

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DALAM UPAYA PENCEGAHAN  
PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN  
TERJADINYA PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN  
SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK GMO RSJ  
PROF.HB. SA'ANIN PADANG  
TAHUN 2014.**

**Penelitian Keperawatan Jiwa**



**Oleh**

**ARNINA**

**NIM : 10103084105495**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN PROGRAM STUDI ILMU**

**KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**2014**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DALAM UPAYA PENCEGAHAN  
PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN  
TERJADINYA PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN  
SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK GMO RSJ  
PROF.HB. SA'ANIN PADANG  
TAHUN 2014.**

**Penelitian Keperawatan Jiwa**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan**

**Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan**

**STIKes Perintis Sumbar**



**Oleh**

**ARNINA**

**NIM : 10103084105495**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN PROGRAM STUDI ILMU**

**KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**2014**

## HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama Lengkap	:	ARNINA
Nomor Induk Mahasiswa	:	10103084105495
Nama Pembimbing I	:	Supiyah.S.Kp, M.Kep
Nama Pembimbing II	:	Ns.Falerisiska Yunere, S.Kep
Nama Penguji I	:	Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom
Nama Penguji II	:	Supiyah.S.Kp, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, 7 Agustus 2014

ARNINA  
Nim : 10103084105495

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

Nama : ARNINA

NIM : 10103084105495

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Pendidikan Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 24 Juli tahun 2014.

Bukittinggi, Juli 2014

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

**Supiyah.S.Kp, M.Kep**

**Ns. Falerisiska Yunere, S.Kep**  
**NIDN: 1025028003**

Mengetahui,  
Ketua PSIK STIKes Perintis Sumbar

**Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom**  
**NIDN : 1006037301**

## PERNYATAAN PENGUJI

Judul Skripsi : Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

Nama : ARNINA

NIM : 10103084105495

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Pendidikan Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 24 Juli 2014.

Bukittinggi, Juli 2014

Penguji 1,

**Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom**  
**NIDN : 1006037301**

Penguji II,

**Supiyah.S.Kp, M.Kep**

**Pendidikan Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat**

**SKRIPSI, JULI 2014**

**ARNINA**

**10103084105495**

**Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014**

**Vii + VI BAB + 57 Halaman + 4 tabel +8 lampiran**

### **ABSTRAK**

Masalah yang peneliti temukan dilapangan dari hasil wawancara kepada keluarga pasien skizofrenia, diantaranya tidak menjalankan peran sertanya dalam pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dikarenakan mereka kurang memahami dan kurang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 3 Juli tahun 2014. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga klien skizofrenia yang memenuhi kriteria, dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*, dengan jumlah sebanyak 30 orang. Pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner, dan menggunakan rumus chi square untuk pengolahan data, dengan  $\alpha = 0,05$ . Hasil uji statistik di dapatkan P value  $< \alpha$  ( $0,020 < 0,05$ ), maka  $H_a$  diterima yakni ada hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014. Disarankan kepada institusi pelayanan kesehatan diharapkan agar dapat memeberikan penyuluhan maupun pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan perilaku kekerasan baik kepada keluarga maupun pada klien skizofrenia sehingga tidak terjadi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

**Kata Kunci : peran serta keluarga, terjadinya perilaku kekerasan**

**Daftar Bacaan : 24 Buah Buku (2001-2013)**

***Bachelor of Nursing Science Study Perintis School of Health Science West Sumatera  
Under Graduate Thesis, July 2014***

***ARNINA***

***Relations of Family Participation in Preventing Violence Behaviors in Clients with  
Schizophrenia Occurrence of in Client GMO Clinic RSJ Mental Hospital, 2014***

***VII + VI Chapter + 56 Pages + 8 Attachments***

### ***ABSTRACT***

*The problem that researchers have found in the field of the to the families of Schizophrenia patients, including not running participation in the prevention of violent behavior in Schizophrenia clients. Due to their lack of understanding and lack of health education, it is better to prevent violent behavior in schizophrenia clients. The purpose of this study was to determine relationship and the role of families in preventing violent behavior in Schizophrenia client with the client's violent behavior in Schizophrenia at the GMO clinic RSJ Mental Hospital, 2014. This study was conducted on July 3<sup>rd</sup> 2014. The design used in this study was correlation study with cross-sectional approach. The population in this study was family of clients who meet the criteria for Schizophrenia, with consecutive sampling technique sampling, with a total of 30 people. Collecting data using a questionnaire sheet, and using the chi square formula for data processing, with  $\alpha = 0,05$ . results of statistical test on the get  $P$  value  $< \alpha$  ( $0,020 < 0,05$ ), then  $H_a$  is accepted. There is a family relationship and role in the prevention of violent behavior in Schizophrenia client with the client's violent behavior in Schizophrenia at the GMO clinic RSJ Mental Hospital, 2014. It is recommended to health care institutions and is expected to giving out counseling and health education on prevention of violent behavior either to the family or on the client Schizophrenia, so, there violent behavior in Schizophrenia clients.*

***Keywords: The role of the family, the occurrence violent behavior***

***Reference: 24 book (2001-2013)***

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **A. Identitas Diri**

Nama : ARNINA  
Umur : 22 Tahun  
Tempat, Tanggal lahir: Bayur , 11 juli 1991  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Maninjau  
Alamat : Kototinggi  
Kebangsaan/ suku : Caniago  
Jumlah Saudara : 7 orang  
Anak Ke : 6

### **B. Identitas Orang Tua**

Ayah : NASRUL  
Ibu : ERMİ AFRIDA  
Alamat : Kototinggi – maninjau

### **C. Riwayat Pendidikan**

<b>No</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Tempat</b>
1	SDN 21 Kototinggi	Kototinggi
2	SMPN 2 Rabaa	Rabaa
3	SMA 1 Maninjau	Maninjau
4	Program Studi S1 Ilmu Keperawatan	Bukittinggi – Sumatra barat



## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa’anin Padang tahun 2014.”** Dalam penyusunan skripsi, peneliti banyak mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini perkenankan peneliti menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku penanggung jawab Program Studi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.
3. Direktur RSJ Prof.HB Sa’anin Padang yang telah memberi izin untuk pengambilan data dan penelitian.
4. Kepala Ruangan Poliklinik GMO RSJ Prof.HB Sa’anin Padang yang telah memberi izin untuk pengambilan data dan penelitian.
5. Ibu Supiyah, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing satu yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan oleh peneliti.

6. Bapak Ns. Falerisiska Yunere, S.Kep selaku pembimbing dua yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi penelitian ini dapat diselesaikan oleh penulis
7. Bapak dan Ibu staf pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat, yang telah banyak pula memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi peneliti.
8. Teristimewa kepada Ayah dan ibu, kakak serta keluarga yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materi dan dorongan semangat, do'a serta kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita-cita.
9. Rekan-rekan mahasiswa STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah banyak memberikan masukan yang sangat berguna dalam menyelesaikan skripsi ini.

Sekalipun peneliti telah mencurahkan segenap pemikiran, tenaga dan waktu agar tulisan ini menjadi lebih baik, peneliti menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu peneliti dengan senang hati menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata, pada-Nya jualah kita berserah diri. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua khususnya pada profesi keperawatan. Amin.

Bukittinggi, Juli 2014

Peneliti

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR LAMPIRAN .....	vi
DAFTAR SKEMA.....	vii

### BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1. Tujuan Umum .....	6
1.3.2. Tujuan Khusus .....	7
1.4. Manfaat Penelitian .....	7
1.4.1. Bagi Peneliti .....	7
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	7
1.4.3. Bagi Lahan .....	8
1.4.4. Bagi Keluarga.....	8
1.5. Ruang Lingkup.....	8

### BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Tinjauan Teoritis.....	9
2.1.1. Konsep Skizofrenia .....	9
2.1.2. Konsep Perilaku Kekerasan.....	16
2.1.3. Konsep Keluarga.....	29
2.2. Kerangka Teori.....	30

### BAB III KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep.....	37
---------------------------	----

3.2. Defenisi Operasional.....	38
3.3. Hipotesis.....	39
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
4.1. Desain Penelitian.....	40
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	40
4.3. Populasi, Sampel dan Sampling.....	41
4.4. Pengumpulan Data.....	42
4.5. Cara Pengolahan dan Analisa Data.....	43
4.6. Etika Penelitian.....	45
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Hasil penelitian.....	47
5.2 Pembahasan.....	49
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1. Kesimpulan.....	56
6.2. Saran.....	56
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 3.2 Defenisi Operasional.....	37
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014.....	47
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014.....	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014.....	48

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2. Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3. Kisi-kisi kuesioner

Lampiran 4. Lembaran Kuesioner

Lampiran 5. Master tabel

Lampiran 6. Pengolahan data univariat dan bivariat

Lampiran 7. Surat Izin pengambilan data dan Penelitian

Lampiran 8. Lembaran Konsul

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.2 Kerangka Teori.....	36
Skema 3.1 Kerangka Konsep.....	37

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di Negara maju, modern dan industri keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta identitas secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2001).

Gangguan jiwa *Skizofrenia* tidak terjadi dengan sendirinya begitu saja akan tetapi banyak faktor yang menyebabkan terjadinya gejala *Skizofrenia*. Berbagai penelitian telah banyak dalam teori biologi dan berfokus pada penyebab *Skizofrenia* yaitu faktor genetik, faktor neurotomi dan neurokimia atau struktur dan fungsi otak serta imunovirologi atau respon tubuh terhadap perjalanan suatu virus (Sheila L Videbeck, 2008).

Pasien gangguan jiwa skizofrenia paranoid dan gangguan psikotik dengan gejala curiga berlebihan, galak, dan bersikap bermusuhan. Gejala ini merupakan tanda dari pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut (Purba dkk, 2008).



Menurut Stuart dan Laraia (1998), perilaku kekerasan dapat dimanifestasikan secara fisik (mencederai diri sendiri, peningkatan mobilitas tubuh), psikologis (emosional, marah, mudah tersinggung, dan menentang), spiritual (merasa dirinya sangat berkuasa, tidak bermoral). Perilaku kekerasan merupakan suatu tanda dan gejala dari gangguan skizofrenia akut yang tidak lebih dari satu persen (Purba dkk, 2008).

Perilaku kekerasan biasa disebut juga dengan perilaku yang bersifat agresif yang menimbulkan suatu perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku permusuhan, mengamuk dan potensi untuk merusak secara fisik yang dapat menimbulkan kerusakan dan membahayakan baik bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Purba dkk, 2008).

Masalah yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan ini selain merusak dirinya sendiri, juga merusak orang lain dan lingkungan, contoh dari merusak orang lain, misalnya memukuli orang lain, menciderai orang lain dan memandang tajam orang tersebut seperti memandang orang tersebut sebagai musuh terbesarnya, kemudian contoh dari lingkungan, misalnya merusak dan mengotori lingkungan tersebut juga termasuk dalam perilaku kekerasan (Purba dkk, 2008).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. WHO (2008) menyatakan, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Pada masyarakat umum terdapat 0,2 – 0,8 % penderita skizofrenia dan dari 120 juta penduduk di Negara Indonesia terdapat kira-kira 2.400.000 orang anak yang mengalami gangguan jiwa. Menurut WHO, masalah

gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO menyatakan paling tidak ada 1 dari 4 orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, diperkirakan pada tahun 2013 jumlah penderita skizofrenia meningkat hingga mencapai 450 juta jiwa di seluruh dunia. (WHO. 2013) Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang (Carolina, 2008).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diperkirakan terdapat satu juta orang di Indonesia mengalami gangguan skizofrenia 14,1% penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa dari yang ringan hingga berat. Data jumlah pasien gangguan jiwa di Indonesia terus bertambah. Dari 33 Rumah Sakit Jiwa diseluruh Indonesia diperoleh data bahwa hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 gangguan jiwa yang dinilai adalah gangguan jiwa berat (psikosis atau skizofrenia) yang berjumlah 1.728 orang. Prevalensi psikosis atau skizofrenia tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh masing-masing 2,7%. (Depkes.2013)

Kesembuhan pasien gangguan jiwa relatif lama karena gangguan jiwa merupakan penyakit kronis, perawatan klien di rumah mungkin jauh lebih baik oleh karena itu pengetahuan keluarga dan peran serta keluarga dalam pengobatan pasien gangguan jiwa sangat penting untuk mendukung kesembuhan. Terapi gangguan jiwa harus saling terkait antara pasien dengan dokter psikiatri, perawat, keluarga, maupun masyarakat, para petugas kesehatan atau perawat harus memberikan penyuluhan yang optimal kepada keluarga tentang cara perawatan pasien gangguan jiwa

sehingga keluarga dapat mengerti dan memahami bagaimana perawatan pasien yang mengalami gangguan jiwa tersebut. Keberhasilan terapi gangguan jiwa *Skizofrenia* tidak hanya terletak pada terapi obat psikofarmaka dan jenis terapi lainnya tetapi juga pengetahuan keluarga dan peran serta pasien dalam pengobatan (Hawari, 2001)

Nurdiana (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. Keluarga berkewajiban untuk menjaga dan mempertahankan perkembangan mental, emosi, serta kebutuhan klien, disamping itu keluarga juga harus melaksanakan peran dan fungsi dasar keluarga yaitu perawatan kesehatan keluarga. Keluarga berkewajiban untuk memberikan perawatan pada klien skizofrenia yang telah pulang kerumah dan melakukan kontrol ulang kerumah sakit agar keluarga dapat mengetahui dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam merawat klien yang mengalami gangguan kesehatan. Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia yakni: cara fisik seperti menyalurkan marah melalui kegiatan fisik: lari pagi, angkat berat, menari, jalan-jalan, olah raga, relaksasi otot. cara social seperti mendorong klien yang melakukan cara marah yang konstruktif (yang telah dilatih di rumah sakit) pada lingkungan, mengurangi sumber yang menimbulkan marah, misalnya ruangan yang terang, sikap keluarga yang lembut, mendorong ungkapan marah, melatih terbuka terhadap perasaan marah, melindungi dan melaporkan jika amuk. Cara spiritual seperti: bantu menjelaskan keyakinan tentang marah, meningkatkan kegiatan ibadah, patuh makan obat.

Data yang peneliti dapatkan di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang pada tahun 2014 rata-rata kunjungan pasien skizofrenia setiap bulannya sebanyak 122 orang, sedangkan pada tahun 2013 klien yang mengalami skizofrenia 642 orang, kalau dilihat dari kunjungan setiap bulannya dari tahun 2013 hingga tahun 2014 kunjungan pasien skizofrenia setiap bulannya mengalami kenaikan. dari data tahun 2013 tersebut klien skizofrenia yang dirawat jalan sebanyak 513 orang (80%) dan 129 orang (20%) lainnya harus rawat inap. Dari 129 orang tersebut didapatkan 73 orang (67%) merupakan klien skizofrenia yang baru pertama kali dirawat, sedangkan 55 orang klien ( 43%) merupakan klien yang lebih satu kali dirawat atau klien yang mengalami kekambuhan skizofrenia, pada umumnya klien yang mengalami kekambuhan skizofrenia ini melakukan perilaku kekerasan baik pada dirinya sendiri, keluarga, dan orang lain di lingkungan sekitarnya.

Hasil wawancara yang peneliti lakukan pada tanggal 2 Mei tahun 2014 dengan 10 orang keluarga pasien skizofrenia yang melakukan perilaku kekerasan pada dirinya sendiri maupun orang lain, 7 orang tidak menjalankan peran sertanya dalam pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia. Diantara 7 orang tersebut 4 orang mengatakan tidak menjalankan peran sertanya dalam pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia karena mereka kurang memahami dan kurang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, 3 orang lagi mengatakan tidak melaksanakan peran sertanya dalam pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia karena klien hanya dikurung didalam kamar dan di ikat sehingga hal ini tidak akan merugikan bagi klien dan orang disekitarnya, oleh karena itu mereka tidak melaksanakan peran sertanya

dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan, sedangkan 3 orang keluarga pasien mengatakan bahwa mereka menyalurkan perannya dalam pencegahan perilaku kekerasan pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia tersebut. Ini dikarenakan mereka memahami tentang kesehatan dan cara pencegahan perilaku kekerasan pada keluarga yang mengalami skizofrenia. Oleh karena itu peran serta keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan klien skizofrenia di rumah. Berdasarkan pernyataan keluarga di atas dapat disimpulkan bahwa masih kurangnya peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa’anin Padang tahun 2014”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah apakah ada Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa’anin Padang tahun 2014.

## **1.3 Tujuan Umum**

Diketahuinya Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan

pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

### **1.3.1 Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya distribusi frekuensi peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.
- c. Menganalisa Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Mengembangkan ilmu pengetahuan, meningkatkan pemahaman dalam bidang riset keperawatan dan menambah wawasan peneliti dalam menyusun proposal penelitian.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Sumber masukan dalam bidang ilmu terkait dan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan melihat dari aspek yang berbeda dan sebagai informasi awal bagi peneliti selanjutnya.

### **1.4.3 Bagi Lahan**

Memberikan gambaran tentang peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di poliklinik gangguan Mental Organik (GMO) RSJ HB Sa'anin Padang

### **1.4.4. Bagi keluarga**

Memberikan informasi dan pendidikan kesehatan pada keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia serta meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia

## **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 3 Juli tahun 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai,tinggal serumah dan yang merawat klien klien skizofrenia. dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang. Desain penelitian yang digunakan adalah studi korelasi dengan pendekatan *crosssectional*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dalam bentuk pernyataan, teknik pengambilan sampel adalah *Consecutive Sampling*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teoritis**

##### **2.1.1 Konsep Skizofrenia**

###### **a. Pengertian**

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi ; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Dalam kasus berat, pasien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju ke arah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak-cacat (Sheila L Videbeck, 2008).

Skizofrenia adalah suatu gangguan psikosis fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan oleh kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja, dan perawatan diri. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. Ia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan



halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada pasien penderita, ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin, yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Yayan, 2010)

**b. Etiologi Menurut Sheila L Videbeck (2008).**

Penyebab skizofrenia tak diketahui dan merupakan suatu tantangan riset terbesar bagi pengobatan kotemporer. Telah banyak riset yang dilakukan dan telah banyak faktor predisposisi dan pencetus yang diketahui. Menurut Ingram, (1993) ada beberapa faktor predisposisi dan dan pencetus, diantaranya :

1). Hereditas

Pentingnya faktor genetika telah dibuktikan secara menakutkan. Resiko bagi masyarakat umum 1 persen , pada orang tua resiko skizofrenia 5 %, pada saudara kandung 8 % dan pada anak 10 %.

2) Lingkungan

Gambaran pada penderita kembar seperti diatas menunjukkan bahwa faktor lingkungan juga cukup berperan dalam menampilkan penyakit pada individu yang memiliki predisposisi.

3) Emosi yang diekspresikan

Jika keluarga skizofrenia memperlihatkan emosi yang diekspresikan secara berlebihan, misalnya pasien sering diomeli dan terlalu banyak dikekang dengan aturan-aturan yang berlebihan, maka kemungkinannya kambuh lebih besar. Juga jika pasien tidak mendapat neuroleptik.

#### 4) Kepribadian Premorbid

Personalitas pasien sebelumnya sering “Skizoid”. Perilaku penarikan diri dan soliter ini bisa menjelaskan banyak skizofrenia tunggal.

#### **c. Tanda Dan Gejala Skizofrenia**

Menurut Stuart (2006) membedakan 5 kelompok gejala inti skizofrenia yakni sebagai berikut :

- 1) Gejala positif, terdiri dari :
  - a) Delusi/waham, yaitu keyakinan yang tidak masuk akal. Contohnya berpikir bahwa dia selalu diawasi lewat televisi, berkeyakinan bahwa dia orang terkenal, berkeyakinan bahwa radio atau televisi memberi pesan-pesan tertentu, memiliki keyakinan agama yang berlebihan.
  - b) Halusinasi, yaitu mendengar, melihat, merasakan, mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Sebagian penderita, mendengar suara/ bisikan bersifat menghibur atau tidak menakutkan. Sedangkan yang lainnya mungkin menganggap suara/bisikan tersebut bersifat negatif/ buruk atau memberikan perintah tertentu.
  - c) Pikiran paranoid, yaitu kecurigaan yang berlebihan. Contohnya merasa ada seseorang yang berkomplot melawan, mencoba mencelakai atau mengikuti, percaya ada makhluk asing yang mengikuti dan yakin dirinya diculik/ dibawa ke planet lain.
  - d) Gangguan proses pikir ( bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.

e) Bicara kacau yakni terjadi kekacauan dalam gagasan, pikiran, perasaan yang diekspresikan melalui bahasa; komunikasi melalui penggunaan kata dan bahasa.

## 2) Gejala negatif

a) Motivasi rendah (low motivation). Penderita akan kehilangan ketertarikan pada semua aspek kehidupan. Energinya terkuras sehingga mengalami kesulitan melakukan hal-hal biasa dilakukan, misalnya bangun tidur dan membersihkan rumah.

b) Menarik diri dari masyarakat (social withdrawal). Penderita akan kehilangan ketertarikan untuk berteman, lebih suka menghabiskan waktu sendirian dan merasa terisolasi.

c) Anhedonia adalah kemampuan untuk merasakan emosi tertentu, apapun yang dialami tidak dapat merasakan sedih atau gembira.

d) Afek datar (flat affect) merupakan tidak adanya atau hampir tidak adanya tanda ekspresi afek :suara yang monoton, dan wajah tidak bergerak.

e) Avolisi / Apati adalah irama emosi yang tumpul yang disertai dengan pelepasan atau ketidak acuhan.

f) Defisit perhatian (atensi) adalah menurunnya jumlah usaha yang dilakukan untuk memusatkan pada bagian tertentu dari pengalaman; kemampuan untuk mempertahankan perhatian pada satu aktifitas; kemampuan untuk berkonsentrasi.

### 3) Gejala kognitif

- a) Mengalami problema dengan perhatian dan ingatan. Pikiran mudah kacau sehingga tidak bisa mendengarkan musik/ menonton televisi lebih dari beberapa menit. sulit mengingat sesuatu, seperti daftar belanjaan.
- b) Tidak dapat berkonsentrasi, sehingga sulit membaca, menonton televisi dari awal hingga selesai, sulit mengingat/ mempelajari sesuatu yang baru.
- c) Miskin perbendaharaan kata dan proses berpikir yang lambat. Misalnya saat mengatakan sesuatu dan lupa apa yang telah diucapkan, perlu usaha keras untuk melakukannya.

### 4) Gejala alam perasaan

- a) Disforia merupakan mood yang tidak menyenangkan.
- b) Gagasan bunuh diri merupakan keadaan dimana individu mengalami risiko untuk menyakiti diri sendiri atau melakukan tindakan yang dapat mengancam jiwanya.
- c) Keputusasaan
  - 1) Disfungsi Sosial/ okupasional yang berpengaruh pada pekerjaan /aktivitas, pada hubungan interpersonal perawatan diri, serta mortalitas/ morbiditas

### **d. Tipe Skizofrenia**

Ada beberapa tipe skizofrenia menurut Stuart (2006) antara lain :

- 1) Tipe Paranoid, tanda gangguan yang berlangsung secara terus-menerus sedikitnya selama 6 bulan.
- 2) Tipe Tidak Terorganisasi, preokupasi dengan satu atau lebih waham atau sering mengalami halusinasi pendengaran. Keadaan berikut ini yang paling menonjol :

bicara kacau, perilaku yang tidak teratur, afek datar tidak sesuai dan tidak memenuhi kriteria tipe katatonik.

- 3) Tipe Katatonik, paling sedikit dua kondisi berikut mendominasi gambaran klinis : imobilitas motorik yang ditunjukkan dengan katalepsi atau stupor, aktivitas motorik yang berlebihan , negativisme, atau mutisme yang ekstrem, gerakan volunter aneh yang terlihat melalui sikap tubuh, gerakan stereotip, manerisme, atau menyeringai.
- 4) Tipe Tidak terperinci, terdapat gejala-gejala yang memenuhi kriteria umum pertama skizofrenia, tetapi kriteria untuk tipe lain tidak terpenuhi.
- 5) Tipe residual, kriteria skizofrenia tidak terpenuhi, begitu subtype yang lain. Tampak gangguan terus-menerus, ditunjukkan dengan gejala negatif atau adanya dua gejala atau lebih yang melemahkan yang termasuk dalam kriteria umum.

#### **e. Terapi menurut Stuart (2006)**

##### 1). Farmakoterapi

Tatalaksana pengobatan skizofrenia paranoid mengacu pada penatalaksanaan skizofrenia antara lain : Anti Psikotik, jenis- jenis obat antipsikotik antara lain : Chlorpromazine, Trifluoperazine, Haloperidol. Anti Parkinson : Triheksipenydil (Artane), Difehidamin. Anti Depresan Amitriptylin. Anti Ansietas

##### 2). Psikoterapi

###### a). Terapi Untuk pasien

Elemen penting dalam psikoterapi adalah menegakkan hubungan saling percaya. Terapi individu lebih efektif dari pada terapi kelompok. Terapis tidak boleh mendukung ataupun menentang waham, dan tidak boleh terus-menerus membicarakan tentang wahamnya. Terapis harus tepat waktu, jujur dan

membuat perjanjian seteratur mungkin. Tujuan yang dikembangkan adalah hubungan yang kuat dan saling percaya dengan klien.

Kepuasan yang berlebihan dapat meningkatkan kecurigaan dan permusuhan klien, karena disadari bahwa tidak semua kebutuhan dapat dipenuhi. Terapis perlu menyatakan pada klien bahwa keasyikan dengan wahamnya akan menegangkan diri mereka sendiri dan mengganggu kehidupan konstruktif. Bila klien mulai ragu-ragu dengan wahamnya, terapis dapat meningkatkan tes realitas.

Sehingga terapis perlu bersikap empati terhadap pengalaman internal klien, dan harus mampu menampung semua ungkapan perasaan klien, misalnya dengan berkata : “Anda pasti merasa sangat lelah, mengingat apa yang anda lalui, “tanpa menyetujui setiap mis persepsi wahamnya, sehingga menghilangnya ketegangan klien. Dalam hal ini tujuannya adalah membantu klien memiliki keraguan terhadap persepsinya. Saat klien menjadi kurang kaku, perasaan kelemahan dan inferioritasnya yang menyertai depresi, dapat timbul. Pada saat klien membiarkan perasaan kelemahan memasuki terapi, suatu hubungan terapeutik positif telah ditegakkan dan aktifitas terapeutik dapat dilakukan.

b). Terapi Keluarga

Pemberian terapi perlu menemui atau mendapatkan keluarga klien, sebagai sekutu dalam proses pengobatan. Keluarga akan memperoleh manfaat dalam membantu ahli terapi dan membantu perawatan klien.

## **2.1.2 Konsep Perilaku Kekerasan**

### **a. Pengertian**

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panic). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (violence) disisi yang lain. (Yosep, 2008: 146)

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis.(Berkowitz (2000, dikutip oleh Yosep 2008: 245),

Menurut Patricia D. Barry(1998, dikutip oleh Yosep 2008 : 145), Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan kelingkungan, kedalam diri atau secara destruktif.

Perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku yang identik yang biasanya ditujukan ke orang lain dengan karakteristik bertindak marah, kebencian dan permusuhan yang membawa ancaman yang bahaya bagi orang lain dalam konteks yang tidak dapat diterima oleh orang lain. (Martin, 2008 )

## **b. Penyebab terjadinya Perilaku Kekerasan**

Menurut Yosep (2008: 145), ada beberapa hal yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan, yaitu:

### 1) Frustrasi

Seseorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan/keinginan yang diharapkannya menyebabkan ia menjadi frustrasi. Ia merasa terancam dan cemas. Jika ia tidak mampu menghadapi rasa frustrasi itu dengan cara lain tanpa mengendalikan orang lain dan keadaan sekitarnya misalnya dengan kekerasan.

### 2) Hilangnya harga diri

Pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan yang sama untuk dihargai. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi akibatnya individu tersebut mungkin akan merasa rendah diri, tidak berani bertindak, lekas tersinggung, lekas marah, dan sebagainya.

### 3) Kebutuhan akan status dan prestise ; Manusia pada umumnya mempunyai keinginan untuk mengaktualisasikan dirinya, ingin dihargai dan diakui statusnya.

## **c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Timbulnya Perilaku Kekerasan Menurut Yosep (2008)**

### **1). Faktor predisposisi**

Faktor predisposisi adalah factor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi masalahnya. Factor predisposisi adalah fator yang mempengaruhi dan yang melatarbelakangi seseorang untuk mengalami gangguan jiwa.(Stuart&Laraia.2005)



Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan:

a) Faktor Biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Perangsangan yang diberikan terutama pada nukleus periforniks hipotalamus dapat menyebabkan seekor kucing mengeluarkan cakarinya, mengangkat ekornya, mendesis, bulunya berdiri, menggeram, matanya terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menerkam tikus atau objek yang ada di sekitarnya. Jadi kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori).

Neurotransmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: serotonin, dopamin, norepinefrin, asetilkolin, dan asam amino GABA. Faktor-faktor yang mendukung: masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif, lingkungan yang tidak kondusif (bising, padat)

b) Faktor psikologis

*Psychoanalytical Theory*: Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting. Pertama insting hidup yang

diekspresikan dengan seksualitas; dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

*Frustration-aggression theory*: Teori yang dikembangkan oleh pengikut Freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustrasi. Jadi hampir semua orang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif.

Pandangan psikologi lainnya mengenai perilaku agresif, mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Ini menggunakan pendekatan bahwa manusia mampu memilih mekanisme koping yang sifatnya tidak merusak. Beberapa contoh dari pengalaman tersebut:

Kerusakan otak organik, retardasi mental, sehingga tidak mampu untuk menyelesaikan secara efektif. *Severe emotional deprivation* atau rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak, atau *seduction parental*, yang mungkin telah merusak hubungan saling percaya dan harga diri. Terpapar kekerasan selama masa perkembangan, termasuk *child abuse* atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga, sehingga membentuk pola pertahanan atau koping.

c) Faktor sosial budaya

*Social Learning Theory*, Teori yang dikembangkan oleh Bandura (1977) ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi

seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. Contoh internal: orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut, seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal: seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka.

Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima, sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif.

## 2). **Faktor Presipitasi**

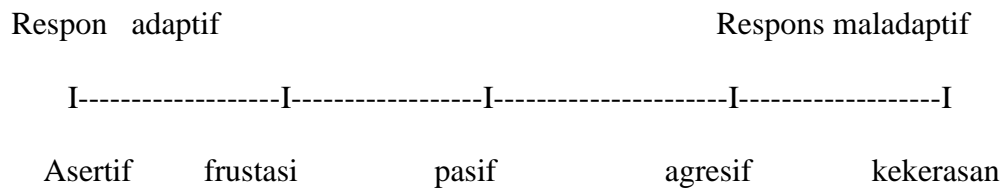
Faktor presipitasi adalah factor yang mencetuskan terjadinya gangguan jiwa pada seseorang untuk pertama kalinya (Stuart&Laraia.2005). Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa *injury* secara psikis, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang.

Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu, baik perawat maupun klien harus bersama-sama mengidentifikasinya. Ancaman dapat berupa

internal ataupun eksternal. Contoh stresor eksternal: serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain. Sedangkan contoh dari stresor internal: merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang diderita.

Bila dilihat dari sudut perawat-klien, maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yakni: Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri. Lingkungan: ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

**d. Rentang Respon Marah Menurut Yosep (2008)**



- 1) Perilaku asertif yaitu mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau meyakiti orang lain, hal ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu
- 2) Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan.
- 3) Pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sekarang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntutan nyata.
- 4) Agresif merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan / panik. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras dan mengamuk, mendekati

orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai.

Umumnya klien dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.

- 5) Kekerasan sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan sampai pada yang paling berat. Klien tidak mampu mengendalikan diri.

**e. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan Menurut Yosep (2008)**

- 1) Muka merah, pandangan tajam, ekspresi wajah tegang
- 2) Tangan dikepalkan dan gemetar
- 3) Rahang mengatup dan tidak mau diajak berkomunikasi
- 4) Gelisah, rasa cemas, takut atau panik dan marah
- 5) Nada suara meninggi, kehilangan kontrol
- 6) Mengancam, melukai diri sendiri dan orang lain
- 7) Merasa tidak berharga
- 8) Menyerang orang lain
- 9) Nafas pendek, keringat banyak, tekanan darah meningkat

**f. Akibat Perilaku Kekerasan Menurut Yosep (2008)**

- 2) Resiko mencederai diri sendiri

Resiko mencederai diri sendiri merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri secara fisik seperti melukai diri sendiri dengan benda-benda tajam, mencoba bunuh diri dengan tali atau kain, hal ini dilakukan karena klien mungkin merasakan ,cemas, tegang, dendam, sakit hati, dan frustrasi. Sehingga membuat klien menjadi marah

dan timbul perasaan harga diri rendah dan oleh karena hal tersebutlah klien mau melakukan atau mencederai dirinya sendiri. Menurut Stuart dan Laraia (2005), hal-hal yang membuat klien mencederai dirinya sendiri yakni : perilaku emosional, marah, mudah tersinggung, dan menentang, merasa dirinya sangat berkuasa, tidak bermoral.

### 3) Resiko mencederai orang lain

Resiko mencederai orang lain merupakan hal yang paling sering dilakukan oleh klien yang mengalami perilaku kekerasan biasanya klien melakukan hal seperti memperlihatkan permusuhan, mengamuk, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai, menyerang orang lain, mengancam orang lain dengan menggunakan benda-benda tajam, berteriak dengan suara yang keras, pandangan tajam dan tangan dikepalkan ekspresi wajah tegang jika diajak berkomunikasi dengan orang lain,

### 4) Merusak lingkungan

Pasien dengan perilaku kekerasan juga sering membahayakan atau merusak lingkungan, baik lingkungan diluar rumah maupun lingkungan didalam rumah, hal yang paling sering terjadi yakni klien lebih sering merusak lingkungan di dalam rumah hal ini disebabkan karena klien hidup dan bersosialisasi dirumah sehingga jika perasaan marah sudah mulai muncul klien dapat merusak alat-alat maupun ruangan didalam rumah, tetapi tidak jarang bila klien juga melakukan atau merusak lingkungan sekitar seperti melempar rumah atau kaca menggunakan batu, jika sudah mulai mengamuk.

Memodifikasi lingkungan adalah upaya untuk mempengaruhi lingkungan pasien, sehingga bisa membantu dalam proses penyembuhannya. Teknis ini terutama diberikan atau diterapkan kepada lingkungan penderita, khususnya keluarga. Tujuan utamanya untuk mengembangkan atau merubah, menciptakan situasi baru yang lebih kondusif terhadap lingkungan. Misalnya dengan mengalihkan penderita kepada lingkungan baru yang dipandang lebih baik dan kondusif, yang mampu mendukung proses penyembuhan yang dilakukan.

#### **g. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan Menurut Videbeck (2001)**

Penatalaksanaan padaklien dengan perilaku kekerasan meliputi penatalaksanaan keperawatan dan penatalaksanaan medis.

##### **1). Penatalaksanaan Keperawatan**

Penatalaksanaan keperawatan dapat dilakukan melalui proses pendekatan keperawatan dan terapi modalitas.

###### **a) Pendekatan proses keperawatan**

Penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan berdasarkan proses keperawatan, yaitu meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan serta evaluasi.

###### **b) Terapi Modalitas**

Terapi kesehatan jiwa telah dipengaruhi oleh perubahan terkini dalam perawatan kesehatan dan reimbursement, seperti pada semua area kedokteran, keperawatan, dan disiplin ilmu kesehatan terkait. Bagian ini secara singkat

menjelaskan modalitas terapi yang saat ini digunakan baik pada lingkungan, rawat inap, maupun rawat jalan (Videbeck, 2001, hlm. 69).

c) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua klien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan klien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika klien tenang. Aktivitas juga melibatkan klien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan. Penjadwalan interaksi satu-satu dengan klien menunjukkan perhatian perawat yang tulus terhadap klien dan kesiapan untuk mendengarkan masalah, pikiran, serta perasaan klien. Mengetahui apa yang diharapkan dapat meningkatkan rasa aman klien (Videbeck, 2001, hlm. 259).

d) Terapi Kelompok

Pada terapi kelompok, klien berpartisipasi dalam sesi bersama kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok klien dapat, mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting (Videbeck, 2001, hlm. 70).



e) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan klien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptif, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga (Steinglass, 1995 dalam Videbeck, 2001, hlm. 71).

f) Terapi individual

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya. Terapi ini memiliki hubungan personal antara ahli terapi dan klien. Tujuan dari terapi individu yaitu, memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan. Hubungan antara klien dan ahli terapi terbina melalui tahap yang sama dengan tahap hubungan perawat-klien: introduksi, kerja, dan terminasi. Upaya pengendalian biaya yang ditetapkan oleh organisasi pemeliharaan kesehatan dan lembaga asuransi lain mendorong upaya mempercepat klien ke fase kerja sehingga memperoleh manfaat maksimal yang mungkin dari terapi (Videbeck, 2001, hlm. 69).

**2). Penatalaksanaan medis**

Penatalaksanaan medis dapat dibagi menjadi dua metode, yaitu metode psikofarmakologi dan metode psikososial.

a) Metode Biologik

Berikut adalah beberapa metode biologik untuk penatalaksanaan medis klien dengan perilaku kekerasan yaitu: Psikofarmakologi : antianxiety dan Sedative Hipnotics, antidepressant, antipsychotic

b) Pemeriksaan diagnostik

Serangkaian tes diagnostik yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: *Computed Tomograph (CT) Scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Positron Emission Tomography (PET), Regional Cerebral Blood Flow (RCBF), Electroencephalogram (EEG)*

**h. Sumber Koping**

Menurut Stuart & Laraia (2005) , sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

Keyakinan spiritual dan melihat diri positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk. Keterampilan pemecahan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana tindakan. keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan untuk mendapatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar. akhirnya, aset materi

berupa barang dan jasa yang bisa dibeli dengan uang. Sumber koping sangat meningkatkan pilihan seseorang mengatasi di hampir semua situasi stres. Pengetahuan dan kecerdasan yang lain dalam menghadapi sumber daya yang memungkinkan orang untuk melihat cara yang berbeda dalam menghadapi stres. Akhirnya, sumber koping juga termasuk kekuatan ego untuk mengidentifikasi jaringan sosial, stabilitas budaya, orientasi pencegahan kesehatan dan konstitusional.

### **i. Mekanisme Koping**

Menurut Stuart & Laraia (2005, hal : 69), mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain :

- 1) Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- 3) Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh

Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

- 4) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- 5) *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

### **2.1.3 Konsep Keluarga**

#### **a. Pengertian**

Menurut Friedman (1998) dalam Efendi (2009) Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta social diri terhadap anggota keluarganya. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, dan adopsi, dimana mereka saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing dalam menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Keluarga adalah orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, dan ikatan adopsi, para anggota keluarga biasanya hidup bersama sama dalam satu rumah tangga saling berkomunikasi dan berinteraksi satu dengan lain. (Burgess.dkk 2000)

## **b. Peran Keluarga Menurut Friedman 1998 dalam Efendi (2009)**

### **1) Peran- peran formal**

Peran- peran formal bersifat eksplisit yaitu setiap kandungan struktur peran keluarga. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a) Peranan Ayah : Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b) Peranan Ibu : Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c) Peran Anak : Anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

### **2) Peran- peran informal**

Peran- peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan- kebutuhan emosional individu dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarganya: pendorong, penguat, pendamai, pengharmonis.

### **c. Fungsi Keluarga**

Menurut Friedmen (1998) dalam effendi (2009), fungsi keluarga tebagi kepada :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga dan merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial.

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah suatu proses perkembangan dan pertumbuhan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak lahir dimana keluarga merupakan tempat pertama individu untuk belajar sosialisasi.

3) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia yang bermutu, dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga, seperti kebutuhan akan makan, minum, pakaian, serta tempat tinggal.

5) Fungsi Perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang

sakit. Keluarga yang mampu melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

#### **d. Tugas Kesehatan Keluarga**

1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga. Ini ada hubungannya dengan kesanggupan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan pada setiap anggota keluarga.

2) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.

Sejauh mana keluarga mengerti, mengenal sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dialami, takut akibat dari tindakan penyakit, dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada.

3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam anggota keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial) mengetahui keadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Memodifikasi lingkungan

Sejauh mana mengetahui pemeliharaan lingkungan, sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga dimasyarakat.

5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Apakah keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga

terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga.

**e. Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Menurut Laurence (2010)**

Cara umum dapat diarahkan pada berbagai aspek :

- 1) Fisik : menyalurkan marah melalui kegiatan fisik seperti lari pagi, angkat berat, menari, jalan-jalan, olah raga, relaksasi otot
- 2) Emosi : mengurangi sumber yang menimbulkan marah, misalnya ruangan yang terang, sikap keluarga yang lembut
- 3) Intelektual : mendorong ungkapan marah, melatih terbuka terhadap perasaan marah, melindungi dan melaporkan jika amuk
- 4) Sosial : mendorong klien yang melakukan cara marah yang konstruktif (yang telah dilatih di rumah sakit) pada lingkungan
- 5) Spritual : bantu menjelaskan keyakinan tentang marah, meingkatkan kegiatan ibadah

Cara khusus yang dapat dilakukan keluarga pada kondisi khusus :

- 1) Berteriak menjerit, memukul
- 2) Terima marah klien, diam sebentar
- 3) Arahkan klien untuk memukul barang yang tidak mudah rusak (bantal, kasur)
- 4) Setelah tenang diskusikan cara umum yang sesuai
- 5) Bantu klien latihan relaksasi (latihan fisik, olah raga)
- 6) Latihan pernafasan 2 kali/hari, tiap kali sepuluh kali tarikan dan hembusan nafas



- 7) Berikan obat sesuai dengan aturan pakai
- 8) Jika cara satu dan dua tidak berhasil, bawa klien konsultasi ke pelayanan kesehatan jiwa puskesmas, unit psikiatri RSU, RS. Jiwa)
- 9) Sedapat mungkin anggota keluarga yang melakukan perilaku kekerasan sedapat mungkin jangan diikat atau dikurung.

#### **f. Tugas keluarga dalam perawatan klien skizofrenia**

Menurut Dinisari (2006), tugas kesehatan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia adalah:

- 1) Mempertahankan rutinitas sehari-hari yang teratur dan struktur secara konsisten dan terjadwal  
  
Sejauh mana keluarga mempertahankan keadaan rutinitas sehari-hari supaya anggota keluarga yang sakit tetap sehat.
- 2) Memberikan Pujian apabila klien mampu melakukan sesuatu  
  
Keluarga berkewajiban memberikan pujian kalau anggota keluarga yang sakit telah mampu melakukan sesuatu sehingga yang sakit bersemangat dan merasa percaya diri.
- 3) Menghindari stimulus yang berlebihan, kurangi tekanan dan ketegangan  
  
Keluarga tidak boleh terlalu menekan pada anggota yang sakit supaya tidak terjadi ketegangan atau merasa diperintah.
- 4) Menganjurkan klien untuk minum obat dan selalu datang untuk kontrol ulang  
  
Sejauh mana keluarga mengontrol anggota keluarga yang sakit dalam minum obat dan mengajak untuk mengontrol ulang sehingga kesehatan tetap terpantau.

- 5) Mendidikasikan tentang perasaan klien setemelakukan banyak hal
- 6) Melimpahkan tugas-tugas rumah tangga yang tidak lebih dari batas kemampuan klien.

Keluarga harus memberikan tugas-tugas pada anggota keluarga yang sakit untuk memberikan kepercayaan pada anggota keluarga yang sakit sehingga merasa berguna dalam keluarga

- 7) Tidak memaksa klien untuk acara-acara bersama

Sejauh mana keluarga tidak memaksa anggota keluarga yang sakit untuk ikut dalam acara bersama supaya tidak terjadi penolakan pada anggota keluarga yang sakit.

- 8) Jangan ingin terlalu tahu tentang apa yang klien pikirkan dan apa yang klien lakukan

Keluarga tidak boleh terlalu ingin tahu apa yang menjadi pikiran pada anggota keluarga yang sakit, sehingga dia merasa tidak merasa dicurigai terus menerus.

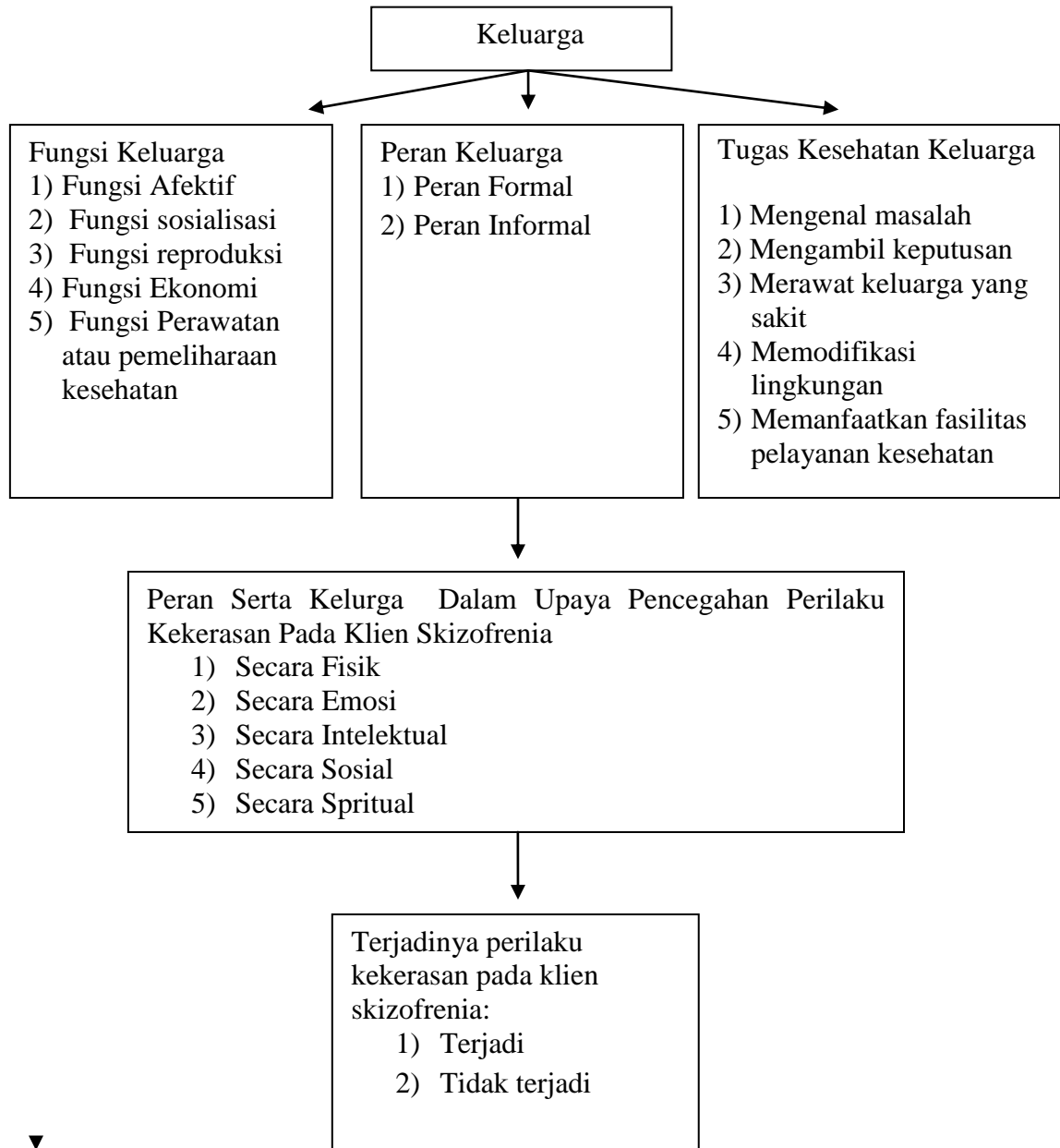
- 9) Mengajari klien untuk mengatasi stress

Keluarga berkewajiban untuk menjaga keadaan anggota keluarga yang sakit supaya tidak terjadi stress yang berat.

- 10) Berusaha menempatkan diri pada klien dan menghormati kecemasan tentang penyakitnya.

Sejauh mana keluarga mengetahui cara memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga.

## 2.2 Kerangka Teori



### Skema 2.2 Kerangka Teori:

*Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia. Sumber*

*Friedman dan Laurence 2010*

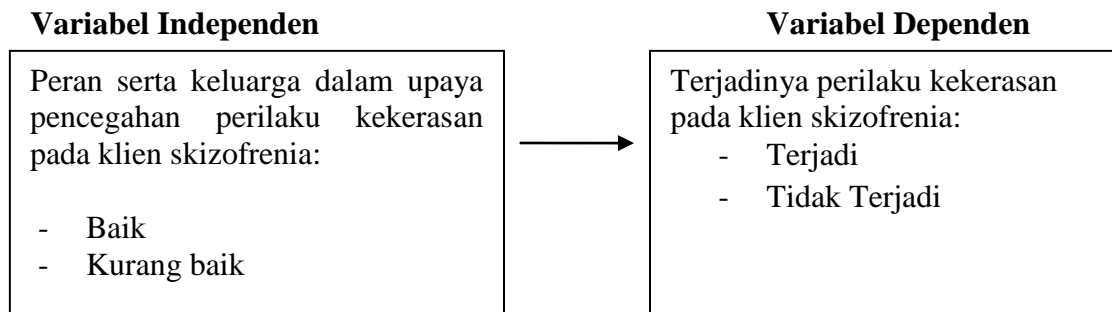
## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalahnya (Alimul.2008)

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014. Kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan dalam bagan di bawah ini:



**Skema 3.1 kerangka konsep**

### 3.2 Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	<p><b>Independen</b></p> <p>Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia</p>	<p>Segala perilaku yang dilakukan dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dima pencegahan tersebut bisa dilakukan secara fisik, Emosi, Intelektual, Sosial dan Spritual</p>	Angket	Kuesioner	Ordinal	<p>Baik :</p> <p>Apabila nilai <math>\geq</math> Mean = 29</p> <p>Kurang baik:</p> <p><math>&lt;</math> Mean =29</p>
2	<p><b>Dependen</b></p> <p>Terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia</p>	<p>Munculnya perilaku kekerasan mencederai diri sendiri dan orang yang dilakukan oleh klien skizofrenia</p>	Angket	Kuesioner	Ordinal	<p>Tidak terjadi:</p> <p><math>\leq</math> Mean = 23</p> <p>Terjadi :</p> <p><math>&gt;</math> Mean = 23</p>

### **3.3 Hipotesis/Pertanyaan Penelitian**

Ha : Ada Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

Ho : Tidak ada Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah *studi korelasi*. *Studi korelasi* merupakan penelitian atau penelaah hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2005: 142). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia terhadap terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersamaan atau sekaligus (Notoatmodjo, 2005: 148).

#### **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

##### **4.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang. Peneliti tertarik melakukan penelitian di sini karena RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang merupakan salah satu rumah sakit pendidikan dan jumlah pasien skizofrenia sangat banyak serta belum adanya peneliti yang melakukan penelitian peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia. Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 3 Juli tahun 2014.

### **4.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2005: 79). Populasi dalam penelitian ini Keluarga klien skizofrenia yang berada di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang yang berjumlah 122 orang pada satu bulan terakhir yakni bulan April 2014.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian atau yang mewakili populasi yang diteliti (Notoatmodjo. 2005). Menurut Arikunto (2002:112) apabila subjek lebih dari 100 diambil antara 10-25%. Sampel yang diambil 25% dari 122 orang klien dengan jumlah sampel 30 orang keluarga klien skizofrenia

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden yang bersedia diteliti
- b. Responden yang merawat klien skizofrenia yang tinggal satu rumah.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden yang tidak bersedia diteliti
- b. Responden yang tidak tinggal serumah dan tidak merawat klien skizofrenia
- c. Responden yang tidak bisa baca tulis

#### **4.3.3 Teknik Sampling**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti adalah "*consecutive sampling*, dimana pengambilan sampel dilakukan sesuai dengan kriteria sampel yang telah ditentukan hingga kurun waktu tertentu. (Aziz.2008)



## **4.4 Pengumpulan Data**

### **4.4.1 Alat Pengumpul Data**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner. Lembar kuesioner yaitu daftar pernyataan atau pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden tinggal memberi jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmodjo, 2002: 116). Alat pengumpul data terdiri dari bagian A terdiri dari identitas responden, bagian B untuk melihat peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia sebanyak 10 pernyataan dan untuk variabel dependen digunakan lembar kuesioner sebanyak 10 pernyataan untuk mengukur terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukan klien skizofrenia dengan pengisian sistem checklist (√).

### **4.4.2. Cara Pengumpulan data**

Sebelum penelitian berlangsung dan instrumen penelitian diberikan kepada sampel penelitian, maka terlebih dahulu dilakukan uji coba instrumen untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap instrumen penelitian. Uji coba dilakukan pada 10% dari 30 orang yaitu 3 orang responden di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang. Responden yang sudah dilakukan uji coba tidak dimasukkan kedalam penelitian karena dapat mempengaruhi hasil dari penelitian. Setelah dilakukan uji coba ternyata tidak ada perubahan alat ukur atau tidak ada kesulitan bagi responden dalam mengisi lembar pernyataan sehingga tidak terjadi perubahan terhadap alat ukur yang peneliti gunakan.

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 03 Juli tahun 2014, dengan cara peneliti mendatangi responden yang datang ke poliklinik GMO RSJ

Prof.HB Sa'anin Padang dan peneliti memberikan penjelasan kepada responden, setelah responden setuju, responden diminta untuk menandatangani surat pernyataan bersedia menjadi responden, selanjutnya responden mengisi lembar kuesioner yang diberikan dan peneliti mendampingi responden selama pengisian kuesioner tersebut. Setelah kuesioner selesai diisi oleh responden maka kuesioner tersebut dikumpulkan kembali kepada peneliti dan peneliti memeriksa semua pernyataan apakah semua item pernyataan sudah terjawab atau diisi oleh responden dengan lengkap.

#### **4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data**

##### **4.5.1 Cara Pengolahan Data**

Data yang telah terkumpul pada peneliti ini akan dianalisa melalui tahap-tahap berikut:

###### *a. Editing*

Penyuntingan data dilakukan sebelum proses pemasukan data dan sebaliknya dilakukan di lapangan agar data yang salah atau meragukan masih dapat ditelusuri kembali pada responden, sehingga diharapkan akan memperoleh data yang valid, dan setelah dilakukan penelitian semua lembar pengukuran BB sudah terisi dengan lengkap

###### *b. Coding*

Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemberian tanda, symbol, kode bagi tiap-tiap data. Kegunaan dari koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat mengentri data. Untuk

variabel independen jika baik diberi kode 1, kurang baik diberi kode 2, untuk variabel dependen jika terjadi diberi kode 2, tidak terjadi diberi kode 1.

*c. Scoring*

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai atau skor pada tiap-tiap pernyataan kuesioner dimana untuk variabel independen dan variabel dependen jika responden menjawab “selalu” diberi nilai 4, “sering” diberi nilai 3, “kadang-kadang” diberi nilai 2 dan “tidak pernah” diberi nilai 1.

*d. Tabulasi data*

Setelah instrumen diisi dengan baik kemudian ditabulasi dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel distribusi kolerasi.

*e. Prosesing*

Pada tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap semua lembar observasi dan pengukuran berat badan yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Pengolahan data dilakukan dengan sistem komputerisasi dengan menggunakan rumus uji *chi-square*.

## **4.5.2 Analisa Data**

### **a. Analisa Univariat**

Analisa univariat dilakukan dengan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat variabel independen peranserta keluarga dalam upaya pencegahan klien skizofrenia dan variabel dependen yaitu terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran (distribusi frekuensi), tendensi sentral (mean, median, modus).

Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dikategorikan:

Baik :  $\geq$  Mean

Kurang Baik :  $<$  Mean

Teradinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dikategorikan :

Tidak Terjadi :  $\leq$  Mean

Terjadi :  $>$  Mean

#### **b. Analisa Bivariat**

Analisa bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesis untuk mengambil keputusan apakah hipotesis yang diujikan cukup meyakinkan ditolak atau diterima, dengan menggunakan uji statistik yaitu uji *chi-square*. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batasan kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai p value  $\leq \alpha$  0,05 maka secara statistik  $H_0$  ditolak dan jika p value  $> \alpha$  0,05 maka secara statistik  $H_0$  diterima. Pengolahan data menggunakan system komputerisasi dengan menggunakan program system komputerisasi.

#### **4.6 Etika Penelitian**

Sebelum dilakukan penelitian terlebih dahulu peneliti melakukan pengurusan proses penelitian ke pendidikan, mulai dari perizinan dari Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat, kemudian peneliti menghubungi Bagian Umum, setelah itu ke bagian Diklit di RSJ HB Sa'anin Padang untuk mendapatkan izin penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti

melanjutkan menghubungi kepala ruangan poliklinik GMO untuk meminta izin pengambilan data dan penelitian, dan selanjutnya peneliti melakukan:

a. *Informed Consent* (pernyataan persetujuan)

Sebelum melakukan pengambilan data responden, peneliti mengajukan lembar permohonan kepada calon responden yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi responden dengan memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini. Tujuan dari *informed consent* adalah supaya subjek penelitian mengerti maksud, tujuan dan dampak dari penelitian, setelah dilakukan penelitian semua responden mengisi pernyataan persetujuan.

b. *Anomity* (tanpa nama)

Menjaga kerahasiaan subjek, identitas responden tidak perlu dicantumkan nama responden tetapi pada lembar pengumpulan data peneliti hanya mencantumkan atau menuliskan dengan memberikan kode.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang telah diberikan oleh responden serta semua data yang telah terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Informasi tersebut tidak akan dipublikasikan atau diberikan ke orang lain tanpa seizin responden

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Hasil Penelitian

Penelitian yang berjudul Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014, dilakukan pada tanggal tahun 2014, dengan jumlah responden sebanyak 30 orang. Dimana responden adalah Keluarga klien skizofrenia yang berada di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang. Data dikumpulkan menggunakan lembar kuesioner, setelah data terkumpul kemudian data diolah menggunakan sistem komputerisasi dan disajikan dalam bentuk tabel dibawah ini:

##### 5.1.1 Analisis Univariat

#### a. Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Peran Serta Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014**

No	Peran Serta Keluarga	f	%
1	Baik	17	56,7
2	Kurang Baik	13	43,3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat dilihat lebih dari separuh (56,7%) peran serta keluarga baik dalam upacaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

**b. Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia**

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014**

No	Terjadinya Perilaku Kekerasan	f	%
1	Tidak terjadi	13	43,3
2	Terjadi	17	56,7
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat dilihat lebih dari separuh (56,7%) terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

**5.1.2 Analisis Bivariat**

**a. Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia**

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Frekuensi Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014**

Peran serta keluarga dalam pencegahan PK	Terjadinya PK pada klien skizofrenia				Total	%	P Value
	Tidak terjadi	%	Terjadi	%			
Baik	7	41,2	10	58,8	17	100	0,020
Kurang baik	6	46,2	7	53,8	13	100	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>17</b>	<b>56,7</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 5.3 diatas dapat dilihat bahwa sebanyak 17 orang responden yang baik dalam melaksanakan peran serta keluarga dalam pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, terdapat 7 orang (41,2%) tidak terjadi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, 10 orang (58,8%) lagi terjadi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

Berdasarkan uji statistik didapatkan nilai  $P\ value = 0,020$ . dimana nilai  $\alpha = 0,05$  jika dibandingkan nilai  $P < \alpha$  maka  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia**

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang responden di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang didapatkan hasil 17 orang (56,7%) baik dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia 13 orang (43,3%) lagi kurang baik dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Robby tahun 2013 dengan hasil 59,5% yang responden baik dalam menjalankan tugas perkembangan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia. Penelitian tersebut di pertegas dengan penelitian yang dilakukan Denisha tahun 2012 dengan hasil sebanyak 52,7% dukungan keluarga dalam perawatan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia baik.



Kesembuhan pasien gangguan jiwa relatif lama karena gangguan jiwa merupakan penyakit kronis, perawatan klien di rumah mungkin jauh lebih baik oleh karena itu pengetahuan keluarga dan peran serta keluarga dalam pengobatan pasien gangguan jiwa sangat penting untuk mendukung kesembuhan. Terapi gangguan jiwa harus saling terkait antara pasien dengan dokter psikiatri, perawat, keluarga, maupun masyarakat, para petugas kesehatan atau perawat harus memberikan penyuluhan yang optimal kepada keluarga tentang cara perawatan pasien gangguan jiwa sehingga keluarga dapat mengerti dan memahami bagaimana perawatan pasien yang mengalami gangguan jiwa tersebut. Keberhasilan terapi gangguan jiwa *Skizofrenia* tidak hanya terletak pada terapi obat psikofarmaka dan jenis terapi lainnya tetapi juga pengetahuan keluarga dan peran serta pasien dalam pengobatan (Hawari, 2001)

Keluarga berperan penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. Keluarga berkewajiban untuk menjaga dan mempertahankan perkembangan mental, emosi, serta kebutuhan klien, disamping itu keluarga juga harus melaksanakan peran dan fungsi dasar keluarga yaitu perawatan kesehatan keluarga. (Nurdiana.2007)

Menurut asumsi peneliti banyaknya responden yang baik dalam melaksanakan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di pengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang pada umumnya berpendidikan tinggi, hal ini terlihat dari kuesioner dimana dari 30 orang responden, lebih dari separuh responden berpendidikan tinggi, dimana semangkin tingggi pendidikan seseorang maka semangkin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Seperti halnya keluarga klien skizofrenia yang memiliki pengetahuan akan

tugas dan peran serta keluarga dalam merawat klien skizofrenia seperti keluarga mengetahui dan menyadari keadaan diri penderita, keluarga menganjurkan klien skizofrenia untuk berolah raga dan jalan-jalan, keluarga menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien skizofrenia, keluarga selalu mengingatkan klien skizofrenia untuk meminum obat secara teratur, dan membawanya control kerumah sakit jika obat sudah habis. Keluarga juga tahu cara mengambil keputusan untuk menentukan bagaimana sikap yang sebaiknya agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan, seperti keluarga mengarahkan klien untuk memukul bantal atau kasur dan menarik nafas dalam jika klien skizofrenia sudah mulai marah, memberikan pujian kepada klien skizofrenia setiap hal yang telah dilakukannya dengan baik, serta mengajak klien skizofrenia untuk meningkatkan kegiatan ibadahnya.

### **5.2.2 Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia**

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang responden di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang didapatkan hasil 13 orang (43,3%) tidak terjadi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, 17 orang lagi (56,7%) melakukan perilaku kekerasan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Denisha tahun 2012 dengan hasil 49,8% responden tidak melakukan perilaku kekerasan. Penelitian ini makin dipertegas dengan penelitian yang dilakukan Novelia tahun 2011 dengan hasil 47,8% responden tidak terjadi perilaku kekerassan pada klien skizofrenia.

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi ; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011).

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panic). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (violence) disisi yang lain. (Yosep, 2008: 146)

Menurut asumsi peneliti banyaknya klien skizofrenia yang tidak melakukan kekerasan di pengaruhi oleh peran serta, dukungan keluarga dan tugas keluarga yang dilaksanakan dengan baik, selain itu keluarga juga tau cara untuk mengatasi terjadinya perilaku kekerasan seperti mengajak klien berolah raga dan jalan-jalan, mengikutsertakan klien dalam kegiatan-kegiatan keluarga dirumah, membantu klien untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari sehari-hari yang teratur dan berstruktur serta konsisten, keluarga sering membawa klien untuk berobat atau kontrol ulang kerumah sakit, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien, menjauhkan barang-barang yang dapat membahayakan klien dan orang lain di sekitarnya. Mengarahlan klien untuk memukul kasur atau bantal dan menarik nafas dalam jika klien sudah mulai marah agar klien tidak membahayakan dirinya dan orang lain di lingkungan sekitarnya.

### **5.2.3 Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia**

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang responden didapatkan hasil lebih dari separuh yakni 17 orang (56.7%) baik dalam peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, diamana diantara 17 orang tersebut 7 orang (41,2%) tidak terjadi perilaku kekerasan sedangkan 10 orang lagi (58.8%) mengalami perilaku kekerasan. 13 orang lagi (43,3%) kurang baik dalam

melaksanakan peran sertanya dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia, diantara 13 orang tersebut 6 orang (46,2%) tidak terjadi perilaku kekerasan, sedangkan 7 orang lagi(53,8%) terjadi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

Berdasarkan uji statistik didapatkan nilai  $P\ value = 0,020$ . dimana nilai  $\alpha = 0,05$  jika dibandingkan nilai  $P < \alpha$  maka  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Denisha tahun 2012 dengan hasil ada hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di RSJ Atma Husada Mahakam Kalimantan Timur tahun 2012. Penelitian ini makin dipertegas dengan penelitian yang dilakukan oleh Novellia tahun 2011 dengan hasil ada hubungan pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan terhadap perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien skizofrenia di RSJ .Prof. HB. Sa'anin Padang.

Gangguan jiwa *Skizofrenia* tidak terjadi dengan sendirinya begitu saja akan tetapi banyak faktor yang menyebabkan terjadinya gejala *Skizofrenia*. Berbagai penelitian telah banyak dalam teori biologi dan berfokus pada penyebab *Skizofrenia* yaitu faktor genetik, faktor neurotomi dan neurokimia atau struktur dan fungsi otak serta imunovirologi atau respon tubuh terhadap perjalanan suatu virus (Sheila L Videbeck, 2008).

Perilaku kekerasan biasa disebut juga dengan perilaku yang bersifat agresif yang menimbulkan suatu perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku

permusuhan, mengamuk dan potensi untuk merusak secara fisik yang dapat menimbulkan kerusakan dan membahayakan baik bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Masalah yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan ini selain merusak dirinya sendiri, juga merusak orang lain dan lingkungan, contoh dari merusak orang lain, misalnya memukuli orang lain, menciderai orang lain dan memandang tajam orang tersebut seperti memandang orang tersebut sebagai musuh terbesarnya, kemudian contoh dari lingkungan, misalnya merusak dan mengotori lingkungan tersebut juga termasuk dalam perilaku kekerasan (Purba dkk, 2008).

Kesembuhan pasien gangguan jiwa relatif lama karena gangguan jiwa merupakan penyakit kronis, perawatan klien di rumah mungkin jauh lebih baik oleh karena itu pengetahuan keluarga dan peran serta keluarga dalam pengobatan pasien gangguan jiwa sangat penting untuk mendukung kesembuhan. Keluarga berkewajiban untuk memberikan perawatan pada klien skizofrenia yang telah pulang kerumah dan melakukan kontrol ulang kerumah sakit agar keluarga dapat mengetahui dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam merawat klien yang mengalami gangguan kesehatan. Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia yakni: cara fisik seperti menyalurkan marah melalui kegiatan fisik: lari pagi, angkat berat, menari, jalan-jalan, olah raga, relaksasi otot. cara social seperti mendorong klien yang melakukan cara marah yang konstruktif (yang telah dilatih di rumah sakit) pada lingkungan, mengurangi sumber yang menimbulkan marah, misalnya ruangan yang terang, sikap keluarga yang lembut, mendorong ungkapan marah, melatih terbuka terhadap perasaan marah, melindungi dan melaporkan jika amuk. Cara spiritual seperti:

bantu menjelaskan keyakinan tentang marah, meningkatkan kegiatan ibadah, patuh makan obat.

Menurut asumsi peneliti adanya keluarga yang baik dalam melaksanakan peran sertanya dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dikarenakan keluarga mengeti dan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dengan baik pula sehingga keluarga mengenal masalah yang sedang dialami oleh klien, memutuskan tindakan yang tepat bagi klien, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan agar klien skizofrenia tidak melukai dirinya sendiri, keluarga maupun orang lain dilingkungan sekitar, serta keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan membawa klien control berobat kerumah sakit. Tetapi ada pula keluarga yang kurang baik dalam melaksanakan peran serta dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia sehingga terjadi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia hal ini di karenakan pengaruh dari lingkungan luar yang mana lingkungan luar atau orang-orang sekitar tidak memperlakukan klien skizofrenia seperti orang-orang lainnya, klien dengan skizofrenia sering tidak diacuhkan bahkan diolok-olokkan di masyarakat sehingga hal tersebut bisa menimbulkan kemarahan bagi klien skizofrenia, dan hal tersebutlah yang membuat klien mengamuk dan menyerang orang sekitar.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal tahun 2014 terhadap 30 orang responden mengenai hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014, maka dapat diambil kesimpulan:

- 6.1.1** Lebih dari separuh (56.7%) responden baik dalam melaksanakan peransertanya dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.
- 6.1.2** Lebih dari separuh (56.7%) responden terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.
- 6.1.3** Ada hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia Di Poliklinik GMO RSJ.Prof. HB. Sa'anin Padang Tahun 2014.

#### **6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang dikemukakan di atas beberapa saran yang ingin peneliti sampaikan adalah :

##### **6.2.1 Bagi Institusi pelayanan kesehatan**

Kepada institusi pelayanan kesehatan diharapkan agar dapat memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan baik bagi keluarga maupun bagi klien skizofrenia. bagi keluarga tentunya nanti akan meningkatkan pemahaman tentang

tatacara perawatan dan pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dirumah, sehingga keluarga benar-benar melaksanakan peran sertanya dengan baik.

### **6.2.2 Bagi Institusi pendidikan**

Kepada Institusi pendidikan diharapkan dapat menambah sumber buku atau referensi buku-buku bacaan di perpustakaan terkait dengan materi penelitian, agar dapat menunjang dan membantu peneliti dalam menyusun skripsi

### **6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya**

Bagi peneliti selanjutnya agar dapat lebih menyempurnakan skripsi ini dengan menggunakan metode lain, seperti desain *quasi eksperimen* atau *true eksperimen* serta meneliti tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia



## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto.S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendidikan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Carolina. 2008 . *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Depkes.RI. 2013. Hasil Riskesdas tahun 2013. <http://www.depkes.go.id/riskesdas.2013>. Diakses tanggal 27 Juni tahun 2014
- Denisha.2012. *Hubungan dukungan keluarga terhadap terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di RSJ Atma Husada Mahakam Kalimantan Timur tahun 2012*.www. kumpulan kti keperawatan jiwa.com. diakses tanggal 4 Juli 2014.
- Dinisari, MC 2006. Perawatan Skizofrenia. [www.perawatanskizofrenia.com](http://www.perawatanskizofrenia.com) diakses pada tanggal 15 Mei 2014
- Efendi Nasrul. 2009. *Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Hawari, Dadang. 2001. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta : FKUI
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Ingram, M.I, 1993. *Catatan Kuliah PSIKIATRI edisi 6*, Jakarta: EGC
- Laurence. 2010. *Peran serta keluarga dalam mengatasi perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia*.<http://www.askepkeluargaPPNILumajang>. Diakses tanggal 3 Mei 2014
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Novellia. 2011. *Hubungan pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan terhadap perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien skizofrenia di RSJ .Prof. HB. Sa'anin Padang.Karya Tulis Ilmiah*. STikes Ceria Buana Lubuk Basung.
- Nurdiana. 2007. *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. Jakarta: Widya-Medika
- Purba, j.M. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: USU press

Robbie Satria. 2012. *Hubungan tugas kesehatan Keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan kekambuhan klien skizofrenia di poliklinik GMO RSI. HB Sa'anin Padang tahun 2012*. Skripsi. Stikes Perintis Sumatera Barat.

Stuart, Gail W & Laraia, Michele T. 2006. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8th Edition*. Mosby, Inc. All right reserved

-----2005.*Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8th Edition*. Mosby, Inc. All right reserved

Tucker, Susan Martin. 2008. *Standar Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC

Videbeck, Sheila.L. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa: Renata Komalasari. Jakarta: EGC.

-----, 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa: Renata Komalasari. Jakarta: EGC.

WHO;schizophrenia. (2013). <http://www.who.int/mipfiles>. diakses tanggal 25 Juni 2014

Yayan , 2010, *Penatalaksanaan Skizofrenia* [http://yayanakhyar.files.wordpress.com.Penatalaksanaan-skizofrenia\\_files-of-drsmedpdp.pdf](http://yayanakhyar.files.wordpress.com/Penatalaksanaan-skizofrenia_files-of-drsmedpdp.pdf). Diakses tanggal 3 Mei 2014

Yosep, Iyus. 2008. *Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Reflika Aditama

## Lampiran 1

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak /Ibu Calon Responden

di-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ARNINA

NIM : 10103084105495

Pendidikan : Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat

Dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden pada penelitian yang saya laksanakan dengan judul **“Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa’anin Padang tahun 2014.”** Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Ibu/Bapak sebagai responden.

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan peneliti. Apabila Bapak/Ibu menyetujui untuk menjadi responden, maka saya mohon kesediaan Ibu/Bapak untuk menandatangani lembaran persetujuan dan menjawab pernyataan yang disertakan bersama surat ini. Demikian saya sampaikan, atas bantuan dan kejasama Bapak/ibu saya ucapkan terima kasih

Peneliti,

**ARNINA**

## Lampiran 2

### INFORMED CONSCENT

(Surat Persetujuan)

Dengan ini saya sampaikan, bahwa saya

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden penelitian oleh Arnina Mahasiswi STIKes Perintis Sumatera Barat yang berjudul **“Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa’anin Padang tahun 2014..”** Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi dan memutuskan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bukittinggi, ..... 2014

Responden

( ..... )

### Lampiran 3

#### KISI – KISI KUESIONER

No	Variabel	Yang Dinilai	Jumlah Item Pernyataan	No item pertanyaan
1.	Variabel Independen Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia	Tindakan yang dilakukan oleh keluarga yang tinggal satu rumah dan yang merawat klien skizofrenia dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia	10 item	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
	Variabel Dependen  Terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia	Tanda dan gejala yang muncul atau tindakan perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia	10 item	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

## Lampiran 4

### LEMBAR KUESIONER

No.Responden

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DALAM UPAYA PENCEGAHAN  
PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN  
TERJADINYA PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN  
SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK GMO RSJ  
PROF.HB. SA'ANIN PADANG  
TAHUN 2014.**

#### **Petunjuk Pengisian Pernyataan**

1. Baca dan isilah lembaran kuesioner dengan lengkap
2. Berilah tanda ceklis (√) pada salah satu yang ditentukan.
3. Jika ada pertanyaan yang tidak di mengerti tanyakan pada peneliti.
4. Jika telah diisi dengan lengkap diserahkan kembali pada peneliti.
5. Atas kesediaan dan partisipasinya kami ucapakan terima kasih.

Terima Kasih atas Partisipasi Ibu/Bapak dan Selamat Mengisi

#### A. Data demografi

Inisial Responden :

Umur :

Alamat :

Pendidikan :

Pekerjaan :

**B. Lembar kuesioner peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia**

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang - kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1	Keluarga mengajak anggota keluarga yang sakit berolah raga dan jalan-jalan.				
2	Jika anggota keluarga yang sakit sudah mulai marah saya mengarahkannya untuk memukul barang-barang seperti bantal atau kasur dan menganjurkannya untuk menarik nafas dalam.				
3	Saat anggota keluarga yang sakit sudah mulai marah kepada saya, maka saya menerimanya dengan berdiam sebentar				
4	Keluarga menanyakan apa penyebab klien marah dan mendiskusikan cara umum yang tepat bersama klien untuk mengatasi marahnya tersebut				
5	Keluarga mengingatkan anggota keluarga yang sakit untuk meminum obat, dan jika dia tidak mau minum obat maka saya membujuknya.				
6	Keluarga memberikan ruangan yang aman dan nyaman bagi anggota keluarga yang sakit dirumah dan tidak mengurung atau mengikat klien di dalam kamar				
7	Keluarga memberikan pujian kepada anggota keluarga yang sakit jika melakukan hal yang baik.				
8	Keluarga menjauhkan dan menyimpan benda-benda tajam dan berbahaya dirumah terutama dikamar anggota keluarga yang sakit				
9	Keluarga mengajak anggota keluarga yang sakit untuk meningkatkan kegiatan ibadah dirumah seperti sholat berjamaah				
10	Bapak/ibu membantu anggota keluarga yang sakit untuk membuat jadwal kegiatannya sehari-hari dan membimbing serta mengingatkan klien untuk melakukan aktivitas sehari-harinya tersebut				

**Kuesioner untuk terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia**

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1	Apakah klien sering menunjukkan muka merah, pandangan tajam, ekspresi wajah tegang				
2	Apakah klien sering mengepalkan tangan dan gemetar				
3	Apakah klien sering mengatupkan rahang dan tidak mau diajak berkomunikasi				
4	Apakah klien sering mengancam orang lain menggunakan benda-benda berbahaya				
5	Apakah klien sering menunjukan perilaku gelisah, rasa cemas, takut atau panik dan marah				
6	Apakah klien sering berteriak dan berbicara dengan nada suara meninggi, kehilangan kontrol				
7	Apakah klien sering mengurung diri dikamar dan tidak mau diajak bersosialisasi dengan anggota keluarga dirumah				
8	Apakah klien sering melukai diri sendiri dan orang lain				
9	Apakah klien sering merasa tidak berharga				
10	Apakah klien sering menyerang orang lain				



Lampiran 5. Master tabel

Hubungan peran Serta Keluarga Dalam Upaya Pencegahan  
 Pada Klien Skizofrenia Dengan Terjadinya Perilaku  
 Skizofrenia Di Poliklinik G...  
 Tahun ...

No	Variabel independen									
	Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan PK									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	3	4	4	4	4	4	3	2
2	2	2	3	3	4	1	4	4	3	4
3	3	2	3	3	4	2	4	4	3	2
4	2	1	3	3	4	1	4	4	3	1
5	1	1	3	4	4	3	4	4	2	1
6	3	1	2	3	4	3	4	4	2	1
7	1	1	4	3	4	4	4	4	3	1
8	2	4	3	3	4	4	4	4	3	1
9	2	2	3	3	4	1	4	4	3	1
10	2	2	3	3	4	2	4	3	2	3
11	2	2	4	4	3	4	4	2	4	4
12	2	4	2	2	4	2	4	2	3	4
13	1	2	3	3	3	1	4	4	3	1
14	2	4	2	4	2	4	3	4	2	2
15	2	2	1	3	3	2	3	4	3	2
16	2	4	4	3	2	4	4	3	4	2
17	2	2	3	3	4	1	2	2	3	4
18	2	2	2	4	3	4	4	2	4	4
19	4	4	2	1	4	2	2	4	4	1
20	2	3	2	3	4	2	4	4	3	2
21	2	1	3	4	3	3	2	3	4	2
22	1	3	4	4	4	1	4	3	2	4
23	2	4	2	4	4	2	4	4	3	2
24	2	2	3	4	3	4	4	3	2	1
25	2	3	2	4	4	2	3	4	2	2
26	2	3	4	4	4	3	3	3	4	2

27	2	3	2	3	4	2	3	4	4	2
28	2	3	2	3	3	2	4	3	4	2
29	2	4	4	2	4	2	3	4	4	2
30	2	4	4	2	4	2	3	4	4	2

$$\begin{aligned} \sum &= \text{---} \\ \sum X &= \\ 871 & \\ = 29,03 & \\ = 29 & \quad \text{---} \\ n &= 30 \end{aligned}$$

Peran serta keluarga dalam upaya pencegahan

PK pada Klien Skizofrenia

1= baik ( $\geq$  mean ) = 17 orang

2= kurang baik ( $<$  mean) = 13 orang

## Lampiran 6.

```
SAVE OUTFILE='E:\NINA PERINTIS\SPSS ARNINA.sav'
/COMPRESSED.
FREQUENCIES
  VARIABLES=PeranSertaKelg TerjadinyaPK
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
  /PIECHART  FREQ
  /ORDER=  ANALYSIS .
```

## Frequencies

[DataSet0] E:\NINA PERINTIS\SPSS ARNINA.sav

### Statistics

		Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia	Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		1.43	1.57
Std. Error of Mean		.092	.092
Median		1.00	2.00
Mode		1	2
Std. Deviation		.504	.504
Minimum		1	1
Maximum		2	2

## Frequency Table

### Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	17	56.7	56.7	56.7
	Kurang Baik	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

### Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak terjadi	13	43.3	43.3	43.3
	Terjadi	17	56.7	56.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

```

CROSSTABS
  /TABLES=PeranSertaKelg BY TerjadinyaPK
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /STATISTIC=CHISQ RISK
  /CELLS= COUNT ROW
  /COUNT ROUND CELL .

```

## Crosstabs

[DataSet0] E:\NINA PERINTIS\SPSS ARNINA.sav

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia * Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

### Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia \* Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia Crosstabulation

			Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia		Total
			Tidak terjadi	Terjadi	Tidak terjadi
Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia	Baik	Count	7	10	17
		% within Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia	41.2%	58.8%	100.0%
Total	Kurang Baik	Count	6	7	13
		% within Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia	46.2%	53.8%	100.0%
		Count	13	17	30
		% within Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia	43.3%	56.7%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.074(b)	1	.785		
Continuity Correction(a)	.000	1	.020		
Likelihood Ratio	.074	1	.785		
Fisher's Exact Test				1.000	.538
Linear-by-Linear Association	.072	1	.789		
N of Valid Cases	30				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.63.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Peran Serta Keluarga dalam Upaya Pencegahan PK Pada Klien Skizofrenia (Baik / Kurang Baik)	.817	.190	3.505
For cohort Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia = Tidak terjadi	.892	.394	2.020
For cohort Terjadinya PK Pada Klien Skizofrenia = Terjadi	1.092	.575	2.075
N of Valid Cases	30		

**Lampiran 8.**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN PROGRAM STUDI ILMU  
KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS  
SUMATERA BARAT**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : ARNINA  
NIM : 10103084105495  
Pembimbing : Ns. Falerisiska Yunere, S.Kep  
Judul Skripsi : Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

<b>Bimbingan Ke</b>	<b>Hari/Tgl</b>	<b>Materi Bimbingan</b>	<b>Tanda Tangan Pembimbing</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN PROGRAM STUDI ILMU  
KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS  
SUMATERA BARAT**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : ARNINA  
NIM : 10103084105495  
Pembimbing : SUPIYAH, S.Kp. M.Kep  
Judul Skripsi : Hubungan peran serta keluarga dalam upaya pencegahan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia dengan terjadinya perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ. Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2014.

<b>Bimbingan Ke</b>	<b>Hari/Tgl</b>	<b>Materi Bimbingan</b>	<b>Tanda Tangan Pembimbing</b>
<b>1</b>	10-07-2014	Konsul BAB V dan BAB VI Perbaiki sesua isaran	
<b>2</b>	12-07-2014	Konsul BAB V – BAB VI, Abstrak Perbaiki sesuai saran	
<b>3</b>	14-07-2014	Konsul BAB I – BAB VI, Abstrak Perbaiki sesuai saran. Skripsi di lengkapi	
<b>4</b>	- 07- 2014	ACC untuk di ujikan	
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			

