

Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan

Health Education to Increase Skizofrenia Family Knowledge with Violence Behaviour

Rita Zahara¹, Hizir², Hermansyah³

¹Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Syiah Kuala

² Universitas Syiah Kuala

³ Poltekes, Kemenkes RI Banda Aceh

Email : ritazahara87@gmail.com

Abstrak

Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi persepsi, emosi, perilaku dan fungsi sosial. Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien skizofrenia dibutuhkan untuk mengurangi dampak fisik maupun psikologis dari perilaku kekerasan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia dengan perilaku kekerasan di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen Tahun 2015. Penelitian ini merupakan studi kuantitatif dengan desain *Quasi-Experimental* berupa *Pretest-Posttest Design*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode *purposive sampling*, jumlah sampel 42 orang, sehingga masing-masing grup terdiri dari 21 keluarga yang merawat pasien skizofrenia (*caregiver*). Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga ($p = 0.000$) Setelah dilakukan pendidikan kesehatan menggunakan metode ceramah dan diskusi dengan media lembar balik dan *leaflet* di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen. Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan mengembangkan buku panduan perawatan pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.

Kata kunci: Pendidikan Kesehatan, Pengetahuan, Skizofrenia, Perilaku kekerasan.

Abstract

Schizophrenia is a clinical syndrome or disease process that effect perception, emotion, behaviour, and social functioning. The main problem that often occurs in schizophrenia patients is violent behavior. Health education for families of schizophrenia patients is needed in order to reduce the physical and psychological impact of violent behavior. The purpose of this study was to determine the influence of health education on the improvement of knowledge of the family in taking care shizophrenia patient with violent behaviour in Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) of dr. Fauziah Genaral Hospital of Bireuen Regency in 2015. This study is a quantitative study with Quasi-Experimental designs in the form of pretest-posttest design. Sample were collected by using nonprobability sampling technique with purposive sampling methode. The total samples was 42 people, so that each group consisted of 21 families (caregiver). The results showed that after the families were provided with health education using lecturer and discussion with the media of flipchart and leaflets there was influence of health education on the improvement of the knowledge of the family ($p = 0.000$). It is suggested that the next researches conduct researches by developing patients care guideline for the schizophrenia patients with violent behavior.

Keyword: Health Education, Knowledge, Schizophrenia, Violent Behavior.

Latar Belakang

World Health Organization (2001) mendefinisikan gangguan jiwa sebagai sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku, dan sosialisasi dengan orang sekitar. Menurut Patel (2001) Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan berat yang biasanya dimulai pada awal usia 30 tahun. Penderita dapat menjadi agresif atau menarik diri, berbicara yang tidak berhubungan dan bicara sendiri.

Berdasarkan data hasil Riskesdas (2013) secara Nasional terdapat 1,7 % penduduk Indonesia yang mengalami gangguan mental berat (Skizofrenia) atau secara absolut terdapat 400 ribu jiwa lebih penduduk Indonesia. Terdapat 12 provinsi yang mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat melebihi angka nasional. Provinsi Kalimantan Barat merupakan provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa berat paling rendah yaitu sebanyak 0,7%, sedangkan prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi Jogjakarta dan Aceh yaitu 2,7% (Kemenkes, 2013).

Menurut data laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen (2014) jumlah penderita skizofrenia dari 18 Puskesmas adalah 1302 orang. Dan berdasarkan perolehan data awal, terlihat terjadi peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa berat di Poliklinik Kesehatan

Jiwa UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen yaitu mulai bulan Januari 2014 terdapat sebanyak 681 kunjungan hingga bulan September 2014 sebanyak 918 kunjungan. Begitu juga halnya dengan Ruang Rawat Inap, peningkatan jumlah pasien dapat dilihat dari rekapan tahun 2014 mulai bulan Januari sebanyak 29 kasus rawat inap dan rekap data terakhir pada bulan September sebanyak 59 kasus rawat inap.

Sejalan dengan paradigma sehat yang dicanangkan Departemen Kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif dan berorientasi pada upaya kesehatan pencegahan dan promotif maka penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital based* menjadi *community based psychiatric services*. Masalah gangguan jiwa tidak hanya dapat diatasi oleh tenaga kesehatan tetapi juga perlu melibatkan peran aktif semua pihak termasuk keluarga (Efendi, 2009).

Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien skizofrenia dibutuhkan untuk mengurangi dampak fisik maupun psikologis dari perilaku kekerasan serta dapat memandirikan keluarga dalam merawat pasien ketika berada di rumah.

Penelitian terhadap keluarga pasien gangguan jiwa yang dilakukan oleh Sari, H (2009) dengan memberikan psikoedukasi kepada dua puluh keluarga pasien gangguan jiwa di kabupaten Bireuen menunjukkan bahwa terjadi penurunan beban keluarga dan peningkatan kemandirian pasien dalam perawatan diri.

Metode

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan rancangan penelitian *Non Equivalent Control Group* dimana rancangan ini sangat cocok digunakan untuk mengevaluasi program pendidikan kesehatan dan pelatihan-pelatihan kesehatan lainnya. Pada penelitian terdapat dua kelompok : kelompok eksperimen yaitu kelompok yang diberikan *pretest*, pendidikan kesehatan serta dilakukan *posttest* dan kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan namun hanya diberikan *pretest* dan *posttest*.

Prosedur Intervensi penelitian ini dilakukan dengan mendapatkan izin penelitian dari bagian Penelitian, pendidikan dan pengembangan RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen, peneliti datang ke UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen untuk menjelaskan tujuan penelitian kepada kepala Ruang Rawat Inap dan Poliklinik UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen.

Peneliti menggunakan 1 orang provider yang membantu peneliti yaitu perawat yang bertugas di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen. Provider bertanggung jawab dalam pengumpulan data dan pemberian intervensi, sebelumnya provider diberikan penjelasan sesuai dengan modul pendidikan kesehatan. Adapun tahapan pelaksanaan penelitian dilakukan dalam tiga tahap, yaitu:

Pengukuran awal (*pre-test*) dilakukan sebelum pendidikan kesehatan diberikan (minggu I). *Pre-test* dilakukan secara individu baik pada responden yang menjadi kelompok intervensi maupun kontrol di ruang tunggu UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen. Setelah responden menandatangani *informed consent*, peneliti mendampingi responden untuk mengisi kuesioner penelitian.

Pendidikan Kesehatan dilakukan sebanyak tiga sesi dilakukan satu minggu sekali, masing-masing sesi diberikan selama 60 menit. Sesi I diberikan pada minggu pertama setelah *pretest*, dilakukan pengkajian tentang masalah yang dihadapi keluarga, sistem keamanan dan rujukan serta kesiapan keluarga untuk menerima informasi, sesi ini diberikan setelah *pre test*. Sesi II diberikan pada minggu ke II atau satu minggu setelah sesi I, informasi yang diberikan pada sesi II adalah tentang perilaku kekerasan, manajemen krisis (pengikatan dan

pengurangan) serta pengontrolan perilaku kekerasan dengan latihan fisik I (relaksasi nafas dalam), latihan fisik II (pukul bantal), cara sosial/verbal, spiritual dan obat. Sesi III dilakukan pada minggu ke III atau satu minggu setelah sesi ke II, sesi ini merupakan sesi evaluasi.

Penilaian *post-test* pada kedua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol) dilakukan di ruang tunggu UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen pada satu minggu setelah intervensi pada kelompok perlakuan selesai diberikan. Sama halnya dengan pemberian *pre-test*, peneliti mendampingi responden untuk mengisi kuesioner penelitian.

Populasi adalah kumpulan dari keseluruhan gejala/satuan yang ingin diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien skizofrenia di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen. Berdasarkan hasil pengambilan data awal hasil rekapan bulanan terakhir periode (Juli sampai dengan September 2014) di Ruang Rawat Inap UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen terdapat sebanyak 128 kasus.

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode *purposive sampling* yaitu

pengambilan sampel dilakukan dengan mengambil kasus atau responden sesuai dengan kriteria yang diinginkan peneliti. Jumlah kasus di Ruang Rawat Inap UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen pada periode Juli sampai dengan September 2014 adalah 128 pasien, dengan rata-rata perbulan sebanyak 42 pasien. Sehingga jumlah keluarga pasien yang menjadi sampel penelitian adalah 42 orang, dengan masing-masing kelompok untuk kelompok intervensi dan kontrol terdiri dari 21 orang. Kriteria keluarga yang menjadi sampel adalah; bersedia menjadi responden, anggota keluarga yang merawat pasien (*caregiver*) berusia 40 s.d 60 tahun, bisa membaca dan menulis, berdomisili di Kabupaten Bireuen serta belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang perilaku kekerasan.

Hasil

Hasil penelitian tentang analisa pengetahuan keluarga pasien skizofrenia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dimaksudkan untuk melihat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil dapat dilihat pada tabel dibawah:

Tabel. 1 Hasil Uji Beda Dua Mean Pengetahuan Keluarga pada Kelompok Intervensi (Pre Test dan Post Test) n=21

Pengetahuan Keluarga		Mean	Mean Difference	p-value
Negatif	0	Pre	11.33	0.000

Ranks	Test		
Positive ranks	17		6.19
Ties	4	Post Test	17.52
Total			

*Signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai *pre test* dan *post test* pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi dengan nilai mean pengetahuan keluarga pada *post test* (17.52) lebih besar dari nilai mean *pre test* (11.33) dan ($p = 0.000$).

Tabel. 2 Hasil Uji Beda Dua Mean Pengetahuan Keluarga pada Kelompok Kontrol (Pre Test dan Post Test) n=21

Pengetahuan Keluarga	Mean	Mean Difference	p-value
Negatif Ranks	7		
Positive ranks	6	0.33	0.373
Ties	8		
Total			

*Signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai *pre test* dan *post test* pengetahuan keluarga pada kelompok kontrol dengan nilai mean pengetahuan keluarga pada *post test* (12.10) lebih besar dari nilai mean *pre test* (12.67) dan ($p = 0.373$).

Tabel. 3 Hasil Uji Beda Dua Mean Pengetahuan Keluarga Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=42)

Test	Pengetahuan Keluarga Intervensi	Kontrol	p-value
Pre Test(mean)	11.33	17.52	0.000

Post Test(mean)	12.10	12.67
-----------------	-------	-------

*Signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai *pre test* dan *post test* pengetahuan keluarga antara kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol dengan nilai mean pengetahuan keluarga kelompok intervensi pada *pre test* (11.33) dan *post test* (17.52), sedangkan nilai mean pengetahuan keluarga kelompok kontrol pada *pre test* (12.10) dan *post test* (12.67) dengan ($p = 0.000$).

Pembahasan

Berdasarkan hasil analisa data yang diperoleh dari 42 responden didapatkan hasil analisis data adalah rata-rata pengetahuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah memiliki perbedaan yang signifikan setelah pemberian pendidikan kesehatan. Nilai mean pengetahuan keluarga kelompok intervensi pada *pre test* (11.33) dan *post test* (17.52), sedangkan nilai mean pengetahuan keluarga kelompok kontrol pada *pre test* (12.10) dan *post test* (12.67) dengan ($p = 0,000$) yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan (kognitif) merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Sedangkan pendidikan kesehatan menurut Mottaghypour & Bickerton (2005), dapat diberikan kepada keluarga pasien gangguan jiwa dapat berupa informasi tentang keadaan sakit, perawatan, serta informasi tentang tindakan kesehatan jiwa. Friedman (2002) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan di pandang perlu diarahkan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga untuk membantu pasien dan keluarga agar mereka terlibat dalam perawatan diri dan bertanggung jawab terhadap diri sendiri. Tidak lagi kaum profesional kesehatan yang memelihara ketergantungan.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Li dan Arthur (2005) pada 101 keluarga pasien skizofrenia di Beijing, China yang menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat pada keluarga pasien skizofrenia efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Yoshi, dkk (2011) bahwa terdapat pengaruh program edukasi tentang skizofrenia terhadap peningkatan

pengetahuan orangtua di Jepang yang berguna untuk membantu orang tua memiliki ilmu dasar tentang skizofrenia dan dapat mengenali gejalanya dengan tepat.

Perubahan pengetahuan pada kelompok perlakuan dapat dikarenakan beberapa hal antara lain pendidikan kesehatan dilakukan secara bertahap yaitu dimulai dengan membina hubungan saling percaya, menyampaikan tujuan diberikan pendidikan kesehatan, pemberian materi yang tidak terlalu banyak serta adanya review pada akhir pertemuan serta di awal pertemuan pada sesi evaluasi. Tersedianya *leaflet* yang dibagikan pada keluarga juga mendukung perubahan pengetahuan keluarga karena keluarga dapat membaca kembali materi yang telah diberikan secara mandiri. Kemampuan peneliti dan provider dalam berkomunikasi menggunakan bahasa Aceh juga memberikan kemudahan dalam memberikan pendidikan kesehatan.

Selain itu, ketertarikan keluarga untuk ikut serta dalam pendidikan kesehatan juga mendukung perubahan pengetahuan keluarga, terlihat dari partisipasi aktif keluarga ketika diberikan kesempatan untuk bertanya. Ketertarikan keluarga dapat dikarenakan oleh minimnya keterpaparan mereka terhadap informasi

tentang perilaku kekerasan akibat faktor pendidikan dan ekonomi. Wei, Cookedan Creedy (2010) dalam studi yang dilakukan dengan menguji kebutuhan pendidikan kesehatan dari keluarga (*caregiver*) dalam merawat dan memberi dukungan pada penderita skizofrenia di Taiwan mengemukakan bahwa keluarga yang bertindak sebagai *caregiver* melaporkan bahwa tidak membutuhkan pendidikan kesehatan terutama keluarga berpenghasilan dan pendidikan tinggi karena *caregiver* menggunakan sumber informasi lain secara konsisten.

Selanjutnya, pendidikan kesehatan yang diberikan terkait dengan perilaku kekerasan meliputi pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab terjadinya perilaku kekerasan serta akibat yang dapat timbulkan karena perilaku kekerasan. Sesuai dengan hal yang diungkapkan oleh Wei, Cookedan Creedy (2010) bahwa pendidikan kesehatan yang dibutuhkan *caregiver* pada pasien skizofrenia antara lain adalah informasi terkait diagnosa penyakit secara khusus seperti penyebab serta tanda dan gejala, hal tersebut juga sesuai dengan pendapat Chien dan Norman (2003) yang mengemukakan bahwa kebutuhan edukasi yang penting bagi *caregiver* pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan meliputi

informasi tentang gejala awal serta kekambuhan.

Peneliti berasumsi bahwa pengetahuan keluarga tentang pengertian serta tanda dan gejala perilaku kekerasan melalui pendidikan kesehatan akan membantu keluarga dalam mengenali ciri-ciri yang tampak ketika pasien mulai memperlihatkan kemarahan. Sedangkan informasi terkait penyebab perilaku kekerasan dapat membantu keluarga dalam mencegah terjadinya perilaku kekerasan pada pasien. Selain itu, Esterberg dan Compton (2015) mengemukakan bahwa penting untuk memahami kepercayaan keluarga tentang penyebab terjadinya skizofrenia, karena hal tersebut akan mempengaruhi keluarga (*caregiver*) ketika mengambil keputusan dalam menolong pasien. Adapun informasi terkait akibat perilaku kekerasan dapat membantu keluarga dalam mengurangi trauma fisik maupun mental karena perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien skizofrenia.

Selanjutnya Chien dan Norman (2003) mengemukakan bahwa salah satu kebutuhan edukasi keluarga pada pasien skizofrenia adalah tentang cara menangani perilaku ganjil dan penyerangan pasien. Pemberian informasi tentang hal yang harus dilakukan keluarga ketika pasien memperlihatkan marah dapat membantu keluarga dalam mengambil

keputusan yang tepat untuk mengatasi kemarahan yang akan mengakibatkan perilaku amuk. Pengambilan keputusan yang tepat dalam menolong pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan akan mengurangi resiko terjadinya trauma fisik dan mental bagi keluarga.

Selain itu, hal yang dilakukan ketika pasien memperlihatkan marah atau perilaku kekerasan akan mempengaruhi pasien, jika keputusan dalam menolong pasien menyebabkan trauma fisik atau psikologis (contohnya mengikat dengan rantai atau memasung) maka akan menimbulkan masalah yang lebih rumit seperti keluyuran dikemudian hari, Chen, dkk (2012) mengemukakan bahwa penyebab keluyuran yang terjadi pada pasien skizofrenia adalah karena adanya gangguan dalam keluarga, kurangnya perawatan kesehatan, serta hospitalisasi. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan caregiver tentang hal yang dilakukan ketika pasien mengalami perilaku kekerasan akan membantu meningkatkan kerjasama keluarga melalui penyampaian informasi dari *caregiver* pada anggota keluarga yang lain sehingga saat pasien mengamuk atau mengalami perilaku kekerasan dapat tercipta kerjasama yang baik dalam menolong pasien. Dalam hal ini, terjadi peningkatan pengetahuan keluarga tentang hal yang dilakukan ketika pasien memperlihatkan marah, peneliti dan

provider memberikan penjelasan yang disertai contoh berupa gambar hal yang tidak boleh dilakukan oleh keluarga.

Berikutnya, mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan nafas merupakan salah satu cara mengontrol kemarahan dengan cara fisik yang dianjurkan dilakukan secara rutin untuk memberikan rasa rileks bagi pasien sehingga dapat mengurangi rasa marah yang dirasakan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Gomes, dkk (2014) yang mengemukakan bahwa aktivitas fisik memiliki pengaruh terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. *Physical Activity Program* berhasil diimplementasikan pada pasien skizofrenia di portugal yang menerima perawatan di rumah. aktivitas fisik mempengaruhi kualitas hidup pasien serta level aktivitas pasien. Oleh karena itu, peneliti berasumsi bahwa pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik latihan nafas secara rutin dapat mengurangi frekuensi terjadinya perilaku kekerasan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia yang dirawat di rumah. Selain itu, hasil studi kuantitatif relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan yang dilakukan pada 34 pasien di Bali yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terapi relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah pasien

skizofrenia (Sumirta, Githa dan Sariasih, 2013). Oleh karenanya peningkatan pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan nafas dapat membantu keluarga dalam mengurangi resiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien, keluarga dapat menganjurkan pasien untuk melakukan latihan nafas secara rutin sehingga jika sewaktu-waktu merasakan gejala kemarahan, pasien dapat melakukannya secara benar. Dalam hal ini, terjadinya peningkatan pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik nafas dalam karena adanya pemberian contoh langsung oleh peneliti dan provider cara melakukan latihan fisik nafas dalam.

Lee, Jang, Lee dan Hwang (2015) mengemukakan skizofrenia merupakan gangguan mental yang meliputi area kognitif, perilaku, serta gangguan fungsi emosi yang dapat mengganggu fungsi sosial, latihan fisik adalah latihan yang dapat dilakukan untuk mengontrol marah. Ada berbagai cara fisik yang bisa digunakan untuk mengontrol kemarahan. Salah satunya adalah dengan pukul kasur/bantal yang dianjurkan dilakukan secara rutin untuk memberikan rasa lega bagi pasien sehingga dapat mengurangi rasa marah yang dirasakan, kegiatan ini dapat dimasukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

Peningkatan pengetahuan keluarga tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik ini dapat membantu keluarga mengurangi resiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien dengan menganjurkan pasien untuk latihan secara teratur sehingga dapat dilakukan sewaktu-waktu ketika rasa marah muncul. Peneliti berpendapat bahwa peningkatan pengetahuan keluarga tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan pukul kasur/bantal tidak terlepas dari adanya contoh yang diberikan oleh peneliti dan provider secara langsung.

Selanjutnya, peningkatan pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal dapat membantu keluarga mengurangi resiko kekambuhan pada pasien. Hal tersebut sesuai dengan hal yang dikemukakan oleh Ambari (2010) bahwa peningkatan angka *relapse* pada pasien Skizofrenia pascaperawatan dapat mencapai 25% - 50% yang pada akhirnya dapat menyebabkan keberfungsian sosialnya menjadi terganggu. Peranan keluarga diperlukan untuk menekan sekecil mungkin angka *relapse* dan mengembalikan keberfungsian sosialnya.

Keluarga memiliki peran penting dalam memelihara fungsi sosial pasien skizofrenia, setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara berbicara yang baik, keluarga dapat menganjurkan pasien untuk melakukan hal

tersebut ketika berada di tengah masyarakat. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambari (2010) menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan fungsi sosial pasien skizofrenia.

Peneliti berpendapat bahwa peningkatan pengetahuan keluarga tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal karena peneliti dan provider memberikan contoh spesifik menggunakan kalimat berbahasa aceh dari cara berbicara yang baik meliputi cara meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, Menolak dengan baik ketika ada yang menyuruh tetapi tidak ingin dilakukan, dan mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal maka harus diungkapkan secara baik kepada orang tersebut.

Berikutnya, informasi yang diberikan kepada caregiver tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual sesuai agama dominan yang dianut responden yaitu 100% agama Islam dengan memberi informasi kepada keluarga untuk menganjurkan pasien untuk berwudhu dan shalat ketika sedang marah, dianjurkan untuk mengerjakan shalat lima waktu. Selanjutnya memasukkan shalat ke dalam jadwal kegiatan pasien.

Peningkatan pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual dapat membantu keluarga dalam mengurangi resiko terjadinya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Hal tersebut sesuai dengan hal yang dikemukakan Gearing, dkk (2010) berdasarkan studi yang dilakukan dengan mengidentifikasi 70 hasil studi penelitian asli, bahwa hubungan antara agama dan skizofrenia dapat bermanfaat dalam meningkatkan perawatan, meningkatkan aspek perlindungan dan meminimalisir resiko.

Peneliti berpendapat bahwa peningkatan pengetahuan keluarga tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual disebabkan oleh *caregiver* memiliki keyakinan kuat terhadap agama yang dianut dan meyakini bahwa shalat dapat memberi rasa tenang ketika emosi meningkat kepada siapapun sehingga *caregiver* menyadari bahwa cara ini dapat digunakan untuk mengendalikan rasa marah pada pasien.

Selanjutnya, informasi yang diberikan tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat meliputi prinsip lima benar minum obat yaitu benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) disertai penjelasan akibat berhenti minum obat. Pengetahuan keluarga tentang cara mengontrol perilaku

kekerasan dengan obat dapat memberikan dampak positif terhadap keteraturan pengobatan pada pasien sehingga mencegah kekambuhan pada pasien. Selain itu, pengetahuan tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat juga dapat mengurangi terjadinya trauma fisik maupun psikologis pada keluarga dan pasien akibat perilaku kekerasan. Hal tersebut sesuai dengan hal yang dikemukakan oleh Hanzawa, dkk (2012) dimana keluarga yang memberikan perawatan (*caregiver*) bagi pasien skizofrenia merasakan trauma secara psikologis akibat perilaku amuk pasien. Pengaruh psikologis tersebut juga disebabkan oleh beban *caregiver* serta pengobatan yang tidak teratur dari anggota keluarga yang menderita skizofrenia yang telah lama mendapat perawatan dan masuk rumah sakit berulang kali.

Hanzawa, dkk (2012) juga mengemukakan hal yang sangat dibutuhkan dalam meningkatkan pelayanan jangka panjang berbasis komunitas adalah pengobatan teratur bagi pasien skizofrenia yang telah dirawat di rumah sakit berulang kali. Oleh karenanya peningkatan pengetahuan keluarga tentang obat dapat membantu keluarga untuk menyadari pentingnya memberikan pengobatan bagi pasien skizofrenia secara teratur. Dalam hal ini, saat memberikan pendidikan kesehatan, peneliti

dan provider memberi penekanan bahwa pasien tidak boleh putus obat.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa rerata nilai pretest sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi adalah 11.33 dan pada kelompok kontrol adalah 12.10. Rerata nilai pretest setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi adalah 17.52 dan pada kelompok kontrol adalah 12.67. Terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok intervensi ($p = 0.000$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok kontrol ($p = 0.373$). serta didapatkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen ($p = 0.000$). Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lanjutan yang diberikan oleh perawat dalam bidang keperawatan jiwa komunitas dengan mengembangkan panduan perawatan pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.

Referensi

- Ambari (2010). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan di Rumah Sakit*. Semarang: Fakultas Psikologi UNDIP.
- Chen, IM, Wu, KC, Chien, YL, Chen, YH, Lee, ST (2012). Missing Link in Community Psychiatry: When a Patient with Schizophrenia was Expelled from her Home. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114.
- Chien, WT & Norman, I (2003). Educational Needs of Families Caring for Chinese Patients with Schizophrenia: PubMed.NCBI.
- Efendi (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Esterberg, ML & Compton, MT (2015). Causes of Schizophrenia Report by Family Members of Urban African American Hospitalized Patients with Schizophrenia. *Elsevier BV*.
- Friedman, M.M (2002). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktek* Edisi ke-3. Jakarta: EGC.
- Gearing, RE, dkk (2010). Association of Religion with Delusions and Hallucinations in the Context of Schizophrenia: Implications for Engagement and Adherence. *Schizophrenia Research* Volume, 126, March 2011.
- Gomes, E, dkk (2014). Effects of a Group Physical Activity Program on Physical Fitness and Quality of Life in Individuals with Schizophrenia. Published by Elsevier BV.
- Hanzawa, S, dkk (2012). Psychological Impact on Caregivers Traumatized by the Violent Behaviour of Family Member with Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, February 2013.
- Kemenkes RI (2013). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. www.litbang.depkes.go.id diakses tanggal 14 Desember 2014.
- Lee, HJ, Jang, SH, Lee, SY, Hwang, KS (2015). Effectiveness of Dance/Movement Therapy on Affect and Psychotic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *The Art of Psychotherapy*, 45, September 2015.
- Li, Z dan Arthur, D (2005). Family Education for People with Schizophrenia. *The British Journal Of Psychiatry* diakses tanggal 4 Juni 2015.
- Mottaghipour, Y & Bickerton, A (2005). The Pyramid of Family Care: A Framework for Family Involvement With Adult Mental Health Service. Australia: AeJAMH. diakses dari www.auseinet.com/journal tanggal 6 Juni 2015.
- Notoatmodjo, S (2002), *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sari, H (2009). *Pengaruh Family Psychoeducation Therapy terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam*. Tesis. Jakarta: FIKUI.

Sastroasmoro, S & Ismael, S (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis edisi ke-4*. Jakarta: CV.Seto Sagung.

Sumirta, IN, Githa, IW dan Sariasih, NN (2013). *Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengendalian Marah Klien dengan Perilaku Kekerasan*. *Jurnal Keperawatan*. Denpasar: Politekkes Kemenkes RI.

Wei, SJ, Cooke, M, Moyle, W, Creedy, D (2010). *Health Education Needs of Family Supporting Adolescent Relative with Schizophrenia or Mood Disorder in Taiwan*. Published by Elsevier Inc.

WHO (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding: New Hope*. www.who.int/whr/2001/en/. Diakses tanggal 5 Desember 2014.

Yoshii, H, Watanabe, Y, Kitamura, H, Chen, J, Akazawa, K (2011). *Effect of Education Program on Improving Knowledge of Schizophrenia among Parents of Junior and Senior High School Students in Japan*. *BMC Public Health (research article)*; diakses dari <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/323>. tanggal 6 Oktober 2015.