

PROSES PIKIR (ARUS PIKIR) PADA KLIEN SKIZOFRENIA HEBEFRENİK DI RUANG GELATİK DAN KENARI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Muhammad Sulthon

*Perawat Rumah sakit Umum Daerah Jombang

Gangguan proses pikir (arus pikir) mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia hebefrenik tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya sehingga berdampak pada pola komunikasi buruk atau inkoheren. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi proses pikir (arus pikir) koheren dan inkoheren pada klien skizofrenia hebefrenik. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan menggunakan pengkajian dan menggunakan teknik *total sampling*. Sampel penelitian ini berjumlah 22 klien. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan mengumpulkan data mengenai diagnosa medis dari rekam medis dan menggunakan wawancara kepada klien untuk mengetahui proses pikir (arus pikir) klien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (54,5%) klien memiliki proses pikir (arus pikir) inkoheren, terdiri 18% arus pikir asosiasi longgar, 14% arus pikir bloking, 4,5% arus pikir tangensial, 4,5% arus pikir verbigerasi, 4,5% arus pikir sirkumtansial, 4,5% arus pikir tangensial dan bloking, dan 4,5% arus pikir tangensial dan neologisme. Intervensi perawat terhadap klien dengan arus pikir inkoheren yaitu melakukan komunikasi terapeutik dan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Dokter perlu melakukan kunjungan/pemeriksaan rutin dan pengobatan kepada klien. Keluarga perlu terlibat dalam mengontrol klien meminum obat dan menciptakan lingkungan yang kondusif.

Kata Kunci : skizofrenia hebefrenik, proses pikir (arus pikir)

THOUGHT PROCESS DISORDERS (THOUGHT FLOW) ON THE SCHIZOPHRENIA HEBEFRENIC CLIENT IN GELATİK'S AND KENARI'S ROOM RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

ABSTRACT

Thought process disorders (thought flow) lead to problems where the schizophrenic hebefrenic client is unable to process and organize their thoughts, resulting in poor communication patterns or incoherence. The purpose of this study was to identify coherent and incoherent thought processes (flow of thought) in hebefrenic schizophrenic clients. This study uses a descriptive method that is by using assessment and using a total sampling technique. The sample of this research is 22 clients. The data collection technique used is to collect data about medical diagnoses from medical records and use interviews with clients to determine the client's thought process (flow of thought). The results showed that most (54.5%) clients had incoherent thought processes, consisting of 18% loose association thinking, 14% blocking thought, 4.5% tangential thought flow, 4.5% thought flow. verbigeration, 4.5% circumstances of thought, 4.5% of tangential and blocking thinking, and 4.5% of tangential and neologic thinking. Nurse intervention towards clients with an incoherent mindset, namely doing therapeutic communication and group activity therapy (TAK). Doctors need to make regular visits / checks and treatment to clients. The family needs to be involved in controlling the client's medication and creating a conducive environment.

Keywords : Schizophrenia Hebefrenic, Thought process disorders (thought flow)

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Salah satu jenis skizofrenia adalah skizofrenia hebefrenik. Gejala yang utama pada skizofrenia hebefrenik adalah gangguan proses pikir. Klien Skizofrenia Hebefrenik biasanya mengalami inkoherensi dalam proses pikir yang dapat diketahui dari komunikasinya. Pola komunikasi pada klien yang tidak lazim, seperti asosiasi longgar, neologisme, verbigerasi, ekolalia, perseverasi, dan skizofasia (Videbeck, 2008), serta dapat terjadi tangensial, sirkumtansial, logorea, *rambling*, *flight of ideas*, dan *blocking* (Willy dan Maramis, 2009). Pola komunikasi yang inkoherensi dapat menimbulkan masalah sosial yang dapat memperburuk/memperparah kondisi klien skizofrenia hebefrenik jika gangguan pola komunikasi tersebut tidak diketahui dan dipahami oleh orang di sekitar klien (Kaplan dan Sadock, 2010).

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar di Indonesia, prevalensi klien skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi dengan klien skizofrenia yang terbanyak yaitu 63.483 orang (Risksdas, 2013). Kota Surabaya tercatat sebanyak 0,2% dari data nasional atau sekitar 800 orang mengalami skizofrenia (Dinkes, 2013). Berdasarkan hasil survey data awal di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan januari – september 2016 terdapat 89 klien dengan skizofrenia hebefrenik yang menjalani rawat inap.

Faktor yang berpengaruh pada timbulnya gangguan skizofrenia hebefrenik adalah jenis kelamin. Usia puncak terjadinya skizofrenia hebefrenik pada laki-laki berkisar usia 15-25 tahun, sedangkan pada wanita berkisar usia 25-35 tahun (Durrand dan Barlow, 2007).

Permulaan gangguan skizofrenia hebefrenik perlahan/subakut dan gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir (Willy dan Maramis, 2009). Gangguan proses pikir biasanya diawali dengan ketidakmampuan mempercayai orang lain, panik, ketakutan berlebihan, stress hingga mengancam ego yang lemah, dan faktor herediter (Townsend, 2009). Gangguan proses pikir mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia hebefrenik tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya sehingga berdampak pada komunikasi yang buruk atau inkoherensi (Yosep, 2010).

Menurut peneliti, peran perawat dalam melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa kepada klien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan proses pikir (arus pikir) dilakukan dengan mengungkapkan secara jelas tentang

jenis gangguan proses pikir (arus pikir) yang dialami klien. Hal tersebut dapat membantu perawat, mahasiswa dan orang sekitar klien untuk memahami informasi yang disampaikan oleh klien skizofrenia hebefrenik.

Peran perawat dalam upaya rehabilitatif pada klien skizofrenia hebefrenik yaitu dengan mengontrol klien meminum obat, memberikan solusi dari masalah yang dihadapi klien, memberikan nasehat dan pengawasan keluarga dapat mencegah bertambah parahnya penyakit skizofrenia hebefrenik (Stuart dan Sundeen, 1998, dalam fitria, 2009).

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi proses pikir (arus pikir) pada klien skizofrenia hebefrenik di Ruang Gelatik dan Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) situasi atau fenomena dalam menemukan ide baru. Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengidentifikasi Proses Pikir (Arus Pikir) pada klien skizofrenia hebefrenik di Ruang Gelatik dan Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Pengumpulan data diagnosis medis dan karakteristik klien dengan skizofrenia hebefrenik melalui rekam medis klien dan wawancara untuk mengetahui proses pikir (arus pikir) pada setiap klien skizofrenia hebefrenik yang menjadi sampel penelitian.

Sampel dalam penelitian ini adalah 20 klien skizofrenia yang dipilih dengan accidental sampling. Peneliti mengumpulkan data klien dengan skizofrenia hebefrenik yang dapat diketahui dari rekam medis klien. Peneliti menggunakan metode wawancara terstruktur kepada klien untuk mengetahui proses pikir (arus pikir) klien serta mendokumentasikan ke dalam lembar pengkajian. Hasil pengkajian dan wawancara klien selanjutnya diklasifikasikan menjadi beberapa variabel. Pemberian kode (1) untuk klien skizofrenia hebefrenik dengan proses pikir (arus pikir): koheren dan kode (2) untuk klien skizofrenia hebefrenik dengan proses pikir (arus pikir): inkoheren. Pada kode (2) atau inkoheren dibagi menjadi berikut: (2.A) Asosiasi Longgar, (2.B) Neologisme, (2.C) Verbigerasi, (2.D) Ekolalia, (2.E) Perseverasi, (2.F) Skizofasia, (2.G) Tangensial, (2.H) Sirkumtansial, (2.I) *Rambling*, (2.J) Logorea, (2.K) *Flight of ideas*, dan (2.L) *Blocking*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Klien

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar (54%) klien Skizofrenia berusia 26 – 35 tahun, dan hampir seluruhnya (91%) belum kawin (tabel 1)

Tabel 1 : Distribusi karakteristik Klien Skizofrenia Hebefrenik yang Dirawat di Ruang Gelatik dan Kenari RSJ Menur Surabaya

Usia (tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
17 – 25	1	4,5
26 – 35	12	54
36 – 45	6	27
46 – 55	3	13,5
Jumlah	22	100
Status Perkawinan	f	%
Kawin	1	4,5
Tidak kawin	20	91
Cerai	1	4,5
Jumlah	22	100

2. Proses Pikir (Arus Pikir)

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar (54,5%) klien Skizofrenia memiliki proses pikir (arus pikir) inkoheren dan hampir setengahnya (45,5%) klien memiliki proses pikir (arus pikir) koheren (tabel 1).

Tabel 1 : Distribusi Proses Pikir (Arus Pikir) Klien Skizofrenia Hebefrenik yang di rawat di Ruang Gelatik dan Kenari RSJ Menur Surabaya

Proses Pikir (Arus Pikir)	f	%
Koheren	10	45,5
Inkoheren	12	54,5
a. Bloking	4	18
b. Asosiasi longgar	3	14
c. Tangensial	1	4,5
d. Verbigerasi	1	4,5
e. Sirkumtansial	1	4,5
f. Tangensial dan Bloking	1	4,5
g. Tangensial dan Neologisme	1	4,5
Jumlah	22	100

Proses Pikir (Arus Pikir) Koheren

Proses pikir (arus pikir) koheren adalah laju proses asosiasi kata pada pembicaraan/komunikasi klien terarah sampai ke tujuan pembicaraan. Maramis dan Willy F. (2009) membagi gejala – gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok, yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Gejala primer meliputi gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan, dan autisme. Sedangkan, gejala sekunder meliputi waham, halusinasi, dan gejala katatonik atau gangguan psikomotor lainnya. Berdasarkan hasil penelitian hampir setengahnya klien tidak memiliki proses pikir (arus pikir) koheren. Berdasarkan penelitian

Rajji, Ismail dan Mulsant (2009) tentang *age at onset and cognition in schizophrenia* bahwa semakin muda onset usia skizofrenia maka semakin besar penurunan IQ dan memori verbal sehingga klien mengalami penurunan kemampuan fungsional yang mempengaruhi kualitas hidupnya. Klien dengan onset terjadinya skizofrenia semakin tua atau sejak dewasa akhir maka penurunan kemampuan fungsional semakin kecil sehingga proses pikir (arus pikir) klien tetap normal/koheren.

Proses Pikir (Arus Pikir) Inkoheren

Proses pikir (arus pikir) inkoheren dimana klien mengalami gangguan pada pikirannya sehingga berdampak pada pola komunikasi/pembicaraan yang buruk dan kacau. Menurut Kaplan dan Sadock (2010), klien skizofrenia hebefrenik biasanya mengalami gangguan proses pikir (arus pikir) yang menyangkut bagaimana suatu ide dan bahasa dirumuskan. Teori tersebut didukung oleh pendapat Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa klien skizofrenia hebefrenik biasanya mengalami inkoheren dalam proses pikir yang dapat diketahui dari komunikasinya. Arus pikir inkoheren secara objektif dapat diamati pada bahasa tutur atau tertulis seorang klien skizofrenia hebefrenik. Arus pikir inkoheren memiliki beberapa jenis yaitu asosiasi longgar, neologisme, verbigerasi, ekolalia, perseverasi, skizofasia. Selain itu, menurut pendapat Willy dan Maramis (2009), jenis arus pikir lain yang muncul yaitu tangensial, sirkumtansial, logorea, rambling, flight of ideas, dan bloking. Teori tersebut sesuai dengan hasil penelitian yaitu sebagian besar (54,5%) klien memiliki arus pikir inkoheren dan hampir setengahnya (45,5%) klien memiliki arus pikir koheren. Gangguan arus pikir inkoheren muncul pada fase aktif klien skizofrenia hebefrenik (Copel, 2007).

Klien skizofrenia hebefrenik terjadi pada usia remaja (onset biasanya mulai 15-25 tahun) atau dewasa muda (20 – 40 tahun) (Maramis, 2009). Teori tersebut sesuai dengan hasil penelitian bahwa klien skizofrenia hebefrenik sebagian besar berusia 26 - 35 tahun. Berdasarkan penelitian oleh Rajji, Ismail dan Mulsant (2009) tentang *age at onset and cognition in schizophrenia* bahwa semakin muda onset usia skizofrenia maka semakin besar penurunan IQ, kemampuan psikomotor dan memori verbal sehingga klien mengalami penurunan kemampuan fungsional dan keterbatasan aktivitas yang mempengaruhi kualitas hidupnya.

Klien yang mengalami skizofrenia lebih banyak terjadi pada klien yang hidup tanpa perkawinan (Hawari, 2006). Teori tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang didapatkan bahwa klien skizofrenia hebefrenik hampir

seluruhnya berstatus perkawinan tidak kawin. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dantas, dkk (2011) dan penelitian Folsom, dkk (2009) yang menemukan bahwa klien skizofrenia umumnya terjadi pada individu yang belum menikah. Menurut pendapat Loghanathan dan Murthy (2008) menyatakan bahwa stigma negatif yang dialami oleh klien skizofrenia mempersulit klien skizofrenia untuk memperoleh pasangan hidup akibat tentangan dari keluarga dan masyarakat. Selain itu dilihat dari karakteristik jenis kelamin, menurut pendapat Olfson, dkk (2009) menyatakan bahwa klien skizofrenia yang berjenis kelamin laki-laki dapat mengalami disfungsi seksual akibat farmakoterapi antipsikotik yang dapat menurunkan libido, masalah ejakulasi, dan disfungsi ereksi.

Gangguan proses (arus pikir) inkoheren mengarah pada masalah dimana klien skizofrenia hebefrenik tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya yang berdampak pada pola komunikasi yang buruk atau inkoheren sehingga makna pembicaraan sulit untuk dipahami dan dimengerti. Hal tersebut dapat menimbulkan masalah sosial yang memperburuk/memperparah kondisi klien jika gangguan pola komunikasi tersebut tidak diketahui dan dipahami oleh orang di sekitar klien. Melihat dampak yang ditimbulkan maka perlu peran perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik yang meliputi 4 tahap, yaitu yang pertama adalah tahap persiapan (pra-interaksi) dilakukan sebelum berinteraksi dengan klien, pada tahap ini perawat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya, serta mencari informasi tentang klien. Yang kedua, tahap pengenalan yang merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontak dengan klien. Yang ketiga, tahap kerja yaitu perawat dan klien bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Yang keempat, tahap terminasi yaitu akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi menjadi 2, yaitu terminasi sementara dimana perawat dan klien akan bertemu kembali dengan klien pada waktu yang telah ditentukan dan terminasi akhir terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara keseluruhan. Berikut ini adalah teknik – teknik komunikasi terapeutik, antara lain:

- a. *Open question* yang dapat digunakan apabila perawat membutuhkan jawaban yang banyak dari klien.
- b. *Closed question* dapat digunakan ketika perawat membutuhkan jawaban singkat dari klien.
- c. *Inappropriate quality question* yaitu pertanyaan mengetahui alasan klien dan biasanya dimulai kata "why".

- d. Teknik mendengarkan (*listening*) yaitu dengan aktif menerima informasi serta memahami reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima.
- e. Teknik Mengulang (Restating) yaitu dengan mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien.
- f. Teknik klarifikasi (*clarification*) yaitu menjelaskan kembali ide atau pikiran klien yang tidak jelas atau meminta klien menjelaskan arti ungkapannya.
- g. Teknik refleksi (*reflection*) yaitu dengan mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan dan isi pembicaraan kepada klien.
- h. Teknik memfokuskan (*focussing*) yaitu dengan memberi kesempatan kepada klien untuk membahas masalah inti dan mengarahkan komunikasi klien pada pencapaian tujuan.
- i. Teknik diam (*silence*) yaitu dengan memberikan kesempatan pada klien sebelum menjawab pertanyaan perawat.
- j. Teknik memberi informasi (*informing*) merupakan tindakan penyuluhan kesehatan kepada klien.
- k. Teknik menyimpulkan (*summerizing*) yaitu dengan membantu klien mengeksplorasi poin penting dari interaksi perawat dan klien.
- l. Teknik mengubah cara pandang (*reframing*) digunakan untuk memberikan cara pandang lain sehingga klien tidak melihat sesuatu dari aspek negatifnya.
- m. Teknik eksplorasi digunakan untuk menggali lebih dalam masalah yang dialami klien.
- n. Teknik membagi persepsi yaitu dengan meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan atau pikirkan.
- o. Teknik mengidentifikasi tema yaitu dengan memahami tema dari seluruh pembicaraan klien.
- p. Teknik humor untuk mempererat hubungan perawat dan klien sekaligus mengurangi ketegangan pembicaraan.
- q. Teknik memberikan pujian (*reinforcement*) digunakan untuk meningkatkan harga diri dan menguatkan perilaku klien.

Peran perawat dalam pemberian Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang terdapat beberapa jenis, antara lain:

- a. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) stimulus kognitif/persepsi adalah terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimuli persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif.
- b. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) stimulasi sensori pada klien yang mengalami kemunduran fungsi sensoris. Teknik yang

digunakan dengan memfasilitasi penggunaan panca indera dan kemampuan mengekspresikan stimulus baik dari internal maupun eksternal.

- c. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) orientasi realitas adalah pendekatan untuk mengorientasikan klien terhadap situasi nyata (realitas). Umumnya dilaksanakan pada kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Teknik yang digunakan meliputi inspirasi represif, interaksi bebas maupun secara didaktik.
- d. Terapi Akitivitas Kelompok (TAK) sosialisasi adalah terapi untuk meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial maupun berperan dalam lingkungan sosial.

Peran dokter dalam penatalaksanaan klien yaitu dengan kunjungan atau pemeriksaan rutin dan pengobatan kepada klien. Serta diperlukan fasilitas dari Rumah Sakit untuk menunjang penatalaksanaan klien yang dilakukan oleh tim kesehatan, antara lain ruang khusus untuk penatalaksanaan komunikasi terapeutik antara klien dan perawat, ruang khusus untuk penatalaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), dan ruang khusus untuk pemeriksaan oleh tim medis. Jika klien menjalani rawat jalan, maka dibutuhkan peran keluarga dalam mengontrol klien meminum obat dan menciptakan lingkungan yang kondusif dan mendukung proses penyembuhan klien.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian proses pikir (arus pikir) klien skizofrenia hebefrenik di Ruang Gelatik dan Kenari RSJ Menur Surabaya dapat disimpulkan bahwa sebagian besar (54,5%) klien skizofrenia hebefrenik memiliki proses pikir (arus pikir) inkoheren (asosiasi longgar), inkoherensi (bloking), inkoherensi (verbigerasi), inkoherensi (tangensial), inkoherensi (sirkumtansial), inkoherensi (tangensial dan bloking), dan inkoherensi (tangensial dan neologisme). Hampir setengahnya (45,5%) klien skizofrenia hebefrenik memiliki proses pikir (arus pikir) koheren. Perlu peningkatan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi proses pikir (arus pikir), peningkatan komunikasi terapeutik dan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) untuk merawat klien inkoheren khususnya dan koheren secara efektif dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

Copel, Linda Carman (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat*. Jakarta: EGC.

Damaiyanti, Mukhrimah (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.

Durand, Mark & David Barlow (2007). *Essential of Abnormal Psychology*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Ibrahim, H. Ayub Sani (2011). *Skizofrenia: Splinting Personality*. Tangerang: Jelajah Nusa.

Keliat, Budi Anna & Akemat Pawiro Wiyono (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. <http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/LaporanRiskesdas.PDF>. Diakses pada tanggal 10 November 2016 jam 19.00 WIB

Hidayat, A., Aziz Alimul (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika

Maramis, Willy .F (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.

Muslim, Rusdi (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.

Nasir, Abdul dan Abdul Muhith,, (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar Dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

Ners Universtas Airlangga (2016). Pengkajian Keperawatan Jiwa 2016. <http://www.ners.unair.ac.id/materikulia/buku%20ajar%20keperawatan%20kesehatan%20jiwa.pdf>. Diakses pada tanggal 10 November 2016 jam 19.15 WIB

Nurhasanah, Nunung (2010). *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Nursalam, (2011). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

Sadock, B.J & Sadock, V. A (2010). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.

- Stuart dan Sundeen (1998) dalam Fitria (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Townsend, Mary C (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Videbeck, S.I. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa: Renata Komalasari, Alfina Hany. Jakarta: EGC.
- Wijono, Djoko (2008). *Prosedur, Proposal dan Laporan Hasil Penelitian Kesehatan: Panduan Praktis Penelitian*. Surabaya: CV. Duta Prima Airlangga.
- Yosep, Iyus (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yusuf, Rizky dan Hanik (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.