

PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN ISOLASI SOSIAL

Ruti Wiyati¹, Dyah Wahyuningsih², Esti Dwi Widayanti³
¹²³ Prodi Keperawatan Purwokerto, Poltekkes Semarang

ABSTRACT

Social isolation is an individual failure in the interaction with other people because of negative thinking or threatening. The purpose of this study to determine the effect of family psycho education therapy toward family's ability on caring of client with social isolation. This study used a quasi experiment design by method of pre post test with control group. Respondents of this study were families where 48 clients with social isolation divided as random sampling consist of 24 respondents who got family psycho education therapy as the intervention group and 24 respondents who did not get family psycho education therapy as control group. Analysis univariate data by analyzing variables as descriptive. Analysis bivariate using dependent and independent sample t-test. Family psycho education therapy had been done by 5 sessions. Study result indicated that the average of respondent age were 43,81 females with basic educations and period of caring more than one year. Cognitive abilities in intervention group before therapy were 47,5 and after therapy were 77,5. Cognitive abilities in control group before therapy were 51,25 and after therapy were 64,17. The average of psychomotor abilities in intervention group before therapy were 48,75 and after therapy were 75,83. While the average of psychomotor abilities in control group before therapy were 52,5 and after therapy were 65. From result of bivariate analysis indicated that family psycho education therapy can improve affective and psychomotor abilities in intervention group compared than control group. It was recommended to implement above as family therapy on caring of clients with social isolation.

Keywords : Social Isolation, Family Psycho Education Therapy, Cognitive, Motoric

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi seluruh masyarakat dalam rangka mewujudkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya. Masyarakat diharapkan berpartisipasi aktif dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri, sehingga masyarakat bukan hanya menjadi sasaran tetapi juga menjadi pelaksana dalam pembangunan kesehatan jiwa. Sesuai dengan Visi Departemen

Kesehatan RI yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah masyarakat yang sadar, mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat termasuk masalah kesehatan jiwa (Farid, 2008).

Gangguan jiwa adalah respon maladaptif dari lingkungan internal dan eksternal, 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). Pengertian ini menjelaskan klien dengan gangguan jiwa akan menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan norma masyarakat dimana perilaku tersebut mengganggu fungsi sosialnya. Masalah kesehatan terutama gangguan jiwa insidennya masih cukup tinggi. Data American Psychiatric Association (APA) tahun 1995 menyebutkan 1% penduduk dunia akan mengidap skizofrenia. Jumlah tiap tahun makin bertambah dan akan berdampak bagi keluarga dan masyarakat (Kaplan & Saddock, 2005).

Gangguan jiwa di Indonesia menjadi masalah yang cukup serius. Berdasarkan data Depkes (2001) ada satu dari lima penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa. Data dari WHO pada tahun 2006, terdapat 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa angka gangguan jiwa di Indonesia mencapai 12% - 16% dari populasi penduduk. Hasil SKMRT menunjukkan gangguan mental emosional pada usia diatas lima belas tahun adalah 140 orang per 1.000 penduduk dan usia lima sampai empat belas tahun sebanyak 104 orang per 1.000 penduduk (Maramis, 2006).

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia tahun 2007 sebesar 4,6%, sedangkan di Jawa Tengah 3,3% (Batitbangkes 2008). Data diatas menunjukkan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia cenderung meningkat secara bermakna. Perlu perhatian yang serius

untuk mencari pemecahan masalah dan pencegahan lebih lanjut meningkatnya angka gangguan jiwa.

Data statistik gangguan jiwa di Kabupaten Banyumas belum diketahui secara pasti, tetapi terjadi peningkatan jumlah klien gangguan jiwa di RSUD Banyumas. RSUD Banyumas merupakan rumah sakit pendidikan dan rujukan untuk kasus gangguan jiwa di Jawa Tengah bagian selatan yang melayani klien umum dan tersedia poli jiwa serta rawat inap klien gangguan jiwa. Jumlah klien ruang psikiatri selama empat bulan ditahun 2008 yaitu Maret (99 orang), April (110 orang), Mei (83 orang) dan Juni (79 orang), kondisi ini ruangan rawat inap 60 orang.

Jumlah kunjungan poli jiwa rata – rata 20 orang per hari (tahun 2008). Pada bulan Pebruari 2009 klien yang dirawat di psikiatri 90% terdiagnosis Skizofrenia (80 orang dari jumlah total 90 orang). Berdasarkan alasan masuk rumah sakit klien dengan perilaku kekerasan 62 kasus (68%), isolasi sosial 24 kasus, (26 %) dan halusinasi 14 kasus (16 %). Tujuh puluh lima persen berasal dari warga ekonomi lemah. Diperkirakan jumlah gangguan jiwa akan meningkat seiring dengan kenaikan bahan pokok yang semakin meningkat dan beban hidup yang semakin meningkat. (Anonim, 2009).

World Health Organization (WHO) menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah *skizofrenia*, *depresi unipolar*, penggunaan alkohol, gangguan bipolar, gangguan obsesi kompulsif (Stuart & Laraia, 2005). *Skizofrenia* adalah gangguan pada otak dan pola pikir (Torrey, 1997 dalam Carson, 2003). *Skizofrenia* mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain *thought* echo, delusi, halusinasi.

Gejala negatif seperti : sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul, menarik diri. Gejala lain dapat bersifat non-skizofrenia meliputi kecemasan, depresi dan psikosomatik.

Perilaku yang sering muncul pada klien skizofrenia: motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan tidak rapih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (47%) (Stuart & Larai, 2005). Dari data diatas mengindikasikan isolasi sosial adalah salah satu perubahan yang muncul pada skizofrenia. Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (Nanda, 2005).

Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa isolasi sosial adalah kegagalan individu dalam melakukan interaksi dengan orang lain yang disebabkan oleh pikiran negatif atau mengancam. Seseorang dapat dikatakan mengalami gangguan isolasi sosial jika individu tersebut: menarik diri, tidak komunikatif, menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain. Jika perilaku isolasi sosial tidak ditangani dengan baik dapat dapat menurunkan produktifitas individu dan menjadikan beban bagi keluarga ataupun masyarakat.

Secara medis tidak ada penggolongan untuk masalah gangguan isolasi sosial. Isolasi sosial menjadi tanda dan gejala dari gangguan jiwa. Tanda gejala utama klien dengan episode depresi adalah sedih yang mendalam, berkurangnya energi dan menurunnya aktivitas gejala tambahan yang meliputi adalah harga diri rendah, kepercayaan diri kurang, rasa bersalah, pesimis, tidur terganggu, tidak nafsu makan (Maslam 2003).

Isolasi sosial tidak hanya berdampak secara individu pada klien yang mengalami tetapi juga pada sistim klien secara keseluruhan yaitu keluarga dan lingkungan sosialnya. Isolasi sosial dapat menurunkan produktifitas atau berdampak buruk pada fungsi di tempat kerja, karena kecenderungan klien menarik diri dari peran dan fungsi sebelum sakit, membatasi hubungan sosial dengan orang lain dengan berbagai macam alasan.

Beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa sangat besar. Hasil studi Bank Dunia menunjukkan, *global burden of disease* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1 persen, jauh lebih tinggi dari tuberklosis (72%), kanker (58%), penyakit jantung (4,4 %), atau malaria (2,6%) (Kompas, 2007). Menurut Chandra (2001), *Health and Behaviour Advisordari WHO Wilayah Asia Tenggara (WHO-SEARO)*, meski bukan penyebab utama kematian, gangguan jiwa merupakan penyebab utama *disabilitas* pada kelompok usia paling produktif, yakni antara 15 - 44 tahun. Dampak sosial berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus

merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat.

Menurut Hawari (2003) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat menganggap gangguan jiwa penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat dari dilanggarnya larangan, guna –guna, santet, kutukan dan sejenisnya berdasarkan kepercayaan supranatural. Dampak dari kepercayaan masyarakat dan keluarga, upaya pengobatan pasien gangguan jiwa dibawa berobat ke dukun atau paranormal. Kondisi ini diperberat dengan sikap keluarga yang cenderung memperlakukan pasien dengan disembunyikan, diisolasi, dikucilkan bahkan sampai ada yang dipasung.

Keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam proses kesembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Kondisi keluarga yang terapeutik dan mendukung klien sangat membantu kesembuhan klien dan memperpanjang kekambuhan.

Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa angka kekambuhan pada klien tanpa terapi keluarga sebesar 25 - 50% sedangkan angka kekambuhan pada klien yang diberikan terapi keluarga 5 - 10% (Keliat, 2006). Keluarga sebagai "perawat utama" dari klien memerlukan treatment untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam merawat klien.

Berdasarkan *evidence based practice* psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga untuk meningkatkan ketrampilan mereka dalam

merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga akan mempunyai koping yang positif terhadap stress dan beban yang dialaminya (Goldenberg & Goldengerg, 2004).

Pendapat lain menjelaskan bahwa Psikoedukasi keluarga adalah pemberian pendidikan kepada seseorang yang mendukung *treatment* dan rehabilitasi. Berdasarkan penelitian psikoedukasi keluarga terbukti efektif keluarga klien skizofrenia keluarga klien ketergantungan napza, keluarga klien dengan bipolar disorder dan keluarga klien dengan depresi. Skizofrenia ditandai dengan dua katagori gejala utama, positif dan negative.

Mengacu pada hal tersebut, penulis menfokuskan pada psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien dengan gangguan isolasi sosial. Penulis mengharapkan dengan psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien dengan isolasi sosial, maka pengetahuan keluarga tentang kemampuan cara merawat klien isolasi sosial dan kemampuan koping terhadap stress dan beban yang dialami dapat meningkat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian eksperimen semu (*quasi experimant pre dan post test with kontrol group*). Besar sampel penelitian ditetapkan dengan *purposive sample* yaitu 24 kelompok intervensi yang diberikan terapi psikoedukasi keluarga dan 24 keluarga sebagai kelompok kontrol yang diberikan terapi generalis. Pelaksanaan penelitian dibantu oleh perawat rumah sakit yaitu ruang Samiaji dan Yudistira dalam

memberikan terapi generalis, sedangkan untuk terapi psikoedukasi keluarga dilakukan oleh peneliti.

Instrumen penelitian digunakan adalah kuesioner, terdiri dari kuisioner tentang karakteristik keluarga, kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga. Instrumen sudah diuji validitas dan reabilitasnya di RSJ Solo, pada kemampuan kognitif hasil 0,984 dan pada kemampuan psikomotor 0,987.

Pengumpulan data dilakukan dalam dua periode yaitu : melakukan *pre test* pada responden kelompok kontrol dan intervensi untuk menilai kemapuan keluarga, kemudian memberikan terapi generalis pada kelompok intervensi dan kontrol. Pada kelompok intervensi diberikan terapi psikoedukasi keluarga selama lima sesi yang masing – masing sesi selama 45 menit. Setelah itu diukur kembali kemampuan kognitif dan psikomotor dengan menggunakan *post tes*, pada kelompok intervensi dan kontrol.

Analisa data dilakukan menggunakan 2 uji yaitu univariat untuk karakteristik responden dan bivariat untuk menganalisa kemampuan keluarga sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga. Uji univariat dengan menggunakan uji *chi-square* dan uji bivariat menggunakan analisis *Independent Sample t-test* dan *paired t-test*.

HASIL DAN BAHASAN

Penelitian dilakukan di RSUD Banyumas ruang Samiaji dan Yudistira terhadap 48 responden(keluarga dengan anggota keluarga isolasi sosial) yaitu 24 kelompok intervensi dan 24 kelompok kontrol. Hasil analisis penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial baik kognitif dan psikomotor sebelum pemberian terapi psikoedukasi keluarga setara($p>0,05$) (Tabel 1).

Tabel 1. Kesetaraan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Berdasarkan Usia Di RSUD Banyumas. Bulan Mei – Juni 2009 ($n=48$).

Kelompok	Mean	SD	SE	N	P	T
Intervensi	43,96	8,730	1,782	24	0,905	0,120
Kontrol	43,67	8,117	1,657	24		

Hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga secara

bermakna ($p<0,05$) sesudah pemberian terapi psikoedukasi keluarga (Tabel 2).

Tabel 2. Kesetaraan Kelompok intervensi dan Kontrol berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan lama merawat di RSUD Banyumas Mei – Juni 2009 (n=48)

Karakteristik	Intervensi		Kontrol		Jumlah		X ²	P value
	n	%	n	%	n	%		
Kelamin								
Laki-laki	10	20,8	13	27,1	23	66,7	0,334	0,564
Perempn	14	29,2	11	22,9	25	33,3		
Pendidikan								
Dasar	15	31,75	12	25	21	43,8	0,339	0,561
Menengah	9	18,75	12	25	27	56,2		
Lama Merawat								
< 1 tahun	12	25	11	22,9	23	47,9	0,000	1,000
> 1 tahun	12	25	13	27,1	25	52,1		

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rerata kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga kelompok intervensi meningkat

lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$) (Tabel 3).

Tabel 3. Analisis Kemampuan keluarga Dalam Merawat Klien Isolasi Sosial Sebelum Dan Sesudah Terapi Psikoedukasi Keluarga Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSUD Banyumas. Mei –Juni 2009(n= 48)

Kemampuan	Mean	SD	SE	T	P Value
Kelompok Intervensi					
Kognitif					
Sebelum	47,50	9,891	2,019	-17,621	0,000*
Sesudah	77,50	11,51	2,351		
Selisih	30				
Psikomotor					
Sebelum	48,75	10,347	2,112	-10,195	0,000*
Sesudah	75,83	9,286	1,896		
Selisih	27,08				
Kelompok Kontrol					
Kognitif					
Sebelum	51,25	9,918	2,025	-9,167	0,000*
Sesudah	64,17	7,755	1,583		
Selisih	12,93				
Psikomotor					
Sebelum	52,50	11,561	2,351	-1073	0,000*
Sesudah	65,00	9,325	1,903		
Selisih	12,5	2,236	0,448		

Terapi *Psikoedukasi* keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam terapi mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga bagaimana tehnik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005).

Aktifitas program psychoeducational untuk keluarga menurut Marsh (2000) yang dikutip oleh Stuart & Laraia (2005), yang dapat meningkatkan kemampuan terdapat unsur didaktik yaitu :Komponen didaktik: memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistim kesehatan jiwa yang dalam penelitian ini lebih difokuskan pada klien isolasi sosial. Kemampuan kognitif yang mengalami peningkatan yaitu keluarga mampu mengetahui penyebab, tanda gejala isolasi sosial akibatnya keluarga mampu untuk merawat klien dengan isolasi sosial. Meski tidak ada satupun program bisa bekerja, sama baiknya dalam semua situasi, untuk menjelaskan struktur umum yang dapat memodifikasi kebutuhan pertemuan individu. Kebanyakan program pendidikan mempunyai batasan dan didesain terbatas terutama untuk pola pikir dan perilaku dari keluarga. Yang paling penting dari program Psikoedukasi keluarga adalah bertemu keluarga berdasarkan pada kebutuhan dan keluarga memberi

kesempatan untuk bertanya, bertukar pandangan dan bersosialisasi dengan anggota yang lain dan profesi kesehatan mental. Penelitian membuktikan psikoedukasi keluarga sangat efektif diberikan kepada keluarga.

Kenaikan kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi dimungkinkan karena terapi psikoedukasi keluarga yang berkaitan dengan adanya komponen ketrampilan latihan yang terdiri dari : komunikasi, latihan menyelesaikan konflik, latihan asertif, latihan mengatasi perilaku dan mengatasi stress. Komponen latihan terdapat dalam sesi tiga yaitu demonstrasi keluarga cara berinteraksi dan berkenalan dengan orang lain, meragakan cara beraktifitas dan meragakan cara memberikan obat pada pasien.

Peningkatan kemampuan psikomotor ini kemungkinan berkaitan dengan teori belajar yang menjelaskan bahwa seorang belajar bukan saja dari pengalaman langsung, tetapi dari peniruan, peneladanan (modeling). Perilaku merupakan hasil faktor – faktor kognitif dan lingkungan artinya seseorang mampu memiliki ketrampilan tertentu bila terdapat jalinan positif dan stimuli yang diamati dan karakteristik diri seseorang. Kemampuan psikomotor dalam merawat klien ditujukan pada kemampuan keluarga untuk senantiasa memberi pujian dan penghargaan pada klien, berupaya memberi dukungan pengobatan dengan membawa klien berobat ke pelayanan kesehatan. Kemungkinan lain diperkuat oleh besarnya porposisi usia dan tingkat pendidikan keluarga dalam kelompok ini. Meskipun semua responden berpendidikan dasar dan menengah, namun dalam mengingat aktifitas sederhana justru pada usia dewasa madya terjadi peningkatan.

Denney (1993) dalam Notoatmojo (2007) menentukan bahwa kecakapan untuk menyelesaikan problem praktis, meningkat pada usia 40 – 50 tahun.

Kemampuan psikomotor didapatkan sebagian besar keluarga mampu meragakan cara berinteraksi, berkenalan dengan orang lain dan yang jarang dilakukan adalah mengontrol minum obat dan melibatkan dalam aktifitas, karena klien masih dirawat di rumah sakit. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Wardani dkk, (2006) dalam penelitian yang berjudul pengaruh psikoedukasi terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di Yogyakarta.

Keluarga yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga meningkatkan kemampuan yang bermakna sebesar 25,36 kali. Sesuai pendapat dari Goldenberg (2004) bahwa psikoedukasi adalah terapi yang diberikan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan, untuk dapat memahami dan meningkatkan coping akibat gangguan jiwa yang dapat mengakibatkan masalah pada keluarga.

Lawrence & Veronika (2002) mengungkapkan terjadi peningkatan 33% pada kelompok klien skizofrenia setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga, karena dalam psikoedukasi keluarga berisi tentang : peningkatan hubungan yang positif antara anggota keluarga, meningkatkan stabilitas keluarga, manajemen stress keluarga, kemampuan motorik keluarga melalui *role play*. Dengan demikian dapat disimpulkan penelitian ini menjawab hipotesa bahwa terapi psikoedukasi keluarga meningkatkan

kemampuan keluarga secara bermakna dalam merawat klien isolasi sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kemampuan yang bermakna antara kelompok yang mendapat terapi TPK dan keluarga yang tidak mendapat TPK sesudah TPK. Perbedaan ini terjadi pada aspek kognitif dan psikomotor. Perbedaan yang paling besar pada aspek kognitif yaitu 30.

Perbedaan bermakna pada aspek kemampuan keluarga karena pelaksanaan psikoedukasi keluarga yang berjalan intensif dari sesi satu sampai sesi lima dan masing – masing peserta mengikuti dari awal sampai akhir. Hasil dari penelitian ini sesuai teori yang disampaikan oleh Goldenberg (2004) bahwa Family Psychoeducation adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap kemampuan keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan kepada mereka untuk meningkatkan kemampuan untuk dapat memahami dan mempunyai coping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarga. Menurut Suny & Win-King (2007) terapi psikoedukasi keluarga sangat efektif karena memberikan informasi tentang preventif dan promotif, ketrampilan coping, kognitif tingkah laku dan ketrampilan bagi keluarga.

SIMPULAN DAN SARAN

Karakteristik keluarga yang mempunyai klien isolasi sosial di RSUD Banyumas pada umumnya pada rentang usia dewasa, mempunyai tingkat pendidikan dasar, berjenis kelamin perempuan. Terapi Psikoedukasi Keluarga meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor secara bermakna. Kualitas

sumber daya manusia keperawatan perlu ditingkatkan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien isolasi sosial berdasarkan terapi generalis. Direktur RS Jiwa atau Umum yang membuka bangsal jiwa menetapkan suatu kebijakan untuk implementasi terapi keluarga pada keperawatan jiwa yaitu terapi psikoedukasi

keluarga dan terapi generalis untuk keluarga. Perlu penelitian pada kasus lain untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana terapi psikoedukasi Keluarga dapat membantu klien dengan masalah selain isolasi sosial dalam meningkatkan pengetahuan kognitif.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Balitbangkes, (2008). www.litbang.depkes.go.id, diperoleh tanggal 20 januari 2009).
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse – patient Journey*. Philadelphia. W.B. Saunders Company
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003). *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, Jakarta Depkes.
- Farid, A. (2006). *Membangun Kesadaran Baru tentang Kesehatan Jiwa*, [http://www. Suara karya-online.com/news-html](http://www.Suara.karya-online.com/news-html). Diperoleh tanggal 19 Desember 2008.
- Goldenberg, I & Goldengerg, H. (2004). *Family Theraphy an overview* . United states, Thomson
- Kalpan & Saddock . (1997), *Synopsis of Pshyciatry Science Clinical Psychiatry* . Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keliat, B. (1996). *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Gangguan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Keliat, B. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor:Desertasi*, Jakarta: FKM UI
- Lameshow, Stanley, et.al. (1997), *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Gadjah Mada University Press.
- Lawrence & Veronika. (2002). *Understanding families in their in their own context:schizophrenia and structural family therapy in Beijing*. Journal of family therapy 24: 233-257
- Maramis. (2006). [http://www.Suarakaryaonline. Com/news.htm?id=157830011](http://www.Suarakaryaonline.Com/news.htm?id=157830011), diperoleh pada tanggal 20 februari 2009.
- Notoatmojo, S. (2005). *Promosi Kesehatan dan teori aplikasinya*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2003). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta; Salemba Medika.
- Psychoeducation. (2006). *Psycoeducation*, www.psycoeducation.com, diambil tanggal 5 Januari 2009.
- Psyweb Mental Health Site . (2000). *Schizofrenia*. <http://www>.

- Psyweb.com Diperoleh 25 Februari 2009.
- Rasmun. (2001). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*. Jakarta, Sagung Seto.
- Stuart, G., and Laraia, M., (2005) *The Principle and Practise of Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby, St Louis Missouri.
- Sugiyono. (2002). *Metode penelitian administrasi*. Bandung : Alfabeta
- Suny & Wing-Kin-Lee . (2007). *Psychoeducational programme in Hong Kong for People with Schizofrenia*. *Occup. Ther. Int.* 14 (2): 86 – 98 .
- Sutatminingsih, R. (2002). *Schizofrenia*. [http:// www.library usu. ac.id/ modules. php](http://www.library.usu.ac.id/modules.php). Diperoleh 1 januari 2009
- Townsend, CM. (2005). *Esesential of Psychiatric Mental Health Nursing*. Ed.3. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Utami, TW. (2008) *Pengaruh Self Help Group Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa Di Kelurahan Sindang Barang Bogor Tahun 2008*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Varcarolis, Elizabet. M et al (2006) *Foundations of Pshychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*, Edisi 5. Sounders Elsevier, St Louis Missouri.
- Videbeck, S. L. (2006). *Buku Ajar Keperaawatan Jiwa*, Edisi 1, Jakarta EGC.
- Wardiningsih, Santi (2007), *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*, Hasil Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.