



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN BEBAN KELUARGA
DALAM MERAWAT ANGGOTA DENGAN RIWAYAT
PERILAKU KEKERASAN DI RS. JIWA ISLAM
KLENDER JAKARTA TIMUR**

TESIS

**NURAEHAH
NPM: 1006800970**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN BEBAN KELUARGA
DALAM MERAWAT ANGGOTA DENGAN RIWAYAT
PERILAKU KEKERASAN DI RS. JIWA ISLAM
KLENDER JAKARTA TIMUR**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**NURAENAH
NPM: 1006800970**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nuraenah

NPM : 1006800970

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

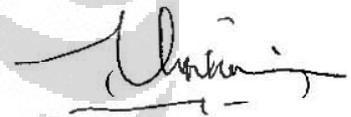
Tesis ini diajukan oleh

Nama : Nuraenah
NPM : 1006800970
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan
Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Beban Keluarga
Dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku kekerasan
di RS, Jiwa Islam Klender Jakarta Timur

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Mustikasari, SKp., MARS



Pembimbing : Yossie Susanti Eka Putri S.Kp., MN



Penguji : Tjahjanti Kristyaningsih M.Kep.,Sp. Kep.Jiwa



Penguji : Ns. Ice Yulia Wardani S.Kp. M.Kep.,Sp. Kep.Jiwa



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta timur”. Penulisan tesis ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan.

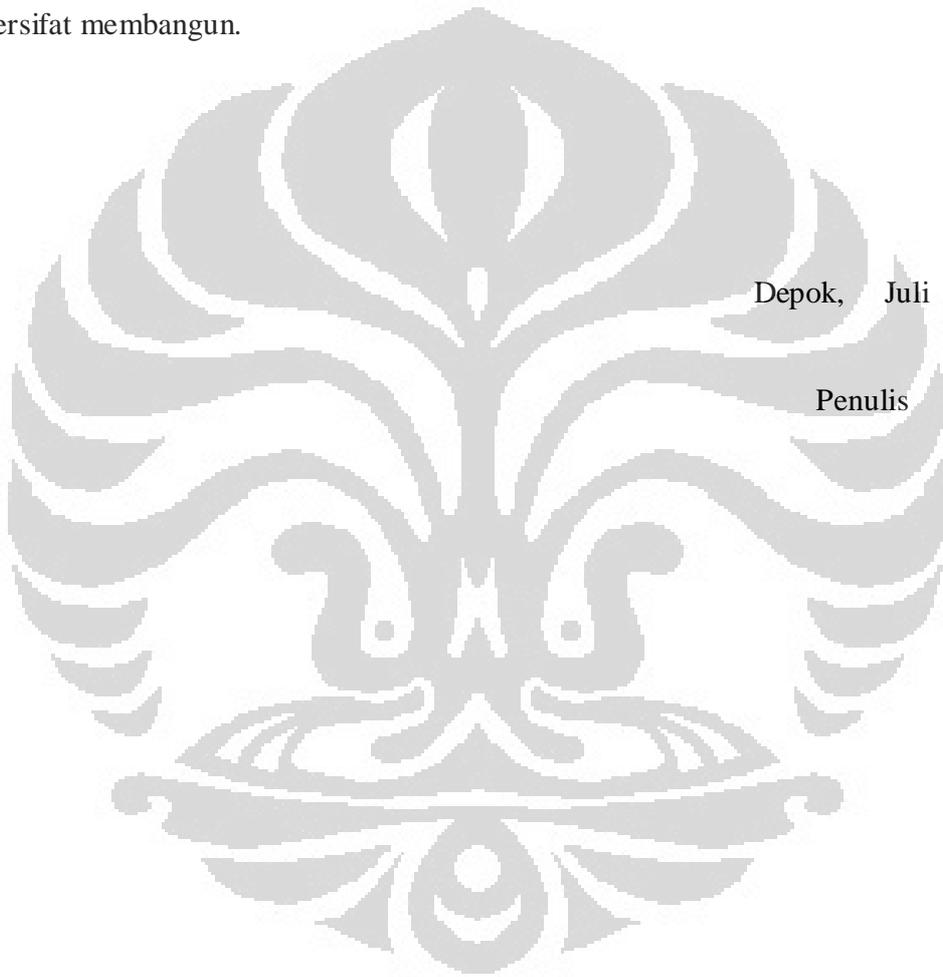
Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dan kerjasama dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Dewi Irawati, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp, MN, selaku Koordinator mata ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Mustikasari, S.Kp., MARS, sebagai Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, pikiran dan tenaga untuk memberikan masukan, arahan serta bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
4. Ibu Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp, MN sebagai pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran untuk mengarahkan dalam penyusunan tesis ini.
5. Seluruh staf dosen dan civitas akademika di Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
6. Ibu Michiko Umeda, S.Kp, M.Sc. Biomed, selaku Direktur Program Diploma III Keperawatan RS. Islam Cempaka Putih Jakarta
7. Direktur RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan uji coba instrumen pada proposal penelitian.
8. Suami dan anakku tercinta yang telah memberikan dukungan, perhatian dan rela mengorbankan waktunya ketika penulis menyelesaikan proposal tesis ini.

Serta seluruh pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis mengharapkan tesis dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya jiwa dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih belum sempurna. Oleh karena itu Penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun.

Depok, Juli 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPERAWATAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nuraenah
NPM : 1006800970
Program Studi : Pasca Sarjana
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia. **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia, berhak menyimpan , mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : Juli 2012
Yang Menyatakan



Nuraenah.

ABSTRAK

Nama : Nuraenah
Program Studi : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul : Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Islam Klender Jakarta Timur

Dukungan keluarga merupakan *support system* yang penting yang diberikan oleh keluarga, untuk mencegah dari gangguan mental dalam mengatasi beban keluarga. Tujuan penelitian mengidentifikasi “hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan”. Desain penelitian kuantitatif berupa *descriptive correlational* dengan rancangan *cross sectional* dengan sampel yang berjumlah 50 orang. Instrumen dukungan keluarga dan beban keluarga dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Penelitian ini merekomendasikan pentingnya program pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga yang merawat pasien dengan riwayat perilaku kekerasan dalam rangka meningkatkan kemampuan dan kerampilan dalam merawat anggota keluarga, serta pentingnya terapi psikoedukasi keluarga.

Kata kunci:
Beban keluarga, dukungan keluarga, riwayat perilaku kekerasan.

ABSTRACT

Name : Nuraenah
Study Program : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Title : The Correlation of Family Support for Family in Taking Care of Patients' with history of Violence a Study in Islamic Hospital in Klende East Jakarta

Family support is important for patients in psychiatric ward. It is needed to prevent patients from having mental disorder, specially in dealing with family matters. The aim of this research is to identify “the relationship between family support in reducing family’s burden in taking care of patients with history of violence”. It is a quantitative study with descriptive correlational research and use cross sectional. There are 50 patients’ family members of psychiatric ward in Islamic Hospital in Klender East Jakarta interviewed as the samples. Instrument used is questionnaire. The result shows a relation between family support (information, emotional, instrumental and appraisal) with family’s way in taking care of patients. This research recommends the needs of healthcare education program and psychoeducation therapy for family of psychiatric patients as a way in improving their ability and skill in taking care of the patients.

Key words:
Family burden, family support, history of violence.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR BAGAN/SKEMA	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Skizoprenia.....	11
2.1.1 Pengertian	11
2.1.2 Gejala Skizoprenia	12
2.2 Perilaku Kekerasan	13
2.2.1 Pengertian.....	13
2.2.2 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	13
2.2.3 Proses Terjadinya Masalah Perilaku Kekerasan	13
2.2.3.1 Faktor Predisposisi	13

2.2.3.2	Faktor Presipitasi	17
2.2.4	Penanganan Perilaku Kekerasan	18
2.3	Keluarga	20
2.3.1	Pengertian	20
2.3.2	Fungsi keluarga.....	20
2.3.3	Tugas Keluarga.....	21
2.4	Beban Keluarga.....	22
2.4.1	Pengertian.....	22
2.4.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga.....	24
2.5	Dukungan Keluarga bagi Klien Perilaku Kekerasan.....	27
2.5.1	Jenis Dukungan Keluarga.....	28
2.5.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga	33
2.6	Kerangka Teori.....	37
 BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL		38
3.1	Kerangka Konsep.....	38
3.2	Hipotesis.....	39
3.2.1	Hipotesis Mayor	39
3.2.2	Hipotesis Minor	39
3.3	Definisi Operasional.....	41
 BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN.....		45
4.1	Desain Penelitian	45
4.2	Populasi dan Sampel	45
4.2.1	Populasi.....	45
4.2.2	Sampel.....	45
4.3	Tempat Penelitian	48
4.4	Waktu penelitian.....	48
4.5	Etika Penelitian	49
4.5.1	Aplikasi Penelitian.....	49

4.5.1.1	<i>Beneficience</i>	49
4.5.1.2	<i>Maleficiency</i>	49
4.5.1.3	<i>Autonomy</i>	49
4.5.1.4	<i>Anonimity</i>	50
4.5.1.5	<i>Justice</i>	50
4.5.2	<i>Informed Consent</i>	50
4.6	Alat Pengumpul Data	50
4.6.1	Data Demografi Responden	51
4.6.2	Mengukur Dukungan Keluarga	51
4.6.3	Pengukuran Beban Keluarga	52
4.6.4	Uji Coba Instrument	53
4.6.4.1	Pengujian Validitas Instrument	53
4.6.4.2	Pengujian Reabilitas	54
4.7	Pengumpulan Data	55
4.7.1	Prosedur Administratif	54
4.7.2	Prosedur Teknis	56
4.8	Pengolahan Data dan Analisa Data.....	56
4.8.1	Pengolahan Data	56
4.8.2	Analisis Univariat	57
4.8.3	Analisis Bivariat	57
BAB 5.	HASIL PENELITIAN	60
5.1	Analisa Univariat	60
5.1.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	60
5.1.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Hubungan dengan Klien	61
5.1.3	Dukungan Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan	62
5.1.4	Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan	63

5.2 Analisa Bivariat.....	63
5.2.1 Hubungan Usia Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	63
5.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan Penilaian) dalam merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	64
5.2.3 Hubungan Pendidikan Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan	65
5.2.4 Hubungan Pekerjaan Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.....	66
5.2.5 Hubungan Penghasilan Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	67
5.2.6 Hubungan Antara Hubungan klien Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	68
5.2.7 Hubungan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Angggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur	70

BAB 6. PEMBAHASAN	72
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	72
6.1.1 Karakteristik Responden yang Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan	72
6.1.1.1 Usia Responden	72
6.1.1.2 Jenis Kelamin Responden	74
6.1.1.3 Pendidikan Responden	75
6.1.1.4 Pekerjaan Responden	75
6.1.1.5 Penghasilan Responden	75
6.1.1.6 Hubungan Klien dengan Responden	76
6.1.2 Dukungan Keluarga (Dukungan Informasional, Dukungan Emosional, Dukungan Instrumental dan Dukungan Penilaian) Terhadap Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku.....	77
6.1.3 Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	79
6.1.4 Hubungan Karakteristik Dengan Dukungan Keluarga	81
6.1.4.1 Hubungan Usia Dengan Dukungan Keluarga	81
6.1.4.2 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Dukungan Keluarga	82
6.1.4.3 Hubungan Pendidikan Dengan Dukungan Keluarga	84
6.1.4.4 Hubungan Pekerjaan Dengan Dukungan Keluarga	85
6.1.4.5 Hubungan Penghasilan Dengan Dukungan Keluarga	86
6.1.4.6 Hubungan Klien Dengan Dukungan Keluarga	88
6.1.5 Dukungan Keluarga (Dukungan Informasional, Dukungan Emosional, Dukungan Instrumental dan Dukungan Penilaian) dengan Beban Keluarga	89
6.1.5.1 Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun	

2012	89
6.1.5.2 Hubungan Dukungan Informasi Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	92
6.1.5.3 Hubungan Dukungan Instrumental Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012	94
6.1.5.4 Hubungan Dukungan Penilaian Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.....	95
6.2 Keterbatasan	97
6.3 Implikasi Untuk Keperawatan	97
6.3.1 Pelayanan Keperawatan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur...	97
6.3.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan	98
6.3.3 kepentingan Penelitian	98
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN	99
7.1 Simpulan	99
7.1.1 Karakteristik Responden	99
7.1.2 Hubungan Karakteristik Dengan Dukungan Keluarga.....	99
7.2 Saran	100
7.2.1 Bagi Poliklinik RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur	100
7.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	100
7.2.3 Bagi Penelitian Lanjutan	101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

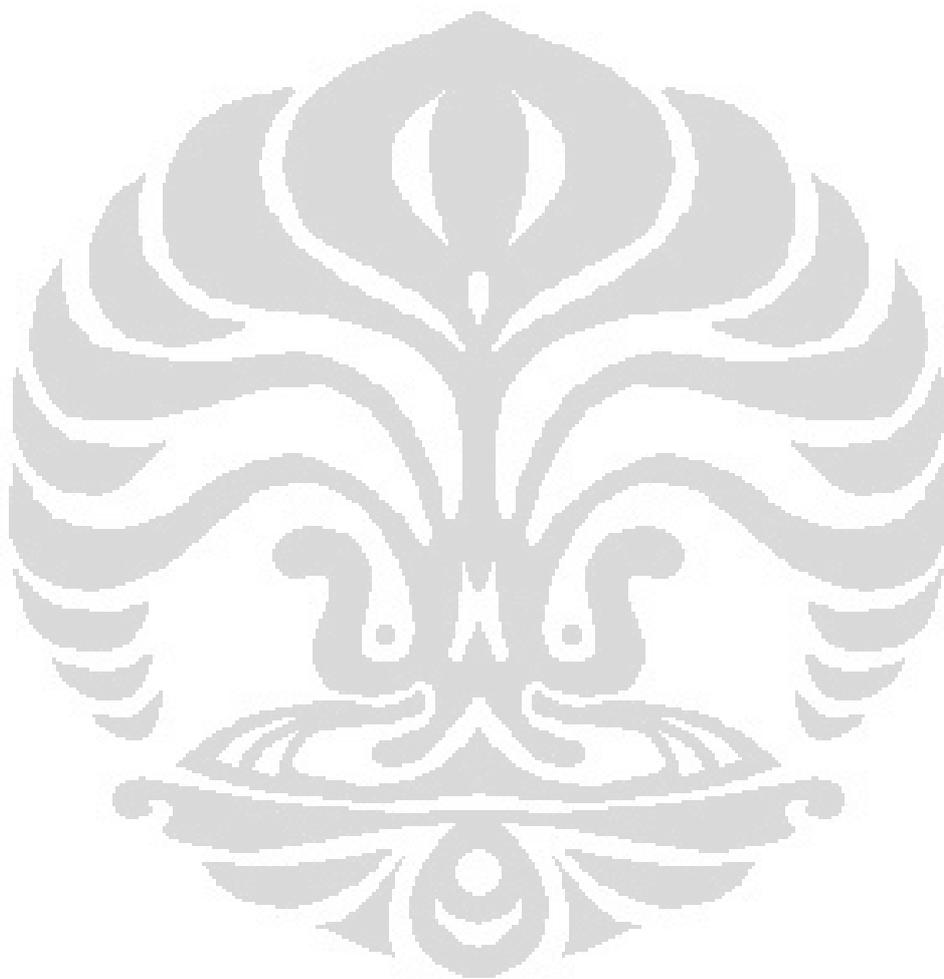
DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	41
Tabel 4.1 Pernyataan Positif dan Negatif Pada Instrumen Dukungan keluarga	52
Tabel 4.2 Pernyataan Positif dan Negatif Pada Instrumen Beban keluarga	53
Tabel 4.3 Hasil Uji Coba Validitas dan Reabilitas	55
Tabel 4.4 Analisa Data	59
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia	60
Tabel 5.2 Distribusi Rata-rata Karakteristik Jenis Kelamin.....	61
Tabel 5.3 Distribusi Dukungan Keluarga	62
Tabel 5.4 Distribusi Rata-rata Beban Keluarga	63
Tabel 5.5 Analisis Hubungan Usia Dengan Dukungan Keluarga	63
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Jenis Kelamin Dengan Dukungan Keluarga	64
Tabel 5.7 Analisis Hubungan Pendidikan Dengan Dukungan Keluarga	65
Tabel 5.8 Analisis Hubungan Pekerjaan Dengan Dukungan Keluarga	66
Tabel 5.9 Analisis Hubungan Penghasilan Dengan Dukungan Keluarga	67
Tabel 5.10 Analisis Hubungan Keluarga Klien Dengan Dukungan Keluarga	68
Tabel 5.11 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Beban keluarga	70

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian	37
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Penjelasan Penelitian

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3. Kuisisioner Penelitian A

Lampiran 4. Kuisisioner Penelitian B

Lampiran 5. Kuisisioner Penelitian C

Lampiran 6. Kisi-kisi Instrumen

Lampiran 7. Keterangan Lolos Kaji Etik

Lampiran 8. Surat Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

Lampiran 9. Surat Permohonan Ijin Penelitian

Lampiran 10. Surat Ijin Penelitian dari RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur

Lampiran 11. Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa 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). Berdasarkan Undang-Undang No.3 tahun 1966 tentang kesehatan jiwa yaitu sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain.

Kesehatan jiwa merupakan bagian dari pelayanan kesehatan keperawatan psikososial (Videbeck, 2008). Tahun 2000 di Indonesia prevalensi/insiden gangguan jiwa cenderung meningkat, diperoleh data gangguan mental sebesar 12%, tahun 2001 meningkat menjadi 13% dan diprediksi pada tahun 2020 menjadi 15% dari total penduduk Indonesia (WHO, 2001).

Menurut WHO (2009), prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007 bahwa prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 4,6 permil, artinya ada empat sampai lima penduduk dari 1000 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat (Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Tingginya angka gangguan kesehatan jiwa merupakan masalah kesehatan yang besar jika dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat.

Stres yang tidak dapat diselesaikan akan mengakibatkan stresor, dan ketidakmampuan mengatasi stresor akan menimbulkan perilaku marah-

marah, ketegangan jiwa, yang akhirnya tidak dapat mengontrol emosi sehingga akibat lanjut akan berakhir menjadi gangguan jiwa. Jumlah gangguan jiwa di DKI hingga Triwulan dua tahun 2011 telah mencapai angka 306.621 orang. Jika dibandingkan dengan kasus yang sama pada tahun 2010 tercatat jumlah penderita sakit jiwa sebanyak 150.029 orang ini berarti terjadi pertumbuhan penderita sakit jiwa di DKI hingga 100% (Depkes, 2011). Data statistik dari Direktorat kesehatan jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan pasien gangguan jiwa terbesar 70% adalah skizofrenia (Depkes, 2003).

Permasalahan yang sering terjadi pada kesehatan jiwa banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor dalam kehidupan diantaranya adalah stres, pengangguran, tindakan kekerasan, konflik yang ada di masyarakat, bencana alam, ketidakmampuan dalam mengatasi sumber stres dapat mengakibatkan seseorang gangguan mental emosional (Keliat dkk, 2003). Menurut *National Safety Council* (2004), stres adalah ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut. Sumber stres adalah kesulitan mendapatkan pekerjaan, kemiskinan, perilaku kekerasan, adanya konflik baik dari dalam maupun dari luar, bencana alam.

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran aktifitas sehari-hari (Keliat, 2006). Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional. Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah terganggunya fungsi kognitif, fungsi perasaan dan fungsi perilaku dalam kehidupan sehari-hari.

Prevalensi skizofrenia sebesar 1% dari populasi penduduk di dunia dari total jumlah penduduk tanpa membedakan jenis kelamin, ras dan budaya adalah

sama. Wanita cenderung mengalami gejala yang lebih ringan, lebih sedikit rawat inap dan fungsi sosial yang lebih baik di komunitas dibandingkan laki-laki (Sinaga, 2006). Menurut Videbeck (2008) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur, sedangkan gejala negatif meliputi gejala samar, afek datar, tidak memiliki kemauan, menarik diri dari masyarakat / mengisolasi diri. Salah satu perilaku skizofrenia adalah perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan atau amuk merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang baik secara fisik atau psikologis (Keliat, 2000). Menurut Stuart dan Laraia (2005) perilaku kekerasan merupakan penilaian yang salah terhadap situasi yang diterima oleh seseorang yang menyebabkan kemarahan, karena perilaku kekerasan merupakan hasil marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam. Menurut penelitian di Finlandia di University of Helsinki dan University Helsinki Central Hospital Psychiatry Centre, dari 32% penderita Skizofrenia melakukan tindakan kekerasan, dan 16% dari perilaku kekerasan pada klien mengakibatkan kematian, dari 1.210 klien (Virkkunen, 2009).

Syahrial (2011) menemukan bahwa 46% penderita skizofrenia melakukan perilaku kekerasan di RS. Jiwa Provinsi NAD, juga menjelaskan bahwa tindakan kekerasan (violence) adalah serangan fisik yang tidak menyenangkan oleh seseorang kepada orang lain. Tindakan kekerasan juga merupakan tanda dan gejala gangguan jiwa yang termasuk dalam kelompok perilaku motorik sebagai suatu tindakan yang kuat dan diarahkan secara verbal atau fisik dimanifestasikan dengan kemarahan dan permusuhan. Berdasarkan survey dokumentasi Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur (2012) didapatkan data selama tahun 2011 bahwa 60% dari 650 pasien yang dirawat dengan riwayat perilaku kekerasan yang melakukan kontrol kembali ke poliklinik jiwa.

Tanda dan gejala Perilaku kekerasan sering ditunjukkan dengan adanya perubahan perilaku seperti intonasi suara keras/ mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, Kekacauan alam fikir yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan lain yang terjadi adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, gelisah (Stuart dan Laraia, 2005).

Akibat perilaku kekerasan bisa melukai atau mencederai diri sendiri atau orang lain, bahkan akan menimbulkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya. (Videbeck, 2006). Klien dengan perilaku kekerasan yang dirawat di rumah sakit jiwa sangat membutuhkan dukungan dari tenaga perawat Puskesmas seperti dokter dan perawat, sedangkan klien dengan perilaku kekerasan yang dirawat di rumah sangat membutuhkan dukungan keluarga dalam perawatannya. Keluarga merupakan orang terdekat dengan klien, dimana perlu mengetahui proses munculnya perilaku kekerasan yang dialami anggota keluarganya, dan perlu memonitor perilaku klien yang menunjukkan tanda-tanda marah, amuk, gaduh, gelisah dan agresif. Keluarga juga memiliki tanggung jawab untuk merawat, namun dalam pelaksanaannya keadaan ini menyebabkan beban bagi keluarga. Penelitian Siregar, Arijanto dan Wati (2008) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban care giver dengan gejala positif dan negatif pada pasien skizofrenia.

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009). Dickerson, Dixon dan Lehman (2005) menjelaskan bahwa keluarga dengan pasien skizoprenia mengalami kesulitan dalam memahami dan menerima perilaku pasien. Mc Donnell, Berry dan Dick (2003) menemukan beban keluarga dengan pasien skizoprenia berhubungan dengan perawatan pasien termasuk biaya pengobatan, mengawasi kondisi

mental pasien, berinteraksi dengan stigma masyarakat sehubungan dengan mental pasien serta distress emosional akibat dari simptom skizofrenia.

Salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang (Friedman, 2010). Salah satu wujud dari fungsi tersebut adalah memberikan dukungan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan stabilitas mental. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita sakit. Fungsi dan peran keluarga adalah sebagai sistem pendukung dalam memberikan pertolongan dan bantuan bagi anggotanya yang menderita perilaku kekerasan dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan. Hasil penelitian (Puspitasari, 2009) ada hubungan antara peran dukungan keluarga dengan merawat klien perilaku kekerasan, diperoleh kesimpulan bahwa keluarga sangat bermakna memberikan dukungan kepada penderita, dukungan keluarga meliputi: dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian. Stuart dan Laraia (2005) membagi dukungan keluarga dalam empat dimensi yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental serta dukungan penghargaan. Berdasarkan penelitian Herlina (2011) dalam penelitiannya, dukungan keluarga dapat terbagi empat dimensi yaitu dukungan emosional, dukungan penilaian, dukungan informasi dan dukungan instrumental.

Hasil penelitian Ambari (2010) dalam penelitiannya, hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien Skizofrenia pasca perawatan Rumah Sakit, menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada klien skizoprenia. Saputra dan Nanda (2010) dalam penelitiannya, hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia, menemukan bahwa ada hubungan yang signifikansi antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizoprenia. Suwardiman (2010) dalam penelitiannya, hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapi

pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang, menemukan bahwa adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik inefektif. Hal tersebut menjelaskan bahwa dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilai, yang dilakukan oleh keluarga klien halusinasi dalam mengikuti regimen terapeutik (Friedman, 2010).

Keadaan ini menjadi permasalahan, dimana beberapa studi menemukan bahwa keadaan pasien perilaku kekerasan bisa menjadi beban bagi keluarga yang merawat namun studi terdahulu juga menemukan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan terhadap kekambuhan dan keberfungsian sosial pasien perilaku kekerasan.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti tanggal 15 Maret 2012, di poliklinik RS. Jiwa Islam Klender dengan 11 keluarga klien, dengan riwayat perilaku kekerasan tentang dukungan keluarga terhadap anggota keluarga gangguan jiwa, ditemukan bahwa tiga keluarga gangguan jiwa mengatakan memberikan perhatian, memberikan kasih sayang dalam kondisi apapun dan menganggap klien orang yang harus dibantu dan ditolong serta dirawat, sedangkan empat keluarga mengatakan telah melakukan perawatan seperti mengantarkan klien berobat ke RS. Jiwa, mengawasi minum obat dan mengajak klien bersosialisasi, tetapi kadang keluarga juga mengalami beban yang dirasakan atas tindakan perilaku kekerasan dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, keluarga juga merasa bingung dengan perilaku klien yang sering mengalami stigma/label dari masyarakat sekitar.

Keluarga merasa terbebani dengan finansial dimana klien sering rawat ulang, peneliti juga menanyakan pada empat keluarga tentang beban emosi keluarga yang dirasakan adalah keluarga merasakan sedih, malu, bosan dalam merawat anggota keluarga perilaku kekerasan, dan merasa terbebani secara finansial hal ini merupakan beban bagi keluarga yang merawat. Hasil penelitian Idayani (2003) menemukan bahwa keluarga klien dengan gangguan jiwa skizofrenia

akan mempunyai beban yang menimbulkan masalah psikologis yang akan cenderung depresi. Berdasarkan penjelasan diatas peneliti tertarik untuk mengetahui “apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur?”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, masalah kesehatan jiwa di dunia sudah menjadi masalah serius dan jumlah angka gangguan jiwa terus bertambah. Salah satu bentuk gangguan jiwa adalah skizofrenia, dimana penderita sering melakukan perilaku kekerasan, tindakan kekerasan yang membahayakan diri dan orang lain. Peningkatan angka gangguan jiwa berdampak pada status kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang mengakibatkan munculnya beban subjektif dan beban objektif bagi keluarga penderita gangguan jiwa, untuk mengurangi beban tersebut dibutuhkan dukungan keluarga. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melihat “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur ?”.

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Diketahuinya hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Teridentifikasinya karakteristik keluarga klien Perilaku Kekerasan (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien) di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

2. Teridentifikasinya dukungan keluarga (dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian) di Rumah Sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
3. Teridentifikasinya beban keluarga meliputi beban subjektif dan objektif dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
4. Teridentifikasinya hubungan usia dengan dukungan informasi
5. Teridentifikasinya hubungan usia dengan dukungan emosional
6. Teridentifikasinya hubungan usia dengan dukungan instrumental
7. Teridentifikasinya hubungan usia dengan dukungan penilaian
8. Teridentifikasinya hubungan jenis kelamin dengan dukungan informasi
9. Teridentifikasinya hubungan jenis kelamin dengan dukungan emosional
10. Teridentifikasinya hubungan jenis kelamin dengan dukungan instrumental
11. Teridentifikasinya hubungan jenis kelamin dengan dukungan penilaian
12. Teridentifikasinya hubungan pendidikan dengan dukungan informasi
13. Teridentifikasinya hubungan pendidikan dengan dukungan emosional
14. Teridentifikasinya hubungan pendidikan dengan dukungan instrumental
15. Teridentifikasinya hubungan pendidikan dengan dukungan penilaian
16. Teridentifikasinya hubungan pekerjaan dengan dukungan informasional
17. Teridentifikasinya hubungan pekerjaan dengan dukungan emosional
18. Teridentifikasinya hubungan pekerjaan dengan dukungan instrumental
19. Teridentifikasinya hubungan pekerjaan dengan dukungan penilaian

20. Teridentifikasinya hubungan penghasilan dengan dukungan informasi
21. Teridentifikasinya hubungan penghasilan dengan dukungan emosional
22. Teridentifikasinya hubungan penghasilan dengan dukungan instrumental
23. Teridentifikasinya hubungan penghasilan dengan dukungan penilaian
24. Teridentifikasinya hubungan keluarga antara klien dengan dukungan informasi.
25. Teridentifikasinya hubungan keluarga antara klien dengan dukungan emosional.
26. Teridentifikasinya hubungan keluarga antara klien dengan dukungan instrumental.
27. Teridentifikasinya hubungan keluarga antara klien dengan dukungan penilaian.
28. Teridentifikasinya hubungan dukungan emosional dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
29. Teridentifikasinya hubungan dukungan instrumental dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
30. Teridentifikasinya hubungan dukungan penilaian dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
31. Teridentifikasinya hubungan dukungan informasi dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur untuk mengintegrasikan, program penguatan diadakan pendidikan kesehatan jiwa bagi keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa, dengan topik memberikan dukungan keluarga sebelum klien pulang dari RS. Jiwa tersebut yang selama ini belum diprogramkan dan merekomendasikan pentingnya adanya terapi keluarga, serta diharapkan juga dapat menjadi data dasar dan bahan pertimbangan untuk menyusun program pendidikan dan pelayanan kesehatan/keperawatan sesuai standar dengan memperhatikan hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat klien perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Bagi institusi pendidikan keperawatan jiwa spesialis untuk menguatkan pelaksanaan kurikulum bagi peserta didiknya untuk mengaplikasikan pentingnya kebutuhan pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga saat praktek klinik, dalam rangka memberikan sumber dukungan keluarga yang sangat penting supaya mengurangi beban keluarga yang dirasa selama ini.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi sebagai dasar untuk dikembangkan dalam penelitian lebih lanjut yang berbentuk penelitian kualitatif dengan mengembangkan model konseptual keperawatan dalam hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka diuraikan tentang konsep teori penelitian. Tinjauan pustaka meliputi konsep skizofrenia, konsep perilaku kekerasan, konsep beban keluarga, konsep dukungan keluarga, faktor-faktor yang mempengaruhi beban keluarga dan faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga.

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia merupakan bagian dari perilaku gangguan jiwa dan salah satu bentuk gejalanya menunjukkan gejala positif skizofrenia yaitu perilakunya agresif. Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu “*schizo*” yang berarti terbagi, terpecah dan “*phrenia*” yang berarti pikiran. Jadi pikiran terbagi atau terpecah. Pada tahun 1857-1939 istilah skizofrenia pertama kali dikemukakan oleh psikiater asal Swiss yaitu Eugene Bleuer. Bleuer memperkenalkan bahwa pada skizofrenia adalah gangguan yang menyebabkan terjadinya perpecahan antara pikiran, emosi dan perilaku (Sinaga, 2006). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008).

Menurut Kaplan dan Sadock (2010), penggolongan gangguan jiwa terbesar dapat dibagi menjadi 3 golongan meliputi Neurosa gangguan jiwa ringan, psikosa gangguan jiwa sedang dan skizofrenia gangguan jiwa berat. Sedangkan menurut Stuart dan Laraia (2005) skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realita, merasakan dan menunjukkan emosi dan perilaku yang dapat diterima secara rasional.

Menurut (Hawari, 2008) Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas (*Reality testing Ability/RTA*) dengan baik dan pemahaman diri buruk. Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan pada otak yang terjadi pada usia produktif yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari

2.1.2 Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia dibagi dalam dua kelompok yaitu:

a. Gejala Positif

Menurut Stuart dan Laraia (2005) gejala positif yang bertambahnya atau distorsi dari fungsi normal tubuh gejala ini sering responsif terhadap obat antipsikosis tipikal atau tradisional. Menurut Varcarolis (2006) gejala positif yang muncul antara lain halusinasi, delusi, perilaku agitasi dan agresif serta gangguan berpikir dan pola bicara. Gejala positif atau gejala nyata yaitu waham, perubahan sensorik, persepsi: halusinasi, kekacauan alam pikiran (bicara kacau), gaduh gelisah, merasa dirinya orang besar, perilaku yang tidak teratur (Videbeck, 2008).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif yaitu gejala samar, seperti gangguan afek, tumpul atau datar, tidak memiliki motivasi, rasa tidak nyaman dan menarik diri dari masyarakat, sulit berfikir abstrak (Videbeck, 2008). Menurut (Varcarolis, 2006) gejala negatif antara lain afek datar, sedikit bicara apatis penurunan perhatian dan aktivitas sosial.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa agitasi, agresif, amuk dan perilaku kekerasan termasuk gejala positif dari skizofrenia.

2.2 Perilaku kekerasan

2.2.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri atau orang lain dan lingkungan secara verbal dan nonverbal (Stuart dan Laraia, 2005). Sedangkan menurut Varcarolis, (2006) perilaku kekerasan adalah sikap atau perilaku kekerasan yang menggambarkan perilaku amuk, bermusuhan berpotensi untuk merusak secara fisik atau dengan kata-kata.

2.2.2 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan pada Klien Perilaku Kekerasan.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan

- a. Motorik: mondar mandir, ketidak mampuan untuk duduk diam, tangan mengepal atau meninju, rahang mengatup, pernafasan meningkat, tiba-tiba menghentikan aktivitas motorik (kataton), merusak benda, melukai orang lain.
- b. Verbalisasi: mengancam kearah objek nyata, meminta perhatian yang mengganggu, suara keras dan tertekan, ada isi pikir delusi dan paranoid.
- c. Afek: marah, bermusuhan, sangat cemas, mudah tersinggung, perasaan senang berlebihan atau tidak sesuai dengan emosi labil.
- d. Tingkatan kesadaran: sadar, tiba-tiba perubahan status mental, disorientasi, gangguan daya ingat, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

2.2.3 Proses Terjadinya Masalah Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya kekerasan menurut Stuart dan Laraia (2005) meliputi faktor predisposisi dan faktor Presipitasi.

2.2.3.1 Faktor Predisposisi

Faktor Predisposisi meliputi faktor biologis, psikologis dan sosial budaya.

a. Faktor Biologis

Berdasarkan teori biologik terdapat beberapa hal yang mempengaruhi, yaitu :

- a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen dari sistem neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- b) Pengaruh biokimia adalah berbagai neurotransmitter: epinephrin, nonepinephrin, dopamine, asetekolin dan serotonin sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon *androgen* dan *nonepinephrin* serta penurunan *serotonin* dan GABA (*gamma aminobutyric acid*) pada cairan serebrospinal dapat menjadi faktor predisposisi yang penting terjadinya perilaku agresif.
- c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik, yaitu termasuk genetik type karyotype XYY, yang pada umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindak kriminal.

Lobus frontalis memegang peranan penting sebagai penengah antara perilaku yang berarti dan pemikiran rasional, yang merupakan bagian otak dimana terdapat interaksi antara rasional dan emosi. Kerusakan pada lobus frontal dapat menyebabkan ketidakmampuan membuat keputusan, perubahan kepribadian, perilaku yang tidak sesuai dan ledakan agresif (Stuart dan Laraia, 2005).

Sistem limbik merupakan penengah dari dorongan ekspresi emosi dan perilaku. Sistem limbik berfungsi untuk memproses informasi dan daya ingat, juga berfungsi

sebagai penengah antara ekspresi takut dan amuk. Perubahan pada sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan resiko perilaku kekerasan.

Hipotalamus merupakan sistem alarm otak, stress dapat menimbulkan peningkatan steroid dan kondisi ini dapat terjadi berulang yang akan mengakibatkan trauma saat kanak-kanak dapat menetap sebagai salah satu faktor yang dapat meningkatkan resiko perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2005).

Penelitian yang dilakukan Keliat (2003) menyebutkan karakteristik jenis kelamin berhubungan dengan kejadian perilaku kekerasan verbal dan klien laki-laki dua kali lipat lebih banyak dari klien perempuan, serta usia paling banyak 30 tahun ke bawah, sedangkan penelitian karakteristik klien yang dirawat dibangsal MPKP menyebutkan ada 63,9% berjenis kelamin laki-laki dan 82,5% terdapat pada golongan umur dewasa yaitu umur 33 tahun sampai dengan 55 tahun (Keliat dkk, 2008). Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa berdasarkan bukti penelitian laki-laki yang mempunyai testoteron tinggi cenderung lebih agresif dibandingkan laki-laki yang mempunyai testoteron sedang.

Dari penjelasan diatas faktor predisposisi biologis perilaku kekerasan yaitu gangguan sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus, dan neurotransmitter serta jenis kelamin dan usia.

b. Faktor Psikologi

Menurut Townsend (1996, dalam Stuart dan Laraia, 2005)

Faktor Psikologi perilaku kekerasan meliputi :

- a) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan meningkatkan citra diri.
- b) Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh peran eksternal.

Faktor psikologis lainnya yang sangat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, kegagalan untuk mengembangkan kontrol impuls (kemampuan untuk menunda terpenuhinya keinginan), kualitas tersebut dapat menyebabkan individu yang impulsif, mudah frustrasi, dan rentan terhadap perilaku agresif (Videbeck, 2008).

Berdasarkan teori diatas dapat dikatakan bahwa faktor psikologi penyebab terjadinya perilaku kekerasan: ketidakberdayaan, harga diri rendah, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal, kegagalan dalam mengembangkan kualitas *control impuls*, stress ditempat kerja, pengangguran dan kepribadian anti sosial.

- c. Faktor Sosiokultural

Faktor sosial budaya yang dipengaruhi oleh proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Disisi lain, tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan

dengan berbagai perubahan, serta mengelola konflik dan stress (Ahmad, 2005).

2.2.3.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi meliputi: sifat stresor, asal stresor, lamanya stresor yang dialami dan banyaknya stresor yang dihadapi oleh seseorang. Faktor presipitasi terjadinya masalah perilaku kekerasan yaitu stresor biologis, stresor psikologis dan stresor sosial budaya. Sifat dari stresor yang tergolong komponen biologis, misalnya penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Komponen psikologis, misalnya : stresor terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan seperti adanya *abuse* dalam keluarga, atau adanya kegagalan dalam hidup. Selanjutnya komponen sosial budaya misalnya adanya aturan yang sering bertentangan antara individu dan kelompok masyarakat, tuntutan masyarakat yang tidak sesuai dengan kemampuan seseorang, ataupun adanya stigma dari masyarakat terhadap seseorang yang mengalami gangguan jiwa (Stuart dan Laraia, 2005).

Faktor presipitasi lainnya secara umum seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa *injury* secara psikis atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ancaman dapat berupa internal maupun eksternal, contoh stresor eksternal serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna dan adanya kritikan dari orang lain, sedangkan contoh dari stressor internal adalah merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai dan ketakutan terhadap penyakit yang dideritanya (Yosep, 2009).

2.2.4 Penanganan Perilaku Kekerasaan

Penanganan perilaku kekerasan menurut Keliat (2009)

2.2.4.1 Penanganan Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien riwayat perilaku kekerasan dengan terapi generalis dan terapi spesialis, terapi generalis meliputi tujuan khusus dan strategi komunikasi untuk klien, sedangkan terapi spesialisnya meliputi: *Cognitif Behavioral Therapy*, *Assertive Training*, sedangkan terapi keluarga: *Family Psycho Education* dan terapi kelompoknya *Therapy Supportif Group*. Sedangkan Penanganan intervensi keperawatan pada klien perilaku kekerasan dengan memberikan strategi komunikasi pada klien meliputi :

- a. Intervensi keperawatan pada klien perilaku kekerasan bertujuan untuk mengontrol perilaku kekerasannya, dengan cara ; (1) Bersama klien mendiskusikan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan; (2) Bersama klien mendiskusikan akibat & perilaku kekerasan yang dilakukan; (3) Bersama klien mendiskusikan cara mengontrol & melatih perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan fisik 2 (melakukan aktivitas yang disukai); (4) Bersama klien melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal; (5) Bersama klien melatih melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual; (6) Bersama klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat; (7) Bersama klien menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian; (8) Bersama klien mengevaluasi jadwal kegiatan harian yang sudah dibuat dan dilaksanakan.

- b. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan perilaku kekerasan, dengan

cara : (1) Bersama keluarga mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien; (2) Bersama keluarga menyamakan persepsi definisi perilaku kekerasan tanda dan gejala, proses terjadinya perilaku kekerasan; (3) Bersama keluarga menyamakan persepsi & mempraktekkan cara merawat pasien perilaku kekerasan; (4) Bersama keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*) & menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang.

c. Intervensi keperawatan dengan terapi kelompok pada pasien perilaku kekerasan menurut Stuart dan Laraia (2001), berujuan untuk merubah perilaku destruktif dan maladaftif menjadi perilaku yang konstruktif, sehingga mampu berinteraksi dengan orang lain. Sedangkan menurut Keliat (2002). Manfaat dengan terapi kelompok adalah, saling berbagi pengalaman, saling membantu menyelesaikan masalah dan mempraktekkan cara marah yang asertif. Terapi kelompok perilaku kekerasan yang diberikan adalah terapi aktivitas kelompok yaitu stimulasi persepsi meliputi: (1) Bersama kelompok mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan; (2) Bersama kelompok belajar mencegah tidak melakukan perilaku kekerasan secara fisik; (3) Bersama kelompok belajar mencegah perilaku kekerasan secara sosial; (4) Bersama kelompok belajar mencegah perilaku kekerasan dengan spiritual; (5) Bersama kelompok belajar dan mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat.

2.3 Keluarga

2.3.1 Pengertian

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon & Maglana, 1989 dalam Friedman, 2010) Keluarga adalah suatu sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran dan norma yang lebih jauh diatur dalam subsistem di dalam keluarga, subsistem ini menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga (Friedman, 2003). Penelitian Solahudin (2009) Peran keluarga dalam penyembuhan gangguan jiwa di Yayasan Dian Atmajaya Lawang Kabupaten Magelang menyatakan peran keluarga sangat berkontribusi terhadap kesembuhan klien gangguan jiwa.

2.3.2 Fungsi Keluarga

Friedman (2010) mendefinisikan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dan masyarakat yang lebih luas, meliputi :

1. Fungsi afektif adalah fungsi mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, peran keluarga dilaksanakan dengan baik dengan penuh kasih sayang.
2. Fungsi sosial adalah memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga, keluarga tempat melaksanakan sosialisasi dan interaksi dengan anggotanya.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga, dan menambah sumber daya manusia.
4. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan mengembangkan untuk

meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarganya.

5. Fungsi perawatan mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar memiliki produktivitas yang tinggi, fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

2.2.3 Tugas Keluarga

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan (Friedman, 2010) yang meliputi:

1. Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan keluarga klien dengan perilaku kekerasan, keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku maladaftifnya meliputi keluarga perlu mengetahui pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejalanya, cara mengontrol perilaku kekerasaannya dengan cara minum obat dan cara spiritual.
2. Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa ke pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat ke rumah sakit jiwa.
3. Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang perlu dikaji pengetahuan tentang akibat lanjut perilaku kekerasan yang dilakukan, pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang perlu dilakukan oleh keluarga, pengetahuan keluarga tentang alat-alat yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang membutuhkan bantuan.

4. Mengetahui kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, yang perlu dikaji : pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga dalam memodifikasi lingkungan khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan lingkungan yang asertif.
5. Mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di masyarakat, yang perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas keberadaan pelayanan kesehatan dalam mengatasi perilaku kekerasannya. Pemahaman keluarga tentang manfaat fasilitas pelayanan yang berada di masyarakat, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang tentang fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

2.4 Beban Keluarga

2.4.1 Pengertian

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009). Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan anggota keluarga mengalami perilaku kekerasan juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2009).

Menurut WHO (2008) mengkategorikan beban keluarga dengan klien perilaku kekerasan dalam dua jenis yaitu:

- a. Beban obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan

sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

- b. Beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Mohr (2006) membagi menjadi tiga jenis beban keluarga yaitu:

- a. Beban Subyektif, merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. Termasuk beban subyektif diantaranya: ansietas akan masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, dan bosan.
- b. Beban Obyektif, merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. Termasuk ke dalam beban obyektif adalah: beban biaya finansial untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi.
- c. Beban *Iatrogenik*, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya. Termasuk dalam beban ini, bagaimana sistem rujukan dan program pendidikan kesehatan.

Saunders (2003) menemukan bahwa berdasarkan beberapa literatur menjelaskan penyebab depresi pada keluarga yang merawat gangguan mental adalah koping, beban keluarga, dukungan sosial, distress psikologi dan perilaku penderita. Vohra, Garg dan Gaur (2000) menemukan bahwa beban keluarga yang merawat penderita skizofrenia dan depresi yang terbesar adalah pengaruh perawatan

penderita terhadap hambatan pada aktivitas rutin keluarga setelah itu finansial dan hambatan interaksi sosial.

2.4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga

Penderita skizofrenia khususnya yang mengalami gejala perilaku kekerasan merupakan beban bagi keluarga. Beban keluarga ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi beban keluarga antara lain:

a. Perjalanan penyakit

Penderita skizofrenia sering mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung kepada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif (Kaplan & Sadock, 2000). Siregar, Arijanto dan Wati (2008) menemukan bahwa gejala positif dan negatif klien skizofrenia berperan dalam beratnya beban *caregiver*, semakin tinggi skor sindrom positif dan negatif skizofrenia maka semakin berat beban yang dirasakan.

b. Stigma

Pada kehidupan masyarakat, skizofrenia masih dianggap sebagai penyakit yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga, dan sering dianggap sebagai ancaman yang mengganggu keamanan sekitarnya. Keadaan ini menyebabkan keluarga dikucilkan dan mengalami isolasi sosial dari masyarakat. Hal ini menjadi beban bagi keluarga baik beban subyektif maupun beban obyektif.

Menurut Sane Research (2009) Stigma adalah suatu usaha untuk label tertentu sebagai kelompok yang kurang patut dihormati daripada yang lain. Stigma masih tersebar luas di Australia. Australia menghabiskan sekitar 8% dari anggaran kesehatan pada pelayanan kesehatan mental, di Negara-negara OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)

sebanding, proporsi adalah 12% atau lebih, kekurangan ini memiliki efek drastis pada kapasitas layanan.

Keadaan di Indonesia tidak jauh berbeda dengan di Australia. Orang yang mengalami gangguan jiwa diperlakukan dengan cara yang tidak pantas. Kalau kita melihat pelayanan kesehatan di Indonesia, bahwa bangsal-bangsal yang ada di rumah sakit umum banyak yang belum ada bangsal jiwanya hal ini menunjukkan bukan hanya masyarakat awam aja yang melakukan diskriminatif, tetapi para profesionalpun secara tidak sadar melakukan stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa.

Menurut Hawari (2009) stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Selama bertahun-tahun banyak bentuk diskriminasi di dalam masyarakat. Penyakit mental masih menganggap kesalahpahaman, prasangka, kebingungan, ketakutan di tengah-tengah masyarakat.

c. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan khususnya kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap skizofren. Kemudahan keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi beban keluarga dalam merawat, begitu juga sebaliknya, jika pelayanan kesehatan khususnya mental tidak tersedia atau sulit dijangkau akan menyebabkan keadaan klien lebih buruk yang akan menjadi beban bagi keluarga yang merawat (Thonicraft & Samukler, 2001)

d. Pengetahuan terhadap penyakit

Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dan cara perawatannya

sangat mempengaruhi proses pikir keluarga. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik akan meringankan beban keluarga dalam merawat riwayat perilaku kekerasan (Wicaksana, 2007). Abdurachman (2008) dalam penelitian Hubungan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan dengan kesiapan keluarga dalam merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa daerah Provinsi Sumatra Utara, menemukan bahwa 90,6% keluarga dengan penderita perilaku kekerasan memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan, dan memiliki kesiapan yang cukup sebanyak 84,4 % dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan.

e. Ekspresi emosi

Ekspresi emosi adalah keadaan individu yang terbuka dan sadar akan perasaannya dan dapat berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal (Keliat, 2000). Beberapa penelitian menemukan bahwa ekspresi emosi keluarga yang tinggi rata-rata memiliki beban yang tinggi jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang rendah. Angiananda (2006) menemukan bahwa emosi keluarga berkaitan dengan pengetahuan menyebabkan emosi tinggi karena merasa terbebani dengan perilaku klien. Tingginya angka kekambuhan tersebut akan meningkatkan ketidakmampuan penderita yang menyebabkan beban bagi keluarga.

f. Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Penelitian Gururaj, Bada, Reddy dan Chandrashkar (2008) menemukan bahwa dari enam dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, skor finansial memiliki rata-rata yang paling

tinggi. Oleh karena itu, apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang berat bagi keluarga.

2.5 Dukungan Keluarga bagi Klien Perilaku Kekerasan

Klien perilaku kekerasan membutuhkan dukungan keluarga untuk kesembuhannya. Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku pelayanan yang dilakukan oleh keluarga, yaitu dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari isteri, suami, atau dukungan dari saudara kandung, dan dukungan keluarga eksternal diluar keluarga inti (Friedman, 2010).

Penelitian Perdana (2009) peran dukungan keluarga sangat berpengaruh pada penanganan penderita skizofrenia. Dimana keluarga merupakan orang yang terdekat dengan penderita yang akan memberikan dukungan sosial, memberikan bantuan, nasehat, bimbingan dan saran, sehingga mencegah ancaman kesehatan mental.

Dukungan keluarga pada umumnya akan menggambarkan mengenai peran atau pengaruh serta bantuan yang diberikan oleh orang yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, dan rekan kerja. Dalam Jurnal Psikologi menurut Saronson dkk (2009, dalam Suhita, 2005) dukungan keluarga memiliki peranan penting untuk mencegah dari ancaman kesehatan mental. Individu yang memiliki dukungan keluarga yang lebih kecil, lebih memungkinkan akan mengalami kesulitan dalam menyelesaikan masalah dan penilaian negatif terhadap masalah, sehingga merasa terbebani. Keuntungan individu yang memperoleh dukungan keluarga yang tinggi akan menjadi individu lebih optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini maupun masa yang akan datang, lebih terampil dalam memenuhi kebutuhan psikologi dan memiliki sistem yang lebih tinggi, serta tingkat kecemasan yang lebih rendah, mempertinggi *interpersonal skill* (keterampilan interpersonal), memiliki kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan dan lebih dapat membimbing individu untuk beradaptasi dengan stress.

Hasil penelitian Atkinson (Suhita, 2005) dalam Jurnal Psikologi (2009) menunjukkan bahwa orang yang memiliki banyak dukungan keluarga cenderung untuk memiliki usia yang lebih panjang. Selain itu, juga relatif lebih tahan terhadap stress yang berhubungan dengan penyakit daripada orang yang memiliki sedikit ikatan dukungan keluarga, akan tetapi, selain berpengaruh positif bagi individu, dukungan keluarga dapat juga memberikan pengaruh negatif terhadap kondisi psikologis. Faktor dukungan keluarga yang lebih tinggi akan menyebabkan individu mudah menerima informasi yang bermanfaat dan terhindar dari informasi negatif yang akan menyebabkan kecemasan dan stress. Suwardirman (2010) menemukan bahwa adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik.

2.5.1 Jenis Dukungan Keluarga

Hause dan Kahn (dalam Suhita, 2005) mengemukakan bahwa dukungan keluarga dapat dipenuhi dari teman atau persahabatan, keluarga, dokter, psikolog, psikiater, sedangkan menurut Duvall dan Logan (1986, dalam Friedman, 2003) bahwa dukungan keluarga bersumber dari orang-orang yang memiliki hubungan berarti bagi individu seperti keluarga, teman dekat, pasangan hidup, rekan kerja, tetangga, dan saudara. Hause dan Kahn (1985, dalam Friedman, 2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

1. Dukungan Informasi

Menurut Hause dan Newman (1997, dalam Friedman, 2010) dukungan informasi adalah dukungan dalam bentuk komunikasi tentang opini atau kenyataan yang relevan tentang kesulitan-kesulitan pada saat ini, misalnya nasehat dan informasi-informasi yang dapat menjadikan individu lebih mampu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dukungan informasi keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan

keluarga dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Contoh dukungan ini adalah usulan, saran, nasehat petunjuk dan pemberian informasi.

Dukungan informasi yang diberikan pada keluarga klien perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap klien perilaku kekerasan diantaranya adalah memperkenalkan kepada klien perilaku kekerasan tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada klien perilaku kekerasan agar klien termotivasi menjaga dan mengontrol perilakunya, perasaannya dan proses pikirnya.

Klien dengan perilaku kekerasan sering mengalami masalah kemunduran pikiran, afektif dan perilakunya, yang mengakibatkan munculnya putus asa dan rasa pesimis bahkan kepasrahan terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya. Dirasakan penting upaya bantuan informasi (saran, nasehat dan pemberian informasi) bagi klien perilaku kekerasan untuk meningkatkan semangat dan motivasi agar dapat meningkatkan status kesehatannya. Hasil penelitian Ngadiran (2008) pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa, mengatakan pentingnya peran perawat jiwa untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa, sehingga akan menurunkan beban keluarga, beban keluarga meliputi beban psikologis dan beban finansial, maka keluarga sangat berperan dalam kesembuhan klien gangguan jiwa.

2. Dukungan Emosional

Menurut Cabb (Nindra, 2003) menyatakan bahwa dukungan emosional merupakan bantuan emosional, pernyataan tentang cinta, perhatian, penghargaan, dan simpati dan menjadi bagian dari kelompok yang berfungsi untuk memperbaiki perasaan negatif yang khususnya disebabkan oleh stress. Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap emosi. Diantaranya menjaga hubungan emosional, meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga (Friedman, 1998).

Bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan cinta kasih, membangkitkan semangat, rasa aman, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan yang dialaminya. Pada klien perilaku kekerasan sangat dibutuhkan dukungan emosional untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga sangat diperlukan oleh klien perilaku kekerasan yang dapat mempengaruhi status mentalnya, dukungan emosional ini dapat memberikan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Disebabkan karena terjadinya peningkatan perasaan, ada rasa minder, tidak dihargai dan merasa dikucilkan dari klien perilaku kekerasan (Patricia, 2003).

3. Dukungan Instrumental

Menurut Bomar (2004) dukungan instrumental keluarga adalah dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu dan melayani serta mendengarkan klien perilaku kekerasan dalam menyampaikan perasaannya. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

Menurut Hause (Nindra, 2003), bantuan instrumental keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit seperti bantuan langsung dari orang yang diandalkannya berupa materi, tenaga dan sarana. Salah satu dukungan instrumen adalah memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga yang harus dipenuhi oleh keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarganya. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan kesehatan anggota keluarga diantaranya adalah merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan (Friedman, 2010). Dari hasil penelitian Suwardiman (2011) semakin bertambah dukungan keluarga instrumental semakin berkurang beban keluarga, ada hubungan yang signifikan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga, keluarga menyatakan turut bertanggungjawab dalam perawatan klien, memotivasi klien dalam kegiatan ADL, keluarga membantu klien dalam minum obat dan keluarga membimbing klien untuk untuk berobat jalan

4. Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian adalah dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik, membimbing dan memberikan penghargaan melalui respon positif dalam memecahkan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota kepada klien

perilaku kekerasan dengan menunjukkan respon positif yaitu memberikan support, penghargaan, dan penilaian yang positif. Dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien perilaku kekerasan yang dapat meningkatkan status kesehatan klien perilaku kekerasan. Dengan dukungan penghargaan ini, klien perilaku kekerasan akan mendapat penghargaan/ pengakuan atas kemampuannya walaupun sifatnya kecil dan sedikit berpengaruh (Friedman, 1998).

Dukungan penilaian yang diberikan pada klien perilaku kekerasan sangat penting untuk meningkatkan harga diri klien perilaku kekerasan. Klien merasa termotivasi dan semangat sehingga menjadikan kehidupan klien perilaku kekerasan lebih berarti bagi keluarganya, berharga dan bermakna (Yosep, 2010). Crotty dan Kulys (1986 dalam Saunders, 2003) menjelaskan bahwa dukungan pasien skizofrenia merupakan mediator yang penting bagi beban keluarga, pasien dengan sistem dukungan akan mengurangi beban keluarga jika dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan dukungan.

Sumber dukungan keluarga mengacu kepada dukungan yang dipandang sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.5.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan meliputi:

a. Usia

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut Feiring dan Lewis (1984 dalam Friedman 1998) adalah bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Jadi dukungan keluarga yang diberikan anggota keluarga klien dengan perilaku kekerasan sangat dipengaruhi oleh faktor usia, usia yang lebih dewasa atau orang tua akan memberikan dukungan keluarga yang berkualitas. Friedman (1998) menjelaskan bahwa ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah faktor usia, usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun keatas, usia tersebut akan memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang mengalami riwayat perilaku kekerasan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut penelitian Gierveld dan Dykstra bahwa orang dewasa tidak hanya menjadi penerima dukungan tetapi juga memberikan dukungan pada keluarga (2008).

b. Jenis kelamin

Komar dan Muhanti (2007) menemukan bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh yang besar terhadap beban keluarga dalam mendukung keluarga dengan skizoprenia, dimana perempuan memiliki beban yang lebih berat jika dibandingkan dengan laki-laki. Misrha, Trivedi dan Sinha (2005) juga melaporkan bahwa tingkat stres keluarga lebih tinggi jika penderita adalah laki-laki. Dimana laki-laki merupakan salah satu tulang punggung pada keluarga, apabila berperan sebagai suami atau bapak, ini akan berdampak pada beban ekonomi keluarga apabila peran sebagai pencari nafkah tidak lagi produktif akibat mengalami penyakit yang parah.

c. Sosial ekonomi

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah faktor ekonomi keluarga klien perilaku kekerasan. Faktor sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan keluarga klien, semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih memberikan dukungan dan pengambilan keputusan dalam merawat anggota klien perilaku kekerasan. Selain itu keluarga dengan kelas sosial ekonomi yang berlebih secara finansial mempunyai tingkat dukungan keluarga, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada keluarga dengan kelas sosial ekonomi kurang secara finansial (Friedman, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian dari Suwardiman (2011) bahwa hubungan dukungan sosial ekonomi dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial ekonomi dengan beban keluarga, semakin bertambah dukungan sosial ekonomi semakin berkurang beban keluarga.

d. Pendidikan

Salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga terbentuk oleh variabel pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah mencapai jenjang pendidikan formal tertentu, seseorang dengan pendidikan yang baik akan memiliki pemahaman yang baik terhadap suatu permasalahan, sehingga akan lebih mudah untuk menerima pengaruh dari luar baik yang positif maupun negatif, obyektif dan lebih terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi kesehatan dalam memberikan dukungan keluarga (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan keluarga sangat menunjang dalam memberikan dukungan keluarga, pendidikan keluarga yang tinggi dapat mengetahui kebutuhan anggota keluarganya sehingga keluarganya akan memberikan dukungan support, masukan, memberikan bimbingan dan saran yang berkualitas (Puspitasari, 2009)

Keliat (2003) dalam penelitiannya tentang pemberdayaan klien dan keluarga dalam klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor. menyimpulkan peran dan fungsi keluarga salah satunya adalah keluarga memberikan perawatan kesehatan melalui pendidikan, keluarga yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan dukungan keluarga baik dukungan informasi cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

e. Hubungan keluarga dengan klien

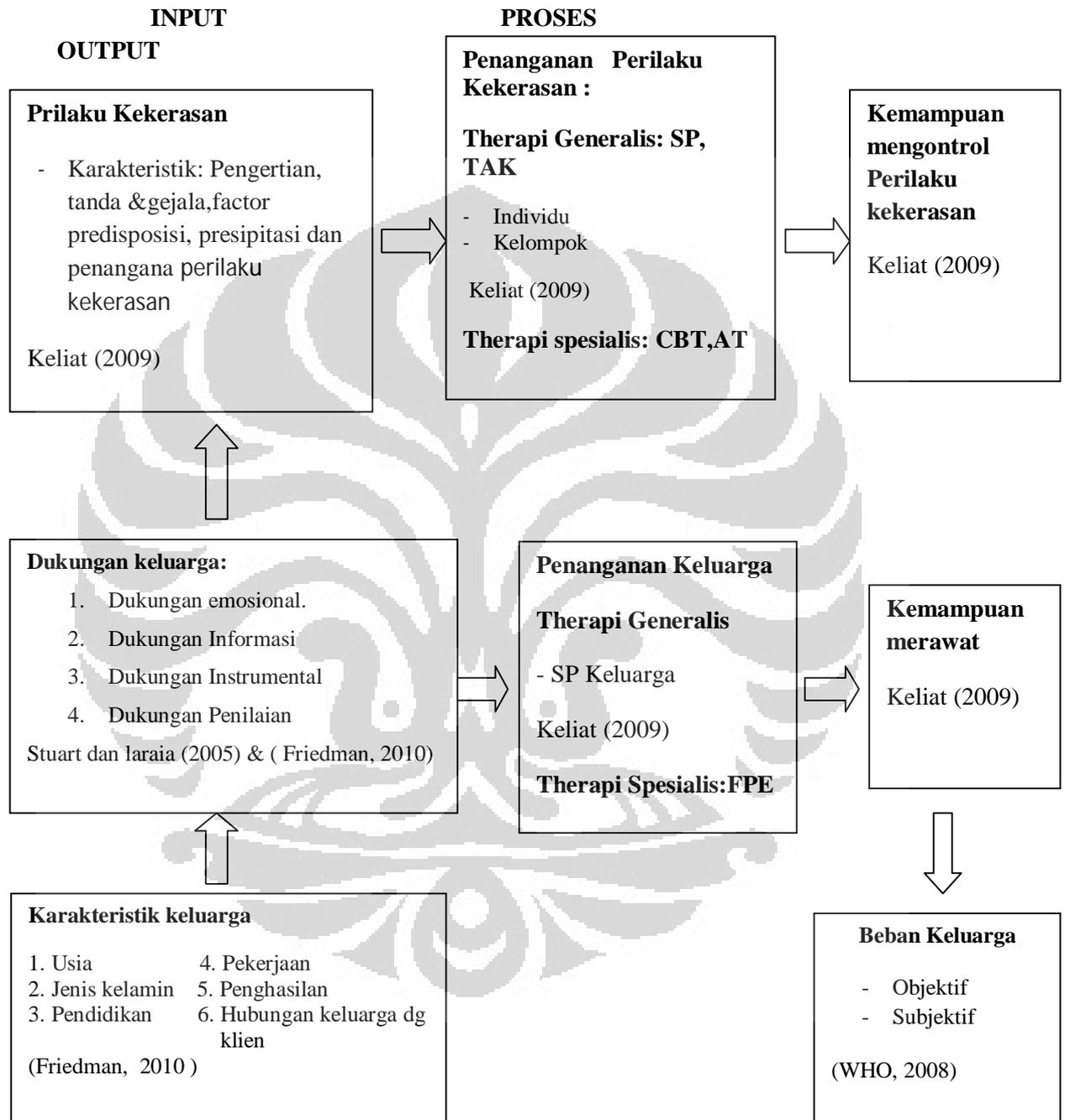
Faktor dukungan keluarga dipengaruhi oleh hubungan klien dengan keluarga, keluarga inti akan memberikan dukungan terhadap anggota keluarga, dengan klien perilaku kekerasan. Salah satu fungsi keluarga adalah memberikan pelayanan kesehatan didalam

keluarganya, sehingga keluarga akan memberikan dukungan dalam menangani perawatan anggota keluarganya dengan riwayat klien perilaku kekerasan (Friedman, 2010).

Hasil penelitian Ambari (2010) dalam penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia *pasca* perawatan di rumah sakit menyimpulkan hubungan keluarga dengan anggota keluarga, dimana keluarga yang memberikan dukungan sosial pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia seperti memberikan dukungan keluarga baik dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian sehingga pasien skizofrenia dapat berfungsi di masyarakat. Sampel penelitian 30 responden, nilai korelasi sebesar 0,836 dengan $p = 0,00 (< 0,05)$ angka tersebut menunjukkan hubungan yang signifikan antara variabel dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial.

2.6 Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian



Modifikasi: Stuart dan Laraia (2005), (WHO, 2008), Keliat (2009) & Friedman (2010).

BAB 3

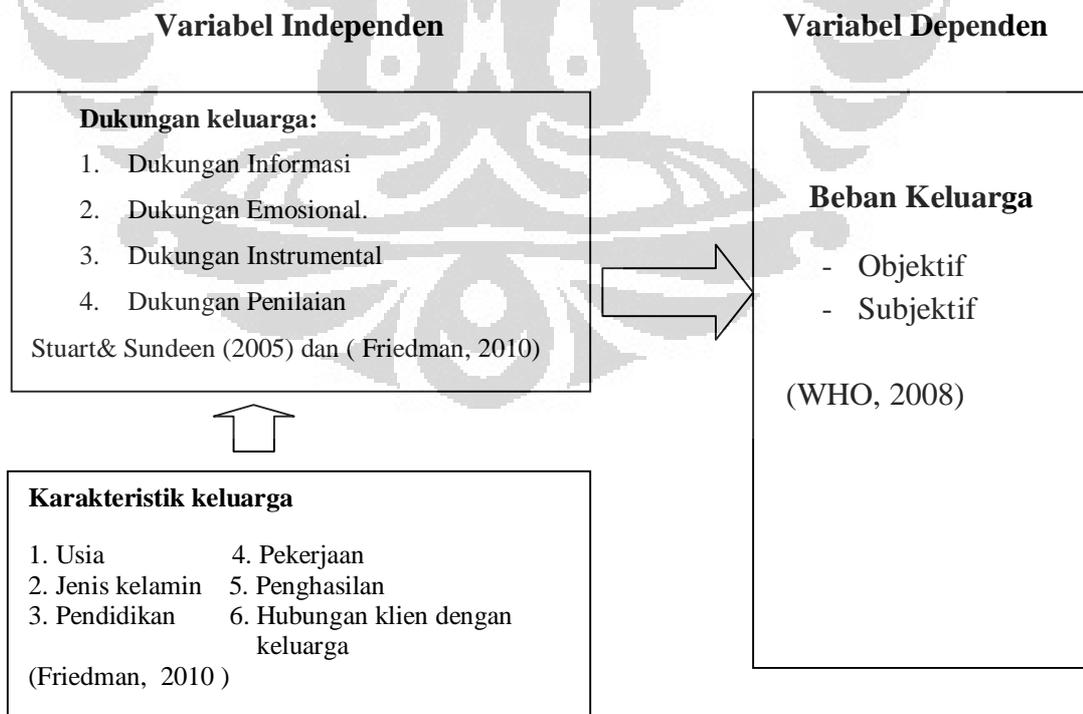
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian, dan definisi operasional yang berkaitan dengan variabel independen dan variabel dependen.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan konsep yang dipakai sebagai dalam landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori, dimana disusun berdasarkan berbagai variabel yang ada dalam penelitian (Nursalam, 2008). Kerangka konsep telah menggambarkan variabel penelitian. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat klien perilaku kekerasan.

Hubungan antara variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut ini :



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan skema diatas dapat dijelaskan bahwa variabel Independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian. Sedangkan variabel dependen adalah beban keluarga yang meliputi beban subjektif dan beban objektif, sedangkan variabel independen karakteristik keluarga dalam penelitian adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan keluarga dengan klien

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiono, 2011). Menurut La Biedo-Wood dan Haber (1994 dalam Nursalam, 2008) hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Hipotesis yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan

3.2.2 Hipotesis Minor

1. Ada hubungan usia terhadap dukungan informasi
2. Ada hubungan usia terhadap dukungan emosional
3. Ada hubungan usia terhadap dukungan instrumental
4. Ada hubungan usia terhadap dukungan penilaian
5. Ada hubungan jenis kelamin terhadap dukungan informasi
6. Ada hubungan jenis kelamin terhadap dukungan emosional
7. Ada hubungan jenis kelamin terhadap dukungan instrumental
8. Ada hubungan jenis kelamin terhadap dukungan penilaian
9. Ada hubungan pendidikan terhadap dukungan informasi
10. Ada hubungan pendidikan terhadap dukungan emosional
11. Ada hubungan pendidikan terhadap dukungan instrumental

12. Ada hubungan pendidikan terhadap dukungan penilaian
13. Ada hubungan pekerjaan terhadap dukungan informasi
14. Ada hubungan pekerjaan terhadap dukungan emosional
15. Ada hubungan pekerjaan terhadap dukungan instrumental
16. Ada hubungan pekerjaan terhadap dukungan penilaian
17. Ada hubungan pengasilan terhadap dukungan informasi
18. Ada hubungan pengasilan terhadap dukungan emosional
19. Ada hubungan pengasilan terhadap dukungan instrumental
20. Ada hubungan pengasilan terhadap dukungan penilaian
21. Ada hubungan antara hubungan keluarga dengan klien terhadap dukungan informasi
22. Ada hubungan antara hubungan keluarga dengan klien terhadap dukungan emosional
23. Ada hubungan antara hubungan keluarga dengan klien terhadap dukungan instrumental
24. Ada hubungan antara hubungan keluarga dengan klien terhadap dukungan penilaian
25. Ada hubungan dukungan informasi terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
26. Ada hubungan dukungan emosional terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
27. Ada hubungan dukungan instrumental terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur
28. Ada hubungan dukungan penilaian terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam di Klender Jakarta Timur.

3.3 Definisi Operasional.

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati atau diukur dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008). Tujuan definisi operasional adalah untuk membuat variabel menjadi lebih konkrit dan dapat diukur (Dharma, 2011). Berikut ini adalah tabel definisi operasional dalam penelitian yang dilakukan.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Karakteristik				
Usia	Usia responden dalam tahun	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan tertulis	Dalam tahun	Interval
Jenis Kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan tertulis yang menyediakan dua alternatif jawaban	0: Laki-laki 1 : Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditempuh	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan tertulis	0 : Pendidikan rendah (SD-SMA) 1 : Pendidikan Tinggi (Diploma-Sarjana)	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan yang dapat menghasilkan uang.	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan mengenai pekerjaan.	0 : Tidak bekerja 1 : Bekerja	Nominal
Penghasilan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan.	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan mengenai penghasilan keluarga dalam sebulan.	0: <UMP (Rp 1.529.150) 1: ≥UMP (Rp 1.529.150)	Ordinal
Hubungan keluarga dengan klien	Hubungan keluarga klien dengan perilaku kekerasan, ditunjukkan dengan adanya ikatan darah.	Kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan mengenai hubungan keluarga.	0 : Ayah 1 : Ibu 2 : Anak 3 : Suami 4 : Istri 5 : Kakak 6 : Adik	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
Dukungan Keluarga	Dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien perilaku kekerasan meliputi 4 dimensi yaitu: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner peneliti sebelumnya Suwardiman yang terdiri dari 24 item pernyataan, diukur dengan menggunakan skala likert dengan nilai untuk pernyataan positif: <ul style="list-style-type: none"> - 3: selalu - 2: sering - 1: jarang - 0: tidak pernah 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan keluarga dengan rentang nilai 0-72	Interval
Dukungan Emosional	Dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien perilaku kekerasan meliputi: penerimaan, perhatian, cinta, empati, dan komitmen untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert. Untuk pernyataan positif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 3: selalu - 2: sering - 1: jarang - 0: tidak pernah Untuk pernyataan negatif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 0: selalu - 1: sering - 2: jarang - 3: tidak pernah 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan emosional. Hasil ukur dalam rentang nilai 0-18	Interval
Dukungan informasi	Dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien perilaku kekerasan meliputi: pemahaman, belajar, bertanya, validasi, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan alternative jawaban menggunakan skala likert. Untuk pernyataan positif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 3: selalu - 2: sering - 1: jarang - 0: tidak pernah Untuk pernyataan negatif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 0: selalu - 1: sering - 2: jarang - 3: tidak pernah 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan informasi Hasil ukur dalam rentang nilai 0-18	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dukungan Instru Mental	Dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien perilaku kekerasan meliputi: sumber kedekatan, kesediaan waktu, bantuan asuhan, finansial, tugas rumah tangga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert. Untuk pernyataan positif yaitu - 3: selalu - 2: sering - 1: jarang - 0: tidak pernah Untuk pernyataan negatif yaitu - 0: selalu - 1: sering - 2: jarang - 3: tidak pernah 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan instrumental. Hasil ukur dalam rentang nilai 0-18	Interval
Dukungan penilaian	Dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien perilaku kekerasan meliputi: keputusan, kepercayaan, pujian untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert. Untuk pernyataan positif yaitu - 3: selalu - 2: sering - 1: jarang - 0: tidak pernah Untuk pernyataan negatif yaitu - 0: selalu - 1: sering - 2: jarang - 3: tidak pernah 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan instrumental. Hasil ukur dalam rentang nilai 0-18	Interval

Variabel Dependen

Beban Keluarga	Beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman keluarga selama merawat pasien perilaku kekerasan meliputi beban objektif dan subjektif	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner peneliti sebelumnya Suwardiman, yang terdiri dari 13 item pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi beban keluarga dari WHO (2008), diukur dengan menggunakan skala likert 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan keluarga dengan rentang nilai 0 – 39	Interval
----------------	--	---	---	----------

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Beban Keluarga Subjektif	Beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stress dalam gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 7 pernyataan dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert. - Untuk pernyataan positif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 3: sangat setuju - 2: setuju - 1: tidak setuju - 0: sangat tidak setuju Untuk pernyataan negatif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 0: sangat setuju - 1: setuju - 2: tidak setuju - 3: sangat tidak setuju 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan instrumental. Hasil ukur dalam rentang nilai 0-21	Interval
Beban keluarga Objektif	Beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert. Untuk pernyataan positif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 3: sangat setuju - 2: setuju - 1: tidak setuju - 0: sangat tidak setuju Untuk pernyataan negatif yaitu <ul style="list-style-type: none"> - 0: sangat setuju - 1: setuju - 2: tidak setuju - 3: sangat tidak setuju 	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan instrumental. Hasil ukur dalam rentang nilai 0-18	Interval

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, uji instrumen dan pengolahan serta analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan rancangan *cross sectional* artinya untuk mengetahui hubungan variabel independen (dukungan keluarga) dan variabel dependen (Beban keluarga), yang bertujuan untuk menjelaskan dan menggambarkan hubungan variabel (Nursalam, 2008).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek dan objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2011). Populasi dalam penelitian adalah seluruh keluarga yang datang berkunjung ke poliklinik jiwa yang berjumlah 82 keluarga klien dengan riwayat perilaku kekerasan dalam tiga bulan terakhir terhitung dari bulan November 2011 s/d Januari 2012 yang datang ke poliklinik jiwa di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

4.2.2 Sampel

Kriteria sampel yang digunakan adalah kriteria inklusi yaitu kriteria yang harus dimiliki oleh individu dalam populasi untuk dapat dijadikan sampel dalam penelitian (Dharma, 2011). Menurut Nursalam (2008) kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Adapun kriteria inklusi penelitian ini adalah sebagai berikut:

Universitas Indonesia

- a. Keluarga (orang yang merawat) dalam keluarga inti
- b. Keluarga berusia dari 25 - 56 tahun
- c. Terlibat dalam perawatan klien sehari-hari
- d. Keluarga tinggal satu rumah selama lebih dari 4 bulan.
- e. Bersedia menjadi responden.

Sedangkan kriteria inklusi penelitian bagi klien dengan riwayat perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosa keperawatan klien saat masuk dengan riwayat perilaku kekerasan.
- b. Klien minimal atau lebih 3 kali mengalami rawat inap dengan riwayat perilaku kekerasan.

Sampel penelitian adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2011). Sampel penelitian ini adalah keluarga klien dengan riwayat perilaku kekerasan yang paling dominan yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Peneliti menetapkan sampel dengan cara memilih diantara populasi di poliklinik jiwa dengan riwayat perilaku kekerasan yang sebelumnya dirawat di RS. Jiwa tersebut. Seseorang dapat dijadikan sebagai sampel karena peneliti menganggap bahwa orang tersebut memiliki informasi yang diperlukan untuk penelitian (Dharma, 2011).

Pada penelitian ini, peneliti menetapkan besar sampel dengan menggunakan rumus perkiraan besar sampel untuk populasi kecil atau

kurang dari 10.000 (Notoatmodjo, 2002; Nursalam, 2008) sebagai berikut ini:

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

$$n = \frac{82}{1+82(0.1^2)}$$

$$n = 45 \text{ orang}$$

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,1)

Mengantisipasi kemungkinan subjek atau sampel yang terpilih *dropped out* (D0) maka perlu penambahan sejumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus (Sastroasmoro & Ismael, 2002) berikut ini:

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n' = \frac{45}{(1-0.1)}$$

$$n' = 50 \text{ orang}$$

Keterangan:

n' = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi DO (0.1)

Jadi jumlah sampel minimal pada penelitian ini adalah sejumlah 50 orang responden dengan distribusi normal.

Cara pengambilan sampel penelitian ini yaitu dengan pengambilan sampel acak (random) atau yang disebut dengan *probability sampling*. *Probability sampling* adalah pengambilan sampel yang memberikan kesempatan/peluang yang sama kepada setiap individu dalam populasi tersebut untuk menjadi sampel penelitian (Dharma, 2011). Peneliti bekerja sama dengan petugas poliklinik jiwa di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur dengan memperhatikan kriteria inklusi yang sudah ditentukan oleh peneliti, peneliti mengidentifikasi klien dengan riwayat perilaku kekerasan yang datang dengan keluarga yang telah berobat ke poliklinik, peneliti memilih dan mengurutkan sampel mana yang akan diambil sesuai dengan kriteria, pelaksanaan pengambilan sampel pada hari Senin, Rabu dan Jumat, karena di hari-hari tersebut jumlah pasien yang datang lebih banyak datang dibandingkan dengan hari-hari yang lain.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poliklinik RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, karena Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, sebagai pusat pelayanan kesehatan jiwa yang berada di wilayah Jakarta Timur.

4.4 Waktu Penelitian

Pelaksanaan Penelitian ini dimulai dengan melakukan persiapan yaitu penyusunan proposal penelitian yang dimulai dari bulan Februari 2012 sampai pertengahan bulan April 2012. Pengumpulan data dilaksanakan setelah surat ijin dan keputusan komite etik keluar, surat ijin etik keluar pada tanggal 4 Mei 2012, dan dilanjutkan uji validitas dan reabilitas pada tanggal 8 s/d 11 Mei 2012 kemudian dilanjutkan dengan pengambilan data tanggal 18 s/d 2 Juni 2012 serta pengolahan data dilakukan pada tanggal 4 s/d 13 Juni 2012 dan interpretasi data pada tanggal 13 s/d 16 Juni 2012.

4.5 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu memperhatikan prinsip-prinsip dasar etika penelitian meliputi *Beneficence*, *maleficiency*, *autonomy*, *anonymity* (Polit & Hunger, 2005).

4.5.1 Aplikasi Penelitian

4.5.1.1 *Beneficence*

Prinsip ini adalah bahwa penelitian yang dilakukan harus mempunyai keuntungan baik bagi peneliti maupun responden. Keuntungan dari penelitian ini adalah sebagai suatu upaya bagi peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian dengan demikian dapat menjadi dasar untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga. Sedangkan keuntungan penelitian bagi responden adalah responden dapat mengetahui tentang dukungan keluarga yang bermanfaat dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.

4.5.1.2 *Maleficiency*

Penelitian ini menggunakan prosedur yang tidak menimbulkan bahaya bagi responden yaitu dengan menyerahkan kuesioner tentang dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.

4.5.1.3 *Autonomy*

Prinsip *autonomy* disini adalah peneliti memberikan kebebasan bagi responden menentukan keputusan sendiri apakah bersedia ikut menjadi responden dalam penelitian ini atau tidak, tanpa ada unsur paksaan atau pengaruh dari peneliti atau siapapun. Tindakan ini dilakukan setelah peneliti memberi penjelasan saat mendatangi calon responden untuk menanyakan kesediaan ikut dalam penelitian ini. Responden mempunyai hak sepenuhnya untuk menentukan keputusannya. Peneliti akan menghormati dan menghargai apapun yang telah diputuskan oleh responden. Peneliti akan meminta responden menandatangani *inform consent* yang disediakan. Dan dalam pelaksanaan peneliti menemukan 1-2 responden menolak untuk mengisi kuisisioner penelitian.

4.5.1.4 Anonimity

Pada saat pelaksanaan penelitian, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya nama samaran pada lembar pengumpulan data. Peneliti juga menjamin kerahasiaan semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan dari responden.

4.5.1.5 Justice

Pada prinsip penelitian ini, peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian, baik responden yang merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan biaya Jamkesmas gakin atau biaya swasta. Pada penelitian ini pemilihan responden berdasarkan kriteria inklusi penelitian yang telah ditetapkan.

4.5.2 Informed Consent

Informed consent adalah persetujuan responden yang merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan dibuktikan dengan penandatungannya untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian, dan mendapatkan penjelasan yang lengkap dari peneliti tentang pelaksanaan penelitian meliputi prosedur, manfaat dan jaminan kerahasiaan informasi dari responden (Dharma, 2011). Responden terlebih dahulu, diberikan penjelasan oleh peneliti secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti dan dipahami tentang tujuan, prosedur, manfaat dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan, setelah responden menyetujui baru dilakukan penandatungan surat persetujuan.

4.6 Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan angket atau kuesioner yang dimodifikasi dari kuesioner peneliti Suardirman (2011) tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang. Angket atau kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden yang ingin diketahui.

Intrumen yang ingin diketahui terdiri dari 3 bagian yaitu bagian A, B dan C meliputi:

4.6.1 Data Demografi Responden

Instrumen A:

Intrumen tentang data demografi yang berisi tentang usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir keluarga, pekerjaan keluarga, penghasilan keluarga dalam rupiah, hubungan dengan klien. Intrumen A adalah data primer yang langsung dari responden, responden membaca dan mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (ν), instrumen A untuk mengetahui karakteristik keluarga yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan keluarga dengan klien.

4.6.2 Mengukur Dukungan Keluarga

Instrumen B:

Instrumen yang dipakai berupa pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi dukungan keluarga dari House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010) dan Stuart dan Laraia (2005) yang telah diterjemahkan alih bahasa. Hamid, A.Y. (2008) pernah digunakan sebelumnya oleh peneliti Suwardiman, nilai r hasil (0,772) dan r tabel (0,361) sedangkan nilai reabilitas r Alpha (0,928) lebih besar dibanding nilai r tabel (0,361), sehingga peneliti menggunakan kembali intrumen tersebut, instrumen dukungan terdiri dari dukungan emosional (nomor 1,3,5,7,9,11), dukungan informasi (nomor 2,4,6,8,10,12), dukungan instrumental (nomor 13,15,17,19,21,23) dan dukungan penilaian (nomor 14,16,18,20,22,24). Kuesioner ini terdiri dari 24 pernyataan yang diukur dengan skala Likert (0-3) dengan nilai pernyataan yang positif 3 = selalu, 2 = sering, 1 = jarang, dan 0 = tidak pernah, untuk pernyataan yang negatif 0 = selalu, 1 = sering, 2 = jarang, 3 = tidak pernah. Berdasarkan skala tersebut skor yang bisa dicapai responden adalah minimal 0 sampai dengan maksimal 72.

Tabel 4.1 Pernyataan Positif dan Negatif pada Instrumen Dukungan keluarga

No	Varabel Independen	No. Pertanyaan Keseluruhan	No. Pertanyaan Positif	No. Pertanyaan Negatif
1.	Dukungan Emosional	(1,3,5,7,9,11)	(1,5,7,9)	(3,11)
2.	Dukungan Informasi	(2,4,6,8,10,12)	(2,8,10)	(4,6,12)
3.	Dukungan Instrumental	(13,15,17,19,21, 23)	(13,15,19,21, 23)	(17)
4.	Dukungan Penilaian	(14,16,18,20,22,24)	(14,22)	(16,18,20,24)

4.6.3 Pengukuran Beban Keluarga

Instrumen C:

Instrumen yang dipakai berupa pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi beban subjektif dan objektif dari WHO (2008), yang pernah dilakukan sebelumnya oleh peneliti Suwardiman yang telah diuji cobakan validitas dan reabilitas, nilai validitas r_{hasil} (0,765) r_{tabel} (0,361) sedangkan nilai reabilitas r_{Alpha} (0,907) lebih besar dibanding nilai r_{tabel} (0,361), instrumen terdiri dari beban subyektif (nomor 1,3,4,6,7,11,12) dan beban obyektif (2,5,8,9,10,13). Kuesioner ini terdiri dari 13 pernyataan diukur menggunakan skala Likert (0-3) dengan nilai pernyataan yang positif 3 = sangat setuju, 2 = setuju, 1 = tidak setuju, dan 0 = sangat tidak setuju, untuk pernyataan yang negatif 0 = sangat setuju, 1 = setuju, 2 = tidak setuju, 3 = sangat tidak setuju. Berdasarkan skala tersebut skor yang bisa dicapai responden adalah minimal 0 sampai dengan maksimal 39.

Tabel 4.2 Pernyataan Positif dan Negatif pada Instrumen Beban keluarga

No	Variabel Dependen	No. Pertanyaan Keseluruhan	No. Pertanyaan Positif	No. Pertanyaan Negatif
1.	Beban Objektif	(1, 3, 4, 6, 7, 11, 12)	(1, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12)	(7, 9, 11, 12)
2.	Beban Subjektif	(2, 5, 8, 9, 10, 13)	(2, 5, 8, 13)	(9, 10, 13)

4.6.4 Uji Coba Instrumen

Sebelum dilakukan penelitian kedua kuesioner (dukungan keluarga dan beban keluarga) terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reabilitas. Tujuan dari uji coba untuk mengetahui tingkat validitas dan reabilitas (kesahihan) artinya instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur dan reabilitas (konsisten) yaitu jika instrumen digunakan beberapa kali dengan orang yang berbeda atau waktu yang berbeda akan menghasilkan data yang sama. Uji instrumen dilakukan pada 30 responden di Poliklinik jiwa RSJ. dr. Soeharto Herjan Grogol Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi.

4.6.4.1 Pengujian Validitas Instrumen

Validitas adalah ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Variabel (pertanyaan) dinyatakan valid jika r hitung $>$ dari r tabel sehingga H_0 ditolak, sementara itu dikatakan tidak valid jika r hitung $<$ dari r tabel sehingga H_0 gagal ditolak (Hastono, 2007). Jika pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian baru diukur

Reliabilitasnya. Pada uji coba Validitas dan Reabilitas, peneliti menggunakan 24 pertanyaan untuk dukungan keluarga dan 13

pertanyaan, untuk beban keluarga, setelah dilakukan uji coba validitas dan reliabilitas, ada beberapa pertanyaan yang harus dirubah baik variabel dukungan keluarga maupun beban keluarga karena ada kalimat yang kurang tepat pada pertanyaan tersebut, namun untuk jumlah dan pertanyaan dukungan keluarga tetap 24 dan pertanyaan beban tetap 13 item .

Hasil uji validitas terhadap instrumen B untuk pertanyaan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dari 24 pertanyaan mempunyai nilai r_{hasil} (0,369 sampai dengan 0,822) dapat dipastikan nilai r_{hasil} diatas atau lebih besar dari r_{tabel} (0,361). Masing - masing pernyataan variabel dibandingkan nilai hasil dan nilai tabel, ternyata r_{hasil} lebih besar daripada r_{tabel} maka pernyataan keluarga tersebut valid. Sedangkan instrument C untuk pernyataan beban keluarga terdiri dari 13 pertanyaan mempunyai nilai r_{hasil} (0,546 sampai dengan 0,774), dapat dipastikan juga hasil diatas atau lebih besar dari r_{tabel} (0,361), sehingga r_{hasil} lebih besar dari r_{tabel} , maka pertanyaan beban keluarga tersebut valid.

4.6.2 Pengujian Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Uji reliabilitas dilakukan jika semua pertanyaan sudah valid. Untuk mengetahui reabilitas yakni dengan membandingkan nilai r_{hasil} dengan r_{table} . Nilai r_{hasil} adalah nilai "*alpha*". Pertanyaan dikatakan reliabel jika $r_{\text{alpha}} > r_{\text{tabel}}$ (Hastono, 2007).

Hasil uji reliabilitas instrument B untuk dukungan keluarga (dukung Informasi, emosional dan penilaian) dengan nilai r *alpha* (0,931), lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (0,361), maka 24 pertanyaan keluarga tersebut dinyatakan reliabel. Sedangkan instrument C untuk pertanyaan beban keluarga dengan nilai r *alpha* (0,926), lebih besar dibandingkan dengan nilai r tabel (0,361), maka 13 pertanyaan mengenai beban keluarga (beban subjektif dan objektif), dinyatakan reliabel.

Tabel 4.3 Hasil Uji Coba Validitas dan Reliabilitas

Variabel	Σ Pertanyaan sebelum uji	Σ Pertanyaan setelah uji	Validitas	Reliabilitas
Dukungan Keluarga	(24)	24	0,369 s/d 0,822	0,931
(Informasi)	6	6		
(Emosional)	6	6		
(Intrumental)	6	6		
(Penilaian)	6	6		
Beban keluarga	13	13	0,546 s/d 0,774	0,926
(Subjektif)	(7)	(7)		
(Objektif)	(6)	(6)		

r table : 0,361

4.7 Pengumpulan Data

Data yang peneliti kumpulkan adalah data primer dan data sekunder, dimana data primer diperoleh dari responden terpilih dan data sekunder berasal dari studi dokumentasi catatan rekam medis, selanjutnya prosedur pengumpulan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

4.7.1 Prosedur Administratif

- a. Peneliti mengajukan dan menyerahkan surat permohonan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur untuk melakukan penelitian.
- b. Peneliti memonitor surat jawaban dari Direktur Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

- c. Peneliti melakukan pendekatan pada petugas Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Klender Jakarta Timur.

4.7.2 Prosedur Teknis

- a. Peneliti melakukan koordinasikan pelaksanaan pengumpulan data dengan penanggung jawab petugas poliklinik RS. Jiwa Islam klender Jakarta Timur , maupun yang ada diruang rawat tersebut. Selanjutnya peneliti meminta persetujuan pada responden melalui *informed concent* sebelum pengisian data. Agar penelitian ini objektif maka sebelumnya dilakukan penjelasan pada responden yang merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan..
- b. Peneliti mengumpulkan data secara langsung dan selanjutnya diolah dan dianalisa.

4.8 Pengolahan Data dan Analisa Data

4.8.1 Pengolahan Data

Berdasarkan data yang terkumpul dilapangan maka dilakukan analisis terhadap hasil pengisian kuesioner. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dengan langkah langkah *Editing, Coding, Entry dan Cleaning* (Hastono, 2007).

a. *Editing*

Pelaksanaan kegiatan ini, peneliti melakukan menilai kelengkapan formulir apakah telah diisi oleh responden, kejelasan jawaban yang ada sudah terisi semua, relevan dan konsisten (Hastono, 2007).

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari *Coding* adalah untuk memudahkan pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data. pengkodeannya dilakukan pada usia dalam tahun , jenis kelamin : laki- laki = 0 dan perempuan = 1, Pendidikan: pendidikan rendah= 0 (SD-SMA), pendidikan tinggi=1 (Diploma-Sarjana), Pekerjaan: Tidak bekerja = 0, Bekerja = 1, Penghasilan : <UMP(Rp1.529.150,-)=0, ≥ UMP(Rp1.529.000,-

=1, Hubungan dengan klien: Ayah = 0, Ibu = 1, Anak = 2, Suami = 3, Istri = 4, Kakak= 5 Adik= 6.

c. *Processing*

Processing adalah tahapan dalam memproses data agar dapat dilihat dan dianalisis. Peneliti memproses data dengan cara mengentry data kuesioner ke dalam program komputer.

d. *Cleaning*

Cleaning adalah pembersihan data dengan pengecekan kembali data yang sudah diproses, untuk dianalisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data ke komputer (Hastono, 2007).

4.8.2 Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hartono, 2007). Analisa ini dilakukan untuk melihat karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan keluarga. Untuk data Numerik, dengan menghitung nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum. Untuk data numerik yang dapat diukur meliputi umur, dukungan keluarga dan beban keluarga, sedangkan data katagorik dengan menghitung frekuensi dan persentase masing-masing kelompok. Analisa data katagorik: jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan keluarga klien. Analisa univariat penelitian dilakukan untuk mengetahui dukungan keluarga. Data diolah dan dianalisis dengan frekuensi dan persentasi masing-masing kelompok.

4.8.3 Analisis Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk melihat adanya hubungan yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan

apakah ada hubungan yang bermakna antara 2 variabel. Dalam penelitian ini variabel independennya adalah dukungan keluarga, sedangkan variabel dependennya adalah beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Variabel penelitian ini menggunakan variabel numerik, katagorik sedangkan uji statistik yang digunakan adalah uji korelasi, uji t test independen dan Anova. Uji korelasi *Pearson Product Moment* adalah untuk mengetahui derajat/keeratan hubungan dan dapat juga untuk mengetahui arah hubungan antara 2 variabel numerik (Hastono, 2006). Uji t test independen adalah uji untuk mengetahui perbedaan mean dua kelompok data independen dikatakan independen bila data kelompok yang satu tidak tergantung dari kelompok kedua, sedangkan uji Anona adalah uji beda mean dua kelompok data baik yang independen maupun independen dan sering dijumpai kelompok lebih dari dua (Hastono, 2006).

Tabel 4.4 Analisis Data

V. Independen	V. Dependen	Uji Statistik
Dukungan Informasi (Numerik)	Beban Keluarga (Numerik)	Uji Korelasi Pearson Product Moment
Dukungan Emosional (Numerik)		Uji Korelasi Pearson Product Moment
Dukungan Intrumental (Numerik)		Uji Korelasi Pearson Product Moment
Dukungan Penilaian (Numerik)		Uji Korelasi Pearson Product Moment
Karakteristik keluarga		
Usia (Numerik)		Uji Korelasi Pearson Product Moment
Jenis kelamin (Katagorik)	Dukungan Keluarga (Numerik)	Uji t. tes Independen
Pendidikan (Katagorik)		Uji t. tes Independen
Pekerjaan (Katagorik)		Uji t. tes Independen
Penghasilan (Katagorik)		Uji t. tes Independen
Hubungan dengan Klien (Katagorik)		Anova

Penelitian ini dilakukan hanya sampai uji Bivariat, dimana sampel penelitian ini tidak memenuhi syarat untuk dilakukan uji Multivariat, sampel yang didapatkan peneliti hanya 50 responden dengan distribusi normal, sementara variabel penelitian ada 11 variabel, dan syarat dilakukan uji Multivariat harus memenuhi persyaratan, 1 variabel harus mewakili 10 responden, jadi 11 variabel dikalikan dengan 10 responden, hasilnya 110 responden (Hastono, 2006).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti tentang hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan dan menganalisis faktor karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien) dan dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian. Hasil penelitian ini dari analisa data setelah pengambilan data melalui kuesioner dari responden di Poliklinik RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, mulai tanggal 18 Mei 2012 sampai dengan 2 Juni 2012. Hasil penelitian ini akan dijabarkan meliputi gambaran dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

5.1 Analisa Univariat

Pada penelitian ini hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik anggota keluarga yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien, dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian.

5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Karakteristik responden berdasarkan usia dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan disajikan pada tabel 5.1 berikut.

Tabel 5.1

Distribusi rata-rata karakteristik responden berdasarkan usia dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012 (N=50).

Variabel	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
Usia	42,20	42,0	9,585	25 /56	38,48-43,92

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan bahwa responden sebagian besar berumur 42 tahun, dengan nilai mean 42,20 dan nilai SD 9,585. Hasil

estimasi interval dapat disimpulkan bahwa hasil dari CI 95% diyakini rata-rata usia responden 38,48 sampai dengan 43,92 dan dinyatakan distribusi normal.

5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan dan Hubungan dengan Klien
Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien, disajikan pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012 (N=50)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	18	36,0
Perempuan	32	64,0
Total	50	100,0
Tingkat pendidikan		
Rendah	42	84,0
Tinggi	8	16,0
Total	50	100,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	32	64,0
Bekerja	18	36,0
Total	50	100,0
Penghasilan		
< UMR Rp 1.529.150	14	28,0
≥ UMR Rp 1.529.150	36	72,0
Total	50	100,0
Hubungan dengan klien		
a. Ayah	6	12,0%
b. Ibu	18	36,0%
c. Anak	4	8,0%
d. Suami	4	8,0%
e. Istri	1	2,0%
f. Kakak	10	20,0%
g. Adik	7	14,0%

Berdasarkan tabel 5.1 diatas didapatkan proporsi terbanyak adalah responden perempuan 32 orang (64%), berpendidikan rendah 42 orang (84%), tidak bekerja 32 orang (64%), penghasilan lebih dari atau sama dengan Rp 1.529.150,- sebanyak 36 orang (72,0%). memiliki hubungan sebagian anggota keluarga sebagai ibu 18 orang (36%).

5.1.3 Dukungan Keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian) dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Poliklinik RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Tabel 5.3
Distribusi Frekwensi Dukungan Keluarga (dukungan emosional, informasi, instrumen dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012 (N=50)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
Dukungan Informasi	11,62	11,00	4,34	3-18	10,38-12,86
Dukungan Emosional	12,58	12,0	3,73	5-19	11,52-13,64
Dukungan instrumental	9,44	10,0	4,34	2-18	8,21-10,67
Dukungan penilaian	10,46	10,0	3,42	5-18	9,49-11,43
Dukungan keluarga	44,10	46,00	14,13	17-72	40,08-48,12

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan dukungan informasi dengan nilai mean 11,62 dan nilai SD 4,34, dukungan emosional dengan nilai mean 12,58 dan nilai SD 3,73, dukungan Instrumental dengan nilai mean 9,44 dan nilai SD 4,34, dukungan penilaian dengan nilai mean 10,46 dan nilai SD 3,42, dukungan Keluarga dengan nilai mean 44,10 dan nilai SD 14,13, dan dinyatakan dengan distribusi normal.

5.1.4 Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012(N: 50)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
Beban subjektif	13,92	14,0	4,29	0/20	12,70-15,14
Beban objektif	12,80	14,0	3,91	0/17	11,69-13,91
Beban keluarga	26,72	27,50	7,47	0/37	24,60-28,84

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan nilai mean beban Subjektif sebesar 13,92 dan nilai SD 4,29, nilai mean beban Objektif sebesar 12,80 dan nilai SD 3,91, nilai mean beban keluarga sebesar 26,72 dan nilai SD 7,47 dan dinyatakan dengan distribusi normal.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Usia dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Tabel 5.5.
Analisis hubungan usia dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

Variabel	Variabel	Mean	p value
Usia	Dukungan Informasi	11,62	0,093
	Dukungan Emosional	12,58	0,088
	Dukungan Instrumental	9,44	0,198
	Dukungan Penilaian	10,46	0,367

Berdasarkan tabel 5.5. didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan dukungan keluarga yang meliputi dukungan

Informasi, Emosional, Instrumental dan Penilaian ($p > 0,05$). dapat dilihat dari hasil uji statistik hubungan antara usia dengan dukungan keluarga yang nilai meannya lebih tinggi adalah dukungan informasi, dibandingkan dengan dukungan yang lain.

5.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012

Tabel 5.6
Analisis hubungan Jenis kelamin dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

Jenis kelamin	Variabel	Mean	p value
Laki-laki	Dukungan Informasi	12,06	0,600
Perempuan		11,38	
Laki-laki	Dukungan Emosional	12,83	0,723
Perempuan		12,44	
Laki-laki	Dukungan Instrumental	9,67	0,785
Perempuan		9,31	
Laki-laki	Dukungan Penilaian	10,61	0,818
Perempuan		10,38	
Laki-laki	Dukungan Keluarga	45,17	0,684
Perempuan		43,50	

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan bahwa Tidak ada hubungan yang signifikan Jenis kelamin dengan dukungan Informasi, Emosional, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p > 0,05$), dapat dilihat dari hasil uji statistik jenis kelamin laki-laki nilai meannya lebih besar dari jenis kelamin perempuan, dan dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin laki-laki akan memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.

5.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012

Tabel 5.7.
Analisis hubungan Pendidikan dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

Variabel Pendidikan	Dukungan keluarga	Mean	p value
Rendah Tinggi	Dukungan Emosional	10,88 15,50	0,007
Rendah Tinggi	Dukungan Informasional	11,98 15,75	0,005
Rendah Tinggi	Dukungan Instrumental	8,67 13,50	0,003
Rendah Tinggi	Dukungan Penilaian	9,86 13,63	0,003
Rendah Tinggi	Dukungan Keluarga	41,38 58,38	0,001

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan ada hubungan yang signifikan antara Pendidikan dengan dukungan Emosional, Informasi, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p < 0,05$), dapat dilihat dari hasil uji statistik tingkat pendidikan tinggi nilai meannya lebih besar dari tingkat pendidikan rendah, dan dapat disimpulkan pendidikan tinggi akan memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.

5.2.4 Hubungan Pekerjaan dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012

Tabel 5.8
Analisis hubungan pekerjaan dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

Pekerjaan	Variabel	Mean	p value
Bekerja	Dukungan Emosional	11,11	0,036
Tidak bekerja		13,41	
Bekerja	Dukungan Informasi	10,28	0,102
Tidak bekerja		12,38	
Bekerja	Dukungan Instrumental	8,11	0,105
Tidak bekerja		10,19	
Bekerja	Dukungan Penilaian	9,94	0,460
Tidak bekerja		10,75	
Bekerja	Dukungan Keluarga	38,44	0,112
Tidak bekerja		46,72	

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan bahwa Tidak ada hubungan yang signifikan Pekerjaan dengan dukungan Informasi, Instrumental, Penilaian dan keluarga ($p > 0,05$), dan didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan Pekerjaan dengan dukungan Emosional, ($p < 0,05$). Dilihat dari hasil uji statistik responden yang tidak bekerja nilai meannya lebih besar dari responden yang bekerja, dan dapat disimpulkan responden yang tidak bekerja akan memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan responden yang bekerja.

5.2.5 Hubungan Penghasilan dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Tabel 5.9
Hubungan Penghasilan dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur(N=50)

Penghasilan	Variabel	Mean	p value
< UMP Rp 1.529.150	Dukungan Informasi	13,00	0,164
≥ UMP Rp 1.529.150		11,08	
< UMP Rp 1.529.150	Dukungan Emosional	13,14	0,512
≥ UMP Rp 1.529.150		12,36	
< UMP Rp 1.529.150	Dukungan Instrumental	11,14	0,084
≥ UMP Rp 1.529.150		8,78	
< UMP Rp 1.529.150	Dukungan Penilaian	11,21	0,336
≥ UMP Rp 1.529.150		10,17	
< UMP Rp 1.529.150	Dukungan Keluarga	48,,50	0,172
≥ UMP Rp 1.529.150		42,39	

Berdasarkan tabel 5.9 didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan dukungan informasi, emosional, instrumental, penilaian dan keluarga ($p: >0,05$). Dilihat dari hasil uji statistik rata-rata penghasilan responden < UMP nilai meannya lebih besar dari penghasilan responden \geq UMP, dan dapat disimpulkan responden yang penghasilannya < UMP akan memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan responden yang bekerja.

5.2.6 Hubungan Antara Hubungan Klien Dengan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Tabel 5.10
Hubungan antara hubungan klien-keluarga dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012 (N=50)

Hubungan keluarga	Variabel dependen	N	Mean	
Ayah	Dukungan Informasional	6	10,67	0,322
Ibu		18	9,83	
Anak		4	12,75	
Suami		4	12,50	
Istri		1	10,00	
Kakak		10	13,70	
Adek		7	13,14	
Total		50	11,62	
Ayah	Dukungan Emosional	6	11,50	0,063
Ibu		18	11,56	
Anak		4	14,50	
Suami		4	9,75	
Istri		1	10,00	
Kakak		10	15,40	
Adek		7	13,00	
Total		50	12,58	
Ayah	Dukungan Instrumental	6	8,83	0,044
Ibu		18	8,28	
Anak		4	12,25	
Suami		4	5,75	
Istri		1	3,00	
Kakak		10	12,00	
Adek		7	10,71	
Total		50	9,44	
Ayah	Dukungan Penilaian	6	10,00	0,426
Ibu		18	9,39	
Anak		4	11,25	
Suami		4	9,50	
Istri		1	8,00	
Kakak		10	12,00	
Adek		7	11,86	
Total		50	10,46	

	Dukungan Keluarga			
Ayah		6	41,00	0,114
Ibu		18	39,06	
Anak		4	50,75	
Suami		4	37,50	
Istri		1	31,00	
Kakak		10	53,10	
Adek		7	48,71	
Total		50	44,10	

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan klien dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional dan penilaian) dengan hasil p value adalah ($p: >0,05$). Dapat disimpulkan dari hasil uji statistik hubungan klien dengan keluarga (ayah, ibu, anak, suami, istri, kakak, adik) tidak memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan. Sedangkan pada hubungan klien dengan dukungan instrumental ada hubungan yang signifikan dengan nilai ($p: <0,05$), Dapat disimpulkan dari hasil uji statistik ada hubungan klien dengan dukungan keluarga (ayah, ibu, anak, suami, istri, kakak, adik) dalam memberikan dukungan instrumental dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.

Dilihat dari hasil uji statistik rata-rata nilai mean hubungan dengan klien adalah kakak lebih tinggi, dibandingkan dengan yang lain terutama pada dukungan keluarga (informasi, emosional dan penilaian), artinya yang banyak memberikan dukungan keluarga adalah kakak. Sedangkan dukungan instrumental nilai mean yang lebih tinggi adalah adik, artinya yang banyak memberikan dukungan instrumental adalah adik.

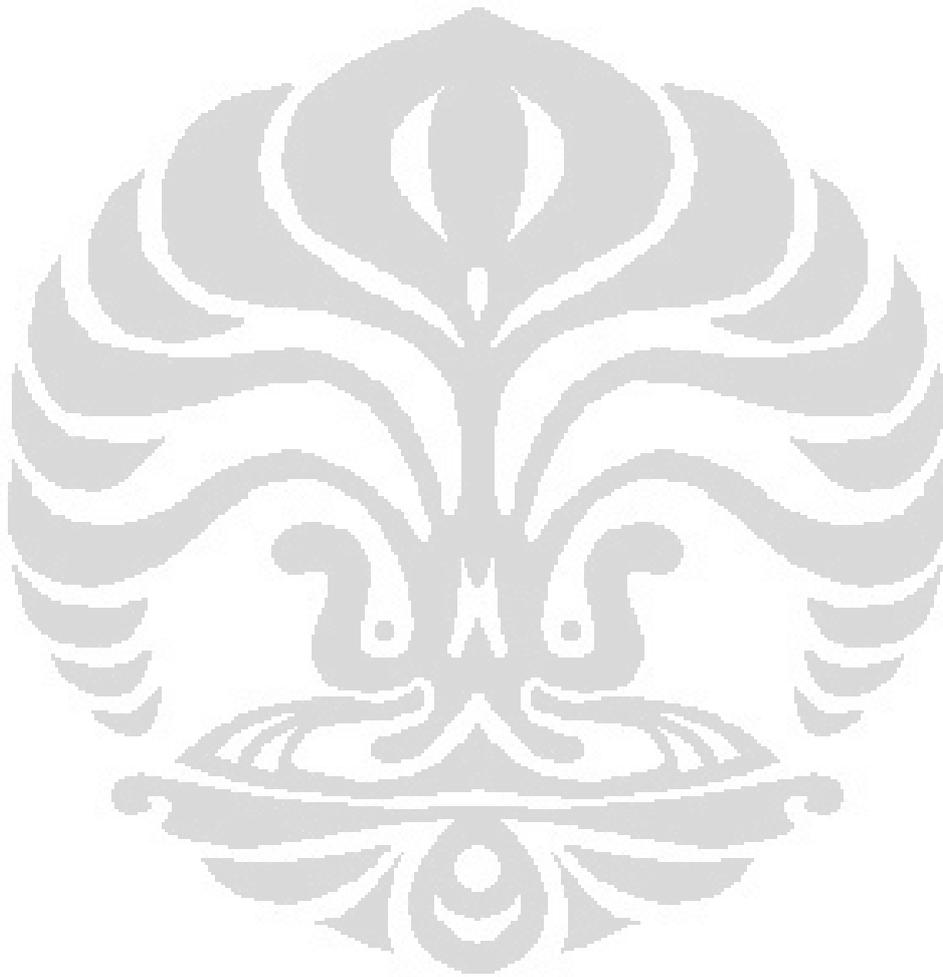
5.2.7 Hubungan Dukungan Keluarga (dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012

Tabel 5.11
Hubungan dukungan keluarga (dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Timur 2012 (N=50)

Variabel	Variabel	r	p value
Dukungan Informasi	Beban keluarga	-0,342	0,015
Dukungan Emosional		-0,343	0,015
Dukungan Intrumental		-0,367	0,009
Dukungan Penilaian		-0,322	0,023
Dukungan keluarga		-0,387	0,006

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasi, emosional, instrumental, penilaian dan keluarga dengan beban keluarga ($p < 0,05$). Dapat disimpulkan dari hasil uji statistik dukungan informasi, emosional, instrumental, penilaian dan dukungan keluarga terhadap beban keluarga menunjukkan hubungan arah ke kiri (negatif) pada tingkat hubungan keeratan sedang dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan, dengan nilai dukungan informasi ($r = -0,342$), semakin meningkat dukungan informasi semakin menurun beban keluarga. Dukungan emosional dengan nilai ($r = -0,343$) semakin meningkat dukungan emosional semakin menurun beban keluarga. Dukungan instrumental dengan nilai ($r = -0,367$) semakin meningkat dukungan instrumental semakin menurun beban keluarga, sedangkan dukungan penilaian dengan nilai ($r = 0,322$) semakin meningkat dukungan penilaian semakin menurun beban keluarga, dan dukungan

keluarga dengan nilai ($r = 0,387$) semakin meningkat dukungan keluarga semakin menurun beban keluarga. Dapat disimpulkan setiap naik satu tingkat dukungan akan diikuti satu tingkat penurunan tingkat beban keluarga.



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas mengenai hasil penelitian meliputi hubungan antara dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, serta karakteristik keluarga yang merawat meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan responden dengan klien. Pada pembahasan ini peneliti akan membandingkan hasil yang diperoleh dengan teori dan hasil penelitian terdahulu.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Interpretasi hasil penelitian dimulai dari pembahasan hasil analisa univariat variabel independen dan variabel dependen, dilanjutkan pembahasan bivariat yaitu hubungan variabel independen dan dependen.

6.1.1 Karakteristik Keluarga yang Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Pada bagian ini dibahas tentang karakteristik keluarga yang merawat meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan klien.

6.1.1.1 Usia Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara usia dengan dukungan informasi didapatkan nilai ($p > 0,05$) dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara usia dengan dukungan keluarga, dengan nilai mean 11,62. Sedangkan hubungan usia dengan dukungan emosional ($p > 0,05$), dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara usia dengan dukungan keluarga, dengan nilai mean 12,58. Sedangkan hubungan usia dengan dukungan

instrumental ($p > 0,05$), dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara usia dengan dukungan keluarga, dengan nilai mean 9,44. Sedangkan hubungan usia dengan dukungan penilaian ($p > 0,05$), dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara usia dengan dukungan keluarga, dengan nilai mean 10,46. Jadi dapat disimpulkan bahwa usia yang dapat memberikan dukungan keluarga hanya ada pada tingkat dukungan emosional. Asumsi peneliti usia responden dapat memberikan dukungan keluarga hanya pada dukungan emosional. Dukungan yang diberikan berupa dukungan kasih sayang, perhatian, cinta kasih

karakteristik responden rata-rata berumur 42 tahun, sedangkan usia termuda 25 tahun dan usia tertua 56 tahun. Usia tersebut termasuk usia dewasa menengah, yang merupakan usia yang cukup matang dalam pengalaman hidup dan kematangan jiwanya dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Dan usia tersebut yang merawat klien dengan menggunakan pelayanan kesehatan jiwa. Menurut Notoatmodjo (2003) usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun keatas, usia tersebut akan memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang mengalami riwayat perilaku kekerasan.

Siagian (1995) mengemukakan bahwa semakin bertambah usia seseorang, maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana dalam mengambil keputusan, mampu berpikir rasional dan mampu mengendalikan emosi dan makin toleran terhadap orang lain. Usia 25 sampai dengan 52 tahun merupakan usia dewasa menengah, dimana usia ini dianggap cukup matang dalam pengalaman hidup dan kematangan jiwanya untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

6.1.1.2 Jenis Kelamin Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan, distribusi jenis kelamin responden yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam klender Jakarta Timur, didapatkan bahwa mayoritas dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 32 orang (64%). Responden dalam penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin perempuan dikarenakan perempuan sebagai ibu rumah tangga yang mempunyai waktu luang untuk mengantar dan merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Menurut analisa penelitian hal ini sesuai dengan hasil penelitian Komar dan Muhanti (2007) menemukan bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh yang besar terhadap dukungan keluarga dengan skizoprenia, dimana perempuan memiliki beban yang lebih berat jika dibandingkan dengan laki-laki. Misrha, Trivedi dan Sinha (2005) juga melaporkan bahwa tingkat stres keluarga lebih tinggi jika penderita adalah laki-laki. Dimana laki-laki merupakan salah satu tulang punggung pada keluarga, apabila berperan sebagai suami atau bapak, ini akan berdampak pada beban ekonomi keluarga apabila peran sebagai pencari nafkah tidak lagi produktif akibat mengalami penyakit yang parah. Penelitian Zulfitri (2006) menemukan dukungan keluarga mayoritas berjenis kelamin perempuan sebesar 64,6%. Zulfitri membahas bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatannya sedangkan perempuan lebih banyak ditemukan untuk memeriksakan kesehatannya.

6.1.1.3 Pendidikan Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan, distribusi tingkat pendidikan yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, didapatkan data bahwa mayoritas responden yang merawat anggota keluarga adalah pendidikan rendah 42 orang (84%). Status tingkat pendidikan rendah kurang memiliki informasi yang cukup terkait dengan pengetahuan penyakit dan perawatannya dalam memberikan dukungan keluarga. Sesuai dengan yang dikatakan oleh Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Pendidikan rendah juga berisiko ketidakmampuan dalam merawat kesehatannya (WHO, 2003).

6.1.1.4 Pekerjaan Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa distribusi Pekerjaan yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, didapatkan data mayoritas sebagian besar responden tidak bekerja 32 orang (64%). Secara umum pekerjaan ini akan berhubungan dalam memberikan dukungan keluarga, baik dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, keluarga yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan keluarga atau responden yang bekerja.

6.1.1.5 Penghasilan Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan, bahwa distribusi penghasilan keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku

kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur sebagian besar penghasilan responden \geq dari UMP DKI Jakarta tahun 2012 sebanyak 36 orang (72,0%). Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah faktor ekonomi keluarga klien perilaku kekerasan. Faktor sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau penghasilan keluarga klien, semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih memberikan dukungan dan pengambilan keputusan dalam merawat anggota klien perilaku kekerasan. Keluarga dengan kelas sosial ekonomi yang berlebih secara finansial akan mempunyai tingkat dukungan keluarga yang memadai, Penghasilan keluarga merupakan salah satu wujud dari dukungan instrumental yang akan digunakan dalam mencari pelayanan kesehatan jiwa dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan (Friedman, 2010).

6.1.1.6 Hubungan Klien dengan Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi hubungan klien dengan responden yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam klender Jakarta Timur. Didapatkan data mayoritas hubungan dengan klien adalah sebagai ibu sebanyak 18 orang (36%). Dalam penelitian ini sebagian besar responden adalah ibu, peran sebagai ibu mempunyai hubungan dukungan emosional dan instrumental yang cukup erat dalam keluarga, dukungan keluarga internal seperti ayah dan ibu, dukungan dari saudara kandung kakak, adik sebagai dukungan internal (Friedman, 2010).

Faktor dukungan keluarga dipengaruhi oleh hubungan klien dengan keluarga, keluarga inti akan memberikan dukungan terhadap anggota keluarga, dengan klien perilaku kekerasan. Salah satu

fungsi keluarga adalah memberikan pelayanan kesehatan didalam keluarganya, sehingga keluarga akan memberikan dukungan dalam menangani perawatan anggota keluarganya dengan riwayat klien perilaku kekerasan (Friedman, 2010).

Hasil penelitian Ambari (2010) dalam penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia *pasca* perawatan di rumah sakit menyimpulkan hubungan keluarga dengan anggota keluarga, dimana keluarga yang memberikan dukungan sosial pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia seperti memberikan dukungan keluarga baik dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian sehingga pasien skizofrenia dapat berfungsi di masyarakat.

6.1.2 Dukungan Keluarga (dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) Terhadap Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi dukungan keluarga (informasi, emosional, instrumental dan penilain) terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam klender Jakarta Timur. Didapatkan data mayoritas mempunyai nilai rata-rata 44,10 dengan nilai dukungan terendah 17 dan tertinggi 72 (pada skala skor 0-72). Hasil tersebut diatas berdasarkan nilai rata-rata menunjukkan bahwa dukungan keluarga terkategori cukup besar dalam rata-rata skala pengukuran tersebut. Hasil tersebut menunjukkan masih berfungsinya keluarga

klien perilaku kekerasan terutama fungsi afektif sebagai fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga seperti: saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan dan saling mendukung antar anggota keluarga (Friedman, 1998).

Dukungan tersebut membentuk satu kesatuan dukungan keluarga terutama bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti masalah perilaku kekerasan dengan keterlibatan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Dukungan keluarga bagi klien perilaku kekerasan dibuktikan dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Dukungan keluarga sebagai support system yang diberikan oleh keluarga dalam menghadapi masalah anggota keluarganya. Keluarga merupakan orang yang paling dekat dan tempat yang paling nyaman bagi klien perilaku kekerasan. Keluarga dapat meningkatkan semangat dan motivasi untuk berperilaku sehat yaitu dengan memberikan perawatan dan pengobatan yang layak. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. dukungan keluarga yang diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, adanya kepercayaan, kehangatan, perhatian, saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga. Anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan tersebut memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010).

6.1.3 Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012. Didapatkan bahwa rata-rata nilai beban keluarga sebesar 26,72 dengan nilai beban keluarga terendah 0 dan beban tertinggi 37 (pada skala skor 0- 39). Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata beban keluarga diantara 24,60 sampai dengan 28,84. Beban keluarga terdiri dari ada beban subjektif meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, stress dan frustrasi dan beban objektif meliputi kesulitan finansial yang dirasakan oleh keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Saunder (2003) yang mengidentifikasi adanya distress psikologis pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang merupakan faktor penting dalam tingkat keberfungsian sistem keluarga. Keluarga yang merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena perilaku kekerasan dengan dampak lainnya (Teschinsky, 2000). Konsekuensi lainnya yang dirasakan keluarga adalah menarik diri akibat stigma terhadap penderita perilaku kekerasan sehingga menimbulkan beban baik subjektif maupun objektif dan beban finansial terutama dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Sesuai dengan pendapat Fontaine (2009) bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi

anggota keluarganya. Beban keluarga terjadi ketika disabilitas satu anggota keluarga secara signifikan mempengaruhi keluarga dan fungsinya, sebagaimana perilaku anggota keluarga dan anggota keluarga yang mempengaruhi perjalanan dan karakteristik disabilitas. Hal tersebut tergambar jelas pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, bahwa perilaku kekerasan sebagai suatu disabilitas membutuhkan pengobatan dan perawatan waktu yang lama, serta menuntut dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Menurut WHO (2008) yang menyatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban subjektif dan objektif yaitu emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga pengucilan oleh teman, tetangga dan masyarakat yang dapat mengakibatkan anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

Laporan WHO tersebut di atas didukung oleh pendapat anggota keluarga yang peneliti wawancarai setelah pengisian kuesioner dimana mereka menyatakan masih melewati masa-masa sulit dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, terutama pemahaman masyarakat mengenai penyakit yang salah dan pengucilan yang dirasakan sangat menjadi beban bagi keluarga, sehingga fungsi sosial keluarga sangat terganggu. Dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dirasakan cukup banyak mengurangi kondisi tersebut, keluarga merasakan dengan

mendapat bantuan dari fasilitas kesehatan jiwa bisa menguatkan mereka untuk menghadapi beban tersebut.

Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan merupakan beban berat yang dirasakan oleh keluarga, tetapi sulit untuk mengkaji dan mengkuantifikasi beban keluarga tersebut, bahkan seringkali terabaikan namun sangat berdampak terhadap kualitas hidup keluarga. Namun secara nyata bahwa beban keluarga yang dirasakan oleh keluarga yang selama ini dialami oleh keluarga sebagaimana hasil penelitian ini.

6.1.4 Hubungan Karakteristik Dengan Dukungan Keluarga

6.1.4.1 Hubungan Usia Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini didapatkan Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan dukungan Informasi, Emosional, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p > 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Herlina (2011) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik usia dengan dukungan keluarga dengan hasil penelitian ($p \text{ value} > 0,005$).

Akan tetapi hasil penelitian ini bertentangan dengan teori yang dikemukakan oleh Friedman (1998) yaitu bahwa ibu yang masih muda cenderung kurang bisa memahami dalam memberikan dukungan pada orang lain dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah

usia yang diatas umur 20 tahun keatas, usia tersebut akan memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang memiliki riwayat perilaku kekerasan.

Usia dewasa menengah dianggap sudah mampu untuk mengambil keputusan dan berperilaku yang tepat terhadap suatu keadaan. Pada kasus ini, keluarga dapat menyadari bahwa sesama anggota keluarga harus saling mendukung dalam keadaan apapun, seperti yang dikemukakan oleh Gierveld dan Dykstra (2008) bahwa orang dewasa tidak hanya menjadi penerima dukungan tetapi juga memberikan dukungan pada keluarga.

6.1.4 2 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini didapatkan Tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan dukungan Informasi, Emosional, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p > 0,05$), dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Sedangkan dari hasil penelitian jenis kelamin laki-laki nilai meannya lebih besar dari jenis kelamin perempuan, dan dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin laki-laki memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan jenis kelamin perempuan. Asumsi peneliti adalah bahwa laki-laki sebagai kepala keluarga yang bertanggungjawab terhadap anggota keluarganya, sehingga ada anggota keluarga yang sakit maka akan memberikan dukungan kepada anggota

keluarganya, dukungan keluarga merupakan salah satu wujud tanggung jawab keluarga.

Hasil penelitian ini didukung oleh Rachmadiany (2008) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik jenis kelamin dengan dukungan keluarga, pada penelitian pengaruh karakteristik dengan dukungan keluarga dan kebutuhan pasien stress pasca trauma.

Hasil ini tidak sesuai dengan Komar dan Muhanti (2007) yang menemukan bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh yang besar terhadap beban keluarga dalam mendukung keluarga dengan skizofrenia, dimana perempuan memiliki beban yang lebih berat jika dibandingkan dengan laki-laki.

Adanya perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya mungkin disebabkan bahwa keluarga yang merawat didominasi oleh perempuan, sehingga tidak dapat dilihat perbedaannya pada uji statistik. Ketika anggota keluarga sakit khususnya kepala keluarga, hal ini akan mengganggu sistem keluarga, dimana posisi kepala keluarga akan digantikan oleh istri, sehingga konsentrasi untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini sesuai dengan Misrha, Trivedi dan Sinha (2005) bahwa tingkat stres keluarga lebih tinggi jika penderita adalah laki-laki. Dimana laki-laki merupakan salah satu tulang punggung pada keluarga, apabila berperan sebagai suami atau bapak, ini akan berdampak pada beban ekonomi keluarga apabila peran sebagai pencari nafkah tidak lagi produktif akibat mengalami penyakit yang parah.

6.1.4 3 Hubungan Pendidikan Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan Informasi, Emosional, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Pada penelitian ini didapatkan mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu: SD s/d SMA, merupakan level yang kurang mampu bersikap secara tanggap dan memberikan dukungan yang baik kepada anggota keluarga yang sakit. Pada level ini juga, pengetahuan keluarga dianggap masih kurang baik, sesuai dengan yang dikatakan oleh Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik.

Hasil penelitian didukung oleh Khairumahmi (2009) yang menemukan bahwa ada hubungan antara karakteristik jenis pendidikan dengan dukungan keluarga. Asumsi peneliti semakin tinggi tingkat pendidikan responden, semakin tinggi responden memberikan dukungan keluarga, sehingga beban keluarga akan menurun,

Abdurachman (2008) dalam penelitian Hubungan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan dengan kesiapan keluarga dalam merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa daerah Provinsi Sumatra utara, menemukan bahwa 90,6% keluarga dengan penderita perilaku kekerasan memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan,

dan memiliki kesiapan yang cukup sebanyak 84,4% dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan. Hal ini menjelaskan bahwa tingkat pendidikan bukanlah faktor utama yang menentukan bahwa seseorang mampu merawat klien perilaku kekerasan.

Keliat (2003) dalam penelitiannya tentang pemberdayaan klien dan keluarga dalam klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor. menyimpulkan peran dan fungsi keluarga salah satunya adalah keluarga memberikan perawatan kesehatan melalui pendidikan, keluarga yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan dukungan keluarga baik dukungan informasi cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

6.1.4 4 Hubungan Pekerjaan Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini Hubungan pekerjaan dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian), didapatkan bahwa Tidak ada hubungan yang signifikan Pekerjaan dengan dukungan Informasi, Intrumental, Penilaian dan keluarga ($p > 0,05$), sedangkan ada hubungan yang signifikan Pekerjaan dengan dukungan Emosional ($p < 0,05$), dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Dilihat dari hasil uji statistik responden yang tidak bekerja nilai meannya lebih besar dari responden yang bekerja, dan dapat disimpulkan responden yang tidak bekerja akan

memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan responden yang bekerja.

Asumsi peneliti adalah orang yang tidak bekerja akan memberikan dukungan, dimana responden yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan keluarga atau responden yang bekerja, ada juga sebagian responden yang bekerja memberikan dukungan terutama dukungan emosional seperti memberikan perhatian, kasih sayang, motivasi dan memberikan rasa aman.

Hasil penelitian Wardaningsih (2007) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pekerjaan dengan dukungan keluarga. Sebagian besar keluarga yang merawat tidak mempunyai pekerjaan. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti usia dan jenis kelamin keluarga yang merawat.

6.1.4.5 Hubungan Penghasilan Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi hubungan penghasilan dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian), didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan dukungan informasi, emosional, instrumental, penilaian dan keluarga ($p > 0,05$), dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Dilihat dari hasil penelitian rata-rata penghasilan responden $<$ UMP (upah minimum propinsi DKI Jakarta tahun 2012) nilai meannya lebih besar dari penghasilan responden \geq UMP, dan dapat disimpulkan responden yang penghasilannya $<$ UMP akan memberikan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan responden yang penghasilannya lebih dari atau sama dengan UMP.

Asumsi peneliti adalah responden dengan penghasilan kurang dari Upah Minimum Propinsi (UMP) akan memberikan dukungan dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan penghasilan responden yang lebih dari UMP, dimana responden dengan penghasilan kurang dari UMP mempunyai jaminan pelayanan kesehatan jiwa dari pemerintah secara gratis dalam merawat anggota keluarganya.

Hal ini tidak sesuai dengan penemuan Suwardiman (2011) bahwa hubungan dukungan sosial ekonomi dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial ekonomi dengan beban keluarga, semakin bertambah dukungan sosial ekonomi semakin berkurang beban keluarga.

Hal ini sesuai dengan Friedman (2010) yang menyatakan bahwa keluarga dengan kelas sosial ekonomi yang berlebih secara finansial mempunyai tingkat dukungan keluarga,

afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada keluarga dengan kelas sosial ekonomi kurang secara finansial.

6.1.4.6 Hubungan Klien Dengan Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi hubungan klien dengan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian), didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan klien dengan dukungan keluarga (informasi, emosional dan penilaian) dengan nilai ($p > 0,05$), sedangkan pada hubungan klien dengan dukungan instrumental ada hubungan yang signifikan ($p < 0,05$), dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012.

Dilihat dari hasil uji statistik rata-rata nilai mean hubungan dengan klien adalah kakak mean lebih tinggi, dibandingkan dengan yang lain terutama pada dukungan keluarga (informasi, emosional dan penilaian), artinya yang banyak memberikan dukungan keluarga adalah kakak. Sedangkan dukungan instrumental nilai mean yang lebih tinggi adalah adik, artinya yang banyak memberikan dukungan instrumental adalah adik.

Asumsi peneliti terhadap 2 perbedaan hasil penelitian adalah bahwa sebagian besar hubungan klien dengan dukungan keluarga tidak ada hubungan yang signifikan untuk dukungan keluarga (informasi emosional dan penilaian), akan tetapi kalau dilihat dari nilai mean, ada hubungan antara hubungan klien dengan dukungan keluarga tersebut,

terutama yang memberikan dukungan adalah kakak. Sedangkan untuk hubungan klien dengan dukungan instrumental ada hubungan dan dukungan yang paling banyak memberikan dukungan keluarga adalah Anak, dimana kakak dan anak sebagai keluarga inti dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Hasil penelitian ini ada hubungan dengan teori yang dikemukakan oleh Friedman (2010) yaitu bahwa salah satu fungsi keluarga adalah memberikan perawatan didalam keluarganya, sehingga keluarga akan memberikan dukungan dalam menangani perawatan anggota keluarganya dengan riwayat klien perilaku kekerasan.

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Ambari (2010) dalam penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia *pasca* perawatan di Rumah sakit menyimpulkan hubungan keluarga dengan anggota keluarga, dimana keluarga yang memberikan dukungan sosial pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia seperti memberikan dukungan keluarga baik dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian sehingga pasien skizofrenia dapat berfungsi dimasyarakat.

6.1.5 Hubungan Dukungan Keluarga (dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) Dengan Beban Keluarga

6.1.5.1 Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku

Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara dukungan emosional dengan beban keluarga ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga. Pada penelitian ini dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga. Hasil tersebut memberikan arahan bahwa dukungan emosional dari keluarga sangat penting dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Menurut Friedman (1998) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga (Friedman, 1998). Pada anggota keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, keluarga menunjukkan bukti dukungan emosionalnya dengan memberikan perhatian yang hangat, memperlakukan sama dalam keluarga dengan anggota keluarga yang lain.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih,

membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik atau kognitif, penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya. Pada anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan tentunya dukungan emosional sangat diperlukan dan akan menjadi faktor penting untuk upaya perawatan dan pengobatan dalam mengontrol perilaku kekerasannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga. Pada penelitian ini didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga. Dukungan emosional keluarga sangat dibutuhkan oleh keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang dapat mempengaruhi status psikososial dan mentalnya yang akan ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Peningkatan dukungan tersebut tentunya akan mengurangi terjadinya peningkatan perasaan tidak berguna, tidak dihargai, merasa dikucilkan dan kecewa dari anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, sekaligus mengurangi beban keluarga terutama beban subyektif.

Keluarga memberikan dukungan emosional dalam merawat anggota keluarga yang secara langsung akan menurunkan beban keluarga yang bersifat subyektif seperti kecemasan, rasa bersedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal dan bosan. Hal tersebut sesuai hasil penelitian ini akan berkurang dengan

upaya keluarga tersebut meningkatkan dukungan emosionalnya dalam merawat anggota keluarganya dengan riwayat perilaku kekerasan.

Hasil wawancara dengan keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan pada tanggal 27 Juni 2012, menyatakan bahwa keluarga kadang merasakan kekhawatiran, terhadap anggota keluarga yang sakit mental, sewaktu-waktu kambuh kembali timbul perasaan cemas, sedih, malu dan mengisolasi diri dari masyarakat, dengan mencurahkan rasa menerima dan ingin menolong kepada anggota keluarganya yang mengalami perilaku kekerasan. Hal tersebut dilakukan dengan harapan, bagaimanapun kondisi klien perilaku kekerasan adalah tetap anggota keluarganya yang harus ditolong dengan merawat dan mengobatinya.

6.5.1.2 Hubungan Dukungan Informasi Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara dukungan Informasi dengan beban keluarga ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan informasi semakin berkurang beban keluarga. Pada penelitian ini dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasi dengan beban keluarga. Hasil tersebut memberikan arahan bahwa dukungan informasi dari keluarga sangat penting dalam

merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga adalah memberikan saran, informasi, masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang terkait dengan yang sangat dibutuhkan oleh anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dalam upaya meningkatkan kebutuhan dukungan keluarga melalui status kesehatannya jiwa (Friedman, 2010). Dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Fungsi pelayanan perawatan kesehatan jiwa yang diterapkan dalam keluarga terhadap anggota keluarga diantaranya adalah memperkenalkan kepada anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat agar termotivasi menjaga dan mengendalikan emosinya serta memahami pentingnya manfaat obat untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Dengan memberikan dukungan informasi secara langsung dapat mengurangi beban keluarga yang selama ini dirasakan, baik yang berbersifat obyektif maupun subjektif karena beban obyektif ini merupakan beban keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan cara merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan. Informasi yang jelas mengenai cara

perawatan dan pengobatan tentunya bisa dipahami oleh anggota keluarga yang pada akhirnya bisa mengurangi beban keluarga yang selama ini dirasakan.

6.5.1.3 Hubungan Dukungan Instrumental Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan instrumental dengan beban Keluarga ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan. Pada penelitian ini dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan instrumental akan semakin berkurang beban keluarga.

Dukungan instrumental merupakan dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk mengontrol perilaku kekerasannya, merupakan dukungan instrumental bagi anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Dukungan instrumental ini sangat berpengaruh dalam merespon beban keluarga terutama yang bersifat beban obyektif, seperti bagaimana mencari pelayanan kesehatan jiwa dan dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku seperti cara perawatan dan pengobatan .

Dukungan instrumental dari Beban keluarga obyektif meliputi beban keluarga dalam pelaksanaan cara merawat

salah satu anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan, termasuk dalam beban keluarga obyektif ini adalah beban biaya finansial, untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Friedman, 1998).

Dukungan instrumental akan memberikan perhatian dengan mengantar secara teratur klien pergi ke fasilitas kesehatan jiwa, berkonsultasi mengenai cara merawat, dan ingin mengetahui perkembangan dan perawatan lanjutan serta mempertahankan kepatuhan minum obat serta memberikan aktivitas pada klien perilaku kekerasan. Hal tersebut harus dilakukan walaupun beban keluarga untuk mengakses fasilitas kesehatan jiwa sangat sulit terutama berhubungan dengan finansial keluarga. Memperhatikan perkembangan klien yang optimal pada klien perilaku kekerasan.

6.5.1.4 Hubungan Dukungan Penilaian Terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara dukungan penilaian dengan beban Keluarga ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan. Pada penelitian ini dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan beban keluarga, penelitian ini menunjukkan bahwa semakin

bertambah dukungan penilaian akan semakin berkurang beban keluarga.

Bentuk dukungan penilaian adalah suatu dukungan dari keluarga dalam memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien perilaku kekerasan dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, atau perasaan seseorang. Bentuk dukungan penilaian menunjukkan bahwa keluarga bertindak sebagai pemberi bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan memotivasi anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian. Menurut Friedman (2010) dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien perilaku kekerasan yang dapat meningkatkan status kesehatan klien perilaku kekerasan. Melalui dukungan penghargaan ini, klien perilaku kekerasan akan mendapat pengakuan atas kemampuan yang dimiliki.

Merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan adalah upaya keluarga untuk memberikan aktivitas kepada klien perilaku kekerasan dirumah, karena aktivitas ini secara langsung dapat meningkatkan pengeluaran energi klien sehingga mampu mengalihkan perilakunya (Videbeck, 2008). Klien yang melakukan aktivitas tersebut diberikan umpan balik dan penilaian positif, sehingga meningkatkan harga diri dan pengakuan klien dimata keluarga maupun lingkungan. Akhirnya beban keluarga yang merasa bersalah, malu, minder, dan khawatir

dengan kondisi klien perilaku kekerasan lambat laun akan berkurang dengan meningkatkan dukungan penilaian (Friedman, 2010).

6.2 Keterbatasan

Penelitian dalam pelaksanaan menemui beberapa keterbatasan yang disebabkan oleh situasi dan kondisi baik dari peneliti atau dari tempat penelitian tersebut. Pada saat melakukan penelitian, peneliti tidak menemukan perawat ruangan atau perawat poliklinik memberikan SP keluarga, pada hal pentingnya informasi kebutuhan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan perlu disampaikan dalam rangka menurunkan beban keluarga. Pada saat klien sudah dinyatakan boleh pulang, keluarga tidak dibekali bagai mana cara merawat klien dirumah, hanya yang disampaikan adalah cara minum obat dan control kembali ke RS. Jiwa Islam Klender.

6.3 Implikasi Untuk Keperawatan

Hasil penelitian secara umum menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga, keeratan hubungan yang bersifat sedang dan berpola negatif, yang berarti semakin meningkat dukungan keluarga semakin berkurang beban keluarga, serta dukungan keluarga yang paling dominan adalah dukungan instrumental dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

Implikasi hasil penelitian terhadap beberapa area keperawatan diuraikan sebagai berikut:

6.3.1 Pelayanan Keperawatan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur

Hasil Penelitian ini memberikan dampak bagi perkembangan pelayanan keperawatan di poliklinik RS Jiwa Islam Klender dalam memberikan asuhan keperawatan terutama pada keluarga klien. Sesuai tujuan dari penelitian diharapkan hasil penelitian dapat memberikan informasi pada

keluarga pentingnya kebutuhan dukungan keluarga bagi keluarga yang merawat anggota. Perlu menerapkan atau mengintegrasikan terapi keluarga dengan memberikan dukungan keluarga, perlu diprogramkan pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga, dalam upaya meningkatkan kemampuan dan ketrampilan dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Penelitian ini lebih memfokuskan aspek promotif dengan memberikan informasi pentingnya dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

6.3.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan beberapa informasi dukungan keluarga yang harus lebih besar dari beban keluarga yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, dan dapat disimpulkan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi dukungan keluarga sehingga semakin menurun beban keluarga yang dirasakan. Oleh karena itu hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat memperkuat konsep dan teori yang sudah ada.

6.3.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini menghasilkan berbagai informasi dan menambah referensi, salah satunya adalah pentingnya meningkatkan kebutuhan dukungan keluarga agar beban keluarga semakin menurun dalam merawat anggota keluarga. Atas dasar tersebut, maka hasil penelitian ini bisa menjadi referensi bagi penelitian lanjutan, dan perlu mengidentifikasi kembali informasi dukungan keluarga selanjutnya.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini sesuai tujuan telah dapat mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012. Berdasarkan uraian penjelasan dari bab sebelumnya maka dapat ditarik simpulan dan saran seperti yang akan dijelaskan sebagai berikut:

7.1 Simpulan

Mengacu pada tujuan penelitian dan hipotesa serta berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut:

- 7.1.1 Hubungan karakteristik responden (Usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien) dengan dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, yaitu :
- a. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan dukungan keluarga ($p > 0,05$).
 - b. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan dukungan keluarga ($p > 0,05$).
 - c. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan dukungan keluarga ($p < 0,05$).
 - d. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan dukungan keluarga ($p > 0,05$).
 - e. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan dengan dukungan keluarga ($p > 0,05$).
 - f. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan klien dengan dukungan keluarga pada dukungan informasi, emosional dan penilaian dengan nilai ($p > 0,05$).

- g. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara hubungan klien dengan dukungan keluarga pada Dukungan instrumental dengan nilai ($p < 0,05$).
- h. Hasil penelitian dapat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan beban keluarga ($p < 0,05$).

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, terdapat beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian ini.

7.2.1 Bagi Poliklinik Jiwa RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

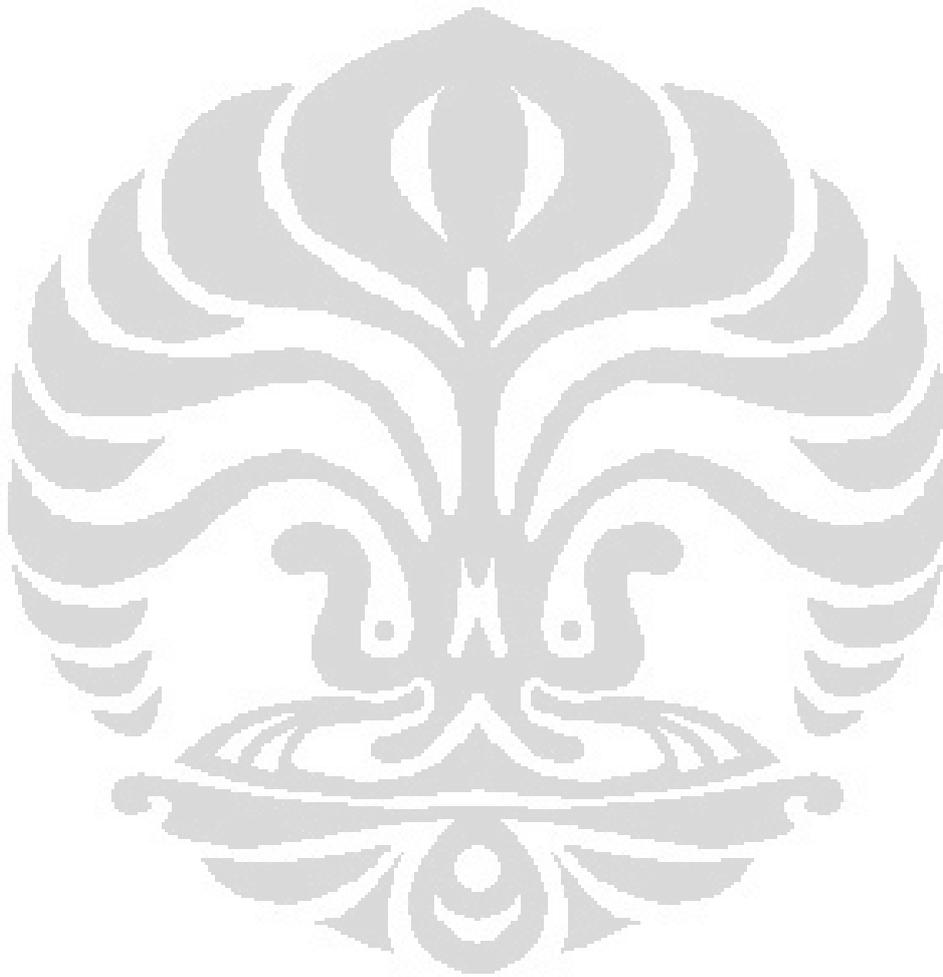
Dalam rangka meningkatkan kebutuhan dukungan keluarga di poliklinik RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, perlu di laksanakan dan diprogramkan jadwal kegiatan pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga yang selama ini tidak ada, difokuskan pada kegiatan promotif dan preventif. Kegiatan promosi kesehatan ditujukan bagi keluarga yang merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan, bentuk kegiatan pada saat keluarga pasien kunjungan ke poliklinik diberikan pendidikan kesehatan dan dibagikan leaflet.

7.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dalam rangka meningkatkan pentingnya informasi kebutuhan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, perlu mengembangkan kurikulum pembelajaran keperawatan, baik dalam kelas maupun lahan praktik di masyarakat secara langsung. Perawat spesialis jiwa dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai referensi untuk mengembangkan desain asuhan keperawatan jiwa pada konteks keluarga untuk mengoptimalkan terapi keluarga dalam meningkatkan dukungan keluarga dan manajemen beban keluarga.

7.2.3 Bagi Penelitian Lanjutan

Diharapkan ada penelitian lanjutan dengan desain yang berbeda yang dapat mengukur dukungan keluarga dan beban keluarga yang cukup sulit dinilai secara subjektif tiap keluarga yang bervariasi. Penggunaan desain penelitian secara kualitatif untuk lebih obyektif mengukur dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdurachman, (2008) *Hubungan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan dengan kesiapan keluarga dalam merawat pasien di Rumah sakit jiwa daerah Provinsi Sumatra Utara*, tidak dipublikasikan.
- Ambari, P.K.M. (2010). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsial social pada pasien Skizofrenia pasca perawatan di rumahsakit* . Skripsi fakultas psikologi Universitas Diponoro, tidak dipublikasikan.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angiananda, F (2006). *Pengkajian beban kebutuhan dan sumber daya keluarga dalam merawat penderita skizofren: studi kasus*. Jakarta: Universitas Indonesia. Tesis, Tidak dipublikasikan.
- Barrowclough, C., Tarrier, N. (1990). Social Functioning in Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 130-131.
- Bomar, P. j. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Saunders: Lippincott.
- Depkes RI. (2003). *ABuku Pedoman Umum: TPKJM (tim Pembina, pengarah, dan pelaksana kesehatan jiwa masyarakat*. Jakarta: Depkes RI.
- Dharma, (2011). *Metode Penelitian keperawatan*. Jakarta: Tran Info Media.
- Fontaine, K. L. (2009). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Francis, S., Satiadarma, M.P. 2004. Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kesembuhan Ibu yang Mengidap Penyakit Kanker Payudara. *Jurnal Ilmiah Psikologi "ARKHE"*, 9(1).
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones,M, (1998). *Keperawatan Keluarga: teori dan praktek: alih bahasa* , Ina Debora R.L.,Yoakin Asy:editor Yasmin Asih, Setiawan, Monica Ester,-Ed.3,Jakarta :EGC
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones,M, (2010). *Keperawatan Keluarga: teori dan praktek: alih bahasa* ,Achir Yani S, Hamid...(et al): editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed.5, Jakarta :EGC.

- Gierveld, Jenny De Jong & Dykstra, Pearl A, (2008). Virtue is its own reward? Support-giving in the family and loneliness in middle and old age, 28, 271-287.
- Gururaj, G. P., Bada, M. S., Reddy, J.Y.C, & Chandrashekar, C.R. (2008). Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. J Postgrad Med, 54, 91-97.
- Hamid, A. Y. (2008). *suhan keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta EGC
- Hamid, A.Y. (2002). *Buku ajar Riset Keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta EGC
- Hartono & Kusumawati, (2010). *Konsep dasar keperawatan jiwa*, Jakarta : EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan . Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia..* Tidak dipublikasikan.
- Hawari, D..(2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofreni*. Jakarta: FK-UI.
- Herlina, Lily. (2011). *Dukungan Keluarga (Emosional, Penghargaan, Instrumental dan Informasi) Berhubungan dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi*, Tesis Jakarta, FIK. Tidak dipublikasikan.
- [http://id.shvoong.com/social-sciences/education/-faktor-faktor-yang-mempengaruhi dukungan keluarga & beban keluarga peroleh tanggal 4 april 2012](http://id.shvoong.com/social-sciences/education/-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-dukungan-keluarga-&beban-keluarga-peroleh-tanggal-4-april-2012)
- Jurnal Psikologi, 2009. Apa Itu Dukungan Sosial ?. <http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukungan-sosial.html>. Diakses tanggal 27 Februari 2012.
- Kaplan, M.D. & Sadock, M.D.. (2010) *Kaplan & Sadock's Sinopsis Psikiatry, 7th edition*. Jakarta :Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A., (2002). *Asuhan Keperawatan klien dengan kemarahan*, Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., (2002). *Terapi Aktivitas Kelompok* , Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam merawat klien Skizfrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogordengen* , tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A., (2003). *Peran serta keluarga dalam perawatn klien gangguan jiwa* , Jakarta: EGC.

- Komar, S & Mohanty, S. (2007). Spousal Burden of care schizophrenia. *Journal of The Indian Academy of Applied Psychology*, 33(2), 189-194.
- Maramis, W.B. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Mishra, M., Trivedi, J.K., & Sinha, P.K. (2005). Burden of care of key relatives of chronic depressives. *SAARC Psychiatric Foundation Souvenir*, 56.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric-Mental health nursing* (4th ed), Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Ngadiran Antonius, (2008). *Studi Fenomenologi pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di wilayah Cimahi dan Bandung*, Tidak dipublikasikan.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rika Cipta.
- Nurdiana, Syafwani, Umbransyah (2007). *Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 3 (1).
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta : CV. Sagong Seto.
- Perry Potter (2009) *Fundamental Of Nursing*, Salemba Group
- Peterson, S. J, & Bredow, T. S. (2004). *Middle range theory. Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.T. Beck, C.T. & Hunger, B.P. (2005). *Essensial Of Nursing Resach: Methode Appraisal and Utilization*. 60th ed. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins.
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI (2007). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta.
- Puspitasari, (2009). *Peran dukungan keluarga pada penanganan penderita skizofrenia*. Skripsi Universitas muhammadiyah Surakarta, tidak dipublikasikan.
- Sadock, B. J, & Sadock, V. A. (2000) *Kaplan & Sadock's comprehension textbook of psychiatry*, 7th edition. Philadelphia, PA, Lippincott.
- Sane Research. (2009). *Stigma, The Media and Mental Illnes*. www.sane.org.
- Saputra dan Nanda (2010) dalam penelitiannya *Hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia, menemukan bahwa ada*

hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Tesis Jakarta, FIK. Tidak dipublikasikan

Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (2th.ed)*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

Saundres, C. J. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.

Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia&Diagnosis Bandung*. Balai penerbit, fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia, Jakarta.

Siregar, M. P. I., Arijanto, I., & Wati, R. Y. (2008). Hubungan antara beban caregiver pasien skizofrenia dengan gejala positif dan negative berdasarkan positive dan negative symptom scale schizophrenia (PANSS). *MKB*, XI (1), 34-39.

Smith, B. (2011). What causes schizophrenia?. *Psych Central*. Diunduh dari <http://pstchcentral.com/lib/2006/what-causes-schizophrenia/>. **22 maret, 2012.**

Solahudin, Muhammad. (2009). *Peran keluarga terhadap proses penyembuhan pasien gangguan jiwa kabupaten magelang*. Skripsi: fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri. Tidak dipublikasikan.

Stuart.and Laraia. (2005). *Principles and Practise of Psyhiatric Nursing*. St.Louis: Mosby YearB.

StuartG.W.and Laraia. (2009). *Principles and Practise of Psyhiatric Nursing*. StuartG.W.and Laraia. (2009). *Principles and Practise of Psyhiatric Nursing*. St.Louis: Mosby YearB.

Sugiyono, (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Bandung : Alfabeta.

Suliswati, dkk (2009). *Konsep dasar keperawatan jiwa*, Jakarta: EGC.

Suprayitno, (2004). *Asuhan keperawatan keluarga*, Jakarta: EGC.

Suwardiman, (2011). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi RSUD Serang* . Tesis Jakarta, FIK. Tidak dipublikasikan.

Syahrial, (2011). Perilaku kekerasan pada penderita Skizofrenia. Diunduh dari <http://pstchcentral.com/lib/2009/what-causes-schizophrenia/>. **15 maret, 2012.**

- Teschinky, U. (2000). *Living with schizophrenia: The family illness experience*. *Online J Issues Nurs*. Diakses tanggal 20 Februari 2011.
- Thoncraft, G, & Samukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University.
- Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric nursing guide assessment tool and diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Virkkunen, (2009). Violence of Schizophrenia?. *Psych Central*. Diunduh dari <http://pstchcentral.com/lib/2006/what-causes-schizophrenia/>. **15 maret, 2012.**
- Vohra, A. K., Garg, S., dan Gaur, D. R. (2002) A study of burden families of schizophrenia and depressive disorder. *Indian Journal of Psychiatry (Supplement)*, 42.
- WHO. (2001). *The world health report: 2001 mental health: New understanding, new hope*.
- WHO. (2008). *Investing in Mental Health*. www.who.int/mental_health diperoleh tanggal 8 Maret 2012.
- WHO. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Health* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wilkinson M. (2002). *Diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI. (2009). *Draf Standar Asuhan Keperawatan Program Spesialis Jiwa*. Tidak dipublikasikan.
- Yosef, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*, Bandung : Refika Aditama.

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nuraenah
NPM : 1006800970
Alamat : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Depok.
Penelitian : Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender, Jakarta Timur

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak/ Ibu/ Saudara untuk bersedia menjadi responden penelitian yang akan saya lakukan, tentang hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Bapak/Ibu/Saudara yang berpartisipasi pada penelitian ini, dimintakan untuk mengisi kuesioner dan menjawab pertanyaan yang tersedia.

Saya menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif atau merugikan pasien dan bapak/Ibu/Saudara sekalian. Bapak/Ibu berhak untuk tidak bersedia ikut dalam penelitian ini. Jika selama kegiatan penelitian Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman, diperbolehkan untuk tidak meneruskan berpartisipasi dalam penelitian ini dan tidak akan berpengaruh terhadap penanganan pasien.

Demikian permohonan ini saya ajukan, atas kesediaan Bapak/Ibu/Saudara, diucapkan terima kasih.

Depok,2012

Hormat saya,

Nuraenah

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Alamat :

Saya telah diminta dan memberi ijin untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul " Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat prilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat prilaku kekerasan. Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Saya berhak menghentikan penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak bila ada perlakuan yang merugikan bagi saya.

Demikianlah secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2012

Saksi,

Responden,

(.....)

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

Hubungan dukungan keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender, Jakarta Timur.

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu..
 2. Jawablah semua pertanyaan dengan cara memberikan tanda siang (x) pada pilihan jawaban yang paling benar .
 3. Isilah secara singkat pada pertanyaan yang telah disediakan dan jawab pertanyaan dengan menjawab tanda silang(X).
-

No. Responden.....

A. Data Demografi Keluarga Klien .

1. Usia tahun
2. Jenis Kelamin
 Laki-laki
 Perempuan
3. Pendidikan Terakhir Keluarga
 SD atau sederajat. SMU atau sederajat.
 SMP atau sederajat. Akademi Sarjana
4. Pekerjaan Keluarga
 Bekerja
 Tidak bekerja
5. Penghasilan Keluarga dalam rupiah
(Rp)
6. Hubungan dengan klien
 ayah suami anak
 ibu Istri
 adik kakak

Petunjuk pengisian : untuk tabel B

1. Berilah tanda silang (x) pada jawaban
2. Pilih jawaban yang tepat
3. Jika jawaban selalu = (3), sering = (2), jarang = (1), tidak pernah = (0)

B. Dukungan Keluarga

No.	Pernyataan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak Pernah (0)
1.	Menerima kondisi anggota keluarga apa adanya.				
2.	Mendorongi anggota keluarga cara menjaga kebersihan diri.				
3.	Ikut merasakan kesulitan seperti kondisi yang dirasakan anggota keluarga				
4.	Menginformasikan hasil perkembangan perawatan kepada anggota keluarga.				
5.	Bertekad untuk mendampingi anggota keluarga sampai keadaannya lebih baik.				
6.	Menjelaskan bagaimana belajar mengatasi masalah kepada anggota keluarga.				
7.	Merasakan masalah yang dihadapi anggota keluarga adalah masalah harus dihadapi bersama.				
8.	Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya minum obat.				
9.	Membantu anggota keluarga dengan ikhlas.				
10.	Mendampingi anggota keluarga setiap bulan kontrol kedokter.				
11.	Turut merasakan apa yang dirasakan anggota keluarga.				

No.	Pernyataan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak Pernah (0)
12.	Menjelaskan pada anggota keluarga cara minum obat yang benar.				
13.	Merasa turut bertanggung jawab atas perawatan anggota keluarga karena bagian dari anggota keluarganya.				
14.	Mengikutsertakan anggota keluarga dalam memutuskan atas kesadaran dirinya untuk patuh berobat.				
15.	Mendorong anggota keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.				
16.	Memberikan kepercayaan anggota keluarga untuk beraktivitas di luar rumah dengan tetap dalam bimbingan.				
17.	Mendorong anggota keluarga untuk berolahraga sesuai dengan kemampuan.				
18.	Memberikan pujian jika anggota keluarga mampu minum obat sendiri.				
19.	Mendampingi & mengawasi anggota keluarga minum obat benar-benar diminum.				
20.	Memberikan pujian atas hasil kerja yang positif yang telah dilakukan anggota keluarga.				
21.	Mendorong anggota keluarga dalam melakukan kegiatan rutinitas di rumah.				

No.	Pernyataan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak Pernah (0)
22.	Memberikan kepercayaan anggota keluarga bisa melakukan pekerjaan sehari-hari dirumah, seperti menyapu.				
23.	Membimbing anggota keluarga untuk segera berobat jalan jika menunjukkan tanda dan gejala kekambuhan.				
24.	Menerima hasil kerjaan yang dilakukan anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari				

Catatan

Intrumen dukungan keluarga telah digunakan sebelumnya oleh peneliti Suwardiman, yang diadopsi dari Stuart & Laraia (2005) dengan alih bahasa oleh Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc.

Petunjuk pengisian : untuk tabel C.

1. Berilah tanda silang (x) pada jawaban

2. Pilih jawaban yang tepat

3. Jika jawaban sangat setuju = (3), Setuju = (2), Tidak setuju = (1), Sangat tidak setuju =(0)

C. Beban Keluarga

Tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya.

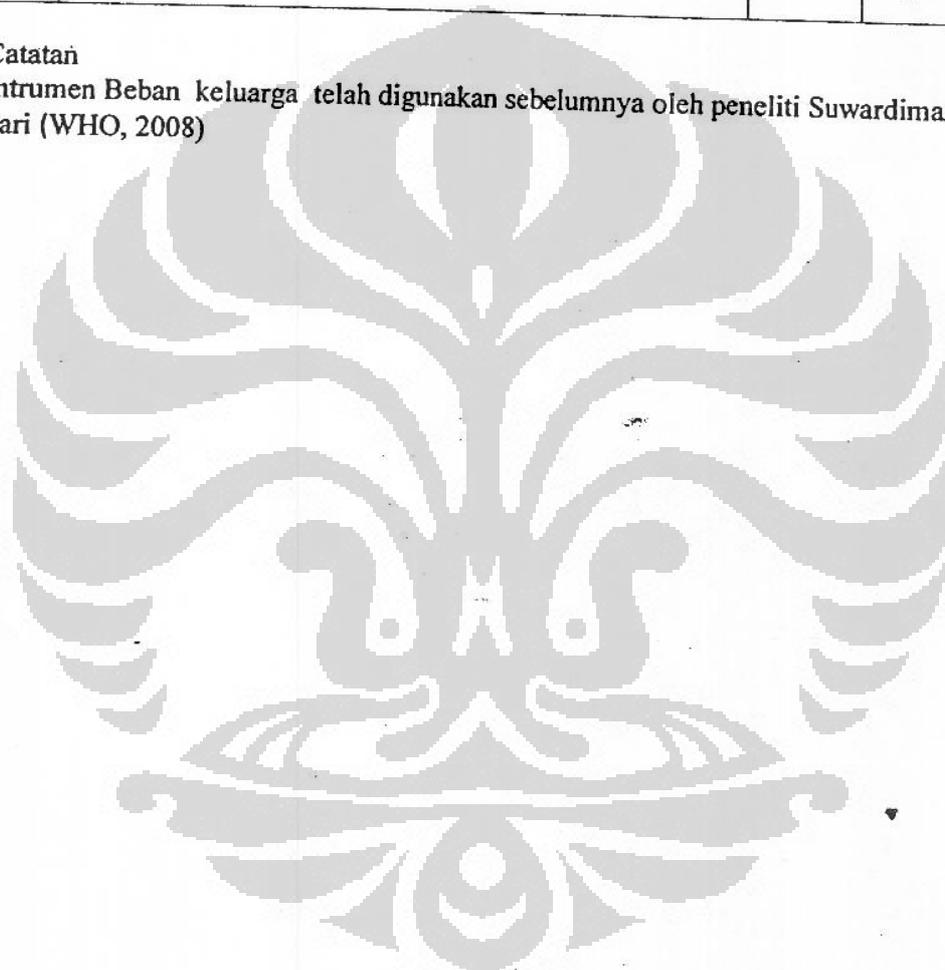
Pemahaman/ penilaian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, beban keluarga meliputi beban finansial dan beban psikologis

No.	Pernyataan	Sangat Setuju (3)	Setuju (2)	Tidak Setuju (1)	Sangat Tidak Setuju (0)
1. 0	Merasakan jam istirahat terganggu.				
2. S	Merasakan ketidak nyamanan stigma di masyarakat				
3. 0	Mengalami ketegangan fisik.				
4. 0	Merasa terbatas dalam melakukan kegiatan sosial .				
5. S	Merasa terbebani dengan anggota keluarga sakit .				
6. 0	Merasa terbebani secara finansial dengan adanya anggota keluarga yang sakit.				
7. 0	Telah terdapat tuntutan biaya pengobatan dari saya.				
8. S	Merasa terganggu secara emosional dengan adanya anggota keluarga yg sakit				
9. S	Merasa terbebani dengan adanya anggota keluarga yang sakit				
10. S	Merawat anggota keluarga yg sakit banyak menyita perhatian pemikiran .				
11. 0	Merasa terbebani dengan anggota keluarga yang sakit sehingga banyak menyita waktu pekerjaan				

No.	Pernyataan	Sangat Setuju (3)	Setuju (2)	Tidak Setuju (1)	Sangat Tidak Setuju (0)
12. 0	Mengalami kesulitan keuangan dalam merawat.				
13. S	Merasa terbebani secara pikiran, terfokus pada kondisi anggota keluarga yang sakit.				

Catatan

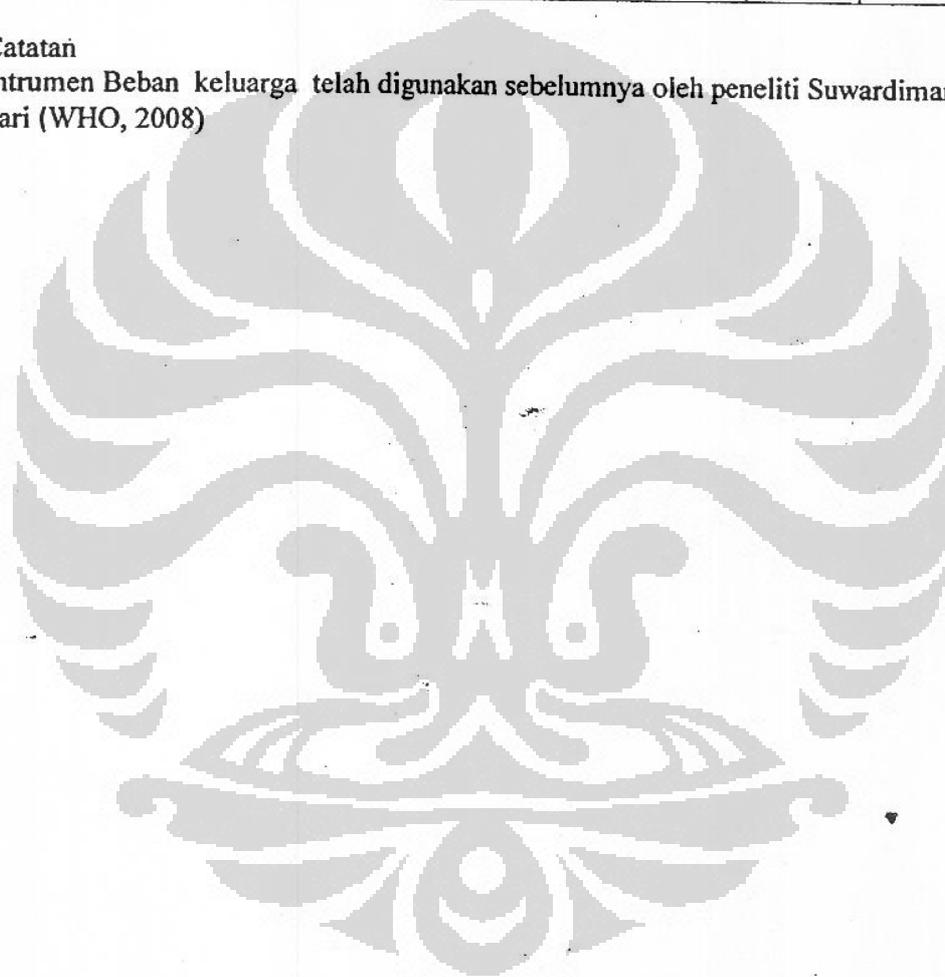
Intrumen Beban keluarga telah digunakan sebelumnya oleh peneliti Suwardiman, yang diadopsi dari (WHO, 2008)



No.	Pernyataan	Sangat Setuju (3)	Setuju (2)	Tidak Setuju (1)	Sangat Tidak Setuju (0)
12. 0	Mengalami kesulitan keuangan dalam merawat.				
13. S	Merasa terbebani secara pikiran, terfokus pada kondisi anggota keluarga yang sakit.				

Catatan

Intrumen Beban keluarga telah digunakan sebelumnya oleh peneliti Suwardiman, yang diadopsi dari (WHO, 2008)





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

Nama peneliti utama : Nuraenah

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

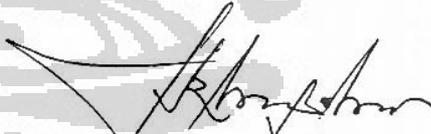
Jakarta, 4 Mei 2012

Ketua,

Dekan,
UNIVERSITAS INDONESIA

Fakultas Ilmu Keperawatan, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1262 /H2.F12.D1/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

4 Mei 2012

Yth. Direktur Utama
RSJ. dr Soeharto Herdjan Grogol
JI Latumenten
Jakarta

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

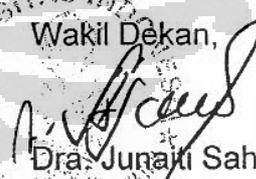
Sdr. Nuraenah
NPM 1006800970

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Riwayat Perilaku Kekerasan".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji Instrument penelitian di RSJ dr Soeharto Herdjan Grogol Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Wakil Dekan,


Dra. Junarti Sahar, PhD.

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Diklat RSJ dr Soeharto Herdjan Grogol Jakarta
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1877 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

20 April 2012

Yth. Direktur
RS. Jiwa Islam Klender
Jakarta Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

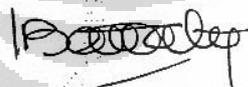
Sdr. Nur'aenah
NPM 1006800970

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kabid Keperawatan RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



RSJ ISLAM KLENDER

(KLENDER ISLAMIC MENTAL HOSPITAL)

Jl. Bunga Rampai X Malaka Jaya, Perumnas Klender, Duren Sawit
Telp. (021) 8622491, 86602402 Fax. (021) 86610234 - Jakarta 13460
website : www.rsjiwaislam.com

BANK :
BNI Cab. Kalimantan
BRI Unit Malaka
BCA KCP Buaran Raya

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 73/RSJIK-Ext/IX/5/2012
Lamp : -
Hal : "Permohonan Izin"

Jakarta, 11 Mei 2012

Kepada Yth.
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di -
JAKARTA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Puji Syukur kita panjatkan kepada Allah SWT, semoga kita semua dalam menjalankan aktifitas sehari-hari selalu mendapatkan curahan rahmat, hidayah dan Inayah-Nya. Amin.

Menindak lanjuti Surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beberapa hari yang lalu tentang permohonan ijin pengambilan data dalam rangka pembuatan tesis mahasiswa atas nama Ners. Nuraenah, S.pD, S.Kep. bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya RS. Jiwa Islam Klender tidak berkeberatan dan dapat dilaksanakan mulai tanggal 14 mei 2012 untuk lebih jelasnya dapat menghubungi Ibu. Ners. Isanini Mulyawati, S.Kep

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb

Direksi,
RUMAH SAKIT
JIWA ISLAM KLENDER



Dr. Metta Desvini P. Siregar, SpKJ
Direktur Utama

Tembusan :

1. Ka. Pelayanan & Penunjang RSJIK;
2. Ka. SDI, Keu. & Umum RSJIK;
3. DIKLAT RSJIK;
4. Arsip;

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Ns. Nuraenah ,S.pd.,S.Kep
- Tempat & Tanggal lahir : Indramayu, 20 maret 1968
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat Rumah : Jln. Mega No. 711.Rt/Rw07/09
Komplek Angkasa ,
Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur
- Alamat Institusi : Program DIII Keperawatan RSIJ-FKK-UMJ
Jln .Cempaka Putih Tengah I/Jakarta Pusat
Telp.: 021-42878669
- Riwayat pendidikan : 1. SDN Kandanghaur Indramayu, lulus tahun 1981
2. SMPN Losarang Indramayu, lulus tahun 1984
3. SMAN Kandanghaur Indramayu, lulus tahun 1987
4. Akademi Keperawatan RSIJ , lulus tahun 1991
5. Fakultas Ilmu Pendidikan Negeri, lulus tahun 1998
6. SI PSIK Muhammadiyah Jakarta, lulus tahun 2006
7. Program Ners.PSIK Muhammadiyah Jakarta, lulus tahun 2007
- Riwayat Pekerjaan : 1. Perawat Pelaksana RSIJ, tahun 1991-1994
2. Staf Pengajar tetap Program DIII Keperawatan RSIJ-FKK- UMJ , tahun 1994 sampai sekarang.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Ns. Nuraenah ,S.pd.,S.Kep
- Tempat & Tanggal lahir : Indramayu, 20 maret 1968
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat Rumah : Jln. Mega No. 711.Rt/Rw07/09
Komplek Angkasa ,
Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur
- Alamat Institusi : Program DIII Keperawatan RSIJ-FKK-UMJ
Jln .Cempaka Putih Tengah I/Jakarta Pusat
Telp.: 021-42878669
- Riwayat pendidikan : 1. SDN Kandanghaur Indramayu, lulus tahun 1981
2. SMPN Losarang Indramayu, lulus tahun 1984
3. SMAN Kandanghaur Indramayu, lulus tahun 1987
4. Akademi Keperawatan RSIJ , lulus tahun 1991
5. Fakultas Ilmu Pendidikan Negeri, lulus tahun 1998
6. SI PSIK Muhammadiyah Jakarta, lulus tahun 2006
7. Program Ners.PSIK Muhammadiyah Jakarta, lulus tahun 2007
- Riwayat Pekerjaan : 1. Perawat Pelaksana RSIJ, tahun 1991-1994
2. Staf Pengajar tetap Program DIII Keperawatan RSIJ-FKK- UMJ , tahun 1994 sampai sekarang.