

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA DENGAN RIWAYAT PERILAKU KEKERASAN DI RS. JIWA ISLAM KLENDER JAKARTA TIMUR 2012

Nuraenah, Mustikasari, Yossie Susanti Eka Putri

Email: nuraenahsalim@yahoo.com

ABSTRAK

Dukungan keluarga merupakan *support system* yang penting, 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,

LATAR BELAKANG

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.

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).

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 nginap dan fungsi sosial yang lebih baik di masyarakat dibandingkan laki-laki (Sinaga, 2006). Menurut Videbeck (2008) gejala skizoprenia 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 skizoprenia adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan atau amuk merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang baik secara fisik atau psikologis (Keliat, 2000). 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 secara fisik muka merah, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, sedangkan secara verbal klien berbicara dengan kasar, suara tinggi, berteriak, mengancam secara fisik menunjukkan perilaku kekerasan (Videbeck, 2008). Akibat perilaku kekerasan bisa melukai atau menciderai 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 memiliki tanggungjawab untuk merawat, namun dalam pelaksanaan menyebabkan beban bagi keluarga.

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).

Salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang (Friedman, 2010). 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 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 dari masyarakat sekitar.

Keluarga merasa terbebani dengan financial dimana klien sering rawat ulang, peneliti juga menanyakan pada empat keluarga tentang beban 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.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif korelasional, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan alat ukur berupa kuesioner. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, informasi, instrumen dan penilaian dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa klender Jakarta Timur. Tehnik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

Populasi pada penelitian ini berjumlah 82 orang yang tercatat pada periode November 2011 sampai dengan Januari 2012 (data diambil tiga bulan terakhir). Jumlah sampel penelitian adalah sebanyak 50 orang keluarga klien perilaku kekerasan. Penelitian ini telah dilaksanakan di Poliklinik RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1.
Karakteristik responden berdasarkan usia di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012 (N=50).

Variabel	Mean	Median	SD	Minimum maksimum	95% CI
Usia	42,420	42,0	9,585	25-56	38,48-43,92

Tabel 2
Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan & hubungan dengan klien di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	18	36,0
Perempuan	32	64,0
Total	50	1100,0
Pendidikan		
Rendah	42	84,0
Tinggi	8	16,0
Total	50	1100,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	32	64,0
Bekerja	18	36,0
Total	50	1100,0
Penghasilan		
<Rp 1.529.150	14	28,0
>Rp 1.529.150	36	72,0
Total	50	1100,0
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%
	50	100,0

Tabel 5.
Analisis hubungan usia dengan dukungan keluarga di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

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

Tabel 6.
Analisis hubungan Jenis kelamin dengan dukungan keluarga di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

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

Tabel 7.
Analisis hubungan Pendidikan dengan dukungan keluarga di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

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

Tabel 8
Analisis hubungan pekerjaan dengan dukungan keluarga di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur tahun 2012(N=50)

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

Tabel 5.11
Hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga di Rumah sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur Timur 2012 (N=50)

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

Diskusi

Hasil penelitian melaporkan responden sebagian besar berumur 42 tahun, usia dewasa menengah, dimana usia ini dianggap cukup matang dalam pengalaman hidup dan kematangan jiwanya untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. Menurut Notoatmodjo (2003) usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun. 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.

Mayoritas berjenis kelamin perempuan 32 orang (64%), perempuan sebagai ibu rumah tangga yang mempunyai waktu luang untuk mengantar dan merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan. 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.

Mayoritas berpendidikan rendah 42 orang (84%), Status tingkat pendidikan rendah kurang memiliki informasi yang cukup terkait dengan pengetahuan penyakit dan perawatannya dalam memberikan dukungan keluarga. Menurut Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Pendidikan rendah berisiko ketidakmampuan dalam merawat kesehatannya (WHO, 2003).

Mayoritas pekerjaan, 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.

Mayoritas penghasilan lebih dari atau sama dengan Rp 1.529.150,- sebanyak 36 orang (72,0%). 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). Responden memiliki hubungan sebagian ibu 18 orang (36%). peran sebagai ibu mempunyai hubungan dukungan emosional dan instrumental yang cukup erat dalam keluarga,

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan Informasi, Emosional, Instrumental, Penilaian dan Keluarga ($p < 0,05$). Menurut Lueckenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Hasil penelitian Khairumahmi (2009) ada hubungan antara karakteristik jenis pendidikan dengan dukungan keluarga. Semakin tinggi tingkat pendidikan responden, semakin tinggi responden memberikan dukungan keluarga, 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 dukungan informasi cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan dukungan emosional ($p < 0,05$), Wardaningsih (2007) 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 menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan Informasi dengan beban keluarga ($p < 0,05$) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan informasi semakin berkurang beban keluarga. 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.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan Instrumen dengan beban keluarga ($p < 0,05$) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan instrumen semakin berkurang beban keluarga.

Menurut (Friedman, 2010), dukungan instrumental yang diberikan adalah bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk mengontrol perilaku kekerasannya. Dukungan instrumental sangat berpengaruh dalam merespon beban keluarga terutama yang bersifat beban obyektif, seperti beban finansial, pengobatan, bagaimana mencari pelayanan kesehatan jiwa dan cara merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan beban keluarga ($p < 0,05$) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan penilaian semakin berkurang beban keluarga. Menurut (Friedman, 2010), Bentuk dukungan penilaian yang diberikan keluarga dalam memberikan kasih sayang, umpan balik dan penghargaan kepada klien dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, atau perasaan seseorang. Bentuk dukungan penilaian menunjukkan bahwa keluarga bertindak sebagai pemberi bimbingan dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan memotivasi anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian. Menurut (Videbeck, 2008). upaya keluarga untuk memberikan aktivitas kepada klien dirumah, karena aktivitas secara langsung dapat meningkatkan pengeluaran energi klien sehingga mampu mengalihkan perilakunya, 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).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga ($p < 0,05$) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga.

Menurut (Friedman, 2010), dukungan emosional yang diberikan keluarga 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. Dengan 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.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan Informasi, Emosional, Intrumental dan Penilaian 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, Dapat disimpulkan setiap naik satu tingkat dukungan akan diikuti satu tingkat penurunan tingkat beban keluarga.

SIMPULAN

Karakteristik responden yang merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan sebagai besar adalah rata-rata usia 42 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, pendidikan sebagian besar pendidikan rendah, mayoritas tidak bekerja dengan penghasilan sebagian besar \geq Rp. 1.529.000,- serta sebagian mempunyai hubungan dengan klien adalah ibu.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan Informasi, Emosional, Intrumental dan Penilaian ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan, sehingga semakin menurun beban keluarga yang dirasakan.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan Informasi, Emosional, Intrumental dan Penilaian 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.

SARAN

Perawat Jiwa yang berada RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur hendaknya bisa meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa, terutama untuk intervensi keluarga klien, diharapkan mampu lebih meningkatkan dukungan keluarga. Dan penyusunan standar asuhan keperawatan jiwa pada keluarga dengan menggunakan terapi generalis SP keluarga, yang akan menurunkan beban keluarga klien. Dan perlu diprogramkan jadwal penkes dalam rangka memberikan dukungan keluarga

klien dengan menyusun jadwal program penkes keluarga, minimalnya setiap minggu sekali di ruang tunggu keluarga .

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 Diponegoro, tidak dipublikasikan.
- Angiananda, F (2006). *Pengkajian beban kebutuhan dan sumber daya keluarga dalam merawat penderita skizofren: studi kasus*. Jakarta: Universitas Indonesia. Tesis, Tidak dipublikasikan.
- Depkes RI. (2003). *Buku 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.
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M, (2010). *n Keluarga: teori dan praktek*: alih bahasa, Achir Yani S, Hamid...(et al): editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed.5, Jakarta:EGC.
- Hamid, A. Y. (2008). *suhan keperawatan kesehatan 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.
- Kaplan, M.D. & Sadock, M.D. (2010) *Kaplan & Sadock's Sinopsis Psikiatri y, 7th edition*. Jakarta:Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A., (2002). *Asuhan Keperawatn klien dengan kemarahan*, Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., (2002). *Terapi Aktivitas Kelompok*, Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., (2003). *Pemberdayaa klien dan keluarga dalam meraway 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.
- 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 helth nursing (4th ed), Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rika Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: CV. Sagong Seto.
- Perry Potter (2009) *FundamentalOf Nursing*,Salemba Group
- 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.
- 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 Banding*. Balai penerbit, fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia, Jakarta.
- Smith, B. (2011). What causes schizophrenia?. *Psych Central*. Diunduh dari <http://pstchcentral.com/lib/2006/what>

-causes-schizophrenia/. 22 maret, 2012.

- StuartG.W.and Laraia. (2009). *Principles and Practise of Psychiatric Nursing*. StuartG.W.and Laraia. (2009). *Principles and Practise of Psychiatric Nursing*. St.Louis: Mosby YearB.
- Sugiyono, (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif danR&D*, Bandung: Alfabeta.
- Suwardiman, (2011). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi RSUD Serang*. Tesis Jakarta, FIK. Tidak dipublikasikan.
- Videbeck, S.L.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:EGC.
- WHO. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Health: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.