

# STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KELUARGA MENCEGAH KEKAMBUIHAN PERILAKU KEKERASAN PASIEN PASCA HOSPITALISASI RSJ

Emi Wuri Wuryaningsih, Achir Yani S. Hamid, Novy Helena C. D

## ABSTRAK

Perilaku kekerasan merupakan masalah yang sering muncul pada pasien gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia. Alasan keluarga membawa pasien ke RSJ adalah ketidakmampuan mengatasi perilaku kekerasan pasien di rumah. Keluarga berusaha mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien pasca rawat inap karena perilaku kekerasan menimbulkan beban bagi keluarga. Penelitian ini bertujuan menggambarkan pengalaman keluarga mencegah kekambuhan pasien dengan riwayat risiko perilaku kekerasan pasca rawat inap di RSJ. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi deskriptif. Sampel penelitian berjumlah 8 partisipan dengan *purposive sampling*. Analisis data menggunakan metode Collaizi. Hasil penelitian yaitu terdapat 5 tema yang menggambarkan pengalaman keluarga tersebut yaitu: 1) pengetahuan keluarga terhadap adanya riwayat perilaku kekerasan; 2) kepekaan keluarga terhadap pencetus kekambuhan, 3) cara pengendalian pasien untuk mencegah kekambuhan; 4) kepedulian keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan, 5) kepasrahan dalam menerima kondisi pasien. Perawat jiwa dapat memberikan pendidikan kesehatan pencegahan dan manajemen perilaku kekerasan kepada pasien dan keluarga. Pelatihan perawat tentang terapi supportif sehingga dapat memfasilitasi terapi supportif pada pasien dan keluarga.

**Kata Kunci:** Pengalaman keluarga; mencegah kekambuhan; perilaku kekerasan; skizofrenia

## ABSTRACT

Violence behavior has been the common problem for patients with severe mental illness, including schizophrenia. The reason why their family brought them to the psychiatric hospital is their inability to control the patients' violence behavior at home. Their family tried to prevent patients' post-hospitalization recurrence because it has been a burden for them. This research was aimed describing the family experiences in preventing patients' recurrence with risk for violence after being treated in psychiatric hospital. This research used descriptive phenomenology qualitative approach. The research sample was 8 participants taken by purposive sampling method. The data had been analyzed by Collaizi method. Nine themes of analysis result describing the family experiences are: 1) family knowledge of patients' violence behavior history; 2) family sensitivity to the trigger of violence behavior; 3) the ways of family controlled patient to prevent recurrence; 4) family care as an effort to prevent recurrence; 5) resignation to accept the patients' condition. Nurses can provide mental health preventing education and management of violent behavior to patients and families. Nurse training of supportive therapy to facilitate supportive therapy for patients and families.

Keywords: family experience, preventing recurrence, violent behavior, schizophrenia

## PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang berdampak bagi penderita, keluarga, masyarakat. Prevalensi skizofrenia di dunia yaitu tujuh dari 10.000 populasi dewasa, dengan angka kejadian terbesar berada pada kelompok umur 25-35 tahun (WHO, 2001). Prevalensi skizofrenia di Indonesia berdasarkan data riset kesehatan dasar Republik Indonesia (Riskesdas RI, 2007) menunjukkan terjadinya gangguan jiwa berat sebesar 4,6 per mil. Prevalensi gangguan jiwa berat Propinsi Jawa Tengah sebesar 3,3 per mil (Balitbang Depkes RI, 2008). Prevalensi ini akan cenderung meningkat karena sifat penyakit skizofrenia yang menahun.

Masalah yang sering muncul pada pasien gangguan jiwa berat adalah perilaku kekerasan (Choe, Teplin, & Abram, 2008). Sebesar 68% pasien gangguan jiwa berat rehospitalisasi dikarenakan perilaku kekerasan (Wiyati, Wahyuningsih, & Widayanti, 2010). Risiko perilaku kekerasan di RSJ Dr. Soeroyo Magelang pada tahun 2011 menempati urutan kedua masalah keperawatan yang harus ditangani. Hal ini menunjukkan pentingnya masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Dampak perilaku kekerasan bagi keluarga yaitu merasa takut terhadap perilaku kekerasan pasien seperti menyerang atau mengancam orang lain dengan senjata (Taylor, 2008; Hutton, *et al.*, 2012). Keluarga sering merasa kewalahan dan 95% keluarga merasa terbebani merawat pasien dengan gangguan jiwa berat yang memiliki risiko perilaku kekerasan. Sekitar 36 % keluarga merasa terstigma karena memiliki pasien gangguan jiwa di rumahnya dan 8% di antaranya keluarga enggan mencari bantuan pelayanan kesehatan akibat stigma (Drapalsky, *et al.*, 2008).

Keluarga menjadi sumber pendukung utama bagi perawatan pasien gangguan jiwa berat ketika berada di tengah masyarakat (Maldonado, Urizar, & Kavanagh, 2005;

Thompson, 2007). Perawatan klien secara intensif di rumah akan mengurangi bahaya perilaku kekerasan pada keluarga dan masyarakat (Dvoskin dan Steadman, 1994, dalam Keliat, 2003).

Pencegahan kekambuhan pasien dapat dicapai jika intervensi yang dilakukan dengan melibatkan keluarga dan berfokus pada fungsi keluarga (Droogan & Bannigan, 1997 dalam Soekarta, 2004; Peters, Pontin, Lobban, & Morris, 2011). Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah menggali secara mendalam pengalaman keluarga mencegah kekambuhan pasien dengan riwayat risiko perilaku kekerasan pasca rawat inap RSJ di Kota Magelang.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian kualitatif fenomenologi deskriptif. Metode penelitian ini sistematis, fleksibel, dan mengutamakan subyektifitas individu dalam menggambarkan pengalamannya tentang fenomena tertentu sehingga diperoleh makna yang dapat menggambarkannya (Burns & Grove, 2009). Penelitian dilakukan di Kota Magelang mulai dari minggu pertama Mei-Juni 2013.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Kriteria inklusi partisipan lihat tabel 1, sedangkan kriteria inklusi pasien lihat tabel 2. Saturasi data dicapai pada partisipan ke delapan. Uji etik proposal penelitian dilakukan oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan tim *Ethical Clearance* RSJ Prof dr Soerojo Magelang untuk mendapatkan keterangan lolos uji etik penelitian.

### Kriteria inklusi partisipan

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga (pasien) pasca rawat inap RSJ dengan riwayat risiko perilaku kekerasan
2. Tinggal serumah dan merawat pasien setiap harinya

3. Sehat jasmani dan tidak mengalami gangguan jiwa
4. Usia dewasa antara 18 s.d 65 tahun
5. Tinggal di wilayah Kota Magelang
6. Mampu berbahasa Indonesia dan atau Jawa

#### Kriteria inklusi pasien

1. Pasien gangguan jiwa berat dengan diagnosis skizofrenia
2. Memiliki diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan ketika menjalani rawat inap di RS Jiwa

Proses pengumpulan data penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam yang bersifat semi terstruktur dan dilengkapi dengan catatan lapangan. Alat pengumpulan data yang digunakan meliputi pedoman wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam suara. Setelah mendapatkan data calon partisipan dari RSJ Prof dr Soerojo Magelang, peneliti *home visite*. Peneliti memberikan penjelasan penelitian dan meminta persetujuan calon partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*informed consent*). Rumah partisipan dipilih peneliti bertujuan untuk mendapatkan kealamiah data dan partisipan leluasa menyampaikan pengalamannya. *Bracketing, intuiting*, dan *probing* dilakukan peneliti selama proses wawancara. Tahap akhir wawancara peneliti memvalidasi data dengan menyampaikan kembali hal-hal penting hasil wawancara kepada partisipan. Analisis data penelitian dilakukan dengan metode Collaizi (1978, dalam Burns & Groove, 2009) lihat tabel 3. Risiko bias personal yang tinggi dalam penggambaran fenomena penelitian dihindari dengan pemenuhan kriteria keabsahan data penelitian sesuai dengan pendapat Guba dan Lincoln (1994, dalam Streubert & Carpenter, 2003) yaitu *credibility, transferability, dependability*, dan *confirmability*.

#### HASIL

Saturasi data dicapai setelah wawancara pada partisipan 8 (lihat tabel 4). Peneliti bersama penelaah eksternal memeriksa

transkrip, ketika tidak ditemukan ide-ide baru maka peneliti menilai data telah saturasi. Penelitian ini menemukan delapan tema yaitu: 1) pengetahuan keluarga tentang riwayat perilaku kekerasan, 2) kepekaan keluarga dalam mengenali pencetus perilaku kekerasan, 3) upaya pengendalian emosi pasien, 4) kepedulian keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan, 5) kepasrahan menerima kondisi pasien.

#### Tema 1. Pengetahuan keluarga tentang riwayat perilaku kekerasan

Pengetahuan keluarga dalam penelitian ini yaitu pengetahuan tentang bentuk perilaku kekerasan pasien dan perilaku mengancam pasien. Pengetahuan terhadap adanya bentuk perilaku kekerasan pasien:

*"...kambuhnya ya begitu...ngamuk begitu...berani...ya kalau bicara itu berani...lalu juga mau memukul segala begitu...kepada kakaknya..."(P1)*

Pengetahuan partisipan terhadap adanya perilaku mengancam karena membawa senjata tajam,

*"...bawa besi untuk ngamuk...lalu...saya..trus istri bingung...takut kan..."(P8)*

Keluarga juga mengenali tanda-tanda pasien akan melakukan perilaku kekerasan dari perubahan fisik dan perilakunya.

*"...biasanya itu tiba-tiba..."plok" nampar gitu...kan saya kaget...jadi kalau anak wajahnya memerah itu...tegang..tangannya udah ngepal..."(P3)*

#### Tema 2. Kepekaan keluarga dalam mengenali pencetus perilaku kekerasan

Provokasi dan keinginan yang tidak terpenuhi merupakan faktor pencetus yang dapat menyebabkan kekambuhan perilaku kekerasan pasien.

*...kadang membentak bentak...memarahi.....bapaknya kan emosian mbak...jadi kadang membentak kan berani nggak "(P1)*

Partisipan mengungkapkan keinginan yang tidak terpenuhi dapat mencetuskan kekambuhan perilaku kekerasan pasien.

*“jadi kalau keinginannya nggak terpenuhi marah-marah...ngomongnya kasar...nggak enakin hati lah...”(P2)*

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan dinilai keluarga dapat berisiko mencetuskan kekambuhan bagi pasien.

*“...dulu obatnya nggak diminum teratur...kadang itu tiba-tiba marah sendiri...”(P2)*

### **Tema 3. Upaya pengendalian emosi pasien**

Partisipan mengungkapkan pendapatnya terkait dengan sikap dan perilakunya untuk mengendalikan emosi pasien untuk mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien. Upaya pengendalian emosi pasien ini ditunjukkan partisipan melalui sikap permisif, menghindari sumber pencetus kekambuhan perilaku kekerasan, menggunakan pendekatan yang tenang, dan berperilaku mengancam pasien.

Upaya pengendalian emosi pasien dilakukan partisipan melalui sikap permisif kepada pasien seperti menuruti keinginan dan membiarkan melakukan apa saja yang diinginkan oleh pasien. Ungkapan partisipan yang mendukung sebagai berikut.

*...sudah lama tidak kambuh...ya...pokoknya itu apa..makannya itu harus kenyang...harus kenyang...lalu apa...yang diinginkan itu dituruti...”(P1)*

Upaya pengendalian emosi pasien yang lain yaitu partisipan menghindari hal-hal yang dapat menyinggung perasaan dan mencoba untuk tidak bersikap kasar kepada pasien. Salah satu ungkapan partisipan yang menggambarkan sebagai berikut.

*“...takut kalau kambuh lagi...yang penting jangan menyinggung perasaan anaklah...”(P2)*

Pendekatan dengan tenang yang dilakukan partisipan antara lain bersabar, mengingatkan dengan pelan-pelan, memberikan waktu dengan meninggalkan pergi sementara waktu, menasehati ketika tenang, dan berhati-hati dalam tindakan.

*“...saya berhati-hati sekali...pokoknya jangan sampai ada yang keliru dalam tindakan saya..”(P6)*

Partisipan terkadang menggunakan kekuasaannya sebagai pengambil keputusan dalam keluarga untuk menekan perilaku kekerasan pasien berupa ancaman kepada pasien. Hal tersebut diungkapkan partisipan sebagai berikut:

*“ nanti kalau kamu mukul seperti itu saya ikat saya naikkan ke mobil saya mondokkan ke RSJ...”(P3)*

### **Tema 4. Kepedulian keluarga sebagai upaya pencegah kekambuhan**

Kepedulian ini diwujudkan cara meningkatkan fungsi afektif ini dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberi kesempatan rekreasi, memberikan tanggung jawab, dan kewajiban peran dari keluarga sebagai pemberi asuhan.

*“...membesarkan hatinya...begini-begini...jangan pernah putus asa...putus semangat...harus bisa...”(P5)*

*“...kamu kalau ada apa-apa itu bilang sama bapak...bilang...jadi bapak itu tahu kalau kamu ada masalah apa...dia juga nurut...”(P8)*

*“...mesti dibuat hatinya senang lah...jadi diberikan juga uang dari saudara...dibelikan pakaian...jadi terlihat senang sekali...”(P1)*

*“...kasihan, itu kan anak kita sendiri ya...yang penting itu ada pendekatan kasih sayang...”(P8)*

Kepedulian ini juga melalui meningkatkan fungsi perawatan kesehatan berupa memberikan komitmen dukungan dan kepatuhan pengobatan.

*“...yang penting itu telaten...saya rawat sebisa saya...”(P6)*

*“...walaupun sudah sembuh ya...kalau pak dokter belum berkata obatnya berhenti...”(P3)*

### **Tema 5. Kepasrahan menerima kondisi pasien**

Makna bagi keluarga dalam mencegah kekambuhan pasien diwujudkan partisipan sebagai keyakinan sebagai ketetapan dari Tuhan dan menerima positif pasien dengan segala kondisinya. Takdir dan nasib harus menjalani perannya serta mengembalikan urusan kepada Tuhan karena yakin sesuatu

yang Tuhan berikan adalah hal yang terbaik bagi partisipan. Partisipan menyebutkan bahwa pengalaman ini sebagai takdir dan ujian hidup untuk

*"...ya terserah Gusti Allah...kalau takdirnya nasibnya harus begini...ya harus dijalani..."(P4)*

*"...terserah saja itu nggak...ini yang diberikan Allah...pasti terbaik untuk aku...di balik kekurangannya dia...pastinya nanti terdapat kebanggaan dalam kehidupan..."(P5)*

Makna kepasrahan ini juga ditunjukkan partisipan melalui penerimaan kondisi pasien dengan mengungkapkan rasa syukur dan ikhlas.

*"...ya bersyukur...nggak kumat ngamuk-ngamuknya...ya bersyukur..."(P1)*

*"...saya sudah menerima ikhlas..."(P3)*

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini keluarga menyadari adanya riwayat perilaku kekerasan serta tanda dan gejala pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan. Riwayat perilaku kekerasan tersebut meliputi perilaku kekerasan pada orang lain, perilaku lingkungan fisik, dan verbal. Partisipan pada penelitian ini mengingat dengan rinci perilaku kekerasan yang dilakukan pasien sebelumnya. Hutton (2012), riwayat melakukan perilaku kekerasan sebelumnya adalah faktor risiko kekambuhan perilaku kekerasan. Oleh karena itu, cara paling baik untuk memprediksi terjadinya perilaku kekerasan pasien adalah mengenali adanya riwayat perilaku kekerasan pasien (Fontaine, 2009). Partisipan mengungkapkan perilaku kekerasan fisik yang ditujukan pada orang lain seperti menampar, memukul orang lain, menyiram air ke muka orang lain dan mencakar, mengancam memukul orang lain, berkelahi. Menurut Fontaine (2009), perilaku kekerasan ini bisa dalam rentang menampar sampai mendorong yang bertujuan untuk menyerang orang lain. Pasien juga mengancam bahwa dirinya akan memukul orang lain dan mencoba untuk berkelahi, membakar, merusak

properti (perabotan dan peralatan rumah tangga) (Thompson, 2007).

Partisipan mengenali tanda-tanda pasien akan melakukan perilaku kekerasan seperti wajah memerah, tegang, tangan mengempal, tatapan mata tajam, dan sudah tidak bisa diarahkan lagi. Oleh karena itu, partisipan dapat mengantisipasi pencegahan perilaku pasien untuk merusak maupun menyerang orang lain. Hal ini sesuai dengan Keliat & Akemat (2006) bahwa tanda gejala pasien akan melakukan perilaku kekerasan antara lain pasien mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, muka merah, dan ekspresi wajah tegang, berbicara keras, berteriak, menjerit. Menurut Haddad (2010), meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda awal kekambuhan dapat mengurangi kekambuhan pada pasien gangguan jiwa yang berpotensi melakukan perilaku kekerasan. Berdasarkan uraian fenomena partisipan dalam mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa, penting bagi perawat untuk meningkatkan pengetahuan keluarga mengenali riwayat perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, dan manajemen perilaku kekerasan oleh keluarga.

Hasil penelitian ini keluarga peka terhadap hal-hal yang dapat mencetuskan kekambuhan perilaku kekerasan pasien. Hal-hal yang dapat mencetuskan kekambuhan tersebut dikarenakan pasien diprovokasi, keinginan pasien tidak terpenuhi, dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Hal ini didukung oleh Fortinash dan Worret (2004) bahwa keluarga harus memahami risiko terjadinya perilaku kekerasan sehingga dampak dari perilaku kekerasan ini dapat dicegah. Salah satu kunci mencegah kekambuhan adalah mengidentifikasi faktor pencetus gejala dan strategi untuk mengatasinya (Stuart, 2009). Sikap yang dapat memprovokasi pasien pada penelitian ini yaitu konsekuensi dari sikap keluarga seperti bersikap keras, kasar, memukul, memarahi dan membentak pasien. Sikap ini didukung oleh hasil

penelitian Parker *et al.*, (1990, dalam Heru, 2000) bahwa sikap keluarga kepada pasien yang sering mengkritik, bermusuhan atau emosional, dan banyak mengatur akan memicu kekambuhan.

Partisipan mengungkapkan ketidakpatuhan minum obat seperti menghentikan pengobatan, minum obat tidak teratur, dan menurunkan dosis obat dapat memicu kekambuhan perilaku kekerasan pasien. Didukung oleh hasil penelitian Haddad (2010), ketidakpatuhan terhadap pengobatan antipsikotik merupakan faktor risiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk meningkatkan pengetahuan keluarga mengenali faktor pencetus perilaku kekerasan sebagai upaya mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien.

Upaya pengendalian emosi pasien yang dilakukan keluarga melalui sikap permisif, menghindari sumber pencetus kekambuhan, pendekatan yang tenang, dan terkadang keluarga juga mengancam pasien. Sikap permisif yang dilakukan keluarga seperti membiarkan pasien melakukan keinginannya, dan mencoba menuruti keinginan pasien. Keluarga menghindari sumber pencetus kekambuhan dengan berusaha tidak menyinggung permasalahan masa lalu pasien, berusaha agar pasien tidak mendengar hal yang kurang menyenangkan sehingga pasien tidak tersinggung, dan keluarga banyak bersikap mengalah. Keluarga juga berusaha memperlakukan pasien tidak kasar. Hal ini didukung oleh Fontaine (2009) bahwa pencegahan yang dilakukan keluarga adalah memberikan waktu untuk menenangkan diri yang dapat membantu perasaan bermusuhan. Pasien yang diperlakukan dengan dihargai cenderung dapat menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan. Sikap permisif yang ditunjukkan keluarga pada hasil penelitian ini sesuai dengan ciri konsep *ngemong* pada penelitian Subandi (2008), yaitu pemenuhan kebutuhan partisipan.

Kepedulian keluarga sebagai upaya pencegah kekambuhan pasien ditunjukkan melalui fungsi afektif dan perawatan kesehatan keluarga. Menurut Friedman *et al.* (2003) fungsi afektif berbasis pada kepedulian keluarga terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya. Hasil penelitian kepedulian keluarga dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberi kesempatan rekreasi, memberikan tanggung jawab, dan kewajiban peran dari keluarga sebagai pemberi asuhan. Hal ini didukung penelitian Soekarta (2004), menyediakan waktu untuk berkomunikasi, sering berbincang-bincang, bercanda, mengadakan rekreasi bersama dapat meringankan beban psikologis. Keluarga berkomitmen dalam memberikan dukungan dan mendampingi pasien untuk patuh dalam pengobatan. Hal ini sesuai dengan anjuran WHO (2002), perawatan kesehatan yang dapat diberikan keluarga pada pasien yaitu mendampingi pasien melakukan pengobatan, memberikan dorongan yang positif, dan konsisten dalam merawat pasien. Strategi untuk mengurangi kekambuhan pada pasien gangguan jiwa berat yang berpotensi menimbulkan perilaku kekerasan adalah meningkatkan kepatuhan minum obat antipsikotik (Haddad, 2010).

Makna keluarga menjalani pengalamannya dalam mencegah kekambuhan pasien yaitu ketetapan dari Tuhan. Hal ini diungkapkan partisipan dalam penelitian ini sebagai takdir yang harus dijalani, ujian dari Tuhan, dan hal yang terbaik yang Tuhan berikan untuknya. Sesuai dengan Fitchett (2002, dalam Carson & Koenig, 2008), salah satu dimensi spiritualitas adalah keyakinan dan pemaknaan, tidak hanya pada keyakinan individu dalam memberikan makna dan menentukan tujuan hidupnya, tetapi juga riwayat pengalamannya mempertahankan keyakinannya. Kekuatan spiritual diperoleh keluarga sejalan dengan pencarian makna dari pengalamannya (Fontaine, 2009).

Adanya sikap penerimaan positif tersebut mencerminkan kesejahteraan spiritual yang

memberikan dukungan kepada partisipan tetap mengusahakan hal yang terbaik meskipun harus menghadapi kesulitan dan beban dalam upayanya mencegah kekambuhan pasien. Hasil penelitian menunjukkan penerimaan positif terhadap pengalamannya yaitu memakluminya, menerima dengan ikhlas, bersyukur, tidak merasa malu maupun jengkel, merasa tidak ada kesulitan untuk mencegah kekambuhan pasien. Sesuai dengan hasil penelitian Subandi (2008), menunjukkan sikap keluarga yang pasrah dan menerima terhadap kenyataan yakni memiliki anggota keluarga yang gangguan jiwa tetapi bukan berarti menerima pasif. Sebaliknya mereka menerima kenyataan sambil terus tetap berusaha.

Kepasrahan dan penerimaan positif ini hampir ditunjukkan oleh seluruh partisipan. Hal ini dipengaruhi oleh agama yang dipeluk partisipan yaitu agama Islam. Pada Al-Quran (kitab umat Islam) mengajarkan umatNya untuk bertawakal kepada Allah. Tawakal kepada Allah atau berserah diri kepada segala kehendakNya tetapi tetap disertai usaha yang nyata untuk menghadapi permasalahan. Penerimaan positif ini juga dipengaruhi oleh budaya Jawa yang memiliki prinsip *ngemong* pada anggota keluarga yang sakit. Prinsip dasar dari *ngemong* adalah menghadapi perilaku dan sikap seseorang dan memposisikan seseorang tersebut sebagai seorang anak (Subandi, 2008).

## KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan keluarga berupaya mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa berat. Upaya keluarga mencegah kekambuhan pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu kepedulian terhadap keluarga, mengendalikan emosi pasien, dan peka terhadap faktor pencetus kekambuhan. Kepasrahan menerima kondisi pasien menjadi hikmah keluarga dalam merawat dan mencegah perilaku kekerasan pasien. Diagnosis keperawatan pasien lebih dari satu ketika rawat inap di RSJ.

## SARAN

Pengembangan psikoedukasi terhadap keluarga dan pasien di tatanan pelayanan komunitas serta penelitian kualitatif tentang pencegahan kekambuhan perilaku kekerasan berdasarkan perspektif pasien guna mengembangkan terapi suportif pada pasien dan keluarga di tatanan komunitas.

## Referensi

- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (6<sup>th</sup> edition)*. USA: Saunders Elsivier
- Carson, V.B & Koenig, H.G. (2008). *Spiritual dimensions of nursing practice*. USA: Templeton Foundation Press
- Choe, J.Y., Teplin, L.A., & Abram, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric services*, 59(2),153-164.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia
- Drapalsky, et al. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric services*, 59(6), 655-664.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing (6<sup>th</sup> edition)*. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Fortinash, C.M & Holloday. (2004). *Psychiatric nursing care plan (4<sup>th</sup> edition)*. St.Louis: Mosby Year Book
- Friedman, Bowden, & Jones (2003). *Family nursing: research, theory, and practice (5<sup>th</sup> edition)* (Alih Bahasa: Achir Yani S. Hamid dkk). Jakarta: EGC Penerbit buku kedokteran
- Haddad, P.M. (2010). The Cost of relapse in schizophrenia. *Mind & Brain, The Journal Of Psychiatry*,2, 33-38. Diakses melalui <http://search.proquest.com/docview/751246902>

- Heru, A.M. (2000). Family functioning, burden, and reward in the caregiving for chronic mental illness. *Families, system, & health*, 18(1), 91-103.
- Huang, Hung, Sun, Lin, & Chen (2009). The experiences of cares in Taiwanese culture who have long term schizophrenia in their families: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 874-883.
- Hutton, P., Parker, S., Bowe, S., & Ford, S. (2012). Prevalence of violence risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis: a service audit. *Early Intervention in Psychiatry*, (6), 91-96.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor (Disertasi tidak dipublikasikan)*. Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.
- Keliat, B.A. & Akemat. (2006). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Kokanovic, R., Peterson, A., & Klimidis, S. (2006). "No body can help me – i am living through it alone": Experiences of caring for people diagnosed with mental illness in ethno-cultural and linguistic minority communities. *Journal of immigrant and minority health*, 8(2), 125-135. Diakses melalui <http://search.proquest.com/docview/199536822>
- Maldonado, J.G., Urizar, A.C., & Kavanagh, A.C. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 899-904.
- Parrot, M. (2010). News frames and attitudes toward mental illness (Master's thesis, University of Alabama, Alabama, USA).
- Peters, S., Pontin, E., Lobban, F., & Morris, R. (2011). Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers. *BMC Psychiatry*, 11, 172-182.
- RS Soeroyo Magelang. (2011). *Laporan rekam medis RS Prof Dr Soeroyo Magelang Jawa Tengah*. Tidak dipublikasikan
- Soekarto, A. (2004). *Manipulasi keluarga dalam pencegahan kekambuhan skizofrenia* [Pidato pengukuhan guru besar]. Yogyakarta, Indonesia: Universitas Gajah mada.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing; Advancing the humanistic imperative* 3<sup>th</sup> edition. Lippincott William & Wilkins: Philadelphia
- Stuart, G.W., (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* 9<sup>th</sup> edition. Missouri: Mosby Inc
- Subandi, M.A. (2008). Ngemong: Dimensi keluarga pasien psikotik di Jawa. *Jurnal Psikologi*, 35(1), 62-79.
- Taylor, P.J. (2008). Psychosis and Violence: Stories, Fears, and Reality. *Canadian Journal Psychiatry*, 10, 647-659.
- Thompson, M.S. (2007). Violence and the costs of caring for a family member with severe mental health illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 318-333.
- WHO. (2001). *Shizophrenia*. Diakses melalui [http://www.who.int/mental\\_health/topics.html](http://www.who.int/mental_health/topics.html)
- WHO. (2002). *Family intervention and support in schizophrenia*. Diakses melalui <http://www.who.int> diperoleh tanggal 13 Februari 2013
- Wiyati, R., Wahyuningsih, D., & Widayanti, E.D (2010). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 5(2), 85-94
- Wood, L.P.K., & Wilson, M.N. (2005). The context of caretaking in rural areas: family factors influencing the level of functioning of seriously mentally ill patients living at home. *American journal of community psychology*, 36(1/2), 1-13. DOI: 10.1007/s10464-005-6229-2.