendiri, tentunya ini wajib diperhatikan oleh perawat selama pemberian intervensi. Ketika menggunakan mode *offline*, maka

saat kondisi wabah seperti ini sangat sulit untuk melakukan komunikasi non-verbal seperti *touching*, selain itu mulut juga tertutup masker (Mehta *et al.*, 2020). Situasi ini hampir sama ketika secara *online*, meski akan tetap berbeda. Solusi dari kondisi ini agar dapat tetap melakukan prinsip terapeutik yakni menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lain meski harus menerapkan *physical distancing* ketika *offline*. Berbeda halnya dengan metode *online*, maka penggunaan *video conference* lebih baik dibandingkan hanya telepon karena dengan video perawat dan klien tetap bisa saling melihat non-verbalnya dan tidak hanya verbalnya (Jiménez-Rodríguez *et al.*, 2020; Thirthalli *et al.*, 2020).

Etik tidak akan terlepas dari praktik keperawatan, termasuk pemberian intervensi secara *online* seperti psikoedukasi keluarga dengan penderita gangguan jiwa. Ada beberapa kunci dari aspek etik *telemental health* yang harus diperhatikan oleh profesional kesehatan khususnya perawat. Pertama, memastikan kerahasiaan karena kompleksitas yang melekat dalam intervensi *online*, misalnya memastikan bahwa komunikasi *online* mereka memiliki *end-to-end encryption* untuk mencegah akses oleh pihak ketiga. Kedua, harus memiliki kompetensi praktis untuk memberikan intervensi *online*. Ketiga, perlu memperbarui pengetahuan mereka dan mematuhi peraturan terbaru terkait intervensi *online*. Selain itu, manfaat perawatan harus dipertimbangkan terhadap kemungkinan bahwa perawat atau klien mungkin tidak memiliki sumber daya yang memadai untuk melakukan intervensi *online* (yaitu, kestabilan dan keamanan koneksi internet). Keempat, serupa dengan intervensi secara langsung, perawat diwajibkan untuk meminta persetujuan sebelum intervensi, dan meninjau risiko dan manfaat perawatan. Ini bahkan lebih penting untuk *telemental health*, mengingat masalah privasi yang telah

disebutkan. Kelima, harus terlibat dalam perencanaan kontingensi untuk layanan darurat (Liem *et al.*, 2020). Pada pelaksanaan intervensi oleh penulis, kunci aspek etik tersebut telah diupayakan untuk dilakukan.

SIMPULAN

Salah satu intervensi penting bagi keluarga dengan skizofrenia adalah psikoedukasi keluarga. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa pemberian psikoedukasi keluarga skizofrenia pada masa pandemi Covid-19 mampu mengurangi ekspresi emosi pada keluarga dan meningkatkan kepatuhan minum obat pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, K., Kusumawardhani, A. A. A. A., Widiasih, N., & Malik, K. (2018). Validity and Reliability Test of Medication Adherence Rating Scale for Psychosis (MARS) Instrument Indonesian Version. *Proceeding of the 4th International Conference on Public Health*, 4, 79–87. <https://doi.org/10.17501/24246735.2018.4109>
- Abdulai, A. F., Tiffere, A. H., Adam, F., & Kabanunye, M. M. (2021). COVID-19 information-related digital literacy among online health consumers in a low-income country. *International Journal of Medical Informatics*, 145, 104322. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104322>
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality and Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013).

- Family of people with a mental disorder and needs in psychiatric care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 61–70. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072013000100008>
- Beusenberg, M., & Orley, J. (1994). *A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: Challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 145–151. <https://doi.org/10.2147/NDT.S51331>
- Das, S., Manjunatha, N., Kumar, C. N., Math, S. B., & Thirthalli, J. (2020). Tele-psychiatric after care clinic for the continuity of care: A pilot study from an academic hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101886. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.10.1886>
- Djamiko, P. (2005). *Penentuan validitas dan reliabilitas The Burden Assessment Schedule versi Bahasa Indonesia dalam menilai beban perawatan pada seorang yang merawat anggota keluarganya yang menderita skizofrenia*. Universitas Indonesia.
- Fonseca, L., Diniz, E., Mendonca, G., Malinowski, F., Mari, J., & Gadelha, A. (2020). Schizophrenia and covid-19: Risks and recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 236–238. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0010>
- Ganihartono, I. (1996). Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 24(4), 42–51. <https://media.neliti.com/media/publications/20394-EN-psychiatric-morbidity-among-patients-attending-the-bangetayu-community-health-centre.pdf>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S., & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *British Medical Journal*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Hamada, K., & Fan, X. (2020). The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness. *Schizophrenia Research*, 222, 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.054>
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679–1681. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003539>
- Hsiao, C. Y., & Tsai, Y. F. (2014). Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia. *Nursing Research*, 63(4), 260–269. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000047>
- Ilmy, S. K., Noorhamdani, N., & Windarwati, H. D. (2020). Family Burden of Schizophrenia in Pasung During COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*, 5(2), 185. <https://doi.org/10.24990/injec.v5i2.315>
- Jiménez-Rodríguez, D., García, A. S.,

- Robles, J. M., Salvador, M. D. M. R., Ronda, F. J. M., & Arrogante, O. (2020). Increase in video consultations during the COVID19 pandemic: Healthcare professionals' perceptions about their implementation and adequate management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145112>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Retrieved on 11 January 2021 from https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Cegah Penyebaran Covid-19, Pelayanan Kesehatan Dilakukan Melalui Telemedicine*. Retrieved on 11 January 2021 from <https://www.kemkes.go.id/article/view/20043000002/cegahpenyebaran-covid-19-pelayanan-kesehatan-dilakukan-melalui-telemedicine.html>
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 752–757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
- Liem, A., Sit, H. F., Arjadi, R., Patel, A. R., Elhai, J. D., & Hall, B. J. (2020). Ethical standards for telemental health must be maintained during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102218. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102218>
- Lippi, G. (2016). Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v22i1.922>
- Mehta, U. M., Venkatasubramanian, G., & Chandra, P. S. (2020). The “mind” behind the “mask”: Assessing mental states and creating therapeutic alliance amidst COVID-19. *Schizophrenia Research*, 222, 503–504. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.033>
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Academic Psychiatry*, 41(4), 447–451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
- Mottaghipour, Y., Salesian, N., Seddigh, A., Roudsari, M. J., Hosseinzade, S. T., & Sharifi, V. (2010). Training health professionals to conduct family education for families of patients with first-episode psychosis: adherence to protocol. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(1), 7–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430410/pdf/IJPS-5-7.pdf>
- Mottaghipour, Y., & Tabatabaee, M. (2019). Family and patient psychoeducation for severe mental disorder in Iran: A review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 84–108. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.428>

- Mubin, M. F., & Rahayu, D. A. (2019). Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga skizofrenia paranoid terhadap kepatuhan minum obat pasien. *Jurnal Keperawatan*, 11(2), 93–102.
<https://doi.org/https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i2.510>
- Nurtantri, I. S. (2005). *Penentuan validitas dan reliabilitas Family Questionnaire (FQ) dalam menilai ekspresi emosi pada keluarga yang merawat penderita skizofrenia di RSCM*. Universitas Indonesia.
- Öksüz, E., Karaca, S., Özaltın, G., & Ateş, M. A. (2017). The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning of the Family Members in First-Episode Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 464–473.
<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0086-y>
- Ozkan, B., Erdem, E., Ozsoy, S. D., & Zararsiz, G. (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(5), 1122–1127.
<https://doi.org/10.12669/pjms.295.2613>
- Rotondi, A. J., Anderson, C. M., Haas, G. L., Eack, S. M., Spring, M. B., Ganguli, R., Newhill, C., & Rosenstock, J. (2010). Web-Based Psychoeducational Intervention for Persons With Schizophrenia and Their Supporters: One-Year Outcomes. *Psychiatric Services*, 61(11), 1099–1105.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.11.1099>
- Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring, M. B., Ganguli, R., Gardner, W. B., & Rosenstock, J. B. (2005). A clinical trial to test the feasibility of a telehealth psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their families: Intervention and 3-month findings. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 325–336.
<https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.325>
- Sell H, Thara R, Padmavati R, K. S. (1998). *The Burden Assessment Scale (BAS)*. New Delhi: World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205977/B0112.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Sulastrri, S., & Kartika, Y. (2016). Psikoedukasi Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat ODGJ di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 323.
<https://doi.org/10.26630/jk.v7i2.207>
- Thirthalli, J., Manjunatha, N., & Math, S. B. (2020). Unmask the mind! Importance of video consultations in psychiatry during COVID-19 pandemic. *Schizophrenia Research*, 222, 482–483.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.005>
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, J. (2005). The effectiveness of a family psychoeducation program for people with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 703–714.
<https://doi.org/10.1093/schbul/kbi025>

- A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241–247. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved on 11 January 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., Watanabe, K., Imamura, K., Nishi, D., Fujii, C., & Kawakami, N. (2020). Effects of brief family psychoeducation for caregivers of people with schizophrenia in Japan provided by visiting nurses: Protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(4), e034425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034425>
- Zhang, C. (2016). The involvement of family members in the treatment of patients with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(2), 111–118. <https://doi.org/10.1007/s40501-016-0073-x>

