

Pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Halusinasi di Kabupaten Bantul Tahun 2007

Influence of Family Psychoeducation to Burden and Family Ability in Taking care of Hallucination Client in Regency of Bantul Year 2007

Shanti Wardaningsih

*Bagian Keperawatan Jiwa Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*

Abstract

Mental disorder in brief range of time and surely long-range, will result the burden client, family and also state. The aim of this research is to know the influence of Family Psychoeducation toward family abilities and burdens to care of clients with hallucination.

This research uses quantitative method with experimental quasi approaching. This research was take on 4 Public Health Center (Puskesmas) at Bantul District that are Puskesmas Kasihan 1, Kasihan 2, Sewon 1 and Imogiri 1. Samples was taken by used simple random sampling as much 28 samples for control & intervention groups . Data collected by using questionnaire and intervention modul that is FPE. Data analyzed by using chi-square and paired test, with p-value result < 0,05.

The Result of this research influenced of FPE, which are decreasing burden and increasing family abilities to care of clients with hallucination. Also concluded that characteristics of the family and client are not as confounding variable. The result of the research is recommend the health services of Puskesmas to facilitate application FPE for families, which have member suffering mental disorder

Keyword: family burden, family abilities, family psychoeducation

Abstrak

Gangguan jiwa dalam kurun waktu singkat apalagi jangka panjang, akan mengakibatkan beban pada klien, keluarga serta negara. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan kuasi eksperimen. Tempat penelitian dilakukan di 4 Puskesmas di Kabupaten Bantul yaitu Puskesmas Kasihan 1, Kasihan 2, Sewon 1 dan Imogiri 1. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan *simple random sampling* dengan sampel sebanyak 28 untuk kelompok kontrol dan intervensi. Data dikumpulkan dengan kuesioner dan modul intervensi yaitu *Family Psychoeducation*. Analisa data menggunakan *chi-square* dan *paired t test*, dengan hasil *p-value* < 0,05.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh *Family Psychoeducation* yaitu penurunan beban dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Selain itu didapatkan bahwa karakteristik keluarga dan klien tidak menjadi variabel konfonding. Rekomendasi penelitian ini terutama ditujukan kepada pelayanan kesehatan di puskesmas agar memfasilitasi untuk penerapan *family psychoeducation* bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Kata kunci: beban keluarga, kemampuan keluarga, *family psychoeducation*

Pendahuluan

Gangguan jiwa adalah penyakit yang menyebabkan gangguan pada proses pikir dan atau tingkah laku yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk mengambil keputusan dalam kehidupan sehari – harinya¹. Konsep gangguan jiwa dari adalah “ gangguan jiwa didefinisikan sebagai kumpulan gejala (sindrom) atau pola klinik yang signifikan dari perilaku dan psikologis yang terjadi pada individu dan dikaitkan dengan stress dan ketidakmampuan (kerusakan fungsi dalam satu area atau lebih) atau meningkatkan resiko penderitaan, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan”. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, di Indonesia diperkirakan sebesar 186 dari 1000 anggota rumah tangga menderita gangguan jiwa. Gangguan berat yang sering terjadi adalah depresi, *bipolar disorder*, demensia, skizofrenia dan *anxiety disorders*.

Skizofrenia adalah gangguan pada otak dan pola pikir². Skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain *thought echo*, delusi, halusinasi. Halusinasi merupakan gejala positif yang paling sering muncul pada klien Skizofrenia. Halusinasi secara umum dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa seperti skizoprenia, depresi, delirium dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alkohol dan substansi lingkungan. Halusinasi merupakan distorsi persepsi yang salah, yang terjadi karena respon neurobiologi. Pasien mempunyai pengalaman aktual terhadap distorsi sensori terhadap apa yang sebenarnya terjadi³. Pada pasien psikiatrik semua dari lima indera dapat dipengaruhi oleh pengalaman halusinasi⁴. Halusinasi yang paling sering adalah halusinasi dengar, kurang lebih sekitar 70 %³. Suara – suara tersebut seringkali mengancam, kotor, menuduh, atau menghina. Dua atau lebih suara dapat saling berbicara satu sama lainnya, atau sebuah suara mungkin berkomentar tentang perilaku atau kehidupan klien⁴.

Gangguan jiwa dalam kurun waktu singkat apalagi jangka panjang, akan mengakibatkan beban pada klien, keluarga serta negara. Di seluruh dunia, sedikitnya 25% klien dan keluarganya terpengaruh dengan gangguan jiwa yang dialaminya sehingga mengakibatkan stress berat dan beban bagi mereka. Hal ini membuktikan bahwa gangguan jiwa sangat mempengaruhi kualitas hidup dari keluarga⁵. Gangguan kesehatan jiwa relatif terabaikan, padahal penurunan produktivitas akibat gangguan kesehatan jiwa terbukti berdampak nyata pada perekonomian⁶. Hasil studi Bank Dunia tahun 1995 di beberapa negara menunjukkan, 8,1 persen hari-hari produktif hilang atau *Disability Adjusted Life Years (DALY's)* akibat beban penyakit yang disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa⁶. Angka tersebut lebih besar dibandingkan hari-hari produktif yang hilang akibat penyakit tuberkulosis (7,2 persen), kanker (5,8 persen), penyakit jantung (4,4 persen), dan malaria (2,6 persen). Kerugian ekonomi akibat penyakit gangguan jiwa di Indonesia mencapai Rp 32 triliun per tahun. Jumlah penderita penyakit ini cukup tinggi dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun⁶.

Upaya dalam mengatasi masalah yang diakibatkan gangguan jiwa dilakukan dengan upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier secara menyeluruh dilakukan untuk dapat mengurangi beban bagi keluarga dan bagi klien. Berdasarkan catatan dari *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)*, kegagalan dari terapi individu yang dilakukan kepada klien skizofrenia diakibatkan karena hanya 10 % keluarga yang mendapatkan pendidikan kesehatan⁵. Berdasarkan hal tersebut, maka terapi terhadap individu klien akan lebih mendapatkan hasil yang lebih baik apabila disertai terapi sskeluarga.

National Alliance for Mentally Ill (NAMI) dan beberapa organisasi lain mendesain program *Family Psychoeducation* untuk memberikan dukungan kepada keluarga. Program ini sangat bervariasi, namun demikian

tujuannya sama yaitu memberikan informasi dan pendidikan kepada keluarga³. *Family Psychoeducation* dapat mengurangi stress, kebingungan dan kecemasan pada keluarga klien gangguan jiwa, yang diharapkan dapat membantu keluarga mereka yang gangguan jiwa⁷. Beberapa penelitian tentang psychoeducation yang akhirnya menjadi *Evidence Based Practice* dalam kesehatan jiwa⁸. Kesimpulan mereka bahwa *Family Psychoeducation* adalah *evidence based practice* yang tingkat keefektifannya tinggi, terutama untuk mengurangi kekambuhan klien dengan skizofrenia dan gangguan skizoafektif. Hasilnya mengindikasikan bahwa klien yang mendapatkan terapi individu dan medis serta keluarga mereka yang mendapatkan intervensi ini kemungkinan kekambuhannya 15 %, sedangkan yang hanya mendapatkan terapi medis dan individu saja kemungkinan kambuh 30 – 40 %. Disimpulkan juga bahwa *Family Psychoeducation* dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga serta menurunkan beban subyektif keluarga.

Kabupaten Bantul pada tahun 2004 mempunyai jumlah penduduk 816.256 jiwa tersebar dalam 17 kecamatan. Fasilitas kesehatan yang ada di wilayah kabupaten Bantul terdiri dari 3 rumah sakit umum dan 105 puskesmas. Bencana gempa bumi yang terjadi di wilayah pada tanggal 27 Mei 2006 lalu, menjadikan Bantul sebagai wilayah terparah yang mendapatkan dampaknya. Dengan keadaan tersebut, sangat mungkin jumlah klien gangguan jiwa meningkat. Pada saat yang sama, peneliti mengobservasi jumlah klien yang dirawat di Rumah Sakit Grhasia mengalami peningkatan hingga 75 % dari *Bed of Rate* rumah sakit. Berdasarkan data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, tercatat sekitar 2360 orang, dan sebagian besar adalah klien skizofrenia yang mengalami halusinasi. Di salah satu Puskesmas yaitu Puskesmas Imogiri I, perawat kesehatan jiwa mengatakan bahwa klien sering tidak melakukan kontrol rutin karena kendala biaya dan merasa telah sembuh.

Bahan dan Cara

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi komparatif eksperimenn semu (*quasi experiment*), dengan pendekatan *pre post test design* yaitu pengukuran dilakukan pada awal dan saat akhir penelitian⁹. Melalui desain ini dimaksudkan untuk mencari hubungan sebab akibat dengan adanya keterlibatan penelitian dalam melakukan manipulasi terhadap variabel bebas¹³. Pengukuran ini dilakukan sebelum dan sesudah intervensi *Family Psychoeducation* pada kelompok intervensi dan dilakukan juga pada kelompok kontrol yang tidak diberikan *Family Psychoeducation*. . Beban keluarga dan kemampuan keluarga merawat klien halusinasi sebelum *Family Psychoeducation* akan dibandingkan dengan setelah intervensi.

Sampel dalam penelitian ini diambil secara *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel secara acak sederhana. Hakikat dari pengambilan sampel secara acak adalah bahwa setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel¹⁰. Sampel diambil dari populasi individu – individu perwakilan keluarga klien dengan halusinasi yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut; 1) bersedia menjadi responden pada penelitian, 2) keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan halusinasi, 3) mempunyai hubungan dekat dengan klien, misalnya anak, pasangan (istri atau suami), orang tua, 4) usia dewasa (18 tahun keatas), 5) bertanggung jawab terhadap klien dan tinggal bersama klien, 5) sehat jiwa Pada penelitian ini jumlah sampel sebanyak 28 orang untuk masing-masing kelompok kontrol dan intervensi, dengan merujuk rumus jumlah sampel uji hipotesis beda rata-rata berpasangan (*dependent*). Penelitian ini dilakukan di 4 Puskesmas Wilayah Kabupaten Bantul yaitu Puskesmas Kasihan 1, Kasihan 2, Imogiri 1 dan Sewon 1, dengan alasan bahwa wilayah ini merupakan wilayah yang baru saja mengalami bencana gempa bumi,

sehingga angka gangguan jiwa yang ditemukan tinggi.

Instrumen atau alat pengumpul data yang akan dipergunakan dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara dengan metode kuesioner, sebagai berikut: Instrumen untuk data diri responden dan klien, terdiri dari usia, pendidikan, suku, agama, pekerjaan, alamat, penghasilan, lama keluarga menderita gangguan jiwa, hubungan dengan klien. Data diperoleh dengan wawancara Data mengenai karakteristik klien meliputi; usia klien, jenis kelamin, peran klien dalam keluarga, pertama kali klien menderita gangguan jiwa (onset). Instrumen untuk variabel dependen : Beban subyektif dan obyektif keluarga instrumen untuk memperoleh data mengenai tingkat beban subyektif dan obyektif keluarga dengan menggunakan *Caregiver Strain Index*, jumlah pertanyaan terdiri dari 30 pertanyaan Instrumen untuk variabel dependen : kemampuan psikomotor dan kognitif keluarga dalam merawat klien halusinasi terdiri dari 14 pertanyaan.

Pre test dilakukan dengan mengukur beban dan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, kemudian data diedit dan diolah sesuai dengan rencana analisis data. Setelah dilakukan *pretest*, kemudian

dilakukan uji kesetaraan antara kelompok kontrol dan intervensi. Hasil *pretest* dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol nantinya akan dibandingkan dengan hasil *posttest* dari masing-masing kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi dilakukan *Family Psychoeducation* yang merupakan terapi kelompok yang berorientasi terhadap individu. Kelompok intervensi dan kontrol, setelah diberikan *Family Psychoeducation* akan dilakukan *post test* pada akhir intervensi untuk mengukur beban dan kemampuan keluarga klien dengan halusinasi. Kemudian dibandingkan kembali beban dan kemampuan keluarga antara kelompok intervensi dan kontrol tersebut.

Hasil

Hasil analisis bivariat dari penelitian ini adalah:

Beban pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan kemaknaan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *p-value* pada kelompok intervensi *p-value* < *alpha* sebesar 0,000 (Tabel 1). Hasil analisis juga memperlihatkan perbedaan beban keluarga pada kelompok intervensi setelah dilakukan *family psychoeducation* mengalami penurunan yang bermakna yaitu 6,82

Tabel 1 Analisis Perbedaan Beban Keluarga Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah dilakukan *Family Psychoeducation* di Kabupaten Bantul Tahun 2007

No	Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	t	p-value
1	Intervensi	Beban					
		1. Sebelum	28	60,04	11,27	11,01	0,000
		2. Sesudah	28	53,21	10,699		
		Perbedaan rata-rata beban			-6,82	3,278	
Beban							
2	Kontrol	Beban					
		1. Sebelum	28	57,57	11,987	1,078	0,290
		2. Sesudah	28	58,29	12,261		
		Perbedaan rata-rata beban			0,71	3,5	

1. Kemampuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan perbedaan, hal ini ditunjukkan dengan nilai *p-value* pada kelompok intervensi yaitu sebesar 0,000 (tabel 2). Hasil analisis juga memperlihatkan perbedaan kemampuan keluarga pada kelompok intervensi setelah dilakukan *family psychoeducation* mengalami peningkatan yang bermakna yaitu 25,36.

Tabel 2. Analisis Perbedaan Kemampuan Keluarga Kelompok Kontrol dan Intervensi Sebelum dan Sesudah dilakukan *Family Psychoeducation* di Kabupaten Bantul Tahun 2007

No	Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	t	p-value
1	Intervensi	Beban					
		1. Sebelum	28	60,04	11,27	11,01	0,000
		2. Sesudah	28	53,21	10,699		
		Perbedaan rata-rata beban			-6,82	3,278	
2	Kontrol	Beban					
		1. Sebelum	28	57,57	11,987	1,078	0,290
		2. Sesudah	28	58,29	12,261		
		Perbedaan rata-rata beban			0,71	3,5	

3. Karakteristik keluarga tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi, hal ini ditunjukkan dengan nilai *p-value* > 0,05
4. Karakteristik klien yaitu rutinitas berobat mempunyai hubungan yang bermakna terhadap beban dan kemampuan keluarga, hal ini ditunjukkan dengan *p-value* 0,016

Diskusi

Family psychoeducation dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Beberapa penelitian tentang *psychoeducation* yang akhirnya menjadi *Evidence Based Practice* dalam kesehatan jiwa⁸. Kesimpulan mereka bahwa *Family Psychoeducation* adalah *evidence based practice* yang tingkat keefektifannya tinggi, terutama untuk mengurangi kekambuhan klien dengan skizofrenia dan gangguan skizoafektif. Hasilnya mengindikasikan bahwa klien yang mendapatkan terapi individu dan medis serta keluarga mereka yang mendapatkan *family psychoeducation* ini kemungkinan kekambuhannya adalah 15%, sedangkan yang hanya mendapatkan terapi medis dan

individu saja kemungkinan kambuh 30–40%. Disimpulkan juga bahwa *Family Psychoeducation* dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga serta menurunkan beban subyektif keluarga.

Family psychoeducation dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi. *Family Psychoeducation* adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan untuk dapat memahami dan mempunyai koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarganya¹¹.

Berdasarkan hasil analisis terhadap 56 keluarga dengan anggota keluarga halusinasi menunjukkan bahwa (1) proporsi usia keluarga untuk kelompok intervensi dan kontrol paling banyak berusia antara 26-65 tahun; (2) status hubungan dengan klien pada kelompok intervensi dan kontrol paling banyak sebagai keluarga inti; (3) proporsi agama yang terbanyak pada kelompok kontrol dan intervensi dan kontrol adalah beragama islam; (4) semua responden bersuku Jawa; (5) pendidikan keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar berpendidikan pendidikan rendah; (6) status pekerjaan keluarga sebagian besar bekerja; (7) pendapatan keluarga sebagian besar berpenghasilan dibawah Rp 600.000,00. Hasil analisis bivariat antara karakteristik keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga, menunjukkan tidak ada hubungan antara karakteristik keluarga dengan beban keluarga maupun kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan antara usia dengan beban dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi. Terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni: karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, karakteristik kebutuhan¹⁰. Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*). Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda. Salah satu ciri demografi; seperti jenis kelamin dan umur. Orang yang telah berumur dewasa, akan berfikir lebih rasional, untuk mencari pelayanan kesehatan. Perbedaan usia juga akan mempengaruhi orang untuk mencari pelayanan kesehatan. Orang usia lanjut mungkin akan mencari pelayanan kesehatan yang lebih dekat dan cepat sehingga tenaga yang dibutuhkan lebih sedikit. Asumsi peneliti berdasarkan hasil analisis dan teori diatas, usia tidak menjadi variabel konfounding terhadap beban dan kemampuan dikarenakan sebagian besar

responden berusia dewasa, sehingga mampu berfikir secara rasional terhadap beban yang dialaminya. Orang yang dapat berfikir secara rasional akan berusaha menyelesaikan masalah (beban) yang dialaminya dengan menggunakan koping yang adaptif. Kemampuan keluarga tidak dipengaruhi oleh usia diasumsikan karena kemampuan kognitif keluarga kelompok intervensi mempunyai rata – rata sedang, sehingga mudah menerima materi pendidikan kesehatan yang diberikan. Selain itu, pemberian materi yang dilakukan secara berkelompok dan bermain peran mempermudah keluarga untuk menerima materi.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga merupakan keluarga inti dari klien. Temuan ini didukung dengan teori yang mengatakan bahwa diperkirakan 50–80% klien dengan skizofrenia tinggal dan berhubungan dengan keluarga yang merawatnya. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan antara hubungan keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi. Hal ini sesuai dengan pendapat yang mengatakan terdapat dua tipe koping keluarga yaitu ; internal atau intrafamilial (dalam keluarga inti) dan eksternal atau ektrafamilial (diluar keluarga inti)¹². Berdasarkan hasil analisis dan teori diatas diasumasikan bahwa dengan latarbelakang belakang budaya Jawa, yang mengutamakan kekerabatan, sehingga siapapun yang sakit merupakan masalah bersama. Mereka semua menerima keadaan anggota keluarganya yang mengalami halusinasi, sehingga hubungan keluarga tidak menjadi variabel konfounding. Asumsi lain dari peneliti adalah variasi dari sampel kurang, lebih banyak yang mempunyai hubungan dengan klien sebagai keluarga inti dibanding dengan yang bukan sebagai keluarga inti.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan maka dapat disimpulkan : *Family Psychoeducation* menurunkan beban

keluarga dan meningkatkan kemampuan dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Karakteristik keluarga (usia, hubungan dengan klien, agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan), bukan merupakan variabel konfonding terhadap beban dan kemampuan keluarga setelah dilakukan *Family Psychoeducation* Kabupaten Bantul Yogyakarta. Karakteristik klien (usia, jenis kelamin, lama sakit, jumlah kekambuhan, jumlah dirawat di RS) tidak berhubungan dengan beban dan kemampuan keluarga setelah dilakukan *Family Psychoeducation* Kabupaten Bantul Yogyakarta. Karakteristik klien yaitu rutinitas berobat berhubungan dengan beban keluarga pada saat dilakukan *Family Psychoeducation*.

Daftar Pustaka

1. National Mental Health Association. (2000). *Mental Illness in family recognized the warning sign and how to cope*, www.nha.org diperoleh tanggal 14 Oktober 2006
2. Carson, V.B. (2000). *Mental health nursing : the nurse-patient journey*. Philadelphia:WB.Saunders Company
3. Sturt, G.W & Laraia (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed), Philadelphia : Elsevier Mosby.
4. Kaplan,H.I., Sadock,B.J., Grebb,J.A. (2002). *Sinopsis Psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara
5. Mohr, W.K. (2006). *Psychiatry – mental health nursing* (4th ed), Philadelphia : J.B. Lippincott Company
6. Anonim, 2006, Gangguan Jiwa Rugikan Ekonomi Rp 32 triliun, ¶ 4, www.pikiran-rakyat.com, diambil tanggal 19 Februari 2007
7. Psycho-Educational Counseling Services. (2003). *Psychoeducation*. <http://www.psychoeducation.com>, diperoleh 19 Februari 2007
8. Murray, A & Dixon, L (2004). CNS Spectrum. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*. Family Psychoeducation as a evidence based practice
9. Arikunto, S. (1998). *Produser Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta
10. Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, Jakarta : Reneka Cipta
11. Goldenberg, I & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy an overview*. Sixth edition. United States : Thomson
12. Friedman, M.M, (1998), *Keperawatan keluarga : teori dan praktik*, Jakarta : EGC
13. Polit,D.F&Hungler,B.P. (1997). 4th edition. *Essensial of nursing research : methods, apprasials and utilization*. Philadelphia:Lippincott
14. National Mental Health Association, 2000, *Mental Illness in family recognized the warning sign anh how to cope*, ¶ 4, www.nha.org diambil tanggal 14 Oktober 2006)
15. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) 4th edition (1994)