

Pengaruh Psikoedukasi Mengenai Dukungan Sosial Keluarga dalam Menurunkan Kecemasan pada Pasien Depresi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta

Psychoeducation About Family Social Support to Reducing Anxiety in Depression Outpatients at Surakarta Mental Hospital

Ratu Athina Mahmud, Salmah Lilik, Arif Tri Setyanto

Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret

ABSTRAK

Kecemasan merupakan suatu respon dari pengalaman yang dirasa tidak menyenangkan yang seringkali dialami pasien depresi rawat jalan dalam kehidupan sehari-hari. Psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga dapat digunakan sebagai suatu bentuk intervensi dalam menangani kecemasan, dengan ketrampilan menyalurkan dukungan sosial terhadap suatu situasi menekan yang cenderung mengarah pada timbulnya kecemasan. Sebagaimana dinyatakan bahwa salah satu penanganan kecemasan adalah dengan program psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga dalam menurunkan kecemasan. Psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga merupakan suatu proses pendidikan jangka pendek secara sistematis dan terorganisir untuk memberikan ketrampilan dukungan sosial kepada keluarga subjek sehingga subjek mampu terhindar dari kecemasan.

Subjek penelitian ini adalah pasien depresi rawat jalan dan keluarga di Rumah Sakit Jiwa Surakarta yang ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* dan diperoleh subjek berjumlah 14 orang. Desain penelitian yang digunakan yaitu *Randomized Control Group Pretest-Post Test Design*, dengan 7 subjek pada kelompok eksperimen dan 7 subjek pada kelompok kontrol. Keluarga kelompok eksperimen diberikan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga sebanyak dua kali pertemuan, yang terdiri dari dua sesi psikoedukasi. Teknik pengumpulan data menggunakan *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)* oleh Janet Taylor (1953), dan modul psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga. Uji validasi isi TMAS diadaptasi oleh Djuni Utari (1978) dan dosen pembimbing. Uji reliabilitas TMAS diadaptasi oleh Djuni Utari (1978) yang telah terstandarisasi dengan nilai reliabilitas sebesar 0,912. Metode analisis data menggunakan uji *Two Sampel Independen Mann-Whitney*.

Analisis data dilakukan pada 14 subjek penelitian. Berdasarkan uji hipotesis dengan *Two Sampel Independen Mann-Whitney*, diperoleh nilai z sebesar -3.165 dan nilai uji signifikansi sebesar 0.002 ($p < 0.05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan kecemasan pada pasien depresi rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Kata kunci: (kecemasan, psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga, pasien depresi rawat jalan)

PENDAHULUAN

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi semakin pesat dalam berbagai bidang kajian dan kelimuan. Di bidang kesehatan pun tidak mengenal kata mundur untuk ikut serta dalam memanfaatkan dan menjadi bagian dalam kemajuan tersebut, terutama kemajuan teknologi informasi untuk terus mengembangkan

pembangunan kesehatan pada masyarakat. Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah masyarakat yang sadar, mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan akibat bencana maupun lingkungan serta perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat termasuk

masalah kesehatan jiwa (Farid, 2008) yang akan mengarah kepada gangguan kejiwaan.

Gangguan jiwa adalah respon maladaptif dari lingkungan internal dan eksternal yang dibuktikan melalui pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma lokal atau budaya setempat dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan atau fisik (Townsend, 2005). Data dari WHO pada tahun 2006, terdapat 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data tersebut disimpulkan bahwa angka gangguan jiwa di Indonesia mencapai 12% - 16% dari populasi penduduk Indonesia salah satunya adalah depresi.

Depresi merupakan gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective mood disorder*) yang ditandai dengan gejala krmurungan, kecemasan, kelesuan, tidak ada gairah hidup, merasa tidak berguna, kekecewaan yang mendalam, rasa putus asa, pikiran kematian hingga yang paling berat adalah keinginan bunuh diri (Hawari, 2010). Di Indonesia, berdasarkan Data Riskesdas tahun 2007, prevalensi gangguan mental emosional seperti depresi sebesar 11,6 % dari populasi orang dewasa. Berarti dengan jumlah populasi orang dewasa di Indonesia lebih kuraang 150.000.000 terdapat 1.740.000 orang yang saat ini mengalami gangguan mental emosional (Depkes, 2009). Beberapa penelitian disimpulkan bahwa perempuan mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan depresi daripada laki-laki. (Davison dan Neale,

1990 ; Greist dan Jefferson, 1988 ; Holmes, 1991 ; Rathus dan Mevid, 1991 ; Sarason dan Sarason, dalam Setiawan, 2011). Penemuan Prawitasari dan Kahn (dalam Setiawan, 2011) mengemukakan bahwa perempuan mempunyai kehangatan, emosionalitas, sikap hati-hati, sensitivitas, dan konformitas lebih tinggi daripada laki-laki, sedangkan laki-laki lebih tinggi dalam stabilitas emosi, dominasi dan impulsivitas dari pada perempuan. Perbedaan sifat-sifat tersebut dapat dimungkinkan menjadi timbulnya depresi terutama pada perempuan.

Seseorang yang pernah mengalami gangguan jiwa seperti depresi dan telah kembali ke tempat tinggalnya sering disebut pasien rawat jalan. Pada pasien depresi rawat jalan yang baru saja keluar dari rumah sakit jiwa dan telah kembali ke tempat tinggalnya tidak dapat dengan langsung memulai berinteraksi dan beraktivitas layaknya orang normal. Pendapat tersebut ditunjang dengan wawancara dan observasi yang dilakukan pada keluarga pasien depresi rawat jalan yang menyatakan bahwa pasien lebih mudah merasa cemas dan stres saat pasien kembali ke rumah dan berbaur kembali dengan lingkungan masyarakat daripada saat pasien menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa, menurut keluarga jika tinggal di rumah sakit jiwa pasien lebih tenang dan santai karena tidak banyaknya orang yang berinteraksi dengan pasien didukung dengan adanya perhatian yang diberikan oleh perawat, dokter, psikolog dan rekan medis lainnya, sehingga pasien lebih merasa nyaman tinggal di rumah sakit jiwa. Saat peneliti berkesempatan melakukan wawancara

dengan salah satu pasien depresi rawat jalan, pasien tersebut mengungkapkan pendapat yang sama dengan pendapat yang diungkapkan dari keluarga pasien depresi rawat jalan lainnya. Menurut Maslam (2003), seringkali bahkan dapat dikatakan sebagian besar dari para pasien rawat jalan memiliki kendala untuk dapat berbaur dengan lingkungan yang mengakibatkan kecemasan dengan munculnya rasa takut, merasa harga dirinya rendah, kepercayaan diri kurang, pesimis, tidur terganggu, dan tidak nafsu makan.

Kecemasan dapat dikatakan sebagai suatu keadaan emosional yang tidak menyenangkan ditandai oleh adanya rasa cemas, ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi dan tekanan. Tekanan yang dialami pasien depresi yang baru saja keluar dari rumah sakit dan kembali ke tempat tinggalnya adalah saat menghadapi masyarakat dan lingkungannya. Sebagian besar dari pasien akan mengalami keputusasaan terhadap tekanan yang dihadapi (Steiner & Gebser, dalam Attamimi, 1988) karena kurangnya dukungan sosial dari keluarga.

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi seseorang yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan mengetahui bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Cohen & Syme, 1996, dalam Setiadi, 2008). Menurut Canavan dan Dolan (200), dukungan sosial lebih diaplikasikan ke dalam lingkungan keluarga seperti orang tua. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat

menjadi faktor kunci dalam penyembuhan pasien gangguan jiwa dan cara memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tersebut. Walaupun anggota keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan jiwa, mereka paling sering menjadi bagian terpenting dalam penyembuhan (Kumfo, 1995, dalam Videbeck, 2008).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada keluarga pasien depresi rawat jalan menyatakan bahwa mereka sebagai keluarga masih tidak mengerti cara yang digunakan untuk memberikan dukungan kepada anggota keluarga mereka yang mengalami depresi supaya terhindar dari rasa kecemasan. Mereka mengaku minimnya informasi dan kurangnya waktu untuk mencurahkan perhatian kepada pasien yang menjadi kendala utama lemahnya dukungan sosial yang mereka berikan. Selain itu, beberapa mengatakan bahwa mereka juga mengalami kesulitan dalam mengatur emosi saat sedang bersama atau mengurus pasien depresi yang memiliki keinginan beranekaragam, sehingga mereka terkadang semakin menambah rasa kecemasan pasien depresi dengan berbicara membentak atau lebih keras dari biasanya dan tidak mengerti cara untuk menurunkan kecemasan pada pasien. Sejalan dengan pernyataan dari Psikolog Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta bahwa pasien depresi rawat jalan memiliki rasa kecemasan yang tinggi yang menyebabkan mereka sering kambuh dan memerlukan penanganan serius terlebih lagi peranan

keluarga harus mendukung pasien agar merasa nyaman dan dapat percaya diri supaya pasien tidak mengalami kecemasan yang berarti. Namun, masih banyak keluarga pasien yang belum mengetahui cara untuk mencegah pasien mengalami kecemasan atau penanganan yang mampu membuat pasien merasa nyaman dan dapat mengontrol diri saat berada di rumah serta cara memberikan dukungan pada pasien. Kendala-kendala tersebutlah yang menjadi hambatan dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien depresi rawat jalan.

Model dukungan sosial inilah yang menjadi salah satu latar belakang munculnya psikoedukasi (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986, dikutip dari Lukens & McFarlene, 2004) dan menjadi fokus dalam diterapkannya psikoedukasi sehingga, kondisi keluarga yang terapeutik dan mendukung pasien sangat membantu pasien dalam menghadapi kecemasan pasca keluar dari rumah sakit jiwa. Kebutuhan tersebut yang mendorong munculnya intervensi psikoedukasi yang digunakan untuk kepentingan pasien dan memberikan informasi serta pengetahuan bagi keluarga pasien agar mendukung penuh proses penyembuhan pasien dalam menurunkan kecemasan menghadapi lingkungan masyarakat yang sesungguhnya.

Psikoedukasi adalah suatu intervensi yang dapat dilakukan pada individu, keluarga dan kelompok yang fokus pada mendidik partisipasinya mengenai tantangan signifikan dalam hidup, membantu partisipan

mengembangkan sumber-sumber dukungan, dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut dan mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan tersebut (Griffith, 2006 dikutip dari Walsh, 2010). Sehingga, psikoedukasi didasarkan pada kekuatan partisipan dan lebih fokus pada saat ini dan masa depan daripada kesulitan-kesulitan di masa lalu. Berdasarkan penelitian dari *The Soedirman Journal of Nursing* tahun 2010 ditemukan bahwa angka kecemasan pada pasien yang keluarganya tidak diberikan psikoedukasi sebesar 25% - 50%, sedangkan angka kecemasan pada pasien yang keluarganya diberikan psikoedukasi sebesar 5% - 10% (Keliat, 2006).

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti menduga bahwa penerapan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga dapat menurunkan kecemasan pada pasien depresi rawat jalan. Dengan diterapkannya psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga dapat memberikan pengarahan dan informasi pada keluarga pasien bahwa dengan adanya dukungan sosial yang didapatkan oleh pasien depresi rawat jalan dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang menyebabkan timbulnya kecemasan, sehingga kecemasan yang dialami oleh pasien dapat menurun dan secara bertahap pasien dapat beraktivitas dalam ruang lingkup masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui adanya pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga dalam menurunkan kecemasan

pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

DASAR TEORI

Kecemasan

Kecemasan yang pernah dialami oleh setiap manusia, merupakan bentuk perasaan yang biasanya diiringi oleh suasana hati yang kurang menyenangkan. Kecemasan dapat dialami oleh siapa saja, mulai dari anak-anak sampai orang dewasa (Blackburn dan Davidson, 1990). Kecemasan pada tingkat tertentu dapat dianggap sebagai bagian dari respon untuk mengatasi masalah sehari-hari. Adanya pertentangan antara dorongan dan usaha individu dalam menyesuaikan diri juga dapat memicu timbulnya kecemasan (Mujib dan Daradjat, 1999). Oleh karena itu, kecemasan dapat diartikan sebagai suatu akibat dari ketidakmampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

Kecemasan menurut Freud (dalam Ibrahim, 1997) dapat dibagi menjadi tiga tipe kecemasan :

- a. Kecemasan Realistik, yang terjadi bila terdapat bahaya yang potensial dari lingkungan luar. Bila seseorang mencium bau asap dalam suatu gedung, *egonya* akan meperingatkan untuk mengambil suatu tindakan - tindakan penyelamatan diri dari bahaya yang mengancam.
- b. Kecemasan Moral, yaitu tidak dapat hidup leluasa dalam standar moralnya atau berlawanan terhadap suatu perilaku yang

dikatakan tidak etis. Pada kasus ini *ego* mengingatkan terjadinya suatu kemungkinan pembalasan dari *super ego*.

- c. Kecemasan Neurotik, sering dihasilkan bila impuls *id* kelihatannya ingin ditampilkan, akan tetapi ledakannya di kontrol oleh *ego*.

Sedangkan Lazarus (dalam Zeidner, 1998) membedakan kecemasan menjadi dua berdasarkan lamanya menetap, yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. *State anxiety* adalah kecemasan yang bersifat sementara yang timbul ketika individu menghadapi situasi tertentu yang dianggap mengancam, sedangkan *trait anxiety* adalah kecemasan yang bersifat menetap dan telah menjadi bagian dari kepribadian individu. Spielberger, dkk. (1983) mengartikan *state anxiety* sebagai respon emosional individu terhadap situasi tertentu yang dirasakan sebagai ancaman. apabila ancaman mereda, maka kecemasan yang dialami juga akan menghilang. Pasien depresi rawat jalan yang baru saja keluar dari rumah sakit jiwa setelah beberapa saat dirawat inap di rumah sakit jiwa dapat dikatakan berada dalam situasi yang mengancam bagi mereka dan dapat menimbulkan *state anxiety* karena ketika ancaman yang mereka rasakan saat kembali ke tempat tinggal mereda, maka kecemasan yang dialami akan menghilang.

Psikoedukasi Mengenai Dukungan Sosial Keluarga

- a. Gambaran Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah *treatment* yang diberikan secara profesional dimana

mengintegrasikan intervensi psikoterapeutik dan edukasi (Lukens & McFarlane, 2004). Sedangkan menurut Stuart & Laraia (2005) psikoedukasi merupakan salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi terapeutik. Walsh (2010) dalam Griffiths (2006) menarik kesimpulan berdasarkan pengertian psikoedukasi bahwa fokus psikoedukasi adalah sebagai berikut :

- a. Mendidik partisipan mengenai tantangan hidup,
- b. Membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan hidup,
- c. Mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan hidup,
- d. Mengembangkan dukungan emosional,
- e. Mengurangi *sense of stigma* dari partisipan,
- f. Mengubah sikap dan kepercayaan partisipan terhadap suatu gangguan (disorder),
- g. Mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu,
- h. Mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah,
- i. Mengembangkan keterampilan *crisis-intervention*.

Psikoedukasi dapat digunakan dalam berbagai setting situasi. Untuk bidang klinis sendiri, psikoedukasi banyak digunakan bersama dengan psikoterapi pada klien-klien dengan gangguan psikologi, di sekolah atau instansi pendidikan ataupun *health psychology*

atau *medical psychology*. Misalnya psikoedukasi pada pasien skizofrenia, bipolar disorder, depresi, penggunaan narkoba atau alkohol. Psikoedukasi diberikan agar pasien tersebut memiliki pemahaman dan penerimaan terhadap gangguannya untuk menghindari terjadinya kemungkinan kekambuhan yang dialami pasien baik rawat inap maupun rawat jalan. Psikoedukasi tidak hanya diberikan kepada pasien, tetapi juga anggota keluarga pasien sebagai suatu sistem dukungan sosial terdekat bagi pasien.

b. Dukungan Sosial Keluarga

Pierce (dalam Kail and Cavanaugh, 2000) mendefinisikan dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Gottlieb (dalam Smet, 1994) menyatakan dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal maupun non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang didapatkan karena kehadiran orang lain dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

Fungsi Dukungan Sosial Keluarga

Menurut Maquire (dalam Proctor, dkk., 1990) dukungan sosial mampu menyediakan lima fungsi :

- a. Dukungan sosial mampu membangun *sense of self*. Identitas seseorang dibentuk dan diperkuat oleh orang-orang yang

berhubungan dengannya, yaitu mengenai bagaimana posisinya dalam suatu jaringan sosial, sehingga seseorang mampu bertindak sesuai perannya.

- b. Dukungan sosial mampu memberikan *feedback* yang positif, sehingga mampu meningkatkan *self-esteem*. *Feedback* yang positif mampu membuat seseorang mempersepsi adanya harapan yang positif atas penyelesaian suatu permasalahan.
- c. Dukungan sosial mampu melindungi seseorang dari kecemasan dan stres. Seseorang dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi akan lebih mampu mengatasi kecemasan dan stres daripada seseorang yang memiliki dukungan sosial yang rendah. Adanya perasaan bahwa seseorang didukung dan dipedulikan mampu menurunkan dampak negatif stressor.
- d. Dukungan sosial mampu meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan memberikan bantuan material. Dukungan sosial mampu membuat seseorang memahami suatu permasalahan secara lebih objektif, membantu mencari jalan keluar yang tepat atas permasalahan, melindungi seseorang dari stres, dan meningkatkan efektivitas intervensi ahli.
- e. Dukungan sosial memberikan kesempatan kepada seseorang untuk lebih bersosialisasi dan mengembangkan keterampilan sosial yang lain, seperti komunikasi dan adaptasi.

Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan *mood* atau emosional karena gambaran yang menonjol pada penderita depresi adalah terganggunya emosi. Masella, dkk (dalam Meiwati, 1994) menyatakan bahwa depresi merupakan suatu gangguan yang umum, dan dapat terjadi pada siapa saja, namun berbeda didalam mengekspresikannya tergantung pada individu yang bersangkutan. Gangguan depresi dapat diawali dengan munculnya perasaan-perasaan negative antara lain : kesedihan, keputusasaan, kekecewaan yang dialami oleh seseorang secara berulang kali. Namun demikian depresi berbeda dengan kesedihan, kekecewaan atau keputusasaan seperti biasanya terjadi. Perbedaan ini terdapat pada intensitas dan lamanya peristiwa-peristiwa negatif tersebut terjadi.

Seseorang dapat dikatakan depresi apabila kesedihan, kekecewaan dan keputusasaan tersebut berkembang sehingga terjadi gejala-gejala selanjutnya yang mempengaruhi fungsi-fungsi psikologik dan fisiologik (Gazzaniga, 1980; Witting dan Williams, dalam Meiwati, 1994). Beck (1985) memberikan batasan mengenai depresi dengan atribut-atributnya yaitu : perubahan suasana hati yang spesifik seperti kesedihan, kesepian dan apati : konsep diri yang negatif disertai dengan perasaan-perasaan menyalahkan dan mencela diri sendiri
commitment: keinginan untuk menghindar, sembunyi atau
 mati : perubahan-perubahan vegetatif seperti tidak ada nafsu makan, tidak dapat tidur dan

kehilangan dorongan seksual: perubahan tingkat aktivitas seperti retardasi atau agresi.

mengisi surat persetujuan mengikuti seluruh rangkaian penelitian.

METODE PENELITIAN

Subjek Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan individu atau objek yang diteliti dan memiliki beberapa karakteristik yang sama (Latipun, 2006). Populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Sampel penelitian ditentukan berdasarkan beberapa kriteria tertentu (*purposive sampling*) dengan tujuan memperoleh subjek penelitian yang homogen. Berikut merupakan kriteria sampel dalam penelitian ini yang terbagi menjadi dua kategori, yaitu :

a. Subjek Penelitian

Pasien depresi rawat jalan dengan taraf depresi ringan hingga sedang berdasarkan keterangan dari rekam medik, tingkat kecemasan tinggi dan sedang yang diperoleh dari hasil *pretest* TMAS serta berjenis kelamin perempuan dengan usia antara 20 tahun sampai 50 tahun.

b. Keluarga Subjek Penelitian

Keluarga, baik pria maupun wanita yang tinggal bersama dengan pasien depresi rawat jalan, meliputi orangtua, kakak, adik, istri, suami dan anak, belum pernah mengikuti program psikoeduksi mengenai dukungan sosial keluarga, tingkat pendidikan minimal Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan bersedia

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan model penelitian eksperimen dengan desain *pretest-posttest randomized control group*. Subjek dibagi secara acak menjadi dua kelompok dan kemudian diberikan *pretest* kecemasan, kelompok eksperimen yaitu kelompok yang akan diberikan perlakuan berupa pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga, dan kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak diberikan perlakuan. Setelah pada kelompok eksperimen diberikan perlakuan, kedua kelompok diberikan *posttest* kecemasan.

Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa skala kecemasan yang sudah terstandarisasi yaitu dengan menggunakan *Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS) oleh Janet Taylor (1953) terdiri dari 50 aitem. Di Indonesia sendiri TMAS diadaptasi oleh Djuni Utari (1978) dan telah banyak dipakai dalam penelitian di Indonesia untuk mengukur tingkat kecemasan dengan koefisien reliabilitas sebesar 0,912. Penelitian ini juga menggunakan modul sebagai landasan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga bagi fasilitator maupun peserta. Modul psikoedukasi yang akan digunakan, disusun berdasarkan pada pengertian, konsep, dan praktek psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga.

Metode Analisis Data

Penelitian ini menggunakan uji non parametrik, yaitu dengan teknik *Two Sampel Independen Mann-Whitney*. Sebagai tambahan juga dilakukan analisis kualitatif menggunakan data yang diperoleh dari lembar kerja pelatihan, lembar wawancara, lembar evaluasi, dan lembar monitoring

D	RS	37 th	Tinggi	Tinggi
E	NT	26 th	Tinggi	Tinggi
F	S	43 th	Tinggi	Tinggi
G	M	49 th	Rendah	Tinggi

Data awal berupa *gain score* kecemasan yang diperoleh berasal dari 7 subjek masing-masing pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen, sebagaimana disajikan pada tabel berikut.

HASIL-HASIL

Tabel 3. Gain Score Kecemasan

Hasil Pretest dan Posttest

Data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah skor kecemasan subjek yang diukur menggunakan skala TMAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*), sebelum dilakukan eksperimen (*pretest*) dan setelah dilakukan eksperimen (*posttest*). Berikut ini deskripsi subjek penelitian dan hasil penelitian :

Kelompok	Subjek	Gain Score
Eksperimen	1	-4
	2	-3
	3	-4
	4	-4
	5	-2
	6	-3
	7	-5
Kontrol	A	1
	B	3
	C	1
	D	2
	E	3
	F	1
	G	4

Tabel 1. Deskriptif Subjek Kelompok Eksperimen

Subjek	Inisial	Umur	Tingkat Kecemasan	
			Pretest	Posttest
1	W	50 th	Tinggi	Rendah
2	R	46 th	Tinggi	Rendah
3	LP	34 th	Tinggi	Rendah
4	SL	50 th	Tinggi	Tinggi
5	S	50 th	Rendah	Rendah
6	K	50 th	Tinggi	Rendah
7	N	39 th	Tinggi	Tinggi

Tabel 2. Deskriptif Subjek Kelompok Kontrol

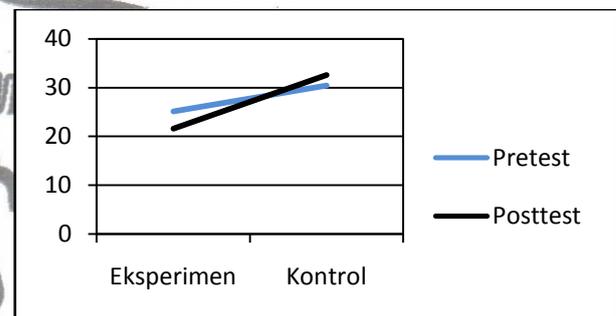
Subjek	Inisial	Umur	Tingkat Kecemasan	
			Pretest	Posttest
A	K	45 th	Tinggi	Tinggi
B	N	49 th	Rendah	Tinggi
C	W	33 th	Tinggi	Tinggi

Hasil *Gain score* kecemasan subjek pada kelompok eksperimen dan kontrol diperoleh dari hasil skor *pretest* dan *posttest*. Hasil *gain score* pada kelompok eksperimen menunjukkan skor yang cenderung sama yaitu subjek mengalami penurunan tingkat kecemasan mulai dari -2 hingga -5. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan skor, mulai dari 1 hingga 4.

Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan dengan uji *Two Sampel Independen Mann-Whitney*, yang termasuk dalam uji statistik non-parametrik. Pengujian hipotesis dilakukan untuk melihat perbedaan skor antara dua sampel, yaitu pada kelompok yang mendapat perlakuan (kelompok eksperimen) dengan kelompok yang tidak mendapat perlakuan (kelompok kontrol). Dalam penelitian ini, uji *Two Sampel Independen Mann-Whitney* digunakan untuk mengetahui adanya pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga terhadap kecemasan pada pasien depresi rawat jalan, dengan menggunakan data *pretest* dan *posttest*. Berikut merupakan hasil pengujian pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga terhadap kecemasan :

perlakuan. Hal tersebut berarti bahwa Psikoedukasi Mengenai Dukungan Sosial Keluarga secara signifikan dapat memberikan pengaruh terhadap kecemasan pada pasien depresi rawat jalan. Pengaruh yang dihasilkan melalui pemberian psikoedukasi mengenai dukungan sosial secara signifikan berupa penurunan skor kecemasan pada subjek kelompok eksperimen.



Gambar 1. Skor rata-rata Kecemasan Kelompok Eksperimen dan Kontrol

Tabel 4. Hasil Uji Two Sampel Independen Mann-Whitney

	Gain
Mann-Whitney U	.000
Z	-3.165
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *2 Sampel Independen Mann-Whitney*, diperoleh nilai Z sebesar -3.165 dan nilai uji signifikansi sebesar 0.002. Dengan demikian nilai uji signifikansi ($p < 0.05$), sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan skor antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol setelah diberi

PEMBAHASAN

Berdasarkan pada hasil uji hipotesis diperoleh hasil yang menyatakan bahwa psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga memiliki pengaruh dalam terhadap kecemasan pada pasien depresi rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Pengaruh yang dimunculkan berupa adanya penurunan skor kecemasan subjek, yang telah diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan pelatihan menggunakan skala *Taylor Manifest Anxiety Scale*. Hal ini dapat dilihat pada hasil analisis menggunakan uji statistik, yaitu dengan uji *Two Sampel Independen Mann-Whitney* yang menunjukkan nilai z sebesar -3.165 dan nilai uji signifikansi (p) sebesar 0,002 ($p < 0,05$).

Sehingga hal tersebut berarti bahwa psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga memiliki pengaruh terhadap penurunan kecemasan.

Pada data yang telah disajikan dalam Tabel 4, tampak bahwa pada kelompok eksperimen skor kecemasan menurun setelah diberi perlakuan berupa psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga. Perubahan skor pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dalam penelitian ini terjadi secara signifikan. Hal ini berarti bahwa pada keluarga subjek kelompok eksperimen yang diberi perlakuan berupa psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga, terjadi penurunan skor kecemasan di antara sebelum dan sesudah keluarga subjek diberikan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga. Sedangkan pada keluarga subjek kelompok kontrol yang tidak diberikan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga tidak terjadi penurunan skor kecemasan ada subjek dan subjek mengalami peningkatan skor.

Pengaruh Psikoedukasi Mengenai Dukungan Sosial Keluarga dalam Menurunkan Pasien Depresi Rawat Jalan

Pasien depresi yang diperbolehkan keluar dari rumah sakit jiwa dengan syarat tetap melakukan rawat jalan memiliki kendala akan kekambuhan pasien yang disebabkan oleh beberapa hal seperti adanya kecemasan dalam diri pasien dimana pasien harus mulai terbiasa dengan lingkungan tempat tinggalnya yang beberapa saat harus ditinggalkan karena pasien

menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa. Tanpa sadar pasien dituntut untuk dapat bersosialisasi dengan keluarga maupun tetangga sekitar untuk memulihkan kesehatan jiwanya. Pada pasien yang memiliki tingkat kecemasan rendah, mungkin dapat menghadapi kondisi tersebut, namun untuk pasien yang masih memiliki tingkat kecemasan dan ketakutan yang tinggi, dapat menyebabkan pasien menjadi tidak terkontrol dan mudah stres yang memicu kemungkinan kambuh. Hal ini perlu penanganan dan perhatian yang serius dengan berbagai pendekatan, baik kepada pasien itu sendiri maupun kepada keluarga sebagai orang yang terdekat dengan pasien. Sebagai keluarga perlu ikut menangani masalah tersebut agar jumlah resiko adanya kecemasan yang dapat memicu memburuknya kesehatan jiwa pasien tidak semakin meningkat. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan jiwa dapat dimulai pada keluarga pasien dalam membentuk pelayanan mandiri kepada pasien depresi rawat jalan (Keliat, 2006).

Secara psikologis, pasien depresi tentu sangat membutuhkan adanya dukungan menghadapi lingkungan baru agar tidak merasa cemas. Keluarga adalah sumber pemberi dukungan yang dapat diandalkan pasien. Salah satu nilai keluarga yang penting adalah menganggap keluarga sebagai tempat untuk memperoleh kehangatan, dukungan, cinta dan penerimaan (Friedman, 1998). Keluarga dengan tulus hati bersedia memberi dukungan kepada anggota keluarganya yang sakit. Dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam

membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Tamher, 2009). Menerima dan memperoleh dukungan sosial keluarga dapat menurunkan kecemasan pasien, karena cara terbaik untuk menyelesaikan kecemasan adalah memilih kenyataan dan bukanlah hal yang dibayangkan (McKay, 2005).

Berdasarkan B.J. Saddock dan V.A. Saddock (2007) 4 dari 5 keluarga yang dilakukan wawancara mengatakan bingung dalam menghadapi anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa dan keluarga tidak mengetahui apa yang harus dilakukan dalam memberikan perawatan dan dukungan sosial agar pasien merasa nyaman serta jauh dari perasaan cemas. Seperti diungkapkan oleh Steins & Hollander (2008) bahwa salah satu penanganan kecemasan adalah psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga. Keluarga adalah salah satu bagian yang ikut bertanggung jawab terhadap penanganan masalah kecemasan pada pasien depresi rawat jalan, agar kedepan hal ini tidak menjadi cikal bakal kambuhnya atau munculnya gangguan kesehatan jiwa yang lain. Tujuan umum psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga. adalah menurunkan intensitas emosi seperti kecemasan pada anggota keluarga yang baru saja keluar dari rumah sakit jiwa sampai pada tingkatan yang rendah dari sebelumnya dengan menggunakan materi dukungan sosial keluarga untuk pasien depresi rawat jalan.

Demikian pula hasil akhir pada penelitian ini yang diperoleh dari skor skala, lembar monitoring dan wawancara, dapat disimpulkan bahwa subjek sebagai perawat setelah berpartisipasi dalam pelatihan regulasi emosi memiliki ketrampilan tambahan yang dapat digunakan dalam lingkungan kerja, seperti pada saat berinteraksi dengan rekan kerja maupun saat menangani pasien. Ketrampilan dalam mengelola emosi tersebut secara ringkas mencakup kemampuan dalam aspek afektif, kognitif, konatif, dan psikomotor.

Secara lebih rinci dapat dijabarkan bahwa subjek dapat lebih mampu merasakan dan mengenali situasi-situasi emosional maupun situasi yang mengarah pada munculnya stres kemudian menentukan sikap dan situasi yang sesuai, mengelola emosi dengan melibatkan proses berpikir, dan menyalurkan emosi dalam bentuk ekspresi-ekspresi yang lebih terarah. Sebaliknya sebagai perbandingan, pada kelompok kontrol diperoleh hasil berbeda berupa kecenderungan skor stres kerja yang meningkat. Hal tersebut salah satunya dapat disebabkan karena tidak adanya pemahaman dan penerapan pelatihan ketrampilan regulasi emosi, khususnya dalam menghadapi situasi kerja yang menimbulkan stres.

PENUTUP

Berdasarkan hasil analisis data kuantitatif yang telah diperoleh dalam penelitian ini, maka hipotesis diterima dan disimpulkan bahwa terdapat pengaruh psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga secara signifikan

dalam penurunan kecemasan pada pasien depresi rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ($p < 0,05$). Analisis kualitatif membuktikan pengaruh yang dimunculkan pada setiap subjek berupa adanya penurunan skor kecemasan, yang telah diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga.

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi penelitian sehubungan dengan kecemasan sebagai satu variabel yang seringkali dijumpai dalam kasus pasien depresi rawat jalan, maupun ketrampilan dukungan sosial keluarga yang dapat digunakan sebagai suatu bentuk intervensi dalam bentuk psikoedukasi. Khususnya bagi pasien depresi rawat jalan, sebagai salah satu alternatif dalam menangani kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Blackburn, I., & Davidson, K. 1990. *Cognitive Therapy for Depression & Anxiety*. London: Blackwell Scientific Publication.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2003. *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*. Jakarta. Depkes.
- Farid, A. 2006. *Membangun Kesadaran Baru Tentang Kesehatan Jiwa*. www.suarakarya-online.com/news. (diakses tanggal 20 Februari 2014)
- Friedman, M.M. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik Alih Bahasa: Ina Debora dan Yokina Asy*. Jakarta: EGC.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. 1993. *Psikologi Kepribadian 1: teori-teori Psikodinamik (Klinis)*. Yogyakarta: Kanisius.
- Hurlock, E. B. 2006. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan* (Edisi kelima) Alih Bahasa: Istiwidayanti & Soedjarwo. Jakarta: Erlangga.
- Kail, C. 2000. *Human-Development: A Life-Span View*. America: Wadsworth .
- Kaplan HI., Sadock BJ. 1998. *Ilmu Keperawatan Jiwa Darurat*. Jakarta: Widya Medika.
- Kaplan & Saddock. 1997. *Synopsis of Psychiatry Science Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keliat, B. 1996. *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Latipun. (2006). *Psikologi Eksperimen*. Malang: UMM Press Universitas Muhammadiyah Malang.
- Maslim, Rusdi. 2002. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya.
- Muchlas, M. 1980. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: MMR UGM
- Mujib, A., Daradjat, Z. 1999. *Nuansa Psikologi Islam*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Saddock, B.J., Saddock, V.A. 2007. *Kaplan & Saddock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edn*, pp: 467. Philadelphia USA : Lippincott Williams & Wilkins,
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions. Fifth Edition*. USA : John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. 1999. *Assesing Social Support : The Social Support Questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Setiawan, I. Teguh. (2011). *Hubungan Gambaran Diri dengan Tingkat Depresi Penderita Ulkus Diabetes Mellitus di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Tesis. Universitas Muhamadiyah Semarang.

- Sherida dan Radmacher. (1992). *Health Psychology: Challenging the Biomedical Model*. Wiley.
- Simon, S.B., Howe, L.W., & Kirschenbaum, H. 1972. *Values Clarification. A Handbook of Practical Strategies for Teachers and Students* (h. 163-165). New York: Hart.
- Smet, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., dkk. 1983. *Manual for The State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Stein, D.J., Hollander, E. 2008. *Textbook of Anxiety Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stuart, G.W., Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Philadelphia: Alih Bahasa Budi Santosa.
- Supratikya, A. 2011. *Merancang Program dan Modul Psikoedukasi*. Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma.
- Tamher, S. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Taylor, S. E. 2003. *Health Psychology*. New York: McGraw Hill Companies Inc.
- Taylor, S., & Asmundeson, J. G. 2004. *Training Health Anxiety: A Cognitive Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.
- Trismiati. 2004. Perbedaan Tingkat kecemasan antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi mantap di RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Psyche*. Fakultas Psikologi Universitas Bina Darma Palembang.
- Utari, D. 1978. *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)*. Malang: UMM.
- Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC. *commit to user*
- Walsh, Joseph. 2010. *Psychoeducation In Mental Health*. Chicago: Lyceum Books, Inc.
- 