

Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga terhadap *Self Efficacy* Keluarga dan Sosial Okupasi Klien *Schizophrenia*

Rina Kartikasari, Iyus Yosep, Aat Sriati
Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
Email: aat.sriati@gmail.com

Abstrak

Klien *schizophrenia* mengalami penurunan kemandirian dalam perawatan diri, fungsi sosial, sehingga membutuhkan bantuan keluarga. *Self efficacy* dapat memengaruhi keyakinan keluarga ketika merawat klien *schizophrenia*. Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* di Kecamatan Kersamanah Garut. Metode penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan *pre-post test with control group*. Populasi yaitu keluarga yang merawat (*caregiver*) klien *schizophrenia* di Desa Nanjungjaya, Sukamaju, Mekaraya, Sukamerang dan Girijaya. Jumlah sampel 32 responden dibagi menjadi kelompok kontrol (16) dan intervensi (16). Teknik pengambilan sampel menggunakan *quota sample*. Pada kelompok intervensi dilakukan terapi psikoedukasi keluarga, kemudian sebelum dan sesudah intervensi dilakukan pengukuran *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia*. Kelompok kontrol tidak diintervensi, hanya mendapat pendidikan kesehatan dengan metode ceramah tentang perawatan klien *schizophrenia*. Penelitian menggunakan *Perceived Collective Family Efficacy Quisioner* dan *Social Occupational Functioning Assessment Scale*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perubahan bermakna *self efficacy* keluarga dengan sosial okupasi klien *schizophrenia* setelah diberikan terapi psikoedukasi ($p < 0,05$) dan terdapat perbedaan perubahan bermakna pada kelompok kontrol dan intervensi ($p < 0,05$). Peneliti merekomendasikan penggunaan terapi psikoedukasi keluarga sebagai terapi modalitas pada keluarga yang merawat klien *schizophrenia*.

Kata kunci: Keluarga, okupasi, psikoedukasi, *self efficacy*, *schizophrenia*.

The Influence of Family Psychoeducation Therapy on Self Efficacy Family And Social Occupations Schizophrenia's Clients

Abstract

Schizophrenic clients have decreased in self-sufficiency in self-care, social functions, and thus those clients require family assistance. Self-efficacy, in this matter, can affect family beliefs when taking care the schizophrenic clients. Therefore, the study aims to determine the influence of family psychoeducation therapy on family self-efficacy and social occupation of schizophrenic clients in Kersamanah sub-district, Garut. The research method used is quasi experiment with pre-test and posttest with control group. The population is the caregiver family of schizophrenic clients in Nanjungjaya, Sukamaju, Mekaraya, Sukamerang and Girijaya villages. The sample size of 32 respondents are divided into control group (16) and intervention group (16), sampling technique used is quota sample. In the intervention group, family psychoeducation therapy is performed before and after the intervention (treatment), measuring the family self-efficacy and social occupation of schizophrenic clients. The control group is not intervened, they only received a health education with a lecture method on how to take care of a schizophrenic client. The study used the Perceived Collective Family Efficacy Quisioner and Social Occupational Functioning Assessment Scale. The results show that there are significant changes in family self-efficacy with social occupational schizophrenia patients after psychoeducation therapy applied ($p < 0.05$) and there are significant differences in control and intervention group of ($p < 0.05$). Thus, the researcher recommends to use of family psychoeducation therapy as a modal therapy in families to treat their schizophrenic family.

Keywords: Family, occupational, psychoeducation, self-efficacy, schizophrenia.

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) menyatakan jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 542.700.000 jiwa dengan 24 juta didiagnosa *schizophrenia* (WHO, 2011). Di Inggris, jumlah klien *schizophrenia* mencapai 5-50 per 100.000 dan banyak ditemukan pada laki-laki dengan rata-rata usia 18-25 tahun dibanding dengan perempuan dengan rata-rata usia 25-35 tahun (Cameron, 2004). Jumlah gangguan jiwa di Indonesia, yaitu 17.400.000 jiwa (Departemen Kehatan Republik Indonesia, 2011).

Schizophrenia ialah suatu penyakit yang memengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh (Videbeck, 2008). Gejala *schizophrenia* mengakibatkan klien mengalami penurunan kemampuan merawat diri, fungsi sosial okupasi, bahkan kualitas hidup (Varcarolis & Halter, 2010; Videback, 2011; Pieter, Janiwarti, & Saragih 2011; Imelisa, 2012). Hasil penelitian di Belgia, Belanda, Jerman, Serbia, Spanyol, Perancis, Inggris, dan Swiss, diketahui sebanyak 80% klien *schizophrenia* mengalami masalah fungsi sosial okupasi (Ballerini, 2002; Hunter & Barry, 2010). Fungsi sosial okupasi adalah kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan dasar, menjalankan peran sosial, serta kemampuan menghadapi stress (Suharto dkk., 2009).

Dampak klien *schizophrenia* dapat terjadi langsung terhadap individu yang bersangkutan, seperti dipandang sebagai individu bodoh, aneh, berbahaya dan lebih negatif dibandingkan dengan gangguan mental lainnya (Irmansyah, 2006). Klien *schizophrenia* sering disembunyikan, dikurung, tidak berobat ke dokter melainkan dibawa ke "orang pintar" (Hawari, 2007). Dampak lainnya adalah kekambuhan seumur hidup sehingga memerlukan perawatan jangka panjang (Videback, 2008). *American Psychological Association (APA)* pada tahun (2000) menyatakan mencegah kekambuhan merupakan hal yang penting dalam pengobatan klien *schizophrenia*, karena berpengaruh terhadap keadaan fisik dan masalah psikososial. Dari dampak-dampak tersebut menyebabkan klien *schizophrenia* menjadi tergantung terhadap

orang lain terutama pada anggota keluarga (*caregiver*) (Sadock & Sadock, 2003; Nevid, Rathus, & Greene, 2003). *Caregiver* membutuhkan dukungan anggota keluarga lainnya agar memiliki keyakinan diri (*self efficacy*) yang baik. *Self efficacy* merupakan prediktor yang kuat untuk merubah maupun untuk mempertahankan perilaku, jika *self efficacy caregiver* baik, maka ia memiliki kemampuan merawat baik pula (Bandura, 1995). Perubahan yang tampak pada klien *schizophrenia* tidak memperlihatkan dampak spesifik seperti kematian segera, namun akan terlihat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia seperti perawatan diri, ketergantungan pada keluarga serta pada fungsi sosial okupasi (Ambarani, 2007). Fungsi sosial okupasi dapat dilihat ketika *caregiver* belajar mengenali gejala awal terjadinya kekambuhan, serta perubahan perilaku sosial okupasi klien *schizophrenia* sehingga *caregiver* mempunyai peran yang penting dalam proses penyembuhan klien *schizophrenia* (Wiramihardja, 2005). Selain itu keluarga juga masih memiliki persepsi yang negative terhadap klien dengan skizofrenia (Suryani; Komariah & Wiwi, 2014).

Terapi-terapi yang dapat diberikan terhadap klien *schizophrenia* antara lain: psikoedukasi (Mottaghipour & Bickerton, 2005); psikofarmaka, psikososial, psikoterapi dan psikoreligius (Hawari, 2007); psikososial (Nice, On, & Primary, 2010). Penelitian di Cina menemukan bahwa klien *schizophrenia* mengalami peningkatan sosial okupasi setelah diberikan terapi psikofarmaka yang dikombinasikan dengan edukasi dan psikososial (Guo *et al.*, 2010).

Klien *schizophrenia* memerlukan perawatan yang melibatkan seluruh anggota keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Ketika ada salah satu anggota keluarga mengalami *schizophrenia*, maka seluruh anggota keluarga ikut menanggung dampak negatifnya, sehingga keluarga harus mampu menciptakan kekuatan (Dolan *et al.*, 2006). Hasil penelitian membuktikan bahwa keluarga mempunyai peran yang besar dalam menurunkan kekambuhan, dan meningkatkan pemulihan klien (Chang, 2006; Nurdiana, 2007; Dinosestro, 2008). Keluarga yang merawat (*caregiver*) klien *schizophrenia*

memerlukan dukungan dari anggota keluarga lainnya supaya memiliki *self-efficacy*. Bandura (1995) menyatakan *self-efficacy* mampu untuk merubah perilaku, memotivasi *caregiver* terus belajar memberikan perawatan yang terbaik, menjaga dari kekambuhan (Bijl & Baggett, 2002).

Self efficacy memengaruhi perilaku *caregiver*, seperti tidak ditemukan lagi pengurangan terhadap klien *schizophrenia* (Morimoto & Matsuyama, 2010). *Self efficacy* mempunyai hubungan yang erat dengan fungsi psikososial klien *schizophrenia*. klien *schizophrenia* dengan *self efficacy* akan memperoleh *insight* yang utuh sehingga mampu mengurangi gejala negatif dan bisa meningkatkan keterampilan hidup sosial sehari-hari (Kurtz, Olfson, & Rose, 2013). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Corrigan (2008) bahwa *self efficacy* dapat dijadikan sebagai koping atas stigma dari masyarakat yang menyebabkan kecemasan bagi keluarga yang merawat klien *schizophrenia*.

Caregiver perlu mendapatkan terapi keluarga untuk memperkuat strategi koping dalam menangani perubahan mental klien, mencegah kekambuhan serta mempertahankan keberadaan klien di masyarakat (Mottaghipour & Bickerton, 2005; & Stuart, 2009). Hasil penelitian membuktikan terapi psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan fungsi keluarga dan menurunkan beban keluarga di Hongkong (Chien & Wong, 2007), mengurangi kekambuhan dan memperbaiki kemandirian (Kembaren, 2011), dan meningkatkan kemampuan merawat klien dengan harga diri rendah (Ridwan, 2012). Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui belum ada penelitian tentang terapi psikoedukasi keluarga untuk meningkatkan *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia*.

Garut merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Barat dengan prevalensi gangguan jiwa 2,6/1000 jiwa. Salah satu Kecamatan di Garut adalah Kersamanah (Desa Kersamanah, Sukamaju, Nanjungjaya, Girijaya, Sukamerang, dan Mekaraya) memiliki penderita gangguan jiwa sebanyak 125 orang (94 klien terdiagnosis *schizophrenia*). Pada tahun 2012, Kersamanah menjadi wilayah binaan dibawah pengawasan

Kementrian Sosial dengan menunjuk Panti Sosial Bina Laras (PSBL) Bina Martha serta melakukan kegiatan yang berfokus memandirikan, memberi bimbingan kerja dan modal usaha kepada klien *schizophrenia* yang sudah sembuh agar mandiri dan mampu meningkatkan sosial dan okupasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* di Kecamatan Kersamanah Garut.

Metode Penelitian

Penelitian menggunakan metode quasi eksperimen dengan *pre-post test with control group*. Populasi penelitian yaitu keluarga di Kecamatan Kersamanah (Desa Nanjungjaya, Sukamaju, Mekaraya, Sukamerang, dan Girijaya) sebanyak 62 keluarga (Desa Kersamanah tidak dimasukkan kedalam populasi dengan pertimbangan tidak mendapat rekomendasi dari Puskesmas Sukamerang dan sedang dijadikan tempat penelitian pada rentang waktu yang sama sehingga berisiko bias pada hasil penelitian. Sedangkan, sampel penelitian yaitu keluarga yang merawat klien *schizophrenia* (*caregiver*) bertempat tinggal di Kersamanah sebanyak 32 responden. Penelitian ini menggunakan teknik *quota sampling*, terbagi menjadi 16 responden untuk kelompok kontrol dan 16 responden kelompok intervensi sehingga jumlah subjek penelitian 32 orang *caregiver*.

Variabel bebas penelitian yaitu terapi psikoedukasi keluarga dan variabel terikat penelitian yaitu *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia*. Pengumpulan data menggunakan instrumen karakteristik berisi pertanyaan: jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien. Instrumen *self efficacy caregiver* yaitu *Perceived Collective Family Efficacy* menggunakan skala 0-100 yaitu: 0-39 tidak dikerjakan, 40-79 kadang-kadang, dan 80-100 selalu dikerjakan. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas korelasi antara item-total >0,30 dan reliabilitas $\alpha = 0,87$. Instrumen *social functioning* (SOFAS) menggunakan skala 0 -100. Penilaian SOFAS yaitu: Skor 100-

70 menunjukkan kesulitan katagori ringan, 69-31 menunjukkan kesulitan katagori sedang, dan ≤ 30 menunjukkan kesulitan. Berdasarkan hasil penelitian Rosita (2011) diketahui bahwa didapatkan nilai reliabilitas intra-pengamat sebesar 0,89 ($p < 0,001$) dan nilai reliabilitas antar-pengamat sebesar 0,82 ($p < 0,001$), sehingga dapat dikategorikan memiliki tingkat reliabilitas yang baik ($0,80 < r < 1,0$).

Waktu penelitian ini selama empat minggu, dimulai tanggal 7 Juni sampai 4 Juli 2015. Penelitian dimulai dengan mengajukan permohonan izin penelitian kepada Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran tanggal 13 Mei 2015, mengajukan Permohonan *Ethical Clearance* kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan RSP Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan mengajukan surat Ijin Penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Garut. Pada tanggal 20 Mei 2015 mendapat balasan dari BaKesBangPol dilanjutkan mengajukan surat ke Dinas Kesehatan Kabupaten Garut untuk mengeluarkan surat izin melakukan penelitian di Puskesmas Sukamerang dan kemudian mendapatkan surat balasan dari Dinas Kesehatan tanggal 22 Mei 2015.

Peneliti bermitra dengan satu perawat Puskesmas Sukamerang yang sebelumnya telah dilakukan persamaan persepsi tentang pengisian instrument. Peneliti mengadakan pendekatan dan membina kepercayaan dengan calon responden (yang sudah di skrining bersama perawat) yang memenuhi kriteria inklusi untuk memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian. Setelah calon responden mendapat penjelasan dan menandatangani lembar persetujuan responden, kemudian peneliti melakukan *Pretest* tanggal 8 Juni 2015.

Pada saat pengambilan data, peneliti melakukan sendiri terapi psikoedukasi keluarga yang disaksikan Perawat Puskesmas. Kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga. Kelompok intervensi mendapatkan tiga kali kunjungan dengan rincian sebagai berikut: sesi pertama dan sesi kedua (Minggu I) tanggal 10, 11, dan 12 Juni 2015; sesi ketiga (Minggu II) tanggal 15, 16, dan 20 Juni 2015; sesi keempat (Minggu III) tanggal 22, 23, 24, 25, dan 26 Juni 2015.

Setiap sesi dilakukan selama 30-45 menit dengan rincian 15 menit untuk sesi materi dan 15 sampai 20 menit untuk sesi diskusi kepada *caregiver*.

Sesi pertama dan kedua dilakukan dalam satu kali kunjungan ke rumah *caregiver*. Pada sesi pertama, perawat dan *caregiver* bersama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul di keluarga. Sesi kedua berfokus pada masalah yang dialami oleh klien *schizophrenia* terkait dengan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan. Sesi ketiga dan keempat dilaksanakan pada minggu kedua dan ketiga. Pelaksanaan diberikan satu sesi untuk satu kali kunjungan. Pada sesi tiga berisi *self efficacy*. Peneliti mencoba memberi penguatan serta motivasi agar *self efficacy caregiver* mengalami perubahan. Setiap *caregiver* mendapatkan buku kerja yang harus diisi dan setiap peneliti datang maka buku kerja *caregiver* akan dikoreksi. Jarak waktu setiap kunjungan adalah satu minggu. Saat intervensi, terkadang kondisi lingkungan rumah *caregiver* susah untuk dikontrol (*caregiver* sambil mengasuh anaknya dan menjaga warung). *Posttest* pada penelitian ini dilaksanakan tanggal 4 Juli 2015.

Analisis univariat pada penelitian ini berupa karakteristik responden (jenis kelamin, usia, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan). Sedangkan, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (terapi psikoedukasi keluarga) dengan variabel dependen (*self efficacy* dan sosial okupasi). Analisis data dilakukan setelah uji normalitas (uji *Shapiro-wilk* karena sampel < 50) dan homogenitas (uji *Chi Square*).

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan rerata *self efficacy* dan sosial okupasi adalah uji t tidak berpasangan, untuk melihat perbedaan rerata *self efficacy* dan fungsi sosial okupasi pada kelompok kontrol dan intervensi setelah intervensi adalah uji t tidak berpasangan karena hasil uji beda sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi didapatkan hasil distribusi data normal. Sedangkan untuk mengetahui rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* menggunakan uji t karena hasil uji beda sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol berdistribusi data normal.

dan homogen. Uji statistik dengan uji t dipakai untuk mengetahui rerata *self efficacy* dan fungsi sosial okupasi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan untuk mengetahui perbandingan rerata *self efficacy* dan fungsi sosial okupasi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi. Uji t dipakai karena hasil uji beda sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi didapatkan hasil distribusi data normal dan homogen.

Hasil Penelitian

Berikut ini disajikan karakteristik klien berdasarkan kelompok intervensi dan kontrol. Data numerik berupa usia disajikan dalam *mean*, median, standar deviasi, nilai

minimal-maksimal, dan *confidence interval* untuk rata-rata. Sedangkan data katagorik berupa jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan hubungan dengan klien *schizophrenia* disajikan dalam persentase. Data karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi disampaikan pada tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden, 8 orang (50,0%) berusia 48-58 tahun pada kelompok kontrol, dan 6 orang (37,5%) berusia 37-47 tahun pada kelompok intervensi. Sebagian besar responden adalah perempuan pada kelompok kontrol 13 orang (81,25 %), dan kelompok intervensi 15 orang (93,75 %). Sebagian besar responden berpendidikan SD pada kelompok kontrol 10 orang (62,5%) dan kelompok intervensi 13 orang (81,25%). Sebagian besar responden

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Kelompok Intervensi (n=16) dan Kontrol (n=16)

Karakteristik Kelompok	Kelompok	
	Kontrol Frekuensi (%)	Intervensi Frekuensi (%)
Usia (tahun)		
26 – 36	1 (6.3)	4 (25.0)
37 – 47	1 (6.3)	6 (37.5)
48 – 58	8 (50.0)	3 (18.8)
59 – 69	4 (25.0)	1 (6.3)
70 – 80	1 (6.3)	2 (12.5)
81 – 91	1 (6.3)	0 (0.0)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3 (18.75)	1 (6.25)
Perempuan	13 (81.25)	15 (93.75)
Pendidikan		
Tidak Sekolah	1 (6.25)	2 (12.5)
SD	10 (62.5)	13 (81.25)
SLTP	4 (25)	0 (0.0)
SLTA	1 (6.25)	1 (6.25)
PT	0 (0.0)	0 (0.0)
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	7 (43.75)	9 (56.25)
Buruh	5 (31.25)	4 (25.0)
Petani	1 (6.25)	1 (6.25)
Wiraswasta	3 (18.75)	2 (12.5)
Karyawan Swasta	0 (0.0)	0 (0.0)
PNS/TNI/POLRI	0 (0.0)	0 (0.0)

Penghasilan		
< 1 jt	14 (87.5)	15 (93.75)
1 – 2 jt	2 (12.5)	1 (6.25)
>= 2 jt	0 (0.0)	0 (0.0)
Hubungan dengan Responden		
Orang Tua	2 (12.5)	2 (12.5)
Suami/Istri	4 (25.0)	0 (0.0)
Anak	7 (43.75)	4 (25.0)
Saudara Kandung	2 (12.5)	9 (56.25)
Lainnya (Kerabat Keluarga)	1 (6.25)	1 (6.25)

Tabel 2 Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Sosial Okupasi Klien *Schizophrenia* Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Sebelum Intervensi

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SB	P	Perbedaan Rerata	CI 95%	t
<i>Self efficacy</i>							-
	Kontrol	22,88	6,592	0,001	9,875	4,190 – 15,560	3.547
	Intervensi	32,69	8,927				
sosial okupasi	Kontrol	17,00	8,741	0,008	10,625	2,977 – 18,273	-
	Intervensi	27,63	12.165				2.837

Tabel 3 Perbedaan Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Setelah Intervensi

Skala Pengukuran	Waktu	Rerata	SB	Nilai P	Perbedaan Rerata	CI 95%	t
<i>Self efficacy</i>							-6.474
	klg						
	Kontrol	37,00	2,098	0,000	9,866	6,631 – 12,744	
	Intervensi	46,69	5,606				
sosial okupasi	Kontrol	31,94	5,183	0,000	13,,188	8,822 – 17,553	-6.169
	Intervensi	45,13	6,801				

tidak bekerja pada kelompok kontrol 7 orang (43,75%) dan kelompok intervensi 9 orang (56,25%). Pada karakteristik penghasilan, sebagian besar mempunyai penghasilan kurang dari 1 juta pada kelompok kontrol 14 orang (87.5%), sedangkan sebagian besar responden mempunyai penghasilan kurang dari 1 juta pada kelompok intervensi 15 orang (93,75%). Pada karakteristik hubungan klien dengan responden, sebagian besar

sebagai anak pada kelompok kontrol 7 orang (43,75%) dan sebagai saudara kandung pada kelompok intervensi 9 orang (56,25%).

Pada tabel 2 dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rerata *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum intervensi. Hal ini dapat dilihat dari nilai $p < 0,05$.

Pada tabel 3 dapat disimpulkan

Tabel 4 Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Sosial Okupasi Klien *Schizophrenia* pada Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Skala Pengukuran	Waktu	Rerata	SB	Nilai P	CI 95%	t
<i>Self efficacy klg</i>	Sebelum	22,88	6,592	0,000	11,118-17,132	-10.001
	Sesudah	37,00	2,098			
sosial okupasi	Sebelum	17,00	8,741	0,000	12,465-17,410	-12.887
	Sesudah	31,94	5,183			

Tabel 5 Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Sosial Okupasi Klien *Schizophrenia* pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Intervensi

Skala Pengukuran	Waktu	Rerata	SB	Nilai P	CI 95%	t
<i>Self efficacy klg</i>	Sebelum	32,69	8,927	0,000	9,975 – 18,025	-7.413
	Sesudah	42,69	5,606			
sosial okupasi	Sebelum	27,63	12,165	0,000	9,937 – 25,063	-4.932
	Sesudah	45,13	6,801			

Tabel 6 Perbandingan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Sosial Okupasi Klien *Schizophrenia* Kelompok kontrol dan Intervensi Sebelum dan Sesudah Intervensi

Skala Pengukuran	Kelompok	Rerata	SB	Nilai P	Perbedaan Rerata	CI 95%	t
Self efficacy Pre							-3.547
	Kontrol	22,88	6,592	0,001	9,875	4.19 – 15.56	
	Intervensi	32,69	8,927				
Fungsi Sosial Okupasi Pre							-2.837
	Kontrol	17	8,741	0,008	10,625	2.977 – 18.273	
	Intervensi	27,63	12,165				
Self efficacy Post							-6.474
	Kontrol	37	2,098	0	9,688	6.631 – 12.744	
	Intervensi	46,69	5,606				
Fungsi Sosial Okupasi Post							-6.169
	Kontrol	31,94	5,183	0	13,188	8.822 – 17.553	
	Intervensi	45,13	6,801				

bahwa tidak ada perbedaan rerata *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol dan intervensi setelah intervensi. Hal ini dapat dilihat dari nilai $p < 0,05$.

Tabel 4 menunjukkan terdapat perbedaan rerata antara *post* dan *pretest self efficacy* dari 22,88 menjadi 37,00 (95% CI

diantara interval 11,118;-17,132) dan sosial okupasi dari 17,00 menjadi 31,94 (95% CI diantara interval 12,465-17,410). Sehingga disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna setelah diberikan terapi, yaitu berupa terapi psikoedukasi keluarga terhadap *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol. Hal

ini dapat dilihat dari nilai $p < 0,05$.

Tabel 5 menunjukkan terdapat perbedaan rerata antara *post* dan *pretest self efficacy* dari 32,69 menjadi 42,69 (95% CI diantara interval 9,975;-18,025) dan sosial okupasi dari 27,63 menjadi 45,13 (95% CI diantara interval 9,937-25,063). Sehingga disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna setelah diberikan terapi, yaitu berupa terapi psikoedukasi keluarga terhadap *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok intervensi. Hal ini dapat dilihat dari nilai $p < 0,05$.

Pada tabel 6 diketahui bahwa perbandingan rerata *self efficacy* keluarga paling tinggi mengalami perubahan yaitu kelompok intervensi meningkat dari 32,69 menjadi 46,69 dan rerata fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* meningkat dari 12,165 menjadi 45,13. Pada kelompok kontrol, walaupun terjadi peningkatan namun tidak terlalu besar, yaitu rerata *self efficacy* keluarga dari 22,88 menjadi 37,00 dan rerata fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* meningkat dari 17,00 menjadi 31,94. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok intervensi dengan nilai *p-value* sebesar 0,000.

Pembahasan

A. Perbedaan Rerata *Self-Efficacy* Keluarga dan Fungsi Sosial Okupasi pada Kelompok Kontrol dan Intervensi Sebelum Intervensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata *self-efficacy* dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum intervensi adalah sama. Hal ini dilihat dari nilai $p < 0,05$. Interpretasi nilai CI 95% yang berarti nilai rerata *self efficacy* keluarga berada diantara interval 4,190 sampai 15,560; dan nilai rerata dari fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* berada diantara interval 2,977 sampai 18,273.

Hasil tersebut terjadi dikarenakan *caregiver* yang merawat klien *schizophrenia* biasanya memiliki hubungan keluarga, baik sebagai saudara kandung atau sebagai anak kandung. Berdasarkan hasil penelitian

diperoleh karakteristik responden kelompok kontrol dan intervensi mempunyai karakteristik yang sama yaitu hampir seluruh responden perempuan, yaitu pada kelompok kontrol 13 orang (81,25 %) dan kelompok intervensi 15 orang (93,75 %) orang dan hampir setengah responden mempunyai hubungan sebagai anak yaitu kelompok kontrol 7 orang (43,75%), dan sebagian besar responden mempunyai hubungan sebagai saudara kandung yaitu kelompok intervensi 9 orang (56,25%).

Keluarga biasanya merawat klien *schizophrenia* yang memiliki masalah-masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, meliputi bantuan untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, finansial, bimbingan, persahabatan sampai melatih dalam fungsi sosial okupasi. Berdasarkan Janca et al (1996) dan WHO (1998) fungsi sosial okupasi pada individu dengan gangguan mental (khususnya pada klien *schizophrenia*), antara lain perawatan diri (yang mengacu pada kebersihan diri, ganti baju dan makan), kinerja kerja (yang mengacu pada fungsi yang diharapkan dibayar kegiatan, belajar, pekerjaan rumah tangga), berfungsi dalam kaitannya dengan anggota keluarga dan rumah tangga (yang mengacu interaksi diharapkan dengan pasangan, orang tua, anak-anak atau kerabat lainnya) dan berfungsi dalam konteks sosial yang lebih luas (yang mengacu sesuai sosial interaksi dengan anggota masyarakat, dan partisipasi dalam olahraga dan lainnya kegiatan sosial). *Self efficacy* sangat penting karena *caregiver* memiliki *self efficacy* tinggi, ketika mendapatkan tugas akan merasa tertantang dan berpikir untuk melakukan sebuah cara (Bandura, 1997).

B. Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Fungsi Sosial Okupasi pada Kelompok Kontrol dan Intervensi Setelah Intervensi

Hasil uji statistik perbedaan rerata rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol dan intervensi setelah intervensi dengan nilai $p < 0,05$ yang berarti bahwa rerata data kedua kelompok setelah intervensi adalah tidak sama sehingga ada perbedaan yang bermakna. Hasil tersebut dimungkinkan karena kelompok intervensi

mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga serta memperoleh kesempatan bertanya kepada perawat sehingga pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki jauh lebih banyak. Sesuai dengan tujuan terapi keluarga dirancang untuk memberikan edukasi tentang penyakit, mengajarkan teknik-teknik kepada *caregiver* untuk mengatasi perubahan perilaku dan menguatkan kekuatan keluarga (National Alliance for The Mental Ill/ NAMI; Mc Farlane, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan hampir setengah dari responden berusia 46-55 tahun yaitu kelompok kontrol 6 orang (37,5%) dan berusia 36-45 tahun yaitu kelompok intervensi 6 orang (37,5%). Rentang usia *caregiver* yaitu masa dewasa akhir dan lansia. Usia dewasa seorang *caregiver* akan memengaruhi persepsi dan pengetahuan tentang *schizophrenia* termasuk pada pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan serta pengobatan klien *schizophrenia*. Terapi psikoedukasi keluarga menunjukkan hasil pada kelompok intervensi bahwa waktu kekambuhan secara statistik lebih panjang jika dibandingkan dengan kelompok kontrol (dengan nilai $p = 0,002$) (Shimazu et al., 2008). Peran perawat jiwa selain memberikan asuhan keperawatan, sebagai pendidik (Kohnke, 1982 dalam Videback, 2008), peran perawat lainnya adalah melakukan asuhan keperawatan yang relevan dimana perawat yang memiliki sertifikasi adalah memberikan terapi psikoedukasi keluarga sesuai dengan kondisi pasien (Nasir, & Muhith, 2011).

C. Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Fungsi Sosial Okupasi Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Intervensi

Hasil uji statistik perbedaan rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi mempunyai nilai $p < 0,05$ yang artinya terdapat perbedaan pada rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* sebelum dan sesudah intervensi kelompok kontrol. Hasil tersebut bias terjadi karena kelompok kontrol tidak mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga sehingga pengetahuan dan pemahaman akan *schizophrenia* tidak

bertambah. Dari karakteristik responden, bahwa sebagian besar merupakan lulusan SD pada kelompok kontrol 10 orang (62,5%) dan kelompok intervensi 13 orang (81,25%). Sebagian besar responden tidak bekerja pada kelompok kontrol 7 orang (43,75%) dan kelompok intervensi 9 orang (56,25%). Serta sebagian besar responden mempunyai penghasilan kurang dari 1 juta pada kelompok kontrol 14 orang (87,5%), dan hampir seluruh responden mempunyai penghasilan kurang dari 1 juta pada kelompok intervensi 15 orang (93,75%).

Hasil penelitian sejak tahun 2012 menunjukkan bahwa Kersamanah sudah dibawah binaan Kementrian Sosial, Pemerintah dan menunjuk Panti Sosial Bina Laras Bina Martha sebagai panti rehabilitasi gangguan jiwa dan membuat kegiatan (Usaha Ekonomi Produktif /UEP). Walaupun kelompok kontrol, namun *caregiver* pernah mendapatkan informasi terkait *schizophrenia*. Peran perawat dengan adanya program UEP tersebut adalah sebagai pengelola (manajer) yang nantinya mampu mengelola dan mengontrol agar program UEP tersebut bisa berjalan dan berkelanjutan.

D. Perbedaan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Fungsi Sosial Okupasi pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Intervensi

Hasil uji statistik perbedaan rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dengan nilai $p < 0,05$ yang berarti terdapat perbedaan rerata rerata *self efficacy* keluarga dan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi. Hasil tersebut terjadi karena kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga selama empat minggu dengan tiga kali pertemuan, sehingga pengetahuan *caregiver* bertambah.

Dixon dan Lehman (1995) menyimpulkan bahwa intervensi keluarga melalui pemecahan masalah dan psikoedukasi keluarga dapat menurunkan gejala positif dan negatif, sehingga klien *schizophrenia* dapat lebih fokus pada fungsi sosial.

Pada penelitian ini, dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok

intervensi (16 responden) dengan cara individu dan berkelompok. Intervensi secara individual terhadap setiap *caregiver* dilakukan untuk sesi pertama dan kedua. Bustillo (2000) menyatakan bahwa intervensi secara individual karena setiap *caregiver* mempunyai permasalahan yang berbeda-beda, manfaatnya adalah meningkatkan kepatuhan dalam penggunaan obat dan tambahan informasi mengenai penyakitnya yang tidak diperolehnya dari dokter karena tidak sempat bertanya, malu bertanya. Pada sesi ketiga dan keempat dilakukan secara berkelompok, didasari bahwa pelaksanaan terapi lebih efektif jika dilakukan secara berkelompok dibandingkan dengan pelaksanaan secara individual (Varcarolis, 2006).

Sesi terapi psikoedukasi keluarga yang digunakan dalam penelitian adalah sebanyak 4 sesi, walaupun NAMI (1999) membuat sepuluh sesi terapi psikoedukasi keluarga. Peneliti lainnya yang juga menggunakan empat sesi dalam intervensi terapi psikoedukasi keluarga, yaitu Sari, (2009), Imelisa (2012), dan Ridwan, (2012). Keempat sesi dalam terapi psikoedukasi keluarga dimulai dari pengkajian masalah keluarga, perawatan klien gangguan jiwa, keyakinan diri keluarga yang merawat klien serta fungsi sosial dan okupasi klien *schizophrenia*, dengan tujuan agar perawat memberikan edukasi kepada keluarga mengenai cara-cara merawat klien *schizophrenia*. Pada saat pelaksanaan terapi, responden dibagi buku manual (*booklet*) sebagai media.

E. Perbandingan Rerata *Self Efficacy* Keluarga dan Fungsi Sosial Okupasi pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi Sebelum dan setelah Intervensi

Penelitian menunjukkan bahwa perbandingan rerata *self efficacy* keluarga sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi yang paling tinggi mengalami perubahan yaitu kelompok intervensi meningkat dari 32,69 menjadi 46,69 dan rerata serta sosial okupasi klien *schizophrenia* meningkat dari 12,165 menjadi 45,13. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara *self efficacy* keluarga dan sosial okupasi klien *schizophrenia* pada kelompok intervensi

sebelum dan sesudah intervensi dengan nilai *p-value* sebesar 0,000. Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok kontrol adanya terjadi juga peningkatan namun tidak terlalu besar dari 17,00 menjadi 31,94. Walaupun pada kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi, namun adanya responden pada satu desa menyebabkan kemungkinan terjadi komunikasi diantara responden tersebut.

Pada kelompok intervensi, *caregiver* yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga termasuk materi tentang *self efficacy*. Hal ini sejalan dengan penelitian Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, dan Engel (2001) bahwa dukungan keluarga yang diberikan bersamaan dengan pengobatan medis lebih efektif dalam proses penyembuhan. Hasil penelitian di Cina, bahwa klien *schizophrenia* yang mendapatkan terapi psikofarmaka yang dikombinasikan terapi psikososial mengalami peningkatan fungsi sosial okupasi (Guo *et al.*, 2010). Keluarga berperan penting dalam menentukan asuhan keperawatan di rumah, memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya (Dinosetro, 2008). Peningkatan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* terjadi bila *caregiver* mampu merawat dan mampu untuk mengawasi klien minum obat (Jenkins dkk., 2006). Sehingga Implikasi keperawatan adalah edukasi tentang penyakit dan tentang pentingnya minum obat. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sosial okupasi klien *schizophrenia* mengalami perubahan, sehingga dapat diketahui bahwa *caregiver* telah memiliki *self efficacy* yang tinggi. Morimoto & Matsuyama (2010) menyatakan *self efficacy* memengaruhi perilaku *caregiver*, seperti tidak lagi mengurung klien *schizophrenia* di rumah. Sesuai hasil penelitian secara umum *caregiver* mengalami peningkatan *self efficacy* karena *caregiver* telah mendapatkan informasi tentang *schizophrenia*. Penelitian ini memiliki keterbatasan dimana pada saat penelitian yaitu dari mulai *pretest* sampai dengan waktu *posttest* (selama tiga minggu) kemungkinan terjadi adanya interaksi antar responden yang berada pada satu desa yang sama.

Simpulan

Terapi psikoedukasi keluarga mempunyai pengaruh terhadap *self efficacy* keluarga dan peningkatan fungsi sosial okupasi klien *schizophrenia* sehingga terapi ini dapat digunakan oleh *caregiver* yang merawat klien dengan *schizophrenia*. Terapi psikoedukasi keluarga mudah dipelajari dan digunakan oleh *caregiver* serta tidak menimbulkan efek negatif pada klien *schizophrenia*.

Daftar Pustaka

- Ambarani. (2007). Peningkatan keterampilan sosial melalui teknik modeling untuk meminimalkan stresor lingkungan bagi *schizophrenia*. *Disampaikan pada Konferensi Nasional Stres Manajemen dalam Berbagai Setting Kehidupan*, Bandung.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Balitbangkes. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Depkes.
- Bandura, A. (1995) *Self-efficacy in changing societies*. Canbridge University Press.
- Bijl V. d & Baggett S. LM. (2002). *The theory and measurement of the self efficacy construct*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871579>.
- Bustillo J. (2000). *Schizophrenia: psychosocial treatment*. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins: 1210-1212..
- Cameron, A.D. (2004). *Psychiatry* (2nd Ed.), United Kingdom: Elsevier Science Limited.
- Chang J.s., Ahn Y.M., Park H J., Lee K.Y., Kim S. H., Kang U.G., Kim Y. S. (2006). Aripiprazole augmentation in Clozapine-treated patients with refractory schizophren. Chien, T.W., & Wong, F.(2007). *A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hongkong*. Arlington.
- Corrigan, P.W., & Larson, J.E. (2008). *Stigma clinical handbook of schizophrenia*. New York, USA: The Guildford Press. 533–540.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2011). www.depkes.go.id Diakses 16 April 2015
- Dinosetro. (2008). Hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kemandirian kehidupan sosial bermasyarakat pada klien skizofrenia post perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur. Tersedia pada <http://dinosetro.multiply.com/guestbook?and=andpage=3>. Diakses. pada tanggal 12 April 2015.
- Dixon L.B., & Lehman A.F. (1995) *Family Intervention for Schizophrenia*. *Schizophrenia* 21(4): 631–643.
- Dolan, P., Canavan, J., & Pinkerton, J. (2006). *Family support as reflective practice*. London : Jessica Kingsley Publisher.
- Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang. B., Wang, C, ..., Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*, 67(9), 895-904.
- Hawari, D. (2007). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hunter, R. & Barry, S. (2010). Impact of negative symtoms on psychosocial functioning in schizophrenia. *EGOFORS Research Group*. Retrieved from http://www.psyring.co.uk/media/media_142692_en.pdf; 15 April 2015.
- Imelisa, R. (2012). *Pengaruh asuhan keperawatan pada klien, keluarga dan peran pengawas minum obat terhadap kemandirian dan kepatuhan berobat klien schizophrenia di Kersamanah Garut*. Tesis.
- Irmansyah. (2006). *Pencegahan dan intervensi dini skizofrenia*. Retrieved from

<http://64.203.71.11/kompas-cetak/0410/19/ilpeng/1331282.htm>, 12 April 2015.

Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor jr. J. J., Mezzich J.E., Sartorius N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected area of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31: 349–354.

Kembaren I. (2011). Psikoedukasi keluarga pada pasien skizofrenia. www.lahargokembaren.com Diakses 12 April 2015.

Kurtz M. M., Olfson R. H., Rose J. (2013) Self efficacy and functional status in schizophrenia. *Schizophrenia research. Elsevier*. 69(2-3):343–352.

Morimoto, T., & Matsuyama, K. (2012). Influence of self efficacy on the Interpersonal: Behavior of schizophrenia patient undergoing rehabilitation in psychiatric day care service. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 203–209.

Mottaghipour, Y., & Bickerton. (2005). *The pyramid of family care: A framework for family involvement with adult health service*. Toronto: Prentice Hall Health.

Nasir, A & Muhith, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Nice, T.H.E., On,G., & Primary, A.I. (2010). *Interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. The British Psychological Society & The Royal College Of Psychiatrists.

Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2003). *Psikologi abnormal* (Ed. 5, Jilid 2) (Terjemahan: Tim Fakultas Psikologi UI). Jakarta: Penerbit Erlangga.

Nurdiana, S. (2007) *Hubungan Peran Serta Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Penderita Schizophrenia di RS Dr. Moch.*

Ansyari Saleh Banjarmasin. Tesis.

Pieter, Z. H., Janiwarti, B., & Saragih, M. (2011). *Pengantar psikopatologi keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Pitschel-W. G., Leucht S., Bauml J., Kissling W & Engel RR. (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia-A Meta Analysis. *PMID:11215551* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551> Diakses 15 April 2015.

Ridwan. (2012). *Pengaruh family psychoeducation terapi Terhadap beban dan kemampuan keluarga merawat klien harga diri rendah di Tasikmalaya*. Tesis. Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia..

Rosita. (2011). The Effectiveness of Eclectic Counseling in Improving Social Function Capacity and Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 2(1).

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th ed). Philadelphia: Lippincott Williams of psychiatry.

Sari. H. (2009). Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam, Jakarta: FIK.

Shimazu K., Shimodera S., Mino Y., Nishida A., Kamimura N., Sawada K. Hirokazu (2011). Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 198: 385–390.

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of Ppsychiatric nursing* (8th Ed.). Missouri : Mosby, Inc.

Suharto, Edi. (2008). *Pekerjaan Sosial dan Paradigma Baru Kemiskinan*. http://www.policy.hu/suharto/modul_a/makindo_24.htm Diakses 15 April 2015.

Suryani., Komariah, K., Karlin, W. (2014). Persepsi Keluarga terhadap Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2(2) 124-131

Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, (5th Ed.), St. Louis: Elsevier.

Varcarolis, E.M., & Halter, M.J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach* (6th Ed.). Missouri: Elsevie, Inc.

Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan*

jiwa (Psychiatric Mental Health Nursing). Jakarta: EGC.

World Health Organization (1998). http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

WHO. (2011). http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ Diakses 15 April 2015.

Wiramihardja, S. A. (2005). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT Refika Aditama.