

**GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAJAT ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI WILAYAH KERJA UPTD
PUSKESMAS DTP TEMPURAN KABUPATEN KARAWANG**

TAHUN 2019

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

ANISA PEBRIANI

NIM. BK. 217.002



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS
BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL :GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM
MERAUAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)
DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS DTP TEMPURAN
KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2019**

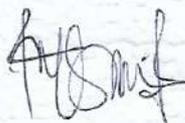
NAMA : ANISA PEBRIANI

NIM : BK.217.002

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Skripsi Program
Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui:

Pembimbing I



Supriyatni, K, M.Mkes.,M.KM

Pembimbing II



Agung Sutriyawan, SKM., M.Kes

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Ketua



Nova Oktavia, SKM.,MPH

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan

Dewan Penguji Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Pada tanggal 31 Juli 2019

Mengesahkan

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Penguji I



Achmad Husni, SKM, M.Kes

Penguji II



Dr. Ratna Dian K, M.Kes

Fakultas Ilmu Kesehatan

Dekan



Dr. Ratna Dian K, M.Kes

PERNYATAAN

Dengan ini saya

Nama : Anisa Pebriani

NIM : BK.217.002

Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Gambaran Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran Kab.Karawang tahun 2019

Menyatakan

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar sarjana baik di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Bhakti Kencana Bandung maupun diperguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, Juli 2019
Yang membuat pernyataan



Anisa Pebriani

ABSTRAK

Program Indonesia sehat melalui pendekatan keluarga/ PIS-PK merupakan program pendataan keluarga dengan 12 indikator salah satunya penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan. Pendataan ini mendatangi langsung secara *door to door* sehingga dapat melihat langsung kondisi dilapangan secara nyata. (PERMENKES No 39 tahun 2016). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui dukungan keluarga dalam merawat ODGJ.

Metode penelitian ini kuantitatif dengan desain *survey deskriptif*. Dengan populasi keluarga yang mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa (ODGJ) sebanyak 53 orang dengan menggunakan total sampling. Instrumen penelitian ini menggunakan kuisisioner sebanyak 17 pertanyaan untuk mengukur dukungan keluarga dalam merawat ODGJ.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar klasifikasi ODGJ ringan berjumlah (56,6%) serta sebagian besar dukungan keluarga dalam merawat ODGJ baik berjumlah (56,6%).Maka dapat disimpulkan bahwa klasifikasi ODGJ dan dukunga keluarga yang merawat ODGJ memiliki jumlah yang sama. Disarankan kepada UPTD Puskesmas DTP Tempuran Sebagai bahan evaluasi untuk program kesehatan jiwa di puskesmas serta lebih meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat serta kerja sama dengan lintas sektor lebih ditingkatkan sehingga tidak ada lagi kasus pasung dan kekerasan terhadap ODGJ yang melanggar hak asasi manusia.

Kata kunci : Dukungan keluarga, ODGJ

Daftar Pustaka : 29 buku, 10 jurnal, 15 laporan

ABSTRACT

The healthy Indonesia program through the family / PIS-PK approach is a family data collection program with 12 indicators, one of which is that people with mental disorders receive treatment and are not neglected. This data collection comes directly in door to door so you can see the real conditions in the field. (PERMENKES No. 39 of 2016). The purpose of this study was to determine family support in caring for ODGJ.

This research method is quantitative with descriptive survey design. With a family population of 53 people with mental disorders (ODGJ) as many as 53 people using total sampling. This research instrument used a questionnaire of 17 questions to measure family support in caring for ODGJ.

The results showed that most of the minor ODGJ classifications were (56.6%) and the majority of family support in treating ODGJ was good (56.6%), so it can be concluded that the classification of ODGJ and the support of families caring for ODGJ had the same amount. It is recommended to UPTD Puskesmas DTP Tempuran As an evaluation material for mental health programs at the puskesmas and to further improve mental health services in the community as well as to increase cooperation with cross-sectors so that there are no more cases of pasung and violence against ODGJ that violate human rights.

Keywords: Family support, ODGJ

Bibliography: 29 books, 10 journals, 15 reports

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat illahi rabbi, Alloh SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga saya sebagai penyusun dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Tak lupa saya panjatkan shalawat serta salam bagi junjungan kita Nabi Muhammad SAW.

Dalam kesempatan ini saya sebagai penulis berbahagia karena telah dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS DTP TEMPURAN KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2019 ”**. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat.

Penyusuna skripsi ini tak lepas dari dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak, sehingga saya sebagai penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya kepada :

1. H. Mulyana SH., MPd selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.H.Kes, Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Dr. Ratna Dian K, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
4. Nova Oktavia, SKM., MPH. selaku Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat

5. Supriyatni K, M.Mkes.,M.KM selaku pembimbing pertama yang telah memberikan pengarahannya dan bimbingannya dalam penyusunan laporan skripsi.
6. Agung sutriyawan SKM.,M.Kes pembimbing kedua yang telah memberikan pengarahannya selama proses bimbingan dalam penyusunan skripsi.
7. H.Silahudin Azis, SKM selaku kepala puskesmas UPTD Puskesmas DTP Tempuran kabupaten Karawang yang telah memberikan pengarahannya serta izin selama penyusunan skripsi penelitian ini.
8. Seluruh rekan-rekan kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran yang telah banyak membantu dalam proses kerja dan penyusunan skripsi ini
9. Seluruh rekan-rekan S1 Kesehatan Masyarakat angkatan 2017 yang sedang sama-sama berjuang dan saling memberikan dukungan untuk kelancaran dalam penyusunan skripsi ini

Serta terimakasih yang paling utama dan teristimewa kepada Ayahanda Abah H.Kosin dan Umi Hj.Danih, yang senantiasa memberikan do'a yang tulus, bantuan, motivasi, semangat dan dukungan moril maupun materil untuk kelancaran penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini.

Bandung, Juli 2019

Anisa Pebriani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.4.1. Manfaat Praktis.....	7
1.4.2. Manfaat Teoritis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8

2.1. Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga /PIS-PK .	8
2.2. Standard pelayanan minimal	9
2.3. Konsep Dukungan keluarga	10
2.3.1. Pengertian dukungan keluarga	10
2.3.2. Sumber dukungan keluarga	11
2.3.3. Tujuan dukungan keluarga	11
2.3.4. Jenis Dukungan keluarga	12
2.4. Keluarga	13
2.4.1. Pendidikan dan dukungan keluarga	14
2.4.2. Fungsi keluarga	15
2.4.3. Beban keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan Jiwa	17
2.5. Prilaku	18
2.5.1. Pengertian prilaku	18
2.5.2. Determinan prilaku kesehatan	18
2.5.3. Teori Lawrence green	19
2.6. Gangguan jiwa	21
2.6.1. Pengertian gangguan jiwa	21
2.6.2. Etiologi.....	22
2.6.3. Menurut sumber asalnya	25
2.6.4. Faktor psikososial	26
2.6.5. Faktor sosiokultural	28
2.6.6. Klasifikasi gangguan jiwa	29

2.6.7. Gangguan jiwa yang sering ditemui	31
2.7. Pemasungan.....	35
2.8. Penelitian terdahulu.....	36
BAB III METODELOGI PENELITIAN	40
3.1. Rancangan Penelitian.....	40
3.2. Paradigma Peneliti.....	40
3.3. Hipotesa Peneliti	44
3.4. Variabel Penelitian.....	44
3.5. Definisi Konseptual dan Definisi Oprasional	45
3.5.1. Definisi Konseptual	45
3.5.2. Definisi Oprasional.....	46
3.6. Populasi dan Sampel	47
3.6.1. Populasi Penelitian.....	47
3.6.2. Sampel Penelitian	47
3.7. Pengumpulan Data.....	48
3.7.1. Jenis Data	48
3.7.2. Cara Pengumpulan Data.....	48
3.7.3. Instrumen Penelitian	49
3.8. Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen	50
3.8.1. uji validitas	50
3.8.2. uji reabilitas	53
3.9. Pengolahan dan Analisis Data	54
3.9.1. Teknik Analisa Data	54

3.9.2. Analisis data	56
3.10. Etika Penelitian	57
3.11. Lokasi dan Waktu Penelitian	58
3.11.1. Lokasi penelitian	58
3.11.2. Waktu penelitian.....	58
3.12. Jadwal	58
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	59
4.1. Hasil penelitian	59
4.2. Pembahasan	60
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	65
5.1. Kesimpulan.....	65
5.2. Saran.....	65

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

- Tabel 3.1 Definisi Oprasional Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
- Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas Instrumen Dukungan Keluarga
- Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Klasifikasi ODGJ Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran Tahun 2019
- Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Merawat ODGJ Di Walayah Kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran Tahun 2019

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Uji validitas instrumen
Lampiran 2	Hasil penelitian
Lampiran3	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran5	Kuesioner
Lampiran6	Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
Lampiran7	Surat Balasan Kesbangpol Kabupaten Karawang
Lampiran8	Surat Balasan Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang
Lampiran9	Surat Permohonan Izin Untuk Puskesmas

DAFTAR SINGKATAN

- ODGJ : Orang dengan gangguan jiwa
- SPM : Standard pelayanan minimal
- PIS-PK : Program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari Agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015. Program Indonesia sehat melalui pendekatan keluarga/ PIS-PK merupakan program pendataan keluarga dengan 12 indikator salah satunya penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan. Pendataan ini mendatangi langsung secara *door to door* sehingga dapat melihat langsung kondisi dilapangan secara nyata. (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) pada dasarnya adalah orang berkebutuhan khusus yang tidak bisa sembuh sendiri tanpa peran serta keluarga dan lingkungannya, karena sangat butuh kasih sayang, pengertian, perhatian, dan permakluman dari orang – orang di sekitarnya. Beberapa kasus gangguan jiwa memerlukan waktu yang cukup lama untuk proses penyembuhannya, bahkan ada yang harus “*maintenance*” seumur hidupnya. Dalam hal ini Keluarga adalah “perawat utama” bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), saat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) selesai mendapatkan pengobatan dan perawatan di rumah

sakit, maka orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tersebut harus dikembalikan ke keluarganya, dan tentu saja proses perawatan tidak boleh berhenti. Saat inilah peranan keluarga harus ditampilkan. (Kemenkes RI, 2018a)

Dampak yang di timbulkan gangguan jiwa memang tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat karena memerlukan biaya perawatan, dan masalah yang berkaitan dengan hukum (melakukan tindakan kekerasan maupun mengalami penganiayaan)(Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Pemerintah Indonesia sejak tahun 2010 telah memberlakukan program “Indonesia Bebas Pasung” untuk merealisasikan Surat Menteri Dalam Negeri Nomor PEM.29/6/2015, yang bertujuan memberikan himbauan untuk tidak melakukan pemasungan terhadap pasien gangguan jiwa. (Kementrian Kesehatan RI, 2015) Program Indonesia bebas pasung dikabarkan belum membuahkan hasil dan diperpanjang sampai tahun 2019 karena banyak pemerintah daerah belum menyanggupi mengingat kompleksnya permasalahan yang ditemui dilapangan. (Kemenkes RI, 2010)

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizoprenia/ psikosis menurut provinsi (per mil) Indonesia mengalami kenaikan,data Riskesdas 2013 dari 1,7 per mil naik menjadi 7 per mil sedangkan provinsi yang tertinggi Bali dengan 11 per mil dan terendah provinsi kepulauan Riau 2,3 per mil. Gangguan jiwa skizoprenia/psikosis yang dipasung menurut tempat tinggal 31,5% diperkotaan 31,1 %dan diperdeaan 31,1 %. Cakupan pengobatan penderita gangguan jiwa skizoprenia / psikosis yang berobat

84,9%, yang tidak berobat 15,1 % dan yang minum obat rutin 48,9 % sedangkan yang tidak rutin 51,1 %. Prevalensi depresi pada penduduk umur ≥ 15 tahun 6,1 % yang tertinggi provinsi Sulawesi tengah 12,3 % yang terendah provinsi Jambi 1,8 %. Prevalensi Gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun 9,8% provinsi yang tertinggi Sulawesi tengah 19,8 % dan yang terendah Jambi 3,6 % (Kemenkes RI, 2018b).

Kadek putra sanchaya (2018), dalam penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa, hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga baik dan sedang memiliki presentase sama yaitu 35,9% sedangkan hasil penilaian kualitas hidup menunjukkan mayoritas responden memiliki kualitas hidup baik (82,1 %). Mohamad Aedil (2013), dalam penelitian perilaku petugas kesehatan dalam perawatan pasien gangguan jiwa skizoprenia di rumah sakit khusus provinsi sulawesi selatan hasil penelitian menunjukkan bahwa tindakan petugas dalam menciptakan suasana aman bagi pasien skizoprenia dilakukan dengan cara pendekatan, pemindahan pasien keruangan lain, pemberian obat dan juga tindakan fiksasi (pengikatan). Komunikasi teurapeutik juga diterapkan oleh perawat dengan berbagai macam cara seperti pendekatan kepada pasien, namun karena minimnya jumlah tenaga perawat dan terbatasnya fasilitas maka tindakan perawat tersebut tidak dapat dilakukan dengan maksimal. (Dinkes Jabar, 2016)

Dinas kesehatan Jawa barat yang dihimpun dari kabupaten/ kota 2017 sebanyak 11.360 jiwa yang mengalami gangguan jiwa berat. Sementara pada tahun 2018 terdapat 16.714 penderita orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berdasarkan jumlah kunjungan gangguan jiwa yang tertinggi pada tahun 2016

Kabupaten Bogor 43,324 kunjungan dan yang terendah kabupaten Sukabumi dengan 1 kunjungan (Profil Kesehatan JABAR 2016). Berdasarkan laporan kunjungan pasien RSJ Provinsi Jawa Barat 2009 rawat inap pasien baru 1.653 pasien lama 1.807, rawat jalan pasien lama 26.022 dan pasien baru 2.080. Berdasarkan jenis kelamin rawat inap pasien laki-laki 2.454 perempuan 1006, Rawat jalan pasien laki-laki 18.657 dan perempuan 9.445.(Dinkes Jabar, 2016)

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang 2018 jumlah orang yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (ODGJ) sebanyak 2.167 orang. Gangguan mental organik 28 orang . Skizoprenia dan gangguan psikosis kronik 308 orang. Gangguan psikotik akut 195 orang. Depresi 205 orang, Neurotik 597 orang, Retradasi mental 90 orang, ansietas 7 orang, insomnia 59 orang, percobaan bunuh diri 3 orang, demensia 98 orang, epilepsi 140 orang, pasung 34 orang serta penyakit jiwa lainnya 382 orang. Di kabupaten karawang terdapat 3 puskesmas dengan angka ODGJ terbanyak yaitu puskesmas Rengas dengklok 87 dengan jumlah pasung 5 orang, puskesmas Jatisari 84 orang dan jumlah pasung 3 orang, dan puskesmas Tempuran 53 orang dengan jumlah pasung 3 orang.(DINKES KARAWANG, 2018)

Berdasarkan fenomena yang ada di Kabupaten Karawang bahwa angka pasung masih tinggi dan untuk mensukseskan program pemerintah bebas pasung maka kesehatan jiwa masyarakat termasuk program 12 Standard Pelayanan minimal sebagaimana orang yang gangguan jiwa (ODGJ) harus mendapatkan pelayanan 100 %, adapun yang dilakukan oleh petugas kesehatan diantaranya sosialisasi kesehatan jiwa, deteksi dini gangguan jiwa, kunjungan rumah (*follow*

up) serta kerja sama dengan lintas sektor agar ODGJ tidak lagi disembunyikan atau ditelantarkan.

Data UPTD Puskesmas DTP Tempuran pada tahun 2016 orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) sebanyak 32 orang. Psikosis / skizoprenia 10 orang, neurosa 16 orang, Epilepsi 5 orang dan sisanya gangguan jiwa lainnya. Sedangkan pada tahun 2017 orang dengan gangguan jiwa(ODGJ) meningkat sebanyak 14 orang menjadi 46 orang,Selanjutnya data terbaru pada tahun 2018 orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) sebanyak 53 orang.(UPTD PUSKESMAS DTP TEMPURAN, 2018)

Studi pendahuluan telah dilakukan di UPTD puskesmas DTP Tempuran kabupaten Karawang pada tanggal 10 april 2019 merupakan salah satu puskesmas dengan kasus orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) cukup tinggi berdasarkan hasil observasi dilapangan serta wawancara keluarga apabila ODGJ ngamuk keluarga bingung untuk mencari pertolongan dan berusaha ditangani sendiri yaitu dengan cara di ikat ataupun dikunci didalam rumah hal ini jelas melanggar hak asasi manusia. Berdasarkan daa dari laporan UPTD Puskesmas DTP Tempuran dalam pelayanan kesehatan jiwa baru mencapai 35% dari target cakupan 100%. Kerjasama dengan lintas sektoral sudah dilakukan, lintas sektor sangat membantu petugas kesehatan jiwa apabila di desa terdapat masyarakat yang mengalami gangguan jiwa mereka melaporkan dan ikut bersama petugas kesehatan jiwa untuk kunjungan rumah. Akan tetapi masih ada saja yang tidak respon, mereka beranggapan orang dengan gangguan jiwa tidak akan produktif kembali dan memerlukan waktu yang cukup lama untuk pulih.

1.2 Rumusan masalah

Setelah mengetahui fakta dan data-data mengenai orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) peneliti menyimpulkan bahwa permasalahan kesehatan jiwa di Indonesia masih memerlukan perhatian. Dari tahun ketahun gangguan kesehatan jiwa mengalami peningkatan sehingga dukungan keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) sangat penting disini selain untuk proses pemulihan ODGJ serta memastikan memberikan obat tepat waktu dan tepat dosis, serta keluarga tidak melanggar hak-hak ODGJ. Maka rumusan permasalahan yang penulis tetapkan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana dukungan keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa di UPTD Puskesmas DTP Tempuran Kabupaten Karawang tahun 2019?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui dukungan keluarga merawat pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran Kabupaten Karawang tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi klasifikasi penderita orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran tahun 2019
2. Mengetahui distribusi frekuensi dukungan keluarga yang merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah kerja UPTD Puskesmas DTP Tempuran tahun 2019

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya dibidang kesehatan kesehatan jiwa dan pengembangan ilmu pengetahuan antara lain tentang dukungan keluarga dalam merawat orang dengan gangguan kesehatan jiwa (ODGJ).

2. Manfaat Praktis

a. Bagi UPTD Puskesmas DTP Tempuran

Memberikan masukan kepada Puskesmas Tempuran dan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang orang dengan gangguan kesehatan jiwa (ODGJ) sudah termasuk 12 Standar pelayanan minimal (SPM) artinya orang dengan gangguan jiwa berhak mendapatkan pelayanan sesuai standard dan di lindungi oleh undang – undang kesehatan jiwa. Maka pengadaan obat untuk ODGJ lebih diperhatikan.

b. Bagi institusi pendidikan

Untuk dokumentasi agar dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

c. Bagi Peneliti lain

Sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya serta menjadikan bahan pertimbangan agar lebih banyak variabel yang akan diteliti.

d. Bagi keluarga

Agar keluarga dapat merawat ODGJ dengan baik serta menerima ODGJ bukan lagi beban keluarga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Program Indonesia sehat melalui pendekatan keluarga/ PIS-PK

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015. (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga. Tujuan dari pendekatan keluarga adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.
2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota

dan provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.

3. Mendukung pelaksanaan JKN dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019.

Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga.

Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat (Kemenkes RI, 2016)

2.2 Standard pelayanan Minimal (SPM)

Peraturan Pemerintah No 2 tahun 2018 tentang Standard Pelayanan

Minimal (SPM) merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah daerah untuk rakyatnya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya. Untuk itu dalam penetapan indikator SPM, Kementerian/Lembaga Pemerintahan Non Kementerian agar melakukan pentahapan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu.

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
3. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
4. Pelayanan kesehatan balita
5. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
6. Pelayanan kesehatan pada usia produktif
7. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
8. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi
9. Pelayanan kesehatan pada penderita diabetes milietus
10. Pelayanan kesehatan pada gangguan jiwa berat
11. Pelayanan kesehatan orang dengan TB
12. Pelayanan kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV(Peraturan Pemerintah, 2018)

2.3 Konsep Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Fridman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan

emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

2.3.2 Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Caplan (1974) dalam Friedman (2010) terdapat tiga sumber dukungan sosial umum, sumber ini terdiri atas jaringan informal yang spontan: dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan profesional, dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan. Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.3.3 Tujuan Dukungan Keluarga

Sangatlah luas diterima bahwa orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan

rekannya yang tanpa keuntungan ini. Lebih khususnya, karena dukungan sosial dapat dianggap mengurangi atau menyangga efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung, dukungan sosial adalah strategi penting yang harus ada dalam masa stress bagi keluarga (Friedman, 2010). Dukungan sosial juga dapat berfungsi sebagai strategi pencegahan guna mengurangi stress akibat negatifnya (Roth, 1996). Sistem dukungan keluarga ini berupa membantu berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman, dan tetangga. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan financial yang terus-menerus dan intermiten, berbelanja, merawat anak, perawatan fisik lansia, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis.(Friedman, 2010)

2.3.4 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998), menyatakan bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Terdapat empat dimensi dari dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan emosional berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010) Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan

dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.(Sarafino, Edward p, n.d.)

2. Dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia (Friedman,1998). Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada (Sarafino, 2011).
3. Dukungan instrumental, keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman, 1998). Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari (Sarafino, 2011).
4. Dukungan penghargaan, keluarga bertindak (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota (Friedman, 2010). Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain (Sarafino, 2011).

2.4 Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di

bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 1988).

Suatu keluarga setidaknya memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Terdiri dari orang-orang yang memiliki ikatan darah atau adopsi.
2. Anggota suatu keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah dan mereka membentuk satu rumah tangga.
3. Memiliki satu kesatuan orang-orang yang berinteraksi dan saling berkomunikasi, yang memainkan peran suami dan istri, bapak dan ibu, anak dan saudara.
4. Mempertahankan suatu kebudayaan bersama yang sebagian besar berasal dari kebudayaan umum yang lebih luas

2.4.1 Pendidikan dan Dukungan Keluarga

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (*community mental health nursing*) merupakan pelayanan keperawatan tentang kesehatan jiwa masyarakat dengan pendekatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Program ini menggunakan pendekatan edukasi dan praktik. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang perjalanan penyakit anggota keluarga, mengurangi tingkat kekambuhan, dan meningkatkan fungsi klien dan tujuan itu dicapai melalui pendidikan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik mengatasi perilaku simptomatis, dan mendorong kekuatan keluarga. Secara umum, program komperhensif untuk bekerja dengan keluarga harus meliputi hal berikut ini:

1. Komponen edukasi yang memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem pelayanan kesehatan jiwa.
2. Komponen ketrampilan yang menawarkan pelatihan komunikasi, resolusi konflik, penyelesaian masalah, sikap (Stuard, 2016) asertif, manajemen perilaku dan manajemen stres.
3. Komponen emosional yang memberikan kesempatan untuk katarsis, berbagi dan memobilisasi sumber.
4. Komponen proses keluarga yang memfokuskan pada strategi keluarga dengan gangguan jiwa dalam keluarga.
5. Komponen sosial yang meningkatkan penggunaan jejaring formal dan non formal (Stuart, Gail, 2016).

Faktor pendampingan keluarga terhadap kesehatan pasien jiwa memiliki hubungan yang signifikan. Keluarga memiliki peranan yang penting dalam perawatan pasien gangguan jiwa dan jika pengetahuan keluarga tentang cara penanganan terhadap pasien gangguan jiwa baik, keluarga dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien. (Risnawati, 2010)

2.4.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis, dan fungsi perawatan kesehatan. Berbagai fungsi keluarga tersebut memiliki keterkaitan dengan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Fungsi afektif merupakan fungsi yang memenuhi kebutuhan psikologis

anggota keluarga, seperti kebutuhan akan ditemani dan dicintai. Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedman, 1998). Untuk mencapai kemandirian pada klien gangguan jiwa, fungsi afektif harus dipenuhi dengan cara menghindari paksaan, membantu penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan upaya kemandirian. (Freeman, A, Simon, K.M., Beutier, L.E., and Arkowitz, 1998)

Fungsi sosialisasi bertujuan untuk mengajarkan anak-anak mempersiapkan dan melakukan peran sosial orang dewasa, berfungsi dan menerima peran-peran sosial orang dewasa yang mampu berpartisipasi dalam masyarakat. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diharapkan dapat membantu klien agar mampu melakukan hubungan sosial baik di dalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun di luar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada di wilayah tempat tinggalnya (Utami, 2008). Perilaku penderita gangguan jiwa membuat pola komunikasi keluarga dengan pasien terganggu, hal ini menjadi tantangan bagi keluarga untuk mengendalikan hubungan dan bagaimana menata lingkungan masyarakat untuk menerima perubahan pola hubungan pasien.

Fungsi ekonomi meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber finansial dengan sesuai melalui proses

pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber untuk memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri. Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatannya. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber finansial yang tersedia agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah memberikan perawatan keluarga bagi seluruh anggota keluarganya. Tanggung jawab utama keluarga pada fungsi ini adalah memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional tenaga kesehatan.(Freeman, A, Simon, K.M., Beutier, L.E., and Arkowttz, 1998)

2.4.3 Beban Keluarga Merawat Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa

Pada keluarga dengan gangguan jiwa, stressor yang dihadapi berbeda dengan keluarga dengan masalah kesehatan lainnya. Selain berkaitan dengan biaya untuk perawatan, ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari juga ditambah dengan stigma masyarakat pada klien gangguan jiwa. Gangguan jiwa memberikan efek pada keluarga dari klien yang disebut dengan beban keluarga (*family burden*). Beban keluarga diartikan sebagai stress atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya (Mohr, 2006). Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Agiananda (2006), yang

menunjukkan bahwa keluarga mengalami beban dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Beban yang dirasakan yaitu beban finansial dalam biaya perawatan, beban mental dalam menghadapi perilaku pasien, dan beban sosial terutama menghadapi stigma dari masyarakat tentang anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

2.5 Perilaku

2.5.1 Pengertian perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Skinner dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku adalah unik dan individual. Setiap individu memiliki perilakunya sendiri yang berbeda dengan individu lain. Perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif. Namun, secara minimal jika didasari pengetahuan yang cukup, perilaku positif yang terbentuk relatif lebih lama. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku dengan kekhasan dan keunikannya dipengaruhi oleh banyak variabel. (Notoatmodjo Soekidjo, 2010)

2.5.2 Determinan perilaku kesehatan

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subyek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan perkataan lain perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor – faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang

menentukan atau yang membentuk perilaku ini disebut determinan. Dalam penelitian kesehatan masyarakat menggunakan teori Lawrence Green. (Notoatmodjo Soekidjo, 2010)

2.5.3 Teori Lawrence Green

Berangkat dari analisis penyebab masalah kesehatan, Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan tersebut yakni, *behavior factors* (faktor perilaku), dan non *behavior factors* atau faktor non perilaku. Selanjutnya Green menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu:

Lawrence W Green (1980) tentang pengembangan model dikenal sebagai kerangka PRECEDE (Predisposisi, pemungkin, penguat).

1. Faktor predisposisi

- a. Pengetahuan dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa keluarga sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang merawat ODGJ.
- b. Sikap dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa Keluarga sudah mempunyai sikap yang positif.
- c. Kepercayaan

Kepercayaan dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa kepercayaan ibu terhadap petugas kesehatan sangat positif.

d. Keyakinan

Keyakinan dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa keyakinan keluarga terhadap petugas kesehatan sangat

positif.

e. Nilai-nilai

Nilai-nilai dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa nilai diakui apabila tidak bertentangan dengan nilai-nilai yang lain yang ada dalam masyarakat

2. Faktor pendukung

- a. Jarak ke pelayanan kesehatan dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan terdapat puskesmas jejaring yang menjangkau masyarakat jauh
- b. Sarana dan prasaran dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa fasilitas kesehatan sarana dan prasaranya sudah lengkap

3. Faktor pendorong

- a. Peran tenaga kesehatan dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan petugas kesehatan telah dalam memberikan penyuluhan tentang kesehatan jiwa.
- b. Dukungan keluarga dalam penelitian ini diteliti dikarenakan berdasarkan studipendahuluan keluarga masih banyak yang tidak merawat ODGJ dengan baik.
- c. Status ekonomi dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa status ekonomi keluarga bukan masalah keluarga dalam merawat ODGJ.

- d. Tokoh agama dalam penelitian ini tidak diteliti dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa tokoh agama tidak terlalu merekomendasi keluarga dalam merawat ODGJ. (Notoatmodjo Soekidjo, 2012)

2.6 Gangguan Jiwa

2.6.1 Pengertian Gangguan jiwa

Menurut UU No 18 tahun 2014 Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. (Undang-Undang Dasar RI, 2014)

Gangguan jiwa menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III dalam (Fitryasari, 2015) merupakan sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat. Menurut Muslim dalam Fitryasari (2015) mendiskripsikan gangguan jiwa merupakan sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya efek yang tidak wajar atau tumpul. Gangguan jiwa adalah

sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan hendaya (*disabilitas*) pada satu lebih fungsi kehidupan manusia. Fungsi jiwa yang terganggu meliputi fungsi biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Secara umum gangguan fungsi jiwa dialami seorang individu dapat terlihat dari penampilan, komunikasi, proses berfikir, interaksi dan aktivitasnya sehari-hari. (Keliat, 1996)

2.6.2 Etiologi

Etiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang sebab akibat dan latar belakang terjadinya suatu penyakit pada seorang individu (pasien atau klien). Secara umum, sebab-sebab perilaku abnormal dapat ditinjau dari beberapa sudut. Misalnya berdasarkan tahap berfungsinya dan berdasarkan sumber asalnya. (Baihaqi, 2005)

Menurut tahap berfungsinya, sebab-sebab perilaku abnormal dapat dibedakan Coleman dkk dalam (Baihaqi, 2005) sebagai berikut:

1. Penyebab primer (*primary cause*)

Merupakan kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa/ perilaku abnormal, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan tidak akan muncul. Jadi, sejenis '*conditio sine qua non*'. Misalnya, infeksi sifilis yang menyerang sistem syaraf (general paresis), yaitu psikosis yang disertai paralisis atau kelumpuhan yang bersifat progresif atau berkembang secara bertahap sampai akhirnya penderita mengalami kelumpuhan total. Tanpa infeksi sifilis, gangguan ini tidak mungkin terjadi.

2. Penyebab yang menyiapkan (*predisposing cause*)

Merupakan faktor yang menyebabkan seseorang rentan atau peka terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa, misalnya kondisi fisik (seseorang dengan penyakit menahun, keturunan, atau kecacatan), genetik, inteligensia, kepribadian, keadaan sosial ekonomi, atau kondisi yang mendahului dan membuka jalan bagi kemungkinan terjadinya gangguan tertentu dalam kondisi-kondisi tertentu di masa mendatang. Misalnya anak yang ditolak oleh orang tuanya (*rejected child*) mungkin menjadi lebih rentan terhadap tekanan hidup sesudah dewasa dibandingkan orang-orang yang memiliki dasar rasa aman yang lebih baik.

3. Penyebab pencetus (*precipitating cause*)

Merupakan tegangan-tegangan atau kejadian-kejadian traumatik yang langsung atau segera menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gejala gangguan jiwa. Misalnya, kehilangan harta benda yang berharga, menghadapi kematian anggota keluarga, menghadapi masalah sekolah, mengalami kecelakaan hingga cedera berat (cacat), didera masalah kerja, kehilangan mata pencaharian, problem memilih pacar, kesulitan perkawinan, perceraian, atau menderita penyakit berat. Penyebab pencetus juga bisa diartikan sebagai setiap kondisi yang tidak tertahankan bagi individu dan akhirnya mencetuskan gangguan. Misalnya seorang wanita muda yang terganggu sesudah mengalami kekecewaan berat ditinggalkan tunangannya, atau contoh lain, seorang pria setengah baya yang menjadi terganggu karena kecewa berat sesudah bisnisnya bangkrut atau gedung tempat usahanya terbakar.

4. Penyebab yang menguatkan (*reinforcing cause*)

Merupakan kondisi yang cenderung mempertahankan atau mempengaruhi tingkah laku salah-suai (*maladaptive*) yang sudah terjadi. Contohnya perhatian yang berlebihan pada seorang gadis yang sedang “sakit”, justru dapat menyebabkan yang bersangkutan kurang bertanggung jawab atas dirinya dan menunda kesembuhannya.

5. Sirkulasi faktor-faktor penyebab (*multiplecause*)

Adanya serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi, dalam kenyataannya suatu gangguan perilaku jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat sederhana, melainkan saling mempengaruhi sebagai “lingkaran setan”, sering menjadi sumber penyebab berbagai abnormalitas. Misalnya, sepasang suami istri menjalin konseling untuk mengatasi problem dalam hubungan perkawinan mereka. Sang suami menuduh istrinya senang menghamburkan uang untuk berfoya-foya, sedangkan istrinya menuduh suami hanya asyik dengan bisnisnya dan kurang memerhatikannya. Menurut versi sang istri, ia suka meninggalkan rumah untuk berfoya-foya dengan teman-temannya karena suaminya tidak memerhatikannya. Menurut versi sang suami, ia jengkel dan sengaja mengabaikan istrinya karena istrinya itu senang hurah-hura di luar. Jadi, tidak jelas mana sebab mana akibat. Setiap pihak mempunyai andil pemicu dan mengukuhkan perilaku pasangannya. Inilah yang dimaksud dengan sirkulasi sebab-akibat atau “lingkaran setan”.

2.6.3 Menurut sumber asalnya

Berdasarkan sumber asalnya, sebab-sebab perilaku abnormal dapat digolongkan sedikitnya menjadi tiga, yaitu faktor biologis (bio-organik), faktor psikososial, dan faktor sosiokultural. (Baihaqi, 2005)

1. Faktor biologis

Faktor biologis merupakan berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan maupun fungsi pribadi/ individu dalam kehidupan sehari-hari, biasanya bersifat menyeluruh, artinya mempengaruhi seluruh aspek tingkah laku, mulai dari kecerdasan sampai daya tahan terhadap stres, misalnya pada kasus:

a. Kurang gizi

- (1) Hipoglikemi (penurunan glukosa dalam darah) akan menyebabkan seorang mudah depresi
- (2) Pada seseorang dengan defisiensi vitamin B12 menyebabkan gejala gangguan cemas
- (3) Fenilketonuria pada anak-anak yang kekurangan enzim untuk menghancurkan fenilalanin akan menyebabkan terakumulasinya fenilalanin dalam darah dan bisa merusak otak

b. Kelainan gen

- (1) Sindroma down (retardasi mental yang disertai tanda mata sipit, muka datar, telinga kecil, jari-jari pendek, dan lain-lain)
- (2) Sindroma turner (dengan ciri khas, tubuh pendek, leher melebar,

infantilisme seksual)

- (3) Cacat kongenital atau sejak lahir, dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak (terlebih yang berat), akan tetapi pada umumnya pengaruh cacat dan timbulnya gangguan jiwa tergantung pada individu itu, bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat atau berubah

c. Penyakit-penyakit

- (1) *Parkinson*, biasanya diikuti gejala apati dan depresi
- (2) *Huntington's chorea*, biasanya memperlihatkan gejala labilitas emosi, impulsif, depresi, halusinasi, delusi
- (3) *Multiple sclerosis (MS)*, dari timbulnya gejala awal yang ringan seperti labilitas emosi, euphoria, episode psikotik *transient*, depresi sampai manifestasi "histeria"
- (4) Infeksi central nervous system (CNS), misalnya general paresis pada CNS *syphilis*, secara gradual akan meningkatkan demensia (kepikunan), dan menimbulkan gejala-gejala yang membingungkan seperti *mimic schizophrenia*, mania, depresi, gangguan somatik.

2.6.4 Faktor psikososial

Faktor psikologis meliputi:

1. Trauma dimasa kanak-kanak, deprivasi dini biologi maupun psikologik yang terjadi pada waktu bayi, anak-anak, misalnya anak yang ditolak (*rejected child*).

2. Deprivasi parental, misalnya anak-anak yang kehilangan asuhan ibu dirumah sendiri, terpisah dengan ibu atau ayah kandung, tinggal di asrama, dan sebagainya.
3. Hubungan orang tua dan anak yang patogenik. Menurut Coleman dan Maramis dalam (Baihaqi, 2005), bahwasanya keluarga pada masa kanak-kanak memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian, kadang orang tua berbuat terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak untuk berkembang, ada kalanya orangtua berbuat terlalu sedikit dan tidak merangsang anak, atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkan. Beberapa jenis hubungan yang sering melatarbelakangi adanya gangguan jiwa misalnya perlindungan berlebihan, manja berlebihan, tuntutan perfeksionis, standar moral yang kaku dan tidak realistik, disiplin yang salah, persaingan antar saudara.

4. Struktur keluarga yang patogenik

Struktur keluarga inti, kecil, atau besar mempengaruhi terhadap perkembangan jiwa anak, apalagi bila terjadi ketidaksesuaian perkawinan dan problem rumah tangga yang berantakan.

5. Stres berat

Tekanan stres yang timbul bersamaan dan atau berturut-turut, bisa menyebabkan berkurangnya atau hilangnya daya tahan terhadap stres. Contohnya, kasus seseorang yang baru saja mengalami perceraian kemudian harus juga kehilangan anak, baik karena anaknya meninggal

ataupun diputus secara paksa, mengakibatkan daya tahan dirinya dalam menghadapi masalah menjadi lebih rentan.

2.6.5 Faktor sosiokultural

Faktor-faktor sosiokultural meliputi keadaan objektif dalam masyarakat atau tuntutan dari masyarakat yang dapat berakibat timbulnya tekanan pada individu dan selanjutnya melahirkan berbagai bentuk gangguan. Misalnya suasana perang di Afghanistan dan Irak, bencana alam Tsunami, resesi ekonomi Indonesia tahun 1997-1998, konflik politik menjelang pemilu, serta berbagai perubahan sosial iptek. Alfin Toffle dan (Baihaqi, 2005) mengemukakan bahwa yang paling berbahaya di zaman modern, di negara-negara dengan “super industrialis” ialah kecepatan perubahan dan pergantian yang makin cepat dalam hal “kesementaraan (*transience*)”, “kebaruan (*novelty*)”, dan “keanekaragaman (*diversity*)”, sehingga individu menerima rangsangan yang berlebihan dan kemungkinan terjadinya kekacauan mental lebih besar. Peristiwa sedemikian besar terjadinya di masa depan sehingga disebut dengan future shock, dengan karakteristi keberadaan di tengah kebudayaan asing (*culture shock*), lingkungan fisik masyarakat yang tak ramah, keadaan sosial masyarakat yang merendahkan daya tahan frustasinya, sehingga menciptakan suasana sosial yang tidak baik dan menjurus ke gangguan mental.

Menurut Maramis dalam Fitryasari (Fitryasari, 2015) sumber penyebab gangguan jiwa meliputi tiga hal yaitu:

- a. Faktor somatik (somatogenetik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologis, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan

perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal

- b. Faktor psikologik (psikogenetik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
- c. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai.

2.6.6 Klasifikasi Gangguan jiwa

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut (Fitryasari, 2015)

- a. F00-F09 : Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik)
- b. F10-F19 : Gangguan mental dan perilaku penggunaan zat psikoaktif
- c. F20-F29 : Skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham
- d. F30-F39 : Gangguan suasana perasaan (mood/afektif)

- e. F40-F49 : Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres
- f. F50-F59 : Sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
- g. F60-F69 : Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
- h. F70-F79 : Retardasi mental
- i. F80-F89 : Gangguan perkembangan psikologis
- j. F90-F98 : Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

1. Gangguan jiwa berat/ kelompok psikosa meliputi Skizoprenia dan psikosis akut
2. Gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya.

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa berat dapat ditegakkan berdasarkan kriteria NANDA (*North America Nursing Diagnosis Association*) ataupun NIC (*Nursing Intervention Classification*) NOC (*Nursing Outcome Criteria*). Negara Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan yang paling serjadi di rumah sakit jiwa.

Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuan masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu:

- a. Perilaku kekerasan
- b. Halusinasi
- c. Menarik diri
- d. Waham
- e. Bunuh diri
- f. Defisit perawatan diri (berpakaian/ berhias, kebersihan diri, makan, aktivitas sehari-hari, buang air)
- g. Harga diri rendah

2.6.7 Gangguan jiwa yang sering ditemukan

1. Gangguan cemas (Anxietas)

Rasa cemas yang berlebihan dan tak masuk akal, misalnya cemas akan terjadi sesuatu yang tak menyenangkan, padahal tidak ada yang perlu dicemaskan. Selain dari gejala tersebut terdapat pula gejala kecemasan atau ketegangan yang bersifat ganda :

- a. Ketegangan mental : cemas, bingung, rasa tegang atau gugup, sulit memusatkan perhatian
- b. Ketegangan fisik : gelisah, sakit kepala, gemeteran, tidak bisa santai
- c. Gejala fisik : pusing berkeringat, denyut jantung cepat atau keras, mulut kering dan nyeri perut

Gejala dapat berlangsung berbulan-bulan, sering muncul kembali dan sering dicetuskan oleh peristiwa yang menegangkan.

2. Depresi

Gangguan depresi harus dibedakan dengan perasaan sedih biasa.

Semua orang pada saat tertentu dapat merasa sedih dan tidak bahagia. Apabila kehilangan orang yang dicintai, orang akan merasa sedih yang mendalam. Rasa sedih dan berkabung yang demikian adalah normal dan merupakan reaksi sementara menghadapi stres dalam kehidupan. Orang tersebut masih dapat melaksanakan fungsi dalam kehidupan sehari-hari dan dengan berlalunya waktu perasaan ini juga akan menghilang.

Gangguan depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang bersangkutan tak dapat melaksanakan fungsi sehari-hari sebagai orang tua, pasangan hidup, pegawai, pelajar, ibu rumah tangga, pedagang dan lain-lain. Ia merasa putus asa dan tak ada lagi kenikmatan untuk melakukan kegiatanyang iasa dia lakukan.

Keluarga atau kerabat seringkali tidak menyadari adanya depresi dan menyuruh orang tersebut untuk melawan perasaannya, dimana hal ini hanya akan memperburuk keadaannya. Kadang-kadang depresi juga timbul dalam bentuk keluhan fisik yang beragam, sehingga orang juga dihadapkan pada pemeriksaan fisik yang bermacam ragam walaupun akhirnya tidak ditemukan kelainan pada organ tubuh.

Gejala dan tanda- tanda depresi

a. Suasana perasaan

Merasa sedih, murung, kehilangan minat dan rasa senang terhadap pekerjaan yang biasa dia lakukan. Mereka sering pula merasa mudah tersinggung, mengalami rasacemas dan panik bahwa sesuatu yang

buruk akan terjadi.

b. Pikiran

Isi pikiran biasanya tentang kegagalan dan kesalahan. Orang tersebut cenderung menyalahkan diri sendiri terhadap kegagalan yang terjadi. Ia sulit memusatkan perhatian dan daya ingat menjadi terganggu. Kadang-kadang timbul pikiran ingin mati.

c. Keluhan fisik

Rasa lelah berkepanjangan, gangguan tidur (sulit tidur atau terlalu banyak tidur), gangguan makan (tidak nafsu makan atau banyak makan), kehilangan minat seksual, rasa sakit dan nyeri di leher dan punggung, sakit kepala, nyeri di dada dan keluhan perut serta keluhan fisik lainnya dari ujung rambut ke ujung kaki. Beberapa orang yang mengalami depresi hanya mengeluh gangguan fisik dan menolak adanya masalah emosional atau depresi. Orang ini disebut menderita depresi terselubung, depresinya tertutup oleh keluhan fisik.

d. Kegiatan (aktivitas)

Biasanya orang yang mengalami depresi kegiatannya menjadi menurun, ia hanya ingin berbaring ditempat tidur sepanjang hari atau ia menarik diri dari pergaulan. Dalam keadaan ini kadang-kadang ada usaha untuk bunuh diri.

e. Khusus untuk anak dan remaja

Depresi sering muncul dalam bentuk gangguan tingkah laku, misalnya menantang, kebut-kebutan, berkelahi atau tingkah laku mencederai

diri sendiri.

3. Gangguan Psikotik

Seseorang yang menderita gangguan psikotik menunjukkan perubahan yang nyata dan berlangsung lama.

Orang tersebut mungkin menunjukkan gejala sebagai berikut:

- a. Menarik diri dari lingkungan dan hidup dalam dunianya sendiri
- b. Merasa tidak mempunyai masalah dengan dirinya
- c. Kesulitan untuk berfikir dan memusatkan perhatian
- d. Gelisah dan bertingkah laku atau bicara kacau
- e. Sulit tidur
- f. Mudah tersinggung dan mudah marah
- g. Mendengar atau melihat sesuatu yang tidak nyata
- h. Berkeyakinan yang keliru seakan-akan ada seseorang yang membuntuti atau ingin membunuhnya
- i. Keluhan fisik yang aneh, misalnya ada hewan atau benda yang tak lazim didalam tubuhnya
- j. Mungkin ada masalah dalam melaksanakan tugas sehari-hari
- k. Tidak merawat diri, kadang-kadang penampilan kotor.

4. Demensia (Kepikunan)

Demensia sering terjadi pada usia lanjut. Gambar utama penyakit ini adalah:

- a. Penurunan daya ingat mengenai hal yang baru terjadi, misalnya orang tersebut lupa apakah sudah makan, mandi, lupadimana meletakkan

barangnya dan lain-lain.

- b. Penurunan daya pikir, misalnya tidak mampu lagi berhitung yang biasanya mudah dia lakukan.
- c. Penurunan daya nilai, misalnya sulit membedakan yang baik dan yang buruk.
- d. Penurunan kemampuan berbahasa, misalnya sulit mencari kata-kata untuk menyatakan pendapat.
- e. Penurunan fungsi sehari-hari misalnya tak mampu berpakaian, mandi mencuci, memasak, dan melakukan kegiatan lainnya sendiri
- f. Kehilangan kendali emosional, misalnya mudah bingung, menangis atau mudah tersinggung.
- g. Keadaan ini biasa terdapat pada usia lanjut dan sangat jarang pada usia muda.

Kehilangan daya ingat dapat menyebabkan masalah tingkah laku, misalnya menjadi gaduh gelisah, pencurigaa dan emosi yang meledak - ledak. (*Buku pedoman Kesehatan Jiwa (pegangan bagi kader kesehatan)*, 2013)

2.7 Pemasungan

Menurut PERMENKES RI No 54 tahun 2017 Pemasungan adalah segala bentuk pembatasan gerak ODGJ oleh keluarga atau masyarakat yang mengakibatkan hilangnya kebebasan ODGJ, termasuk hilangnya hak atas pelayanan kesehatan untuk membantu pemulihan.

Pengaturan Penanggulangan Pemasungan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa

(ODGJ) ditujukan untuk:

- a. Menjamin pelayanan kesehatan bagi ODGJ berdasarkan hak asasi manusia
- b. Menjamin ODGJ mencapai kualitas hidup yang sebaik- baiknya dan menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan terhadap Pemasungan dan tekanan akibat Pemasungan, dan
- c. Memberikan acuan bagi pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta pemangku kepentingan lainnya untuk menghapuskan pemasungan pada ODGJ.

Peran serta masyarakat dalam Penanggulangan Pemasungan dilaksanakan melalui:

- a. Keterlibatan dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan
- b. Pemberian informasi, edukasi, dan bimbingan
- c. Pemberian dukungan dalam bentuk finansial, materil, dan sosial
- d. Pembentukan dan pengembangan kelompok bantu diri serta organisasi konsumen dan keluarga,dan
- e. Sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijakan teknis dan/atau pelaksanaan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ. (PERMENKES RI, 2017)

2.8 Penelitian terdahulu

NO	Nama, tempat, tahun	Judul Penelitian	Metode penelitian, variabel penelitian dan jumlah sampel	Hasil penelitian	Persamaan / perbedaan
1.	Sulastr/Lampung/ 2016	Psikoedukasi keluarga meningkatkan kepatuhan minum obat ODGJ dipuskesmas	Penelitian dengan pendekatan kuantitatif,desain quasi experiment pre and post test without control grup. Variabel	Hasil penelitian diketahui ada peningkatan dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pasien	Penelitian ini dengan pendekatan kuantitatif, dengan deskriptif analitik dengan jumlah sampel

		Kedaton Bandar Lampung	independen keluarga, variabel dependent kepatuhan ODGJ minum obat Sampel sebanyak 30 orang,	setelah dilakukan psikoedukasi keluarga dengan p-value = 0,000	sebanyak 53 orang lebih banyak dari penelitian sebelumnya.
2.	Kadek putra sanchaya /Jawa tengah/2018	Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa	penelitian dengan pendekatan kuantitatif menggunakan rancangan cross-sectional dengan metode analitik korelatif, variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen kualitas hidup ODGJ, Sampel banyak 39 orang dipilih dengan teknik non probability sampling jenis purposive sampling.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga baik dan sedang, terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup responden dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$)	Penelitian ini dengan pendekatan kuantitatif, sama menggunakan rancangan cross-sectional dengan metode deskriptif analitik, variabel independen petugas kesehatan dan variabel dependen tugas keluarga yang merawat ODGJ dengan jumlah sampel 53 orang dengan teknik total sampling
3.	Maya a indriany/ Jember / 2018	Peran petugas kesehatan dalam penanganan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) pasung di puskesmas Kabupaten Jember	penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan desain studi kasus. Menggunakan teknik purposive sampling dengan variabel independen peran petugas kesehatan dan variabel dependen Penanganan ODGJ pasung	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor predisposisi sudah cukup baik dan pengetahuan petugas masih kurang. pengetahuan informan tentang kesehatan jiwa masih kurang, faktor pemungkin sarana dan prasarana sebagian masih kurang kurangnya media leaflet, lembar balik dan obat-	Penelitian ini dengan pendekatan kuantitatif, berbeda dari penelitian sebelumnya menggunakan rancangan cross-sectional dengan metode deskriptif analitik, variabel independen petugas kesehatan dan variabel dependen tugas keluarga yang merawat ODGJ

				obatan yang kurang faktor penguat seluruh informan menjalankan tugas dengan mencari pengobatan alternatif dan kesehatan.	
4.	Muhamad Aedil/Sulawesi selatan/2013	perilaku petugas perawatan pasien gangguan jiwa skizoprenia di rumah sakit khusus daerah provinsi sulawesi selatan tahun 2013	Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan pendekatan studi kasus dengan teknik wawancara mendalam dan observasi, sampel 17 orang, variabel independen perilaku petugas kesehatan variabel dependen ODGJ skizoprenia	Hasil penelitian tindakan petugas kesehatan dalam menciptakan suasana aman bagi pasien skizoprenia dilakukan dengan cara pendekatan, pemindahan pasien ke ruangan lain, pemberian obat juga tindakan fiksasi (pengikatan)perawat membantu pasien dalam menjaga kebersihan dan tetap melakukan pengawasan.	Penelitian ini dengan pendekatan kuantitatif, berbeda dari penelitian sebelumnya menggunakan rancangan cross-sectional dengan metode deskriptif analitik, variabel independen petugas kesehatan dan variabel dependen tugas keluarga yang merawat ODGJ. Dengan jumlah sampel 53 orang dan menggunakan kuisioner / angket
5.	Mohamad Miftachul ulum/Blitar/2018	Upaya keluarga mencegah pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa dikota Bliar	Jenis penelitian rancangan deskriptif dengan populasi keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami gangguan jiwa berat , pengumpulan data menggunakan kuisioner dengan sempel sebanyak 30 responden	Hasil penelitian upaya dalam melakukan pengkajian terhadap ODGJ adalah 60% kurang, upaya keluarga dalam merencanakan tindakan masih ditemukan 30% kurang, upaya keluarga merawat ODGJ 30%	Jenis penelitian rancangan deskriptif analitik dengan populasi keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, pengumpulan data menggunakan kuisioner dengan sempel sebanyak 53 responden

			diambil dengan menggunakan teknik kuota sampling. Variabel independen keluarga variabel dependen ODGJ	kurang upaya keluarga dalam memodifikasi lingkungan sekitar ODGJ 46,7% kurang, upaya keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan 10% kurang.	diambil dengan menggunakan teknik total sampling. variabel independen petugas kesehatan dan variabel dependen tugas keluarga yang merawat ODGJ
--	--	--	---	--	--