



Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Pasien TB-Paru Yang Mengalami Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Dan Ketidakberdayaan: *Family Centre Care*

Eka Budiarto ¹, Trina Kurniawati ¹

¹ Departemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

INFORMASI

Korespondensi:

budiartoeka66@yahoo.com



Keywords:

Caregiver, Family Psycho-education Therapy, Helplessness, Family Centre Care

ABSTRACT

Objective: Family is an important system for sick individuals. Families can become caregivers for other family members who are sick, such as clients with pulmonary tuberculosis who experience ineffective airway clearance. As caregivers, families can feel the burden due to routine care activities and disease conditions. One of the caregiver's burdens is feeling helpless. Powerlessness arises due to perceptions of the treatment being performed and mistakes for treatment failure. Caregiver with helplessness can hinder activities to clients. Therefore, caregivers need support from Family Psychoeducation Therapy (FPE).

Methods: This article is written using a descriptive case study method.

Results: FPE was given to the family of Mr. B (42 years) with a medical diagnosis of Asthma and Pulmonary TB. Mr. B is cared for by his wife as the primary caregiver. The caregiver feels confused, pity, sad, anxious, tired and achy, has increased activity, and feels helpless. FPE to Mr.B's family with a spiritual approach especially in stress management sessions. It aims to change negative caregiver perceptions about the problems experienced, the use of health services, and self-belief. Spiritual approach given with dhikr, prayer and meditation. Emphasis on hope as a spiritual domain also makes caregivers have motivation, alternative solutions to problems, and consideration in decision making.

Conclusion: The benefit of FPE with a spiritual approach is that the caregiver is able to change his innocence into an optimistic attitude through changes in the perception he experiences.

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan unit kecil di dalam masyarakat yang terdiri lebih dari satu individu dan di dalamnya terdapat proses interaksi seluruh anggota keluarga sesuai peran masing-masing (Ali, 2009; Friedman et al, 2010). Salah satu peran keluarga adalah menjadi *caregiver* anggota keluarga yang sakit. Keluarga sebagai *caregiver* dituntut untuk mampu mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga lain dengan membentuk budaya sehat (Muhlisin, 2012; Harnilawati, 2013). Namun, kondisi anggota keluarga yang sakit juga dapat mempengaruhi kesehatan keluarga apabila keluarga tidak mampu memberikan perawatan yang baik kepada anggota keluarga tersebut (Harnilawati, 2013).

Penelitian Seeman et al (2013) tentang peran *caregiver* anggota keluarga yang skizofrenia menunjukkan hasil bahwa keterlibatan keluarga secara tulus sebagai *caregiver* dan pemberian dukungan emosional dan instrumental dari keluarga mempengaruhi proses kesembuhan klien. Hasil penelitian Tempier et al (2013) juga mengungkapkan bahwa dukungan keluarga menjadi harapan untuk pemulihan klien, meskipun keluarga juga dapat menjadi sumber stres bagi klien. Hal tersebut dikarenakan keluarga merupakan sebuah sistem terbuka dimana setiap perubahan yang terjadi di dalam keluarga akan mempengaruhi sistem dalam keluarga tersebut (Goode dalam Nainggolan & Hidajat, 2013). Terlebih peran sebagai *caregiver* justru akan meningkatkan beban yang berhubungan dengan proses perawatan, kualitas hidup klien, dan aktifitas dan kesehatan *caregiver* itu sendiri yang akan mempengaruhi kondisi fisik, psikologis, sosial dan ekonomi *caregiver* (Darwin, Hadisukanto, & Elvira, 2013). Beban yang dirasakan *caregiver* pada umumnya rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah, dan ketidakberdayaan (Anneke & Endarwati, 2009). Ketidakberdayaan dialami *caregiver* disebabkan oleh persepsi dan perasaan bersalah dan ketidakmampuan memberikan perawatan yang optimal (Anneke & Endarwati, 2009; Wilkinston, 2012). Keluarga yang mengalami ketidakberdayaan akibat *caregiver burden* dapat menjadi penghambat dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga yang sakit. Oleh karena itu, keluarga sebagai sumber dukungan utama bagi anggota keluarga yang sakit perlu mendapat dukungan psikososial untuk mengoptimalkan peran sebagai *caregiver*. Salah satu upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan pemberian *Family Psychoeducation Therapy* (FPE).

FPE merupakan terapi yang diberikan kepada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan tentang kondisi anggota keluarga yang sakit, meningkatkan fungsi anggota keluarga yang sakit dengan mengurangi kekambuhan, dan meningkatkan fungsi keluarga

dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Stuart, 2013). Hasil penelitian tentang FPE menunjukkan bahwa FPE menurunkan kecemasan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan stroke dan meningkatkan dukungan psikososial keluarga (Nurbani, 2009; Rahayu, 2011). FPE yang diberikan pada keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia terbukti dapat menurunkan kecemasan, meningkatkan kemampuan dalam perawatan klien, mempercepat penyembuhan, mencegah kekambuhan, menurunkan beban *caregiver*, dan mampu membantu mengatasi masalah psikososial yang dihadapi *caregiver* (Maldonado & Uri'zar, 2007; Pahlavanzadeh at al, 2010; Gonzales, 2010; Yadev & Kar, 2014).

Masalah psikososial seperti ketidakberdayaan yang dialami *caregiver* tidak lepas dari aspek spiritual. Rutinitas perawatan anggota keluarga yang sakit dan beban yang dirasakan *caregiver* diinisiasi oleh aktivitas pada daerah *prefrontal cortex* dan *anterior cingulate cortex*. Sehingga *caregiver* akan merasakan masalah psikososial berulang dan menetap ketika tidak diimbangi dengan kegiatan rutinitas seperti kegiatan spiritual. Hal tersebut dikarenakan kegiatan spiritual seperti meditasi dan doa juga menunjukkan aktivasi area otak yang sama yaitu *prefrontal cortex* dan *anterior cingulate cortex* (Newberg, 2011).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk menulis studi kasus tentang penerapan standar asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan pendekatan keluarga.

METODE

Artikel ini ditulis dengan metode deskriptif *case study*. Kasus yang diangkat sejumlah 1 kasus yaitu klien TB Paru dan keluarganya. Klien dikaji dan diberikan intervensi keperawatan sesuai ddiagnose yang ditemukan kemudian dilakukan evaluasi. Temuan-temuan dalam kasus dibahas secara mendalam dengan menggunakan referensi dan *evidence* yang tersedia.

ILUSTRASI KASUS

Tn.B (42 tahun) mengalami asma sejak lahir dan sejak tahun 2016 dirinya mengalami TB Paru. Kondisi saat ini masih sesak nafas, sering merasa lelah, dan batuk berdahak. Menurutnya, Tn.B sudah menjalani pengobatan TB secara tuntas bahkan pernah dirawat di rumah sakit sampai dua kali. Pengobatan terakhirnya ia lakukan tiga bulan yang lalu. Anjuran dokter seharusnya Tn.B sudah kembali berobat sejak satu bulan yang lalu. Namun, Tn.B enggan berobat karena merasa pengobatannya selama ini tidak membawa kemajuan bahkan hanya membuat dirinya lelah dan repot ketika harus mengantri berobat. Tn.B sudah pasrah dengan kondisinya. Dari kondisi Tn.B didapatkan bahwa Tn.B mengalami masalah

ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Pertemuan penulis dengan keluarga diperoleh data bahwa yang merawat Tn.B adalah istri. Data yang diperoleh dari *caregiver* diantaranya *caregiver* merasa bingung dengan keadaan Tn.B. *Caregiver* merasa kasihan dan sedih dengan kondisi penyakit yang tidak kunjung sembuh. Selain itu, *caregiver* juga merasa tidak berdaya untuk memberikan motivasi dan merawat Tn.A karena Tn.B tidak mau berobat lagi dan kesibukan *caregiver* bekerja. Meskipun kadang merasa cemas dengan kondisi Tn.B, *caregiver* merasa cukup memendam perasaan dan pikiran yang tidak nyaman yang dialaminya karena merasa hanya akan menambah beban Tn.B. Beban yang dialami *caregiver* semakin meningkat setelah ia harus ikut membantu suami bekerja. Kadang merasa lelah dan pegal-pegal ketika harus merawat sekaligus bekerja. *Caregiver* merasa bingung harus minta bantuan kepada siapa sedangkan anak-anak masih sangat kecil. Meskipun masih terdapat *caregiver* lain yaitu keponakan Tn.B yang kadang ikut membantu mengantar berobat. Namun, istri merasa sebagai *caregiver* utama memiliki stress dan beban yang tinggi. Berdasarkan data hasil pengkajian tersebut dapat disimpulkan bahwa *caregiver* Tn.B mengalami ketidakberdayaan.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien dan *caregiver*. Tindakan keperawatan diberikan kepada Tn.B adalah dengan mengajarkan nafas dalam, inhalasi uap sederhana, dan batuk efektif. Tindakan keperawatan diberikan kepada *caregiver* meliputi tindakan keperawatan ners yaitu mengidentifikasi penyebab ketidakberdayaan, melatih afirmasi positif, melatih keterlibatan dalam pengambilan keputusan, dan memanfaatkan situasi yang masih dapat dilakukan. Tindakan keperawatan spesialis yang diberikan yaitu *family psychoeducation therapy* (FPE). FPE diberikan kepada *caregiver* dengan pendekatan spiritual.

PEMBAHASAN

Tindakan keperawatan diberikan kepada klien dan keluarga. Kepada klien diberikan tindakan keperawatan nafas dalam, inhalasi uap sederhana, dan batuk efektif. Latihan nafas dalam dilakukan dengan menarik nafas dalam secara maksimal melalui hidung yang dapat meningkatkan perfusi oksigen di dalam paru. Nafas dalam dapat memberikan manfaat positif pada alveoli sehingga kadar oksigen dalam paru dan saturasi oksigen dapat meningkat dengan perbaikan kerja alveoli tersebut (Zega et al dalam Mayuni et al, 2015). Selain itu, pemberian inhalasi uap juga dapat menurunkan sesak nafas. Hasil penelitian sebelumnya diperoleh hasil bahwa pemberian inhalasi uap dengan aromaterapi dapat menurunkan frekuensi nafas pada pasien dengan asma (Pramudaningsih & Afriani, 2019). Batuk efektif diberikan kepada klien juga

dapat memberikan manfaat mengurangi sesak nafas (Tafdhila & Kurniawati, A, 2019). Batuk efektif membuat saluran nafas menjadi bersih dan longgar dengan pengeluaran sekret yang diproduksi berlebihan (Mutaqqin, 2012).

Hasil pengkajian kepada *caregiver* Tn.B diperoleh bahwa *caregiver* merasa bingung, kasihan, sedih, cemas, lelah dan pegal-pegal, aktifitas meningkat karena harus merawat Tn.B dan bekerja, dan merasa tidak berdaya. *Caregiver* adalah individu yang dapat merawat klien secara fisik dan emosional (Davidson, Gerald, Neale, Jhon, & Kring, 2012). Individu yang berperan sebagai *caregiver* klien di rumah adalah keluarga. *Caregiver* yang memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dapat mengalami masalah (Kadarman, 2012). Hal tersebut dikarenakan keluarga sebagai sistem terbuka akan memberikan pengaruh terhadap seluruh anggota keluarga di dalamnya ketika terjadi perubahan pada salah satu anggota keluarga (Goode, dalam Nainggolan & Hidajat, 2013).

Kondisi yang dialami *caregiver* Tn. B sesuai dengan yang diungkapkan oleh Darwin, Hadisukanto, & Elvira (2013) yaitu bahwa peran sebagai *caregiver* akan menimbulkan *caregiver burden* yang berdampak langsung pada *caregiver* itu sendiri. Peningkatan stres akibat kondisi Tn.B yang dialami *caregiver* membuat kondisinya tidak nyaman bahkan *caregiver* memendam perasaannya sendiri. Dampak psikologis tersebut muncul karena *caregiver* tidak mau menambah beban pikiran klien. Dampak secara fisik akibat peningkatan beban ekonomi yang mengharuskan *caregiver* bekerja dirasakan *caregiver* cepat lelah dan badan pegal-pegal. Kesibukannya bekerja dan merawat Tn.B ketika di rumah juga berdampak pada aktifitas sosial *caregiver* yang terbatas.

Anggota keluarga sebagai *caregiver* sebagian besar akan berupaya memberikan perawatan jangka panjang yang optimal ketika klien di rumah (Kane, Robert, & Quелlette, 2011). Hal tersebut dikarenakan dukungan dan keterlibatan keluarga dalam perawatan dirasa penting untuk proses penyembuhan anggota keluarga yang sakit. Namun, kondisi tersebut tidak sesuai dengan *caregiver* Tn.B yang mengalami ketidakberdayaan dalam memberikan perawatan kepada Tn.B. *Caregiver* Tn.B merasa pasrah dan tidak ada yang bisa dilakukan untuk memberikan motivasi dan perawatan kepada Tn.B. *Caregiver* tidak mampu mengambil keputusan dalam pengobatan Tn.B.

Caregiver telah berupaya memberikan perawatan yang optimal kepada Tn.B, namun *caregiver* merasa beban dan tekanan yang tinggi akibat dari perannya tersebut sehingga dampaknya *caregiver* merasa gagal dan tidak berdaya. Kim et al (2011) menjelaskan bahwa beban yang dialami *caregiver* merupakan respon akibat penilaian negatif dan stres yang dialaminya.

Ketidakterdayaan dialami *caregiver* disebabkan oleh persepsi dan perasaan bersalah dan ketidakmampuan memberikan perawatan yang optimal (Anneke & Enderwati, 2009; Wilkinston, 2012). Perasaan tidak berdaya berdampak pada ketergantungan dan tidak terlibatnya *caregiver* dalam pengambilan keputusan. *Caregiver* tidak memberikan pendapat tentang pengobatan Tn.B karena menurutnya Tn.B sudah dapat memutuskan sendiri, sehingga *caregiver* menyerahkan penuh pada Tn.B tentang pengobatannya. Hal tersebut sesuai dengan Pereira et al, (2014), Wilkinston (2012) dan Braga & Cruz (2009) yang menyebutkan bahwa ketidakberdayaan dapat mempengaruhi keterlibatan dan cara berpikir klien.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada *caregiver* yaitu tindakan keperawatan ners dan FPE. Tindakan keperawatan ners yang dapat dilakukan yaitu mengkaji faktor penyebab ketidakberdayaan, memberikan edukasi tentang ketidakberdayaan, mengatasi ketidakberdayaan dengan afirmasi positif, dan mengajarkan kepada *caregiver* untuk mengambil keputusan dan memanfaatkan situasi yang masih bisa dilakukan, dan dukungan spiritual (Carpenito, 2013). Latihan berfikir positif diberikan dengan cara mengganti persepsi negatif dengan persepsi positif. Identifikasi perasaan dilakukan sebelum memulai latihan berfikir positif untuk memperoleh konsentrasi, perasaan positif, dan sikap terbuka. Selain itu, *caregiver* juga dilatih untuk melibatkan diri dan mengidentifikasi situasi yang masih dapat dilakukan. Hasil diskusi dengan *caregiver* kegiatan pelibatan diri dalam proses pengobatan yang akan dilakukan adalah menyiapkan obat yang harus diminum setiap hari, mengingatkan jadwal berobat, memberikan perhatian kepada Tn.B, memberikan motivasi bahwa keteraturan berobat itu penting untuk proses kesembuhan, dan jika memungkinkan memutuskan menemani berobat. Hasil tindakan keperawatan ners dengan memberikan edukasi, latihan mengubah persepsi negatif, dan keterlibatan *caregiver* merupakan upaya merubah respon kognitif, perilaku, dan sosial. Respon kognitif merupakan sumber proses penyesuaian individu terhadap keadaan yang berdampak pada pengambilan keputusan bagaimana individu harus bereaksi secara psikologis, perilaku, dan sosial (Stuart, 2013).

Tindakan keperawatan spesialis yang diberikan adalah FPE. Indikasi FPE adalah diberikan pada keluarga yang mengalami tekanan, stres, kekacauan, ketergantungan yang berlangsung secara terus menerus sehingga menyebabkan penyesuaian yang tidak tepat terhadap keadaan yang ada (Shives, 2012). Sehingga dapat disimpulkan FPE dapat diberikan pada keluarga yang mengalami masalah psikososial termasuk di dalamnya ketidakberdayaan. Penelitian Niman et al (2014)

menyebutkan bahwa FPE dapat menurunkan tanda gejala ketidakberdayaan, meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mengatasi ketidakberdayaan dan *selfcare* klien. FPE pada *caregiver* diberikan lima sesi dalam empat kali pertemuan. Pertemuan pertama dilakukan dengan mengidentifikasi masalah klien dan *caregiver* dan harapan dari setelah diberikan FPE, sesi kedua dilakukan dengan melatih *caregiver* merawat klien, sesi tiga dilakukan dengan memberikan manajemen stress, sesi empat dilakukan dengan memberikan manajemen beban, dan sesi lima dengan pemanfaatan sistem pendukung dan evaluasi.

Pelaksanaan FPE sesi satu dilakukan bersamaan dengan sesi dua. Hasil FPE sesi satu didapatkan bahwa *caregiver* mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi klien dan dirinya. Pengungkapan perasaan dan pikiran yang selama ini dipendam oleh *caregiver* memberikan efek positif. *Caregiver* melaporkan lega setelah dapat mengungkapkan apa permasalahan yang terjadi. *Caregiver* memiliki harapan positif akan kesembuhan klien dan permasalahan dirinya cepat terselesaikan. Pada pertemuan pertama tersebut juga diperoleh hasil *caregiver* mampu memberikan perawatan kepada klien secara mandiri. *Caregiver* telah berupaya memberikan perawatan yang optimal sesuai batas kemampuan *caregiver*. Pelibatan klien dalam sesi perawatan klien ini membawa dampak positif bagi *caregiver* karena klien memberikan *reinforcement* positif kepada *caregiver* yang selama ini telah berupaya untuk merawat.

FPE sesi tiga dilakukan dengan memberikan teknik manajemen stress kepada *caregiver*. Manajemen stress yang diberikan yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam, *physical muscle relaxation*, dan dzikir dan meditasi. Hasil yang diperoleh bahwa *caregiver* merasakan stress lebih terkontrol. Pendekatan spiritual yang dilakukan terapis dengan memberikan nilai lebih dalam esensi terapi yang diberikan. Terapi mengidentifikasi kebutuhan spiritual yang merupakan bagian dari dimensi keluarga. *Caregiver* diarahkan untuk mencari kekuatan dan kenyamanan dari aktifitas spiritual yang dapat dilakukan oleh *caregiver*. *Caregiver* menyadari bahwa kondisi tentang sehat sakit yang dialami klien berasal dari Tuhan dan harus disyukuri keadaannya. Oleh karena itu, stres dan beban serta kesembuhan perlu untuk diperjuangkan agar kondisi klien dan keluarga membaik. Selain itu, penanaman harapan pada awal sesi satu FPE merupakan bagian dari domain spiritual. Harapan yang ditanamkan dalam kehidupan spiritual akan menjadi dasar yang kuat untuk mendapatkan makna hidup individu, menjadi pedoman pilihan hidup, dan menjadi dasar pertimbangan dalam proses pikir dan perilaku (Yusuf, 2016).

Penelitian Yusuf (2013) menyebutkan terapi keluarga dengan pendekatan spiritual dapat merubah model keyakinan keluarga yang meliputi persepsi terhadap manfaat sarana pelayanan kesehatan sebagai solusi masalah kesehatan keluarga, hambatan dalam berperilaku sehat, dan kemampuan diri mengatasi masalah akibat penyakit. Kepasrahan klien dan *caregiver* melalui pendekatan spiritual dengan perubahan persepsi tersebut menjadi memiliki makna positif yaitu tentang kesabaran sebagai kekuatan untuk semangat dan terus berupaya dalam mencapai kesehatan.

FPE sesi empat diberikan dengan strategi mengelola beban yang dirasakan oleh *caregiver*. Terapis mendiskusikan dengan *caregiver* tentang sumber pendukung dalam keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk saling berbagi beban. Beban keluarga muncul sebagai dampak adanya anggota keluarga yang sakit (Pityasari, 2009). Pengelolaan beban dirasa dapat mengurangi beban *caregiver* karena *caregiver* dapat membagi tugas dengan dua keponakan Tn.B yang secara bergantian mengantar Tn.B berobat dan *caregiver* utama yaitu istri yang akan merawat Tn.B dirumah. Pada sesi empat ini juga memberikan efek positif bagi keluarga karena keluarga merasa melalui FPE semua masalah dan keluh kesah dapat tersampaikan.

FPE sesi lima dilakukan dengan mengidentifikasi dan cara memanfaatkan sistem pendukung yang ada. *Caregiver* mampu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada dengan baik. Kader kesehatan jiwa yang telah terbentuk di masyarakat, jarak pelayanan kesehatan yang terjangkau, tersedianya BPJS Kesehatan dari pemerintah, sistem transportasi yang mudah dan aman, dan masyarakat yang peduli merupakan sistem pendukung keluarga yang dapat dimanfaatkan secara optimal untuk mengatasi masalah keluarga. FPE sesi lima juga dilakukan dengan melakukan eksplorasi perasaan dan manfaat setelah mengikuti FPE. *Caregiver* merasa terbantu dengan diberikannya FPE. Kelemahan dalam pemberian FPE pada keluarga dengan ketidakberdayaan khususnya pada kasus tersebut adalah waktu setiap sesi terapi yang singkat, keterbatasan *caregiver* untuk bertemu dalam waktu yang cukup di hari terapi dilaksanakan, perbedayan budaya dan bahasa menjadikan proses terapi butuh waktu lama.

KESIMPULAN

Standar asuhan keperawatan diberikan kepada klien TB Paru yaitu nafas dalam, inhalasi uap sederhana, dan batuk efektif. *Family psychoeducation therapy* dapat diberikan pada keluarga dengan masalah psikososial salah satunya yaitu ketidakberdayaan. Pelaksanaan FPE dengan pendekatan spiritual dapat memberikan

efek positif pada model keyakinan keluarga melalui perubahan persepsi terhadap masalah kesehatan, sarana pelayanan kesehatan, hambatan dalam perawatan oleh keluarga, dan keyakinan diri keluarga dalam memberikan perawatan sesuai yang diharapkan. Hal tersebut telah merubah masalah ketidakberdayaan menjadi sikap optimis keluarga khususnya *caregiver*.

SARAN

Standar asuhan keperawatan dengan implementasi nafas dalam, inhalasi uap sederhana, dan batuk efektif serta tindakan keperawatan keluarga berupa *family psychoeducation therapy* dapat dilakukan pada klien dengan masalah fisik dan psikososial.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2009). Pengantar Keperawatan Keluarga. Jakarta : EGC.
- Anneke, L., & Endarwati, R. (2009). Penentuan Validitas dan Reliabilitas The Zarit Burden Interview untuk Menilai Beban *Caregiver* dalam Merawat Usia Lanjut dengan Disabilitas. Tesis. FK UI. Tidak dipublikasikan.
- Braga, C. G. & Cruz, D. D. A. L. M. d. (2009). Powerlessness assessment tool for adult patients. *Rev Esc Enferm USP*. 43(Spe): 1062-9.
- Carpenito, L.J. (2013). Buku saku diagnosis keperawatan. Jakarta : EGC.
- Darwin, P., Hadisukanto, G., & Elvira, S. D. (2013). Beban perawatan dan ekspresi emosi pada pramurawat pasien skizofrenia. *Jurnal Indon Med Assoc*, 63 (2), 46-51.
- Davidson, Gerald C., Neale, Jhon M., & Kring, Ann M. (2012). Psikologi abnormal. (Ed. 9). Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Friedman, Marilyn M., Bowden, V.R., & Jones, E.G.(2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori Dan Praktik. AlihBahasa, AchirYani S. Hamid, dkk; Editor Edisi Bahasa Indonesia, EstuTiar. Ed.5th Jakarta: EGC.
- Gonzales, C, et al. (2010). Effect of Family Psychoeducation on Expressed Emotion and Burden of Care in First-Episode Pshycosis : A Prospective Observasional Study. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol. 13.
- Harnilawati. (2013). Konsep dan proses Keperawatann Keluarga. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salamm.
- Kadarman, A. (2012). Gambaran beban *caregiver* penderita skizofrenia di poliklini rawat jalan RSJ Amino Gondohutomo Semarang. *Medica Hospitalia*, 1(2), 118-122.
- Kim, Heejung,. Chang, Mido., Rose, Karen., & Kim, Sunha. (2011). Predictors of *caregiver* burden in *caregivers* of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (4). 846-855. doi:

- 10.1111/j13652648201105787.
- Maldonado, J.G., & Uri'zar, A.C. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*. 16:739–747 DOI 10.1007/s11136-007-9173-9.
- Muhlisin, A. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Mutaqqin, Arif, 2012. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nainggolan, N. J. & Hidajat, L. L. (2013). Profil kepribadian dan psychological well-being caregiver skizofrenia. *Jurnal Soul*, 6 (1), 21-42.
- Newberg, A.. (2011). Spirituality and the Aging Brain. *Journal of the American Society on Aging*. 35 (2), 83-189.
- Niman, S., Keliat, B.A., & Mustikasari. (2014). Efek Logoterapi dan Psikoedukasi Keluarga terhadap Ketidakberdayaan Klien Penyakit Kronis di Rumah Sakit Umum. *Jurnal Keperawatan Jiwa* . Volume 2, No. 2, November 2014; 118-128.
- Nurbani. (2009). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Masalah Psikososial Ansietas dan Beban Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Tesis. FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Pahlavanzadeh, S., Navidian, A., & Yatdani, M.. (2010). The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. *Behbood journal*. 14(3): 228-236.
- Pereira, M. J., Salome, G. M., Openheimer, D. G., Esposito, V. H., Almeida, S. A. & Ferreira, L. M. (2014). Feelings of powerlessness in patients with diabetic foot ulcers. 26(6): 132-138.
- Pramudaningsih & Afriani, (2019). Pengaruh Terapi Inhalasi Uap Dengan Aromaterapi Eucalyptus Dengan Dalam Mengurangi Sesak Nafas Pada Pasien Asma Bronkial Di Desa DersalamKecamatan Bae Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan Akademi keperawatan Krida Husada Kudus*. Vol. 6 No. 1 Januari 2019.
- Rahayu, D.A. (2011). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Dukungan Psikososil Keluarga pada Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta di Kabupaten Pekalongan. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Seeman, M V. (2013). “Spotlight on Sibling Involvement in Schizophrenia Treatment”. Washington School of Psychiatry. *Journal of Psychiatry*. Vol. 76 (4).
- Shives, L.R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Eighth Edition. Florida: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Pschyatric Nursing*, 10th ed. United States of Amerika: Mosby Elsevier.
- Tafdhila., & Kurniawati, A. 2019. Pengaruh Latihan Batuk Efektif Pada Intervensi Nebulizer Terhadap Penurunan Frekuensi Pernafasan Pada Asma Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan* Vol. 11: 117-127.
- Tempier. R, Balbuena. L, Lepnurm. M, Craig. T K J. (2013). “Perceived Emotional Support in Remission: Results from an 18-month Follow-up of Patients with Early Episode Psychosis”. *Journal of Psychiatry. Soc psychiatry Epidemiol*. Vol. 48:1897-1904.
- Wilkinson, J. M. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 9, Jakarta: EGC.
- Yadev, S. & Kar, S.K. (2014). Models of psychoeducation: An Indian perspetive. *Indian journal of applied research*. 4 (7): 422-423.
- Yusuf, A. (2013). Terapi Keluarga dengan Pendekatan Spiritual terhadap Model Keyakinan Kesehatan Keluarga dalam Merawat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ners* Vol. 8 No. 1 April 2013: 165–173.
- Yusuf, A., Hanik, E.N. , Miranti F.I., & Fanni O. (2016). *KEBUTUHAN SPIRITUAL: Konsep Dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta: Mitra Wacana Media.