

EFEKTIFITAS PSIKOEDUKASI TERHADAP KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA PENDERITA HIV-AIDS DI WILAYAH KOTA SEMARANG

Riwayati¹⁾, Eni Hidayati²⁾

¹Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang
Email: riwayati9@gmail.com

²Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang
Email: eni.hidayati82@gmail.com

ABSTRACT

HIV / AIDS in developing countries, including in Indonesia is very difficult to control. HIV (Human Immunodeficiency Virus) causes AIDS by infecting and damaging part of the body's defense (lymphocytes) which are a type of white blood cell in the immune system works to fight off infections. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is a set of symptoms as a result of exposure to the body is difficult to fight any germs. HIV / AIDS can be transmitted through direct contact with blood or body fluids of virus-infected person. Scientists generally believe that HIV-AIDS come from Sub-Saharan Africa. Now AIDS has become a disease outbreak. HIV-AIDS estimated 38.6 million people around the world. In January 2006, UNAIDS in collaboration with the WHO estimates that HIV-AIDS has killed more than 25 million people since it was first recognized on June 5, 1981. Provision of antiretroviral actually can reduce the mortality and severity of infection with HIV-AIDS, access to treatment is not available in all countries. Social punishment for people living with HIV / AIDS, are generally more severe when compared with patients with other deadly diseases. Sometimes the social penalties were also imposed on health workers or volunteers, who are involved in caring for people living with HIV / AIDS (PLWHA). The purpose of this study was to determine the effect on the ability of family psychoeducation therapy care for family members with HIV-AIDS in the city of Semarang. Quasi-experimental research design, with pre-post test approach without control group. The study was conducted in May-July 2014 in the region of Semarang and centralized in the Public Health Polyclinics, using random sampling as many as 30 families with HIV-AIDS sufferers. Family psychoeducation is a method of family therapy developed by NAMI (National Alliance for the Mentally III) to provide support to the family. Family psychoeducation is done through 5 stages of the session. Statistical test results dependent t-test showed a significant increase in the ability of the family after a family psychoeducation intervention (p-value 0,00 ; $\alpha=0,05$). It is expected that the implementation of family psychoeducation to families with HIV and AIDS can be performed in any health care which in turn can be achieved free of HIV-AIDS Indonesia.

Keywords: HIV-AIDS, Ability Family, Family psychoeducation.

PENDAHULUAN

Individu merupakan bagian terkecil dari keluarga, kesehatan individu akan mempengaruhi kesehatan dalam keluarga. Apabila ada salah satu individu dalam anggota keluarga yang sakit akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Kesehatan individu sendiri terdiri dari kesehatan fisik dan kesehatan jiwa. Kesehatan jiwa sendiri adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional (Videbeck, 2008). Ini berarti kesehatan jiwa tidak hanya dapat

dilihat dari satu unsur, tetapi satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan baik secara fisik, psikologis maupun sosial.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)/ AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) telah lama menjadi suatu permasalahan di masyarakat. Obat yang belum ditemukan, ketakutan masyarakat akan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS), ketakutan keluarga akan anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS, dan tentunya ketakutan ODHA itu sendiri. Indonesia merupakan salah satu negara di Asia dengan epidemi yang berkembang paling cepat (UNAIDS,2008). Sejak kasus AIDS pertama dilaporkan pada tahun 1987 di Bali jumlah

kasus bertambah secara perlahan menjadi 225 kasus di tahun 2000. Pada tahun 2006, sudah terdapat 8.194 kasus dan akhir Juni 2009 dilaporkan sebesar 17.699 pasien AIDS, 15.608 orang diantaranya dalam golongan usia produktif 25-49 tahun (88%). Kementerian Kesehatan Indonesia memperkirakan, Indonesia pada tahun 2014 akan terjadi peningkatan jumlah ODHA dari sekitar 404.600 pada tahun 2010 menjadi 813.720 (Sumber: Pemodelan Matematik Epidemi HIV di Indonesia, 2010-2025, KPAN).

Kasus HIV telah dilaporkan oleh lebih dari 200 kabupaten dan kota di seluruh 33 provinsi. Sedangkan di Provinsi Jawa Tengah sendiri pada tahun 2010 ditemukan 4.017 orang menderita HIV dan 1.948 orang AIDS, dan sampai Juni tahun 2011 ditemukan sebanyak 1.630 kasus AIDS. Perkembangan kasus yang terjadi di Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah, Kota Semarang menduduki peringkat tertinggi, disusul Kebumen, Banyumas dan Jepara. (Dinkes Prop Jateng, 2012)

Pada tahun 2011 jumlah kasus AIDS di Kota Semarang yaitu sebanyak 59 kasus dan meninggal sebanyak 10 orang, kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998 sampai dengan tahun 2011 yaitu sebanyak 235 kasus. Kasus HIV mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun 2010 sebesar 287 orang dan tahun 2011 sebesar 427 orang. (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2012).

Keluarga telah lama diketahui sebagai sumber utama pola perilaku sehat. Banyak studi yang telah menguji peran keluarga dalam berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, seperti aktivitas fisik, pola-pola nutrisi, dan penggunaan substansi, dimana masing-masing perilaku tersebut memiliki hubungan yang kuat dengan perkembangan dan pemeliharaan penyakit kronis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik keluarga klien HIV-AIDS

Tabel 5.1

Analisis usia keluarga klien HIV-AIDS di Kota Semarang 2014 (n=30)

Variable	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	30	40.30	53.00	11.31	27-58	45.00-55.80

Peran keluarga dalam perilaku sehat dapat dijelaskan dalam dua perspektif, yaitu perspektif sistem keluarga yang dikemukakan oleh Minuchin dan perspektif perkembangan keluarga yang dikemukakan oleh Aldous (Lees, 2004). Dalam teori sistem keluarga, perilaku sehat diperoleh dengan membentuk suatu sistem sosial dimana masing-masing anggota keluarga membentuk suatu ikatan bersama, mencapai suatu tujuan (keadaan tubuh yang sehat), dan mengelola keseimbangan (mempertahankan kondisi yang sehat). Dalam teori perkembangan keluarga, perilaku sehat diperoleh melalui suatu tahapan tugas-tugas kehidupan di dalam suatu keluarga.

METODE PENELITIAN

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test without control group" dengan intervensi psikoedukasi keluarga.

Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan kemampuan keluarga merawat klien HIV-AIDS sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa psikoedukasi keluarga.

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan keluarga. Pertemuan akan dilaksanakan seminggu sekali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan klien dengan alokasi waktu selama kegiatan 40- 50 menit. Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan setting BKPM Kota Semarang sehingga dapat dilakukan di ruangan yang telah disediakan, ruangan pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di BKPM Kota Semarang.

Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu *editing, coding, processing,* dan *cleaning*.

Hasil pada tabel 5.1 rata-rata usia keluarga klien HIV-AIDS 40.30 tahun, usia termuda 27 tahun dan tertua 58 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata keluarga adalah di antara 45.00 sampai dengan 55.80 tahun. Dan dari uji Saphiro Wilk diketahui data tidak terdistribusi normal.

Karakteristik jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan klien yang terdiri dari data dalam bentuk katagorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut dan disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2

Distribusi frekwensi keluarga HIV-AIDS berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien di Kota Semarang 2014 (n=30)

Karakteristik keluarga	Jumlah	
	frekuensi	%
1. Jenis kelamin		
a. Laki-laki	17	56.7
b. Perempuan	13	43.3
2. Pendidikan		
a. Tidak sekolah	3	10
b. SD	7	23.3
c. SMP	6	20
d. SMA	12	40
e. Perguruan tinggi	2	6.7
3. Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	12	40
b. Bekerja	18	60
4. Hubungan dengan klien		
a. Orang tua	19	63.3
b. Bukan orang tua	11	36.7

Hasil analisis pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga klien HIV-AIDS adalah 56,7% laki-laki, pendidikan keluarga terbanyak (40%) adalah SMA, dan sebagian besar (60%) responden bekerja, sedangkan untuk hubungan klien didapat mayoritas (63.3%) adalah orang tua.

5.1.1. Kemampuan keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS sebelum dan sesudah mengikuti psikoedukasi keluarga

Tabel 5.3

Analisis perbedaan kemampuan kognitif, sikap dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah mengikuti psikoedukasi keluarga di Kota Semarang 2014 (n=30)

Variable	Mean	SD	SE	P value
Kemampuan kognitif :				
Sebelum	52.10	4.63	1.33	0.000
Sesudah	58.05	6.18	1.38	
Selisih	5.95	1.55	0.05	
Kemampuan sikap :				
Sebelum	45.50	5.93	1.32	0.000
Sesudah	54.10	5.93	1.30	
Selisih	8.60	1.40	0.02	
Kemampuan psikomotor :				
Sebelum	5.67	1.80	0.35	0.000
Sesudah	7.89	1.40	0.29	
Selisih	2.19	0.70	0.06	

Hasil analisis dari tabel 5.3 diketahui bahwa terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; alfa 0.05) dengan selisih rerata 5.95. Kemampuan sikap juga menunjukkan perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; alfa 0.05) dengan rerata selisih 8.60. Dan untuk hasil observasi kemampuan psikomotor keluarga juga terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; alfa 0.05) dengan selisih rerata 2.19. Hasil tersebut menunjukkan terjadinya peningkatan kemampuan keluarga yang cukup tinggi dari skor penilaian sebelum dilakukan intervensi.

5.1.2. Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga
a. Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif

Tabel 5.4

Analisis korelasi dan regresi usia terhadap kemampuan kognitif keluarga di Kota Semarang 2014 (n=30)

Karakteristik keluarga	Kemampuan kognitif keluarga		
	r	R ²	P value
Usia	- 0.243	0.125	0.145

Pada tabel 5.4, hasil uji statistik antara usia dengan kemampuan kognitif keluarga pada tingkat kesalahan 5% menunjukkan bahwa tidak ada hubungan (p -value 0,145) dengan $r = -0,245$ atau hubungan lemah dan berpola negative artinya semakin bertambah usia semakin rendah kemampuan kognitifnya. Nilai koefisien determinan usia adalah 12% berarti usia menentukan 12% kemampuan kognitif keluarga sedangkan sisanya ditentukan oleh faktor yang lain.

Tabel 5.5

Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga di Kota Semarang 2014 (n=30)

Karakteristik keluarga	Kemampuan kognitif keluarga			P value
	N	Mean	SD	
1. Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	17	54.45	1.55	0.06
b. Perempuan	13	58.66	6.80	
2. Pendidikan				
a. Tidak sekolah	3	55.24	4.48	0.708
b. SD	7	56.20	5.85	
c. SMP	6	57.10	9.64	
d. SMA	12	58.08	8.90	
e. Akademik/sarjana	2	58.00	7.69	
3. Pekerjaan				
a. Tidak bekerja	12	56.78	5.99	0.679
b. Bekerja	18	58.65	6.53	
4. hubungan dengan klien				
a. Orang tua	19	56.88	6.44	0.436
b. Bukan orang tua	11	62.10	7.27	

Analisis hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS pada tabel 5.5 didapatkan untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan klien tidak ada hubungan dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS ($p > 0.05$; α 5%).

- b. Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor

Tabel 5.6

Analisis korelasi dan regresi usia terhadap kemampuan psikomotor keluarga di Kota Semarang 2014 (n=30)

Karakteristik keluarga	Kemampuan psikomotor keluarga		
	r	R ²	P value
Usia	0.004	0.000	0.991

Dari tabel 5.6 menunjukkan hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS (p -value =0.991) atau hubungan lemah ($r=0.004$) dan berpola negative artinya semakin bertambah umurnya semakin rendah kemampuan psikomotornya.

Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien dilakukan uji Anova dan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7

Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga di Kota Semarang 2014 (n=30)

Karakteristik keluarga	Kemampuan psikomotor keluarga			P value
	N	Mean	SD	
1. Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	17	56.67	4.39	0.458
b. Perempuan	13	55.55	6.08	
2. Pendidikan				
a. Tidak sekolah	3	53.40	5.60	0.863
b. SD	7	53.89	5.57	
c. SLTP	6	54.22	4.89	
d. SLTA	12	55.35	5.61	
e. Akademik / sarjana	2	56.63	7.86	
3. Pekerjaan				
c. Tidak bekerja	12	51.88	3.79	0.548
d. Bekerja	18	54.29	6.83	
4. hubungan dengan klien				
5. Orang tua	19	53.52	5.77	0.367
6. Bukan orang tua	11	55.92	7.31	

Analisis hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS pada tabel 5.7. Didapatkan bahwa untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien, tidak ada hubungan dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien HIV-AIDS yaitu dengan p -value masing-masing 0.458, 0.863, 0.548, dan 0.367 adalah lebih dari α (0.05).

B. Pembahasan hasil penelitian

1. Pengaruh psikoedukasi terhadap kemampuan kognitif keluarga

Kemampuan kognitif keluarga dapat ditingkatkan dengan pemberian informasi yang adekuat oleh tenaga terlatih.

keluarga dengan ODHA sangat membutuhkan informasi untuk meningkatkan pemahamannya tentang bagaimana menghadapi dan cara merawat ODHA di rumah. Keluarga harus tahu apa itu HIV/AIDS, bagaimana penularannya, apa yang seharusnya dilakukan oleh keluarga apabila salah satu anggotanya menderita HIV/AIDS, bagaimana cara merawatnya, bagaimana pengobatannya, dukungan seperti apa yang seharusnya dilakukan oleh keluarga. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Carson (2000) bahwa psikoedukasi merupakan alat terapi keluarga yang mampu menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Dengan diberikannya psikoedukasi pada keluarga dengan ODHA pada penelitian ini, terjadi peningkatan kemampuan kognitif keluarga mengenai HIV/AIDS dan cara penatalaksanaannya, yang ditunjukkan dari hasil selisih rata-rata nilai sebelum dan sesudah pemberian psikoedukasi sebesar 5,95, dan ada pengaruh antara psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan kognitif keluarga ODHA yang ditunjukkan dari hasil *Paired t-Test* yaitu 0,000.

2. Pengaruh psikoedukasi terhadap sikap keluarga

Individu merupakan bagian terkecil dari keluarga, kesehatan individu akan mempengaruhi kesehatan dalam keluarga, apabila ada salah satu keluarga terinfeksi HIV tentunya akan mempengaruhi dinamika di dalam keluarga. Sampai saat ini ODHA di Indonesia stigma dan diskriminasi masih terjadi, pasien yang didiagnosis HIV mengalami stress persepsi (kognisi: penerimaan diri, sosial, dan spiritual) selain respon fisiologis selama menjalani perawatan baik di rumah sakit maupun di rumah. Oleh karena itu ODHA sangat membutuhkan perawatan, pengobatan, dan dukungan dari orang-orang terdekatnya, khususnya dari keluarga, agar mampu untuk beradaptasi dengan cepat dan tidak menularkan kepada orang lain.

3. Pengaruh psikoedukasi terhadap kemampuan psikomotor keluarga

Penanganan ODHA tidak hanya tugas negara, keberhasilan penurunan kasus

HIV/AIDS di Indonesia memerlukan dukungan masyarakat luas. Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat memiliki peran yang dominan, dan sangat mulia sebagai pertahanan pertama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.

Kemampuan psikomotor anggota keluarga sebagai perwujudan dari kemampuan kognitif dan sikap, psikomotor merupakan indikator yang dapat dilihat sejauh mana orang tersebut ikut memerangi dan membantu dalam penurunan kasus HIV/AIDS. Untuk bisa bertindak mereka harus memiliki pengetahuan yang cukup dan sikap yang positif. Psikoedukasi keluarga mengenai strategi penanganan, perawatan dan pencegahan penularan kepada keluarga ODHA mampu meminimalkan penularan, dari anggota keluarga satu ke anggota lainnya, seperti dari suami ODHA ke istri atau sebaliknya, dan dari ibu ODHA ke bayinya, serta dari ODHA ke anggota keluarga/masyarakat lain. Kurniawati (2007) berpendapat bahwa dengan mengajarkan kepada keluarga mengenai perilaku yang mendukung kesembuhan bagi ODHA, keluarga mampu membuat konsumsi nutrisi seimbang, aktivitas dan istirahat teratur, minum ARV dan kontrol ke pelayanan kesehatan teratur, sehingga status viral load ODHA menurun dan meningkatkan CD4, dan mereka mampu hidup secara berkualitas dengan ikut KDS (Kelompok Dukungan Sebaya) ODHA.

4. Hubungan karakteristik dan kemampuan keluarga

Perilaku seseorang dalam merawat orang sakit dipengaruhi oleh banyak hal. Dan banyak konsep/teori yang menguraikan tentang teori perilaku ini, seperti psikolanalisa Freud, konsep behaviorisme, aliran psikologi kognitif, dan aliran psikohumanistik. Freud mengatakan dalam karyanya yang dikutip oleh Notoatmodjo (2010) beliau menyatakan bahwa perilaku manusia ditentukan oleh kepribadiannya, perilaku manusia akan menyesuaikan dengan realitas (aspek psikologis), dan dikendalikan oleh norma-norma sosial (aspek sosiologis), yang adalah juga hati nurani manusia, sedangkan menurut konsep

behaviorisme meyakini bahwa seluruh perilaku manusia kecuali insting adalah hasil dari belajar (Notoatmodjo, 2010).

a. Usia

Tingkat perkembangan (usia) seseorang akan mempengaruhi kepribadian orang tersebut baik dalam memahami sesuatu, bertindak dan bersikap (Notoatmodjo, 2010). Semakin bertambah usia seseorang, maka akan semakin matang cara berpikirnya, namun semakin lanjut usia akan menurunkan kemampuannya dalam mengingat sesuatu, tentunya ini akan mempengaruhi pemahamannya.

b. Jenis kelamin

Dari hasil penelitian tidak ada perbedaan yang signifikan jenis kelamin seseorang terhadap kemampuan dalam merawat anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS. Secara struktur jenis kelamin antara pria dan wanita memang beda, namun seorang pria dapat berbeda dengan wanita pada kemampuannya tergantung dari tingkat kecerdasannya, baik kecerdasan intelektual, emosi maupun spiritualnya (Chaplin dalam Notoatmodjo, 2010).

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi bagaimana orang tersebut bertindak terhadap sesuatu. Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa pendidikan seseorang termasuk dalam faktor predisposisi dalam berperilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, tentunya akan memperoleh banyak nilai yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam bersikap maupun bertindak. Namun dalam penelitian ini tidak ada kaitan antara tingkat pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam merawat ODHA.

d. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang adalah aktivitas yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan. Aktivitas ini akan mempengaruhi sejauhmana intensitas anggota keluarga yang sehat dalam merawat anggota keluarga yang sakit. ODHA dalam melakukan kegiatannya untuk mempertahankan kondisinya

tetap sehat (viral load rendah bahkan nihil atau CD4 tinggi) diperlukan kontrol ke pelayanan kesehatan dan mengkonsumsi obat secara rutin dan teratur. Agar kondisi tersebut terkendali perlunya keluarga untuk ikut memantau bahkan mungkin mengantarkannya dan ini membutuhkan waktu khusus. Dan dari hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kemampuan merawat ODHA.

e. Hubungan dengan klien

Status hubungan keluarga akan mempengaruhi bagaimana orang tersebut berinteraksi dengan anggota keluarga yang sedang sakit. Orang tua khususnya ibu memiliki ikatan emosional yang sangat tinggi dibandingkan anggota keluarga yang lain, karena ia merasa telah mengandung menyusui, dan merawat dari bayi sampai besar. Pada penelitian ini hanya membedakan status hubungan sebagai orang tua dan bukan orang tua, dan tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara status hubungan keluarga dengan kemampuan merawat ODHA.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan :

1. Ada pengaruh antara kemampuan kognitif dengan kemampuan keluarga dalam merawat ODHA, dengan p-value 0,000 ($\alpha=0,05$)
2. Ada pengaruh yang signifikan antara sikap dengan kemampuan keluarga merawat ODHA, dengan p-value 0,000 ($\alpha=0,05$)
3. Ada pengaruh yang signifikan kemampuan psikomotor dengan kemampuan keluarga dalam merawat ODHA, dengan p-value ($\alpha=0,05$)

Saran :

1. Perawat hendaknya mengajak keluarga untuk ikut berperan serta dalam mengelola ODHA di rumah
2. Perawat mengaplikasikan psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga penderita HIV/AIDS

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ditjen dikti yang telah memberikan dana penelitian
2. Dra. Sri Darmawati, M.Si yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama pelaksanaan penelitian
3. Kepala BKPM Kota Semarang atas ijin penelitian yang diberikan
4. Rekan-rekan sejawat yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini

REFERENSI

- Boyd, M.A., and Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing: contemporary practice*. Philadelphia: Lippincot.
- Carson, V.B., (2000). *Mental health nursing : the nurse-patient journey*. (2th ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Fortinash, K.M. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. Third edition. St Louis Missouri: Mosby Year Book.
- Frisch, N.C., and Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). Australia: Thomson Delmar Learning.
- Friedman. (1998). *Keperawatan keluarga : teori dan praktik*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Keliat, Budi Anna., dkk. (2006). *Modul intermediete course – manajemen kasus gangguan jiwa dalam keperawatan kesehatan jiwa komunitas*. Jakarta: Tim pengembang CMHN.
- Kaplan & Saddock (2007). *Synopsis of psychiatry sciences clinical psychiatry*. (7th ed), Baltimore : Williams & Wilkins.
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses : definitions & clasifiation 2005-2006*. Philadelphia USA: NANDA International.
- Noreen, F.C., and Lawrence, F.C. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Third editon. New York: Thmpson Delmar Learning.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concept psychiatric mental health nursing*. Fourth edition. Philadelphia: Lippincot.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed). St Louis Missouri Mosby Year Book.
- Varcarolis, E.M. (1998). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Third Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wilkinson, Judith M. (2007). *Buku saku diagnosa keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria NOC*. Alih bahasa : Widyawati et al. Editor bahasa Indonesia : Eny Meilia, Monica Ester. Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Videback, S.I. (2002). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.