



**PENGALAMAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERAWATAN DIRI PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA
(ODGJ) DENGAN PASUNG DI KECAMATAN AMBULU
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Nuriyah Halida
NIM 112310101050**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENGALAMAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERAWATAN DIRI PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA
(ODGJ) DENGAN PASUNG DI KECAMATAN AMBULU
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Nuriyah Halida
NIM 112310101050**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah Swt. yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Sugeng Prihanto, S.Pd., ibunda Faizatul Widad S. Pd., dan Adinda Dwi Zahrah Ramadhani tercinta yang selalu memberikan doa dan motivasi selama saya menuntut ilmu;
2. Guru-guruku sejak Taman Kanak-Kanak ABA Kalisat, SDS Nasional Kalisat, SMP Negeri 1 Kalisat, SMA Negeri Kalisat, hingga Perguruan Tinggi Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

Kesehatan adalah keadaan harmoni yang lengkap dari tubuh, pikiran dan jiwa.
Ketika seseorang bebas dari cacat fisik dan gangguan mental,
gerbang jiwa pun akan terbuka*)

.....Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang bertaubat dan
orang-orang yang menyucikan/membersihkan diri (Al-Baqarah : 222) **)

Kebersihan adalah sebagian dari iman ***)

*) B.K.S. Iyengar.

**) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

***) Rahman, A. 2007. *Ensiklopedia Ilmu dalam Al-Qur'an: Rujukan Terlengkap Isyarat-Isyarat Ilmiah dalam Al-Qur'an*. Bandung: PT. Mizan Pustaka.

PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

nama : Nuriyah Halida

NIM : 112310101050

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik apabila ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juli 2015

Yang menyatakan,

Nuriyah Halida

NIM 112310101050

SKRIPSI

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN
PERAWATAN DIRI PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA
(ODGJ) DENGAN PASUNG DI KECAMATAN AMBULU
KABUPATEN JEMBER**

oleh

Nuriyah Halida
NIM 112310101050

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep.,Sp. Kep.J.

Dosen Pembimbing Anggota : Hanny Rasni, M.Kep.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Senin

tanggal : 13 Juli 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Pembimbing I,

Pembimbing II,

Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep.,Sp.Kep. J.
NIP. 19811028 200604 2 002

Hanny Rasni, M.Kep.
NIP. 19761219 200212 2 003

Penguji I,

Penguji II,

Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep.,Sp.Kep. J.
NIP. 19850511 200812 2 005

Ns. Retno Purwandari, M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,

Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember (*The Family Experience in Fulfilling the Needs of the Self-care of People With Chronic Mental Health Illness (ODGJ) With Seclusion in Ambulu Sub-District Jember Regency*)

Nuriyah Halida

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Problem of psychiatric nursing that may occur in seclusion of people with chronic mental health illness (ODGJ) is self-care. Self-care is one of the basic human abilities to meet his needs in order to survive, be healthy and be prosperous in accordance with the health condition. Family is an important part in motivating during the care and in treatment of ODGJ. This research aimed to describe the family experience in meeting the need of self-care in ODGJ by seclusion. The research used qualitative design with phenomenological study approach. The sampling technique used purposive sampling and snowball sampling. This research experienced a data saturation in the sixth participant, so the number of participants in this research was 6 people. The results found 12 research themes, that is, the fulfillments of self-care in: eating, air, bathing, hair cutting, dressing, defecation, rest and sleep, drinking and social interaction, inability to fulfill the task of development ODGJ, the implementation of seclusion on ODGJ and the implementation treatment efforts for ODGJ. The need of ODGJ's self-care by seclusion can be met by active role of family, community and health services for treatment.

Keywords: *family, self-care treatment, people with chronic mental health illness (ODGJ) with seclusion*

RINGKASAN

Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember; Nuriyah Halida, 112310101050; 2015; xix+185; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Masalah keperawatan jiwa yang dapat terjadi pada tiap ODGJ yang dipasung adalah pemenuhan perawatan diri. Keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri akan terus berlanjut dalam pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan dan penyembuhan ODGJ. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh ODGJ dalam memotivasi selama perawatan dan pengobatan. Fenomena keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember, yaitu tiga dari enam keluarga hanya membantu dalam pemenuhan kebutuhan makan dan minum.

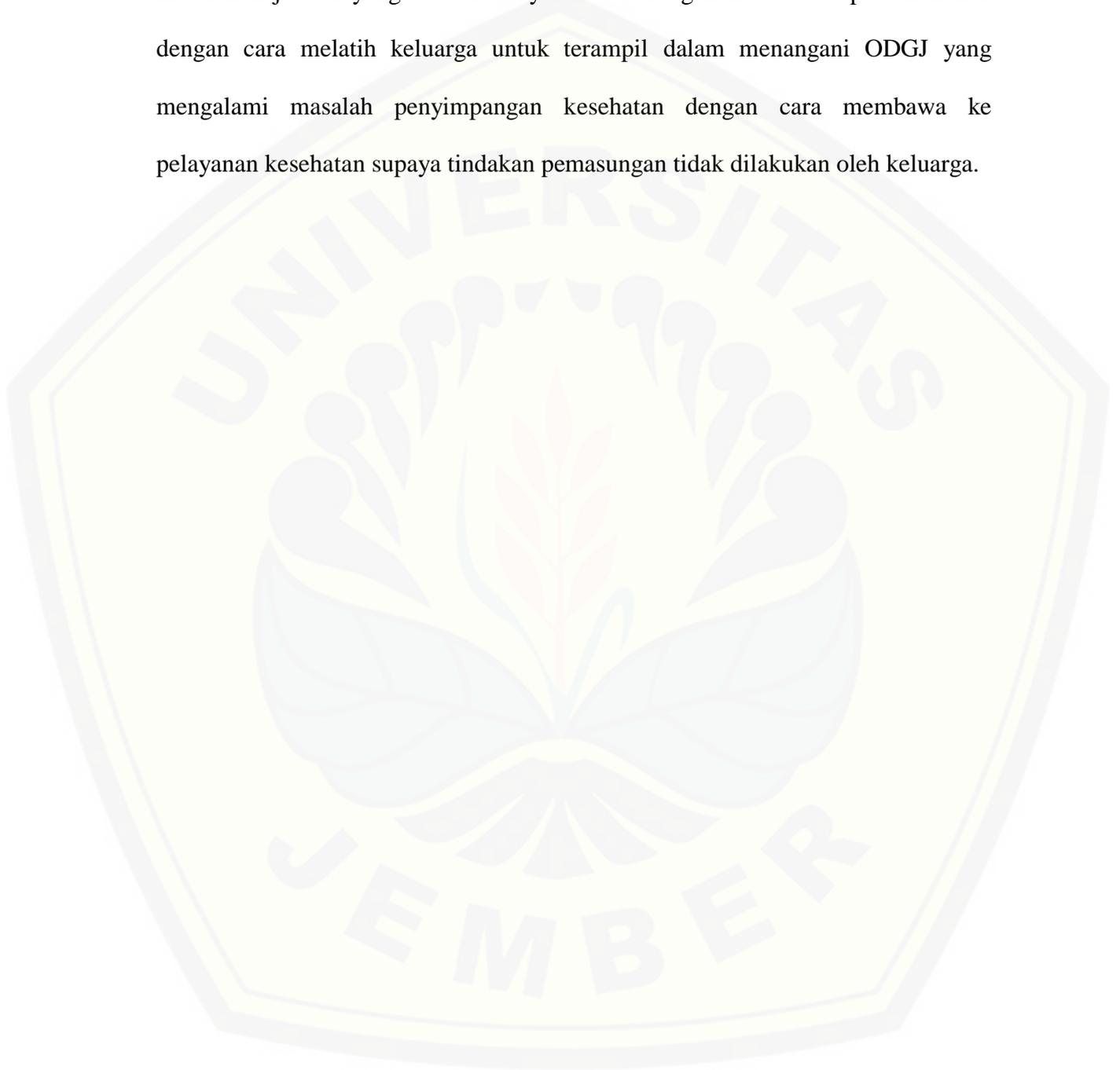
Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini untuk memperoleh gambaran tentang pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. Metode penelitian menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi jenis deskriptif. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan *snowball sampling*. Penelitian ini mengalami saturasi data pada partisipan keenam, sehingga jumlah partisipan dalam penelitian sebanyak 6 orang. Alat

pengumpulan data dalam penelitian ini adalah wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam wawancara. Proses analisis data menggunakan prosedur analisis tematik berdasarkan metode Colaizzi.

Hasil penelitian didapatkan 12 tema penelitian. Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan dipasung terdapat sembilan tema penelitian yaitu tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB), pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi.

Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan tahap perkembangan ODGJ pada ODGJ dengan dipasung terdapat satu tema penelitian yaitu tentang pemenuhan tugas perkembangan ODGJ sesuai usia. Pengalaman keluarga dalam menangani masalah penyimpangan kesehatan atau penyakit pada ODGJ dengan dipasung terdapat dua tema penelitian yaitu tentang pelaksanaan pemasangan pada ODGJ dan pelaksanaan terapi pada ODGJ. ODGJ dapat dicegah dan diatasi, untuk itu penyelesaiannya tidak hanya oleh tenaga kesehatan, tetapi juga perlu melibatkan peran aktif semua pihak. Petugas kesehatan dapat melakukan promosi kesehatan pendidikan kesehatan dan konseling kepada perawat jiwa tentang kesehatan jiwa pada masyarakat. Pada pencegahan sekunder petugas kesehatan dapat melibatkan kelompok masyarakat yang telah terbentuk,

misalnya kelompok PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga) atau struktur yang ada di masyarakat untuk menjadi kader yang berperan untuk penemuan kasus masalah kejiwaan yang ada di masyarakat. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara melatih keluarga untuk terampil dalam menangani ODGJ yang mengalami masalah penyimpangan kesehatan dengan cara membawa ke pelayanan kesehatan supaya tindakan pemasangan tidak dilakukan oleh keluarga.



PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*” dengan baik. Ucapan terima kasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu:

1. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi., M.Kep., Sp. Kep. J selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
2. Hanny Rasni., M. Kep selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Ns. Mulia Hakam., M. Kep., Sp. MB selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Kepala Puskesmas Andongsari dan Sabrang di Kabupaten Jember dan petugas program jiwa yang telah memberikan bantuan dalam pelaksanaan penelitian skripsi ini;
5. Sugeng Prihanto dan Faizatul Widad selaku kedua orangtuaku yang telah memberikan motivasi dan mendoakan demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Teman-teman angkatan 2011 yang telah memberikan semangat, dukungan, dan saran selama penyusunan skripsi ini;
7. Semua pihak yang turut membantu dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuannya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari semua pihak supaya skripsi ini semakin sempurna.

Jember, Juli 2015

Penulis



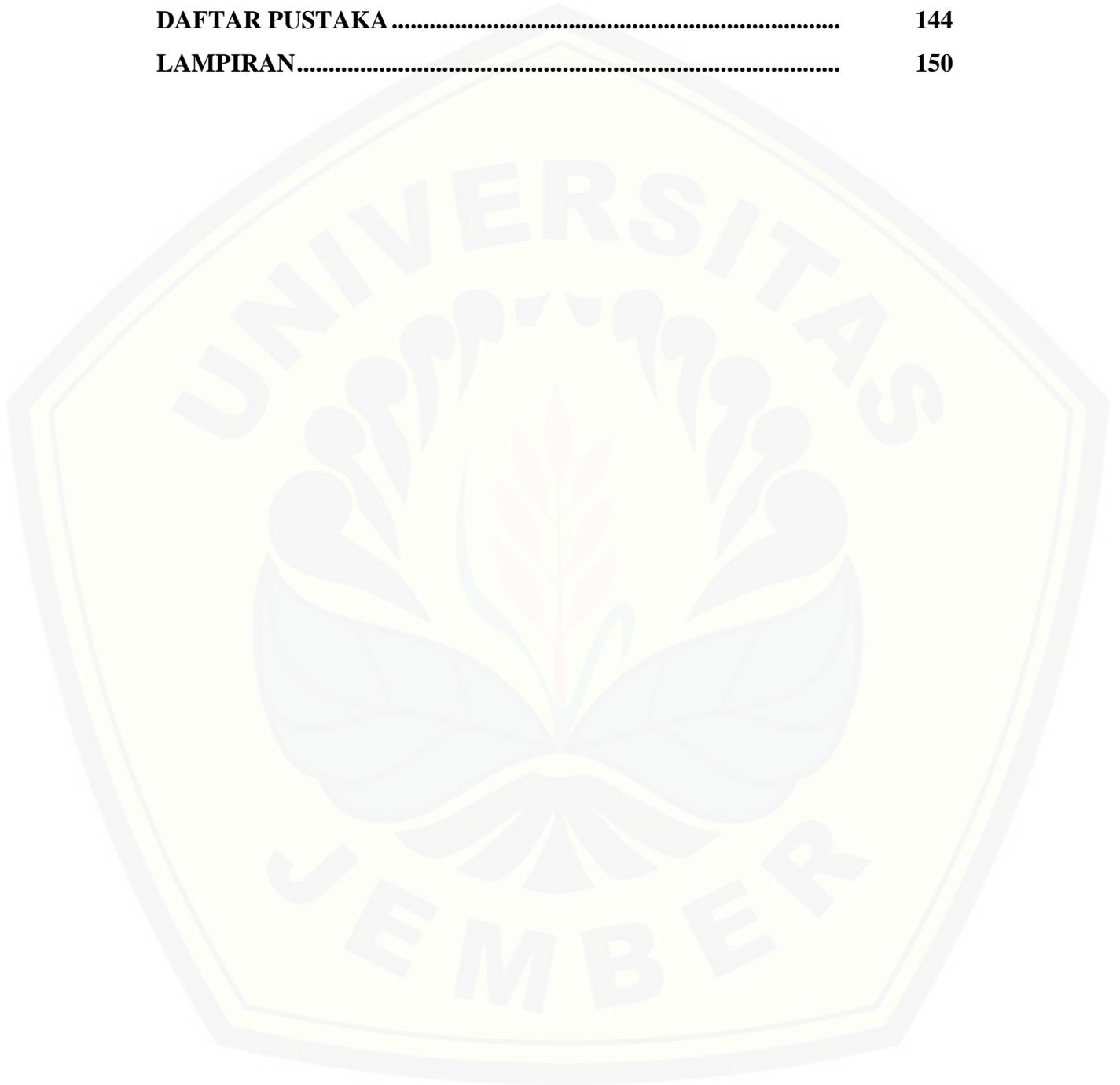
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan khusus	9
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Bagi Pendidikan	9
1.4.2 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	9
1.4.3 Bagi Masyarakat	10
1.4.4 Bagi Peneliti.....	10
1.5 Keaslian Penelitian	10

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	12
2.1.1 Definisi Orang Dengan Gangguan Jiwa	12
2.1.2 Penyebab Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	13
2.1.3 Macam-Macam Orang Dengan Gangguan Jiwa..	15
2.1.4 Tanda dan Gejala Orang Dengan Gangguan Jiwa	19
2.1.5 Penatalaksanaan Orang Dengan Gangguan Jiwa.	21
2.2 Pasung	25
2.2.1 Definisi Pasung	25
2.2.2 Penyebab Pasung	26
2.2.3 Dampak Pasung	26
2.2.4 Tindakan Pasung.....	27
2.2.5 Penatalaksanaan bagi Pasung.....	28
2.2.6 Pencegahan Pasung.....	30
2.3 Perawatan Diri	30
2.3.1 Definisi Perawatan Diri	30
2.3.2 Tujuan Perawatan Diri	31
2.3.3 Model Konsep Keperawatan Orem.....	32
2.3.4 Kebutuhan Perawatan Diri Orem.....	38
2.4 Konsep Keluarga.....	44
2.4.1 Definisi Keluarga	44
2.4.2 Ciri-Ciri Keluarga	45
2.4.3 Bentuk Keluarga	45
2.4.4 Fungsi Keluarga	48
2.4.5 Tugas Kesehatan Keluarga	49
2.4.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi	
Kesehatan Keluarga.....	51
2.4.7 Keluarga dengan Orang Dengan Gangguan jiwa	
yang dipasung.....	53

2.5 Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian	
Kualitatif.....	54
2.6 Kerangka Teori	56
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	57
3.1 Rancangan Penelitian	57
3.2 Populasi dan Partisipan.....	58
3.3 Kriteria Partisipan Penelitian.....	60
3.4 Lokasi Penelitian.....	61
3.5 Waktu Penelitian.....	61
3.6 Alat Pengumpulan Data	62
3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	63
3.7.1 Tahap Persiapan	63
3.7.2 Tahap Pelaksanaan.....	64
3.7.3 Tahap Terminasi	65
3.8 Analisis Data.....	66
3.9 Keabsahan Data	69
3.10 Etika Penelitian	72
BAB 4. HASIL PENELITIAN	74
4.1 Karakteristik Partisipan.....	74
4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian	76
BAB 5. PEMBAHASAN	104
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian	104
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	138
5.2.1 Peneliti.....	138
5.2.2 Partisipan.....	138
5.2.3 Sumber Referensi	138
5.3 Implikasi untuk Ilmu Keperawatan.....	139
5.3.1 Penelitian.....	139
5.3.2 Pelayanan keperawatan	140

BAB 6. PENUTUP	141
6.1 Simpulan	141
6.2 Saran	142
DAFTAR PUSTAKA	144
LAMPIRAN	150



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	56
4.1 Skema 1 tema 1: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan	77
4.2 Skema 2 tema 2: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara	84
4.3 Skema 3 tema 3: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi	84
4.4 Skema 4 tema 4: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut	86
4.5 Skema 5 tema 5: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian	87
4.6 Skema 6 tema 6: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB)	90
4.7 Skema 7 tema 7: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur.....	92
4.8 Skema 8 tema 8: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum.....	93
4.9 Skema 9 tema 19: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial	94
4.10 Skema 10 tema 10: ketidakmampuan pemenuhan tugas Perkembangan ODGJ.....	96
4.11 Skema 11 tema 11: pelaksanaan pemasangan pada ODGJ.....	98
4.12 Skema 12 tema 12: pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ.....	99

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Permohonan Menjadi Partisipan.....	151
B. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan	152
C. Lembar Panduan Wawancara.....	153
D. Lembar Catatan Lapangan	154
E. Lembar Data Demografi Keluarga dan Orang Dengan Gangguan Jiwa dengan Pasung	155
F. Karakteristik Partisipan.....	156
G. Analisis Data Penelitian	157
H. Dokumentasi Penelitian	170
I. Lembar Surat Ijin Peneliti	174

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seseorang 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 sebagai manusia (Undang-Undang Kesehatan Jiwa, 2014). Penyebab ODGJ, yaitu faktor somatik, psikologik, sosio-budaya, keturunan, konstitusi, cacat kongenital, deprivasi dini, pola keluarga yang patogenik, masa remaja, penyalahgunaan obat-obatan, psikodinamik, masa tua dan masalah golongan minoritas (Direja, 2011). ODGJ akan mengalami beberapa tanda dan gejala, yaitu gangguan kognitif, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran, kesadaran, kemauan, emosi dan psikomotor (Direja, 2011). ODGJ terdapat berbagai jenis, diantaranya gangguan mental organik (delirium, demensia, dan amnesia), gangguan psikotik (skizofrenia), retardasi mental, dan gangguan neurotik (ansietas fobik, panik, cemas menyeluruh, neurosis depresi, obsesi kompulsif, penyesuaian, disosiatif dan somatoform) (Sutrisna & Lisa, 2013).

WHO (*World Health Organization*) menyebutkan paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menyebutkan prevalensi gangguan jiwa berat

pada penduduk Indonesia sebanyak 0,17 % dan prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur pada gangguan jiwa berat (psikosa/skizofrenia) sebanyak 0,22 % dan gangguan mental emosional sebesar 6,5 %. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, sebanyak 70 % ODGJ yang datang ke Rumah Sakit Jiwa dengan kondisi tidak terawat atau mengalami gangguan perawatan diri dengan pakaian yang kumal, tubuh yang bau, rambut kumal dan adanya kerusakan kulit. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 menyebutkan bahwa jumlah klien gangguan jiwa di Kabupaten Jember sebanyak 17451 orang dengan prevalensi jumlah ODGJ sebanyak 1937 (11,1 %) orang (skizofrenia dan gangguan psikotik lain, gangguan psikotik akut, gangguan bipolar dan gangguan depresif) dan Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) sebanyak 15514, dimana jumlah gangguan jiwa di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember sebanyak 499 orang. Jumlah kasus gangguan jiwa di Kabupaten Jember yang dirujuk sebanyak 710 orang dan sisanya sebanyak 16741 berada di komunitas. Berdasarkan data yang didapatkan bahwa masih banyak klien yang berada di komunitas atau tinggal bersama keluarga.

Perilaku keluarga dalam penanganan ODGJ pada nyatanya ada yang dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa atau tetap tinggal bersama keluarga. Keluarga memiliki beberapa alasan untuk merawat ODGJ di rumah, yaitu faktor utamanya adalah masyarakat tidak tahu bahwa ODGJ dapat diobati, keluarga merasa malu karena memiliki anggota keluarga dengan ODGJ dan keluarga tidak memiliki biaya untuk memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan (Kompas, 2008).

ODGJ seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Masyarakat mempercayai bahwa ODGJ disebabkan oleh kejadian mistik atau supranatural, berbahaya, tidak dapat bekerja dan tidak akan pernah sembuh, sehingga stigma masyarakat pada ODGJ meliputi pengabaian, prasangka dan diskriminasi (Thornicroft, *et al*, 2008 dalam Lestari & Wardhani, 2014). Sumber daya manusia untuk menangani ODGJ juga masih minim. Jumlah tenaga medis yang bertanggung jawab untuk penanganan ODGJ yang minim terutama terjadi di daerah-daerah terpencil sehingga faktanya masih ada keluarga yang memilih menggunakan metode pasung (Sindo, 2013).

Pasung (*confinement*) adalah tindakan untuk mengendalikan ODGJ yang tidak terkontrol oleh masyarakat biasa atau non profesional (Minas & Diatri, 2008). Metode pemasangan tidak terbatas pada pemasangan secara tradisional (menggunakan kayu atau rantai pada kaki), tetapi termasuk tindakan pengekangan lain yang membatasi gerak, pengisolasian, mengurung dan penelantaran (Risksedas, 2013). Tindakan pengekangan (*restrain*) adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengekang seseorang dengan menggunakan fisik atau alat lain dan pengurungan (*seklusi*) adalah suatu tindakan dimana seseorang tidak diberikan kebebasan dan dikurung selama pagi, siang dan malam di sebuah ruangan yang tidak ada jalan keluarnya atau ruangan tertutup (NMHCCF, 2009).

Kementerian Kesehatan memperkirakan jumlah ODGJ yang mengalami pemasangan di seluruh Indonesia mencapai lebih 18 ribu jiwa. Proporsi keluarga yang memiliki ODGJ psikosis dan pernah melakukan pemasangan 14,3% atau sekitar 237 keluarga dari 1.655 keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung dan

terbanyak pada keluarga di pedesaan (18,2%) (Risksedas, 2013). Persentase keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung di Jawa Timur sebanyak 16,3% (Risksedas, 2013). Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 menyebutkan bahwa jumlah ODGJ yang dipasung paling banyak berada di Kecamatan Ambulu sebanyak enam orang yang teridentifikasi. Pemasungan dilakukan oleh masyarakat disebabkan oleh beberapa alasan, yaitu masyarakat dan keluarga takut ODGJ akan bunuh diri dan mencederai orang lain, ketidakmampuan keluarga merawat ODGJ, dan juga karena pemerintah tidak memberikan pelayanan kesehatan jiwa dasar pada ODGJ yang berada di komunitas (Minas & Diatri, 2008).

Masalah keperawatan jiwa yang dapat terjadi pada tiap ODGJ yang dipasung adalah pemenuhan perawatan diri. ODGJ yang dipasung sering terlihat adanya kemunduran yang ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, menghindari dari kegiatan, dan hubungan sosial serta kemampuan dasar sering terganggu, seperti *Activities of Daily Living* (ADL). ODGJ yang dipasung tidak mampu melakukan fungsi dasar secara mandiri misalnya kebersihan diri (Trihardani *et al*, 2009). Penyebab ODGJ yang dipasung mengalami masalah perawatan diri dikarenakan adanya gangguan kognitif atau persepsi yang menyebabkan ketergantungan terhadap kebutuhan perawatan dirinya. Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. ODGJ dinyatakan terganggu

keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000 dalam Direja, 2011).

ODGJ yang dipasung telah gagal untuk mengenali sensasi seperti rasa lapar atau haus dan mereka mungkin tidak mendapatkan asupan makanan atau cairan yang adekuat, misalnya pada skizofrenia yang umumnya dipasung dapat mengalami defisit perawatan diri yang signifikan, tidak memerhatikan kebutuhan higiene dan berhias sehingga ia gagal melaksanakan aktivitas dasar dalam kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2008). Keterbatasan tersebut akan terus berlanjut dalam pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Proses penyembuhan ODGJ tidak terlepas dari peran keluarga. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan ODGJ. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh ODGJ dalam memotivasi selama perawatan dan pengobatan.

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak *et al*, 2009). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga (Yosep, 2007). Keluarga memiliki beberapa alasan dalam perawatan ODGJ, antara lain keluarga paling banyak berhubungan dengan ODGJ, keluarga dianggap paling mengetahui kondisi anggota keluarga, ODGJ nantinya akan kembali ke masyarakat khususnya dalam lingkungan keluarga, keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi ODGJ yang memerlukan terapi yang cukup lama (Lestari *et al*, 2014). Fenomena keluarga dengan ODGJ

dipasung, yaitu pemasangan pada ODGJ dilakukan keluarga untuk melindungi klien gangguan jiwa yang membahayakan diri sendiri dan orang lain dan sebagai cara keluarga supaya dapat mengawasi klien gangguan jiwa dari dekat (di lingkungan rumah) (Lestari & Wardhani, 2014), tetapi proses pemasangan sangat tidak mendukung proses perawatan dan penyembuhan ODGJ, dimana hal ini akan mempersulit perawatan dan penyembuhan (Oetama *et al*, 2011).

Hasil studi pendahuluan yang didapatkan pada Puskesmas Andongsari dan Sabrang di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember, didapatkan data ODGJ yang dipasung sebanyak 6 orang yang teridentifikasi pada tahun 2014. Peneliti melakukan wawancara pada petugas kesehatan jiwa di Puskesmas dan observasi pada salah satu keluarga dengan ODGJ yang dipasung mengenai pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

Hasil wawancara pendahuluan pada petugas kesehatan jiwa di Puskesmas, yaitu keluarga melakukan penanganan dengan dibawa ke orang pintar atau dukun, karena keadaan ODGJ tidak kunjung sembuh, keluarga bertanya kepada kader setempat dan kader segera menyarankan untuk memeriksakan ke pelayanan kesehatan. Keluarga sebagian besar hanya membantu dalam pemenuhan kebutuhan makan dan minum. ODGJ yang dipasung mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan perkembangan, misalnya pada ODGJ pasung yang berumur 20 tahun mengalami gangguan pada tahap perkembangannya, yaitu menarik diri dari lingkungan, sehingga tidak mampu mengembangkan identitas dirinya.

Hasil observasi langsung pada salah satu keluarga yaitu ODGJ terpasang balok kayu dikakinya yang berada didalam kamar, tidak dapat bergerak dengan bebas dan aktivitas yang dilakukan cukup terbatas. ODGJ terlihat kotor, berbau, tidak rapi dan rambut acak-acakan. Hasil wawancara pada keluarga dengan ODGJ yang dipasung, yaitu keluarga membantu dalam pemenuhan makan dan minum, mandi dengan diseka sehari sekali, pemenuhan BAB, BAK dan ketika menstruasi keluarga membantu memasang pembalut.

Petugas kesehatan jiwa dari Puskesmas telah melakukan penanganan pada ODGJ yang dipasung. Penanganan gangguan jiwa yang dilakukan petugas Puskesmas, yaitu kunjungan rumah dengan pemberian pengobatan, pelaksanaan KIE (Komunikasi, Interaksi dan Edukasi) kepada keluarga tentang cara perawatan, kontrol ke Puskesmas dan meminum obat. Hasil studi pendahuluan dapat disimpulkan bahwa keluarga kurang memperhatikan pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ yang dipasung.

Penelitian ini memerlukan suatu desain penelitian kualitatif untuk memahami secara mendalam pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember dengan menggunakan studi fenomenologi. Studi fenomenologi mencoba menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada individu (keluarga). Pengalaman keluarga dalam pemenuhan perawatan diri dapat diperoleh melalui observasi dan wawancara dalam bentuk kalimat tanya yang mengisyaratkan pembongkaran pemahaman, pengetahuan, dan pengalaman (Bungin, 2012).

Peneliti pada penelitian kualitatif tidak diharapkan dan tidak dianjurkan memelihara asumsi dan keyakinan bahwa dirinya sangat tahu tentang fenomena yang hendak dikaji (Bungin, 2012). Tujuan peneliti memelihara asumsi dan keyakinan, yaitu peneliti dapat memahami secara mendalam tentang fenomena yang diteliti. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan studi fenomenologi dalam mengidentifikasi pemahaman pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Setelah penjelasan latar belakang penelitian, terdapat rumusan masalah yang muncul, yaitu “bagaimanakah pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian yaitu untuk memperoleh gambaran tentang pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian, antara lain:

- a. merawat masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung;
- b. merawat masalah pemenuhan tahap perkembangan ODGJ saat ini oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung;
- c. menangani masalah penyimpangan kesehatan atau penyakit oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Pendidikan

Manfaat yang dapat diperoleh bagi tenaga pendidik dan peserta didik, yaitu sebagai sumber referensi dan tambahan pengetahuan yang nantinya dapat diterapkan untuk melakukan asuhan keperawatan, khususnya keluarga dengan ODGJ yang dipasung dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

1.4.2 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Manfaat yang dapat diperoleh bagi instansi pelayanan kesehatan, yaitu sebagai tambahan referensi tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ khususnya instansi pelayanan kesehatan jiwa baik di rumah sakit maupun di Puskesmas yang nantinya dapat diaplikasikan kepada keluarga dengan ODGJ yang dipasung dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian bagi masyarakat, yaitu masyarakat atau keluarga mendapatkan pengetahuan baru tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung, sehingga masyarakat atau keluarga dapat merawat ODGJ dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

1.4.4 Bagi Peneliti

Manfaat yang dapat diperoleh bagi peneliti, yaitu peneliti secara langsung mendapatkan informasi tentang pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ yang dipasung. Peneliti lainnya dapat melakukan penelitian lebih lanjut dan lebih mendalam tentang fenomena adanya keluarga terhadap pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya terkait keluarga adalah penelitian yang telah dilakukan oleh Antonius Ngadiran tentang Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Tentang Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi pada bulan Juli 2010. Desain penelitian yang digunakan yaitu metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengambilan partisipan menggunakan *purposive sampling* yaitu 6 partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan cara teknik wawancara mendalam dan catatan lapangan. Hasil wawancara mendalam dan catatan lapangan di analisis menggunakan metoda Colaizzi dengan enam tahap analisis.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti sekarang mengenai pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, yaitu tema penelitian mengenai keluarga, metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi, teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan *snowball sampling*, serta di analisis menggunakan metoda Colaizzi. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, yaitu meneliti keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga, tetapi pada penelitian ini keluarga akan dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Populasi penelitian yang akan digunakan adalah seluruh keluarga yang memiliki ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember dengan alat pengumpulan data peneliti sendiri dan pengumpulan data menggunakan metode wawancara mendalam, catatan lapangan dan alat perekam wawancara pada partisipan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Orang Dengan Gangguan Jiwa

2.1.1 Definisi Orang Dengan Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang yang dikaitkan dengan adanya distress dan disabilitas (*American Psychiatric Association* dalam Videbeck, 2008). ODGJ adalah seseorang 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 sebagai manusia (Undang-Undang Kesehatan Jiwa, 2014).

Gangguan jiwa dikaitkan dengan adanya distress (kelainan) antara lain dapat berupa rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tenang, terganggu, dan disfungsi organ tubuh dan disabilitas (hambatan) dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (Maslim, 2001). Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan pancaindera). Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang patologik dari unsur psike (Direja, 2011). Berdasarkan beberapa pendapat menurut ahli tentang definisi ODGJ, maka dapat disimpulkan bahwa ODGJ adalah gangguan otak yang terjadi pada seseorang dengan adanya penderitaan dan hambatan yang menonjol ialah

gejala-gejala yang patologik dari unsur psike yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi.

2.1.2 Penyebab Orang Dengan Gangguan Jiwa

Penyebab ODGJ secara umum dapat ditinjau dari beberapa sudut, yaitu berdasarkan tahap berfungsinya dan sumber asalnya (Baihaqi *et al*, 2005).

a. Tahap berfungsinya

Penyebab perilaku abnormal menurut tahap berfungsinya dapat dibedakan oleh Coleman, Butcher, dan Carson (dalam Baihaqi *et al*, 2005) sebagai berikut.

1) Penyebab primer

Penyebab primer adalah kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa/perilaku abnormal. Penyebab primer misalnya psikosis yang disertai paralisis atau kelumpuhan yang bersifat progresif atau berkembang secara bertahap sampai akhirnya ODGJ mengalami kelumpuhan total.

2) Penyebab yang menyiapkan

Penyebab yang menyiapkan adalah faktor yang menyebabkan seseorang rentan/peka terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa. Penyebab yang menyiapkan, diantaranya kondisi fisik yaitu ODGJ dengan penyakit menahun, keturunan, atau kecacatan, genetik, intelegensia, kepribadian dan keadaan sosial ekonomi.

3) Penyebab pencetus

Penyebab pencetus adalah kejadian traumatik yang langsung menyebabkan gangguan jiwa. Penyebab pencetus, diantaranya kehilangan harta benda yang berharga, menghadapi kematian anggota keluarga dan kehilangan mata pencaharian.

4) Penyebab yang menguatkan

Penyebab yang menguatkan adalah kondisi yang cenderung mempertahankan tingkah laku yang maladaptif. Penyebab yang menguatkan dapat berupa perhatian yang berlebihan pada seorang gadis yang sakit dan menyebabkan yang bersangkutan kurang bertanggung jawab atas dirinya dan menunda kesembuhannya.

5) Sirkulasi faktor-faktor penyebab

Sirkulasi faktor-faktor penyebab yaitu adanya serangkaian faktor-faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Gangguan perilaku tidak hanya disebabkan oleh satu penyebab tunggal, melainkan saling mempengaruhi yang menjadi sumber penyebab berbagai abnormalitas.

b. Sumber asal

Penyebab perilaku abnormal berdasarkan sumber asalnya dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu faktor biologis, psikososial, dan sosiokultural.

1) Faktor biologis

Faktor biologis adalah berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan maupun fungsi individu dalam kehidupan

sehari-hari. Faktor biologis, diantaranya kurang gizi, kelainan gen dan penyakit-penyakit (*parkinson* dan *multipel sclerosis*).

2) Faktor psikososial

Faktor psikososial meliputi trauma di masa kanak-kanak, deprivasi parental, hubungan orangtua dengan anak yang patogenik, struktur keluarga yang patogenik, dan stres berat.

3) Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural meliputi keadaan objektif dalam masyarakat atau tuntutan dari masyarakat yang dapat berakibat timbulnya tekanan pada individu dan selanjutnya melahirkan berbagai bentuk gangguan.

2.1.3 Macam-Macam Orang Dengan Gangguan Jiwa

Secara umum ODGJ dapat dibagi menjadi beberapa gangguan menurut pedoman diagnostik dari PPDGJ III (Maslim, 2001) adalah sebagai berikut.

a. Gangguan mental organik

Gangguan mental organik adalah gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik otak yang dapat didiagnosis tersendiri. Gangguan mental organik meliputi demensia pada penyakit alzheimer, demensia vaskuler, demensia pada penyakit lain, sindrom amnesik organik bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, delirium bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik, dan gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak.

b. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif adalah gangguan yang bervariasi dan berbeda kearahannya yang diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif meliputi gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol, opioda, kanabinoida, sedativa atau hipnotika, kokain, stimulasi lain termasuk kafein, halusinogenika, tembakau, pelarut yang mudah menguap, dan zat multipel serta zat psikoaktif lainnya.

c. Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham menetap

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gangguan skizotipal adalah gangguan yang ditandai dengan perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik, hubungan sosial yang buruk, menarik diri dari pergaulan sosial dan kecurigaan atau ide-ide paranoid. Gangguan waham menetap adalah gangguan waham yang berlangsung lama.

d. Gangguan suasana perasaan

Gangguan suasana perasaan adalah perubahan suasana perasaan biasanya karena depresi. Gangguan suasana perasaan meliputi episode manik, gangguan afektif bipolar, episode depresif, gangguan depresif berulang dan gangguan suasana perasaan yang menetap.

e. Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres

Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres dikelompokkan menjadi satu dengan alasan bahwa dalam sejarahnya ada hubungan dengan perkembangan konsep neurosis dan berbagai kemungkinan penyebab psikologis. Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres meliputi gangguan ansietas fobik, gangguan ansietas lainnya, gangguan obsesif kompulsif, reaksi terhadap stress berat dan gangguan penyesuaian, gangguan disosiatif, gangguan somatoform dan neurotik lainnya.

f. Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik

Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik meliputi gangguan makan, gangguan tidur non organik, disfungsi seksual bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik, gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas, dan penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan.

g. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa

Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa adalah ekspresi dari pola hidup yang berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa meliputi gangguan kepribadian khas, gangguan kepribadian campuran, perubahan kepribadian yang berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak, gangguan kebiasaan dan implus, gangguan identitas jenis

kelamin, gangguan preferensi seksual, gangguan psikologi dan perilaku yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual.

h. Retardasi mental

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Retardasi mental meliputi retardasi mental ringan, sedang, berat dan sangat berat.

i. Gangguan perkembangan psikologis

Gangguan perkembangan psikologis adalah keterlambatan perkembangan fungsi biologis dari susunan saraf pusat. Gangguan perkembangan psikologis meliputi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan perkembangan belajar khas, gangguan perkembangan motorik khas, gangguan perkembangan khas campuran dan gangguan perkembangan pervasif.

j. Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja

Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja meliputi gangguan hiperkinetik, gangguan tingkah laku, gangguan campuran tingkah laku dan emosi, gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak-kanak dan gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masa kanak dan remaja.

2.1.4 Tanda dan Gejala Orang Dengan Gangguan Jiwa

Tanda dan gejala ODGJ menurut Baihaqi *et al.* (2005), adalah sebagai berikut.

a. Gangguan persepsi

Persepsi adalah sensasi yang disertai pengertian. Sensasi adalah kesadaran akan adanya suatu rangsang. Sensasi sama dengan penginderaan. Semua rangsangan masuk kedalam diri melalui panca indera, yang kemudian diteruskan ke otak sehingga rangsangan dapat dirasakan. Persepsi adalah pemahaman atau pengertian tentang rangsangan karena ada interaksi dengan rangsangan lainnya atau rangsangan yang telah dipahami sebelumnya.

b. Gangguan perhatian

Perhatian adalah pemusatan tenaga psikis pada suatu objek. Perhatian berkaitan dengan kesadaran dan ingatan serta sering disebut dengan konsentrasi.

c. Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kemampuan individu untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kembali informasi atau kesan-kesan. Kemampuan individu untuk menyimpan informasi dapat bersifat permanen tergantung pada kebutuhan. Ada kalanya penyimpanan hanya berlangsung dalam beberapa detik atau dapat disimpan sepanjang kehidupan.

d. Gangguan orientasi

Orientasi dapat diartikan sebagai kemampuan mengetahui posisi dirinya dalam hubungannya dengan waktu, tempat, dan benda-benda tertentu di sekelilingnya. Disorientasi berarti ketidakmampuan seseorang untuk mengetahui posisi dirinya dalam hubungannya dengan waktu, tempat, dan benda-benda tertentu di lingkungannya.

e. Gangguan berpikir

Berpikir dapat diartikan sebagai aktivitas meletakkan hubungan antara bagian-bagian pengetahuan. Berpikir meliputi proses pertimbangan, pemahaman, dan penalaran (Maramis dalam Baihaqi *et al*, 2005).

f. Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah keadaan yang menunjukkan bahwa seseorang mampu mengerti dan menyadari sekelilingnya berdasarkan waktu, tempat, dan keadaan secara umum. Kesadaran sendiri merupakan bagian kecil dari aspek kejiwaan manusia yang menentukan perilaku seseorang.

g. Gangguan emosi

Emosi dapat terjadi pada saat manusia berinteraksi dengan lingkungan dan merupakan hasil upaya untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Emosi tampak dalam ekspresi wajah, seperti marah, cemas, ketakutan, perasaan berdosa, malu, kesedihan, cemburu, iri hati, kebahagiaan, bangga dan harapan.

h. Gangguan psikomotor

Gangguan psikomotor disebut juga gangguan motorik, konasi atau gerakan. Gangguan psikomotor berarti gangguan-gangguan yang berhubungan dengan gerak tubuh. Gerak tubuh manusia dipengaruhi oleh aspek kejiwaan artinya semua gerakan akibat dari kekuatan-kekuatan atau dorongan yang bekerja dari dalam diri.

2.1.5 Penatalaksanaan Orang Dengan Gangguan Jiwa

Penatalaksanaan bagi ODGJ adalah sebagai berikut.

a. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka atau psikotropik, yaitu pemberian obat-obatan yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental ODGJ karena obat dapat bekerja langsung pada otak (Baihaqi *et al*, 2005). Terapi psikofarmaka untuk mengatasi ODGJ menurut Videbeck (2008) adalah sebagai berikut.

1) Antipsikotik

Antipsikotik dikenal sebagai neuroleptik digunakan untuk mengobati gejala psikosis, misalnya waham dan halusinasi. Antipsikotik merupakan terapi medis utama untuk skizofrenia dan juga digunakan dalam episode psikotik mania akut, depresi psikotik dan psikosis akibat penggunaan obat. Obat *Neuroleptika* meliputi taxilan, leponex, taractan, anatenzol, dan sebagainya.

2) Antidepresan

Antidepresan terutama digunakan dalam terapi gangguan depresif mayor, gangguan panik dan gangguan ansietas lain, depresi bipolar dan depresi psikotik. Antidepresan berinteraksi dengan dua neurotransmitter, norepinefrin dan serotonin yang mengatur *mood*, keinginan, perhatian, proses sensori dan nafsu makan. Obat *antidepressant* meliputi tofranil, laroxyl, tryptanol, marplan, lithium karbonat, dan sebagainya

3) Obat penstabil *mood*

Obat penstabil *mood* digunakan untuk mengobati gangguan afektif bipolar dengan menstabilkan *mood* anggota keluarga, menghindari atau meminimalkan tinggi rendah *mood* yang mencirikan gangguan bipolar dan mengobati episode akut mania. Litium adalah penstabil *mood* yang baik dan beberapa antikonvulsan terutama karbamazepin dan asam valproat merupakan penstabil *mood* yang efektif.

4) Antiansietas (ansiolitik)

Antiansietas digunakan untuk mengobati ansietas dan gangguan ansietas, insomnia, OCD, depresi, gangguan stres pascatrauma dan putus alkohol. Benzodiazepin terbukti merupakan obat yang paling efektif dalam mengurangi ansietas.

5) Stimulan

Stimulan digunakan untuk mengatasi gangguan hiperaktivitas/defisit perhatian pada anak-anak dan remaja, gangguan defisit perhatian pada dewasa dan narkolepsi (serangan rasa kantuk pada siang hari yang tidak

diinginkan). Obat-obat utama yang digunakan untuk mengatasi kurang perhatian ialah stimulus SSP, etilfenidat, pemolin dan dekstroamfetamin.

6) Disulfiram (antabuse)

Disulfiram adalah agen sensitisasi yang menyebabkan reaksi merugikan ketika dicampur dengan alkohol di dalam tubuh. Disulfiram bermanfaat untuk mencegah individu minum alkohol ketika ia mendapat terapi alkoholisme.

b. Terapi somatik

Terapi somatik menurut Riyadi & Purwanto (2009) adalah sebagai berikut.

1) Terapi elektrokonvulsi (ECT)

ECT (*Electro Convulsif Therapie*) adalah bentuk terapi pada ODGJ dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempelkan pada pelipis ODGJ untuk membangkitkan kejang. Indikasi terapi untuk ODGJ depresi pada psikosa manik depresi, skizofrenia stupor katatonik dan gaduh gelisah katatonik. Kontraindikasi terapi, yaitu pada keadaan lemah, peningkatan intra kranial, gangguan kardiovaskuler, sistem pernafasan dan muskuloskeletal.

2) Restrain

Restrain adalah terapi menggunakan alat-alat mekanik untuk membatasi mobilitas fisik ODGJ (Riyadi & Purwanto, 2009). Alat restrain meliputi penggunaan manset untuk pergelangan tangan atau kaki dan kain pengikat. Prinsip intervensi restrain untuk melindungi ODGJ dari cedera fisik dan memberikan lingkungan yang nyaman.

3) Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung ODGJ dalam ruangan khusus (Riyadi & Purwanto, 2009). Indikasi seklusi yaitu ODGJ dengan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kontraindikasi dari terapi ini meliputi resiko tinggi bunuh diri, ODGJ dengan gangguan sosial, kebutuhan untuk observasi masalah medis, dan hukuman.

c. Terapi modalitas

Terapi modalitas untuk ODGJ menurut Riyadi & Purwanto (2009), adalah sebagai berikut.

1) Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok adalah metode pengobatan dimana ODGJ dikumpulkan dalam rancangan waktu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan. Tujuan terapi untuk meningkatkan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.

2) Terapi okupasi

Terapi okupasi berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada anggota keluarga, pemeliharaan dan peningkatan yang bertujuan untuk membentuk ODGJ supaya mandiri dan tidak tergantung pada orang lain. Tujuan terapi okupasi yaitu untuk mengembalikan fungsi mental dan fisik, mengajarkan ADL (*Activity of Daily Living*) dan meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.

3) Terapi lingkungan

Terapi lingkungan adalah upaya untuk mempengaruhi lingkungan anggota keluarga, sehingga dapat membantu dalam proses penyembuhan.

Teknik ini terutama diberikan atau diterapkan kepada lingkungan anggota keluarga, khususnya keluarga (Baihaqi *et al.*, 2005).

2.2 Pasung

2.2.1 Definisi Pasung

Pemasungan adalah suatu tindakan pembatasan gerak seseorang yang mengalami gangguan fungsi mental dan perilaku dengan cara pengekangan fisik dalam jangka waktu yang tidak tertentu yang menyebabkan terbatasnya pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak, termasuk kesehatan, pendidikan, dan pekerjaan bagi orang tersebut (Peraturan Gubernur, 2014). Pasung merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan/atau kaki seseorang, diikat atau dirantai lalu ditinggalkan pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah ataupun di hutan. Tindakan tersebut mengakibatkan orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badannya dengan bebas sehingga terjadi atrofi. Pemasungan adalah segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan ODGJ (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan beberapa pendapat menurut ahli tentang definisi pasung, maka dapat disimpulkan bahwa pasung adalah suatu tindakan pembatasan gerak seseorang yang mengalami gangguan fungsi mental dan perilaku dengan cara pengekangan fisik berupa tindakan memasang sebuah balok kayu, diikat atau

dirantai pada tangan dan/atau kaki yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan anggota keluarga.

2.2.2 Penyebab Pasung

Pemasungan merupakan tindakan yang dilakukan keluarga yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor internal keluarga, yaitu terbatasnya informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan keluarga dan masyarakat melakukan pemasungan, faktor eksternal keluarga, yaitu kesulitan mengakses sarana pelayanan kesehatan oleh keluarga dan dukungan dari lingkungan sosial (masyarakat) karena kurangnya pengetahuan lingkungan tentang gangguan jiwa dan peraturan pemerintah yang mengatur tentang sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia. Penyebab lain melakukan pemasungan menurut penelitian (Lestari & Wardhani, 2014), antara lain kondisi ODGJ parah atau berat, mengamuk, membahayakan orang lain, perilaku ODGJ tidak bisa dikendalikan supaya tidak kabur dan merusak, penyembuhan ODGJ dapat lebih cepat, ketidaktahuan pihak keluarga, dan rasa malu keluarga, serta tidak adanya biaya pengobatan (Depkes 2005 dalam Sari, 2009).

2.2.3 Dampak Pasung

Pemasungan yang dilakukan pada ODGJ akan berdampak negatif, baik dampak fisik, psikologis dan sosial. Dampak fisik yang dapat ditimbulkan, yaitu jika dilihat dari sisi anatomi tubuh, kondisi kaki dan tangan akan mengecil, otot dari pinggul sampai kaki mengecil karena lama tidak digunakan. Dampak ini

dapat dijumpai pada ODGJ yang sudah dipasung selama sepuluh tahun. Selain itu, cedera fisik yang ODGJ alami berupa ketidaknyamanan fisik, lecet pada area pemasangan, peningkatan inkontinensia, ketidakefektifan sirkulasi, peningkatan resiko kontraktur, dan terjadinya iritasi kulit (Kandar & Pambudi, 2014). Dampak psikologis yang dapat muncul, yaitu ODGJ mengalami trauma, dendam kepada keluarga, merasa dibuang, rendah diri, dan putus asa, sehingga muncul depresi dan gejala niat bunuh diri (Lestari & Wardhani, 2014). Dampak sosial yang dapat muncul pada ODGJ yang dipasung, yaitu pengabaian, prasangka dan diskriminasi yang dilakukan oleh masyarakat. Pengabaian merupakan masalah pengetahuan dari masyarakat terkait gangguan jiwa itu sendiri. Prasangka merupakan masalah dari sikap, baik itu dari klien yang mengarah pada stigma diri maupun dari masyarakat yang menimbulkan stigma terhadap klien gangguan jiwa. Diskriminasi merupakan masalah dari perilaku, baik itu dari penyedia layanan penanganan kesehatan jiwa maupun dari masyarakat terhadap klien gangguan jiwa berat (Thornicroft, *et al*, 2008 dalam Lestari & Wardhani, 2014).

2.2.4 Tindakan Pasung

Pemasungan merupakan tindakan yang dilakukan keluarga pada ODGJ. Tindakan pemasungan yang dilakukan oleh keluarga atau masyarakat pada ODGJ dapat berupa memasang sebuah balok kayu pada tangan dan/atau kaki, diikat atau dirantai lalu diasingkan atau diisolasi pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah ataupun di hutan (Kemenkes RI, 2011). Pengikatan merupakan semua metode manual yang menggunakan materi atau alat mekanik yang dipasang atau

ditempelkan pada tubuh dan membuat ODGJ tidak dapat bergerak dengan mudah. Pengisolasian adalah tindakan mengurung sendirian tanpa persetujuan atau dengan paksa dalam suatu ruangan yang secara fisik membatasi untuk keluar ruangan.

2.2.5 Penatalaksanaan bagi Pasung

Pemasungan pada ODGJ dilakukan oleh keluarga. Penatalaksanaan dapat dilakukan pada keluarga dan ODGJ yang dipasung.

a. Penatalaksanaan bagi keluarga dengan ODGJ yang dipasung, terbagi menjadi dua, yaitu *insight-oriented family therapy* dan *behavioral family therapy* (Varcarolis dalam Sari, 2009).

1) *Insight-oriented family therapy* yang mempengaruhi hubungan kebersamaan antar ODGJ yang terdiri atas tiga jenis pendekatan terapi, yaitu *psychodynamic therapy* dengan konsep dasar perbaikan/peningkatan *insight, family of origin therapy* bahwa keluarga dipandang sebagai suatu sistem hubungan emosional, dan *experimental existensial therapy* untuk meningkatkan pertumbuhan keluarga dengan asumsi perlunya pemberdayaan keluarga.

2) *Behavioral family therapy* berfokus pada modifikasi perilaku. Jenis pendekatan terapi keluarga ini, yaitu *structural therapy* berfokus pada pola, ikatan dan struktur keluarga, *strategic therapy* bertujuan untuk mengubah pengulangan pola interaksi maladaptif, *cognitive behavioral therapy* bahwa kelakuan bermasalah timbul karena pola pikir bermasalah,

dan *family psychoeducation therapy* yaitu keluarga akan mendapatkan informasi, pengetahuan, manajemen stress dan adaptasi, peningkatan koping serta peningkatan ketrampilan keluarga untuk merawat ODGJ yang dipasung dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi terapeutik. Tujuan terapi psikoedukasi keluarga untuk meningkatkan kemandirian ODGJ melalui peningkatan dukungan dan pengetahuan terhadap ODGJ dalam rangka mengurangi beban keluarga (Sari, 2009).

b. Penatalaksanaan bagi ODGJ dipasung

ODGJ yang dipasung tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga serta lingkungan masyarakat sekitar (Efendi, 2009). Penatalaksanaan ODGJ yang dipasung dapat dilakukan upaya proaktif dan berorientasi pada upaya kesehatan pencegahan (preventif) dan promotif. Penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital-based* menjadi *community-based psychiatric services*. ODGJ yang dipasung dapat dicegah dan diatasi tidak hanya oleh tenaga kesehatan, tetapi perlu melibatkan peran aktif semua pihak. Masyarakat mempunyai potensi untuk mengatasi masalah ODGJ yang dipasung sehingga perlu terlibat dalam upaya preventif dan promotif. Penambahan jumlah rumah sakit jiwa bukan merupakan prioritas utama dalam penanganan ODGJ karena paradigma saat ini adalah pengembangan program kesehatan jiwa masyarakat (*deinstitutionalization*) (Efendi, 2009). Pada saat ini telah banyak ditemukan obat-obatan psikofarmaka yang efektif dan mampu mengendalikan gejala gangguan

jiwa. Oleh karena itu, penatalaksanaan ODGJ yang dipasung cukup dengan berobat jalan dan pemberian obat yang tepat.

2.2.6 Pencegahan Pasung

Pencegahan pemasangan dapat dilakukan melalui kegiatan perubahan perilaku dengan cara, yaitu menyebarluaskan pengetahuan kesehatan jiwa, melaporkan kepada petugas kesehatan, dan atau petugas keamanan dan atau aparat pemerintahan Desa/ Kelurahan setempat, menerima dan memberdayakan kembali ODGJ pasca pasung dan memberikan pemahaman kepada keluarga yang mempunyai ODGJ untuk segera memeriksakan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (Peraturan gubernur, 2013). Pencegahan pemasangan dapat terlaksana dengan baik apabila antara keluarga dan masyarakat dapat bekerja sama dengan baik untuk melakukan kegiatan perubahan perilaku pada ODGJ supaya tidak terjadi pemasangan yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan pada ODGJ.

2.3 Perawatan Diri

2.3.1 Definisi Perawatan Diri

Perawatan diri atau kebersihan diri (*personal hygiene*) merupakan perawatan diri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis (Uliyah & Hidayat, 2008). Perawatan diri dilakukan untuk mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan (Asmadi, 2008). Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan

sesuai dengan kondisi kesehatannya. ODGJ dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000 dalam Direja, 2011). Perawatan diri tidak terbatas pada seseorang yang memberikan perawatan untuk dirinya sendiri, hal ini termasuk perawatan yang ditawarkan oleh orang lain untuk keperluan orang lain. Perawatan diri mungkin ditawarkan oleh ODGJ atau orang lain hingga orang tersebut mampu untuk melakukan perawatan diri (Andriany, 2007). Berdasarkan beberapa pendapat menurut ahli tentang definisi perawatan diri, maka dapat disimpulkan bahwa perawatan diri merupakan kemampuan dasar manusia untuk merawat diri dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraannya.

2.3.2 Tujuan Perawatan Diri

Tujuan umum perawatan diri menurut Uliyah & Hidayat (2008) adalah sebagai berikut.

- a. mempertahankan perawatan diri baik secara sendiri maupun dengan bantuan;
- b. melatih hidup sehat/bersih dengan memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kesehatan dan kebersihan;
- c. menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan;
- d. membuat rasa nyaman dan relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan;
- e. mencegah infeksi;
- f. mencegah gangguan sirkulasi darah;
- g. mempertahankan integritas pada jaringan.

2.3.3 Model Konsep Keperawatan Orem

Model konsep keperawatan Orem dikenal sebagai *self-care deficit theory*. Orem berkeyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu dalam memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan, dan mencapai kesejahteraan (Asmadi, 2008). Tujuan teori Orem adalah membantu klien melakukan perawatan diri. Asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial (Potter & Perry, 2005). Orem melabeli teorinya sebagai teori umum yang terdiri atas tiga teori, yaitu teori *self-care*, teori *self-care deficit*, dan teori *nursing system*.

a. Teori *self-care*

Teori *self-care* terdiri atas *self-care*, *self-care deficit* dan *nursing system*.

1) *Self-care*

Self-care (perawatan diri) adalah aktivitas dan inisiatif yang dilakukan individu-individu untuk kepentingan mereka dalam mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan (Marriner, 2001).

2) *Self-care agency*

Self-care agency merupakan kekuatan atau kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. *Self-care agency* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti, usia, status perkembangan, pengalaman hidup, orientasi sosial-budaya, kesehatan, dan sumber daya yang tersedia (Muhlisin & Irdawati, 2010).

3) *Therapeutic self-care demand*

Therapeutic self-care demand yaitu totalitas aktivitas perawatan diri yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan metode yang valid (Asmadi, 2008).

4) *Self care requisites*

Syarat-syarat perawatan diri adalah tujuan-tujuan yang harus dicapai melalui macam-macam usaha perawatan diri (Marriner, 2001). *Self care requisites* terdiri atas:

- a) Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self-care requisites*) merupakan hal umum bagi seluruh manusia yang terdiri atas 8 kebutuhan perawatan diri yang dapat mempertahankan fungsi dan struktur manusia yang membantu perkembangan positif bagi kesehatan dan kesejahteraan. *Universal self-care requisites* terbagi menjadi delapan kebutuhan perawatan diri antara lain: pemeliharaan udara, air/cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal.
- b) Kebutuhan perawatan diri perkembangan (*Developmental self-care requisites*). Kebutuhan yang dihubungkan dengan proses perkembangan dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu

sehingga dapat berupa tahapan-tahapan berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial. Kebutuhan perawatan diri perkembangan terbentuk oleh adanya kondisi yang meningkatkan pengembangan perawatan diri, keterlibatan dalam pengembangan diri dan pengembangan pencegahan dari efek yang mengancam kehidupan. Pengembangan aspek perawatan diri berhubungan dengan pola hidup individu yang dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggalnya. Tahap perkembangan manusia menurut Eric Erickson (Potter & Perry, 2005) adalah sebagai berikut.

(1) Lahir sampai 1 tahun (percaya vs tidak percaya)

Pemenuhan kepuasan dari pengasuh tentang kebutuhan dasar bayi untuk makan, mengisap, rasa hangat dan nyaman, cinta dan menghasilkan kepercayaan.

(2) Masa toddler 1-3 tahun (autonomi vs ragu-ragu dan malu)

Anak mengembangkan kemandirian terhadap kegiatan membuka dan memakai baju, berjalan, mengambil makanan sendiri, dan ke toilet.

(3) Prasekolah 3-6 tahun (inisiatif vs rasa bersalah)

Anak mengembangkan inisiatif, imajinatif dan intrusif pada saat merencanakan dan mencoba hal-hal baru. Rasa bersalah mungkin muncul pada saat melakukan aktivitas yang berlawanan dengan orang tua.

(4) Usia sekolah 6-12 tahun (industri vs inferior)

Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi keterampilan dan produksi benda-benda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian. Ketidaksuksesan di sekolah, perkembangan keterampilan fisik dan mencari teman juga berkontribusi terjadinya inferior.

(5) Remaja 18-21 tahun (identitas vs bingung peran)

Individu mengembangkan penyatuan rasa diri sendiri. Kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas pribadi dapat mengarahkan kebingungan peran sehingga muncul perasaan tidak adekuat, isolasi dan keraguan.

(6) Dewasa muda 21-40 tahun (intimasi vs isolasi)

Tugas perkembangan pada dewasa muda, yaitu mengembangkan kedekatan dan berbagi hubungan dengan lainnya yang mungkin termasuk pasangan seksual. Seseorang tidak bersedia atau tidak mampu untuk berbagi mengenai diri sendiri akan merasa sendiri.

(7) Dewasa tengah 40-65 tahun (generativitas vs absorpsi)

Dewasa tengah dihadapkan pada kesadaran tentang penetapan dan bimbingan untuk generasi selanjutnya. Absorpsi diri orang dewasa akan direnungkan dengan kesejahteraan pribadi dan peningkatan materi.

(8) Dewasa akhir 65 tahun (integritas ego vs putus asa)

Masa lansia dapat melihat kebelakang dengan rasa puas dan penerimaan hidup dan kematian. Resolusi yang tidak berhasil dalam krisis ini dapat menghasilkan perasaan putus asa karena individu melihat kehidupan sebagai bagian dari ketidakberuntungan, kekecewaan dan kegagalan.

- c) Kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan (*Health deviation self-care requisites*) ditemukan dalam kondisi sakit, injuri, penyakit atau yang disebabkan oleh tindakan medis. Penyakit atau injuri tidak hanya mempengaruhi struktur tubuh tertentu dan fisiologisnya atau mekanisme psikologis tetapi juga mempengaruhi fungsi sebagai manusia. Perawatan diri berkaitan dengan penyimpangan kesehatan. Penyimpangan kesehatan menyebabkan perubahan kemampuan individu dalam proses perawatan diri.

Perawatan diri memiliki beberapa prinsip yang harus dipenuhi oleh individu supaya dapat mempertahankan fungsi dan struktur manusia. Prinsip-prinsip perawatan diri, yaitu perawatan diri dilakukan secara holistik, mencakup delapan komponen kebutuhan perawatan diri, perawatan diri dilakukan sesuai dengan tahap-tahap tumbuh kembang manusia dan perawatan diri dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit dengan tujuan mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan.

b. Teori *self-care deficit*

Defisit perawatan diri adalah keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing aktivitas perawatan diri (Carpenito, 2006). Defisit perawatan diri terjadi ketika seseorang tidak dapat memelihara diri mereka sendiri (Asmadi, 2008). Bantuan perawatan diri diberikan pada saat kemampuan ODGJ lebih kecil daripada kebutuhannya atau saat kemampuan ODGJ setara dengan kebutuhannya tetapi kemungkinan akan terjadi penurunan kemampuan di kemudian hari yang tidak setara dengan peningkatan kebutuhan.

Bantuan yang diberikan dalam defisit perawatan diri dapat dilakukan melalui beberapa metode. Ada lima metode bantuan menurut Orem, yaitu bertindak atau melakukan suatu tindakan untuk orang lain, membimbing, memberi dukungan fisik maupun psikis, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan personal dalam memenuhi kebutuhan saat ini dan yang akan datang dan mengajarkan. Oleh karena itu, diperlukan *nursing agency* yaitu orang yang memiliki kemampuan khusus memenuhi perawatan bagi individu atau kumpulan manusia seperti keluarga yang memungkinkan memberikan perawatan (Marriner, 2001).

c. Teori *nursing system*

Teori *nursing system* (sistem keperawatan) membahas kebutuhan perawatan diri anggota keluarga yang dapat dipenuhi oleh perawat, anggota keluarga, atau keduanya (Asmadi, 2008a). Sistem keperawatan ini ditentukan atau disusun berdasarkan kebutuhan perawatan diri dan kemampuan ODGJ untuk

melakukan perawatan diri. Ada tiga klasifikasi sistem keperawatan dalam perawatan diri, yaitu:

- 1) *wholly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan menyeluruh). Suatu kondisi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self-care* (Muhlisin & Irdawati, 2010). Perawat memberi bantuan kepada ODGJ karena tingkat ketergantungan tinggi;
- 2) *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian). Perawat dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan tindakan keperawatan, dalam hal ini perawat tidak total tetapi sebagian;
- 3) *supportive-educatif nursing system* (sistem mendukung-mendidik). Sistem bantuan yang diberikan pada ODGJ yang membutuhkan dukungan pendidikan supaya ODGJ mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran.

2.3.4 Kebutuhan Perawatan Diri Orem

Kebutuhan perawatan diri Orem menurut Asmadi (2008a), adalah sebagai berikut.

a. Pemeliharaan terhadap kecukupan udara/oksigen

Kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Oksigen sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena apabila kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang maka akan terjadi kerusakan jaringan otak dan apabila hal tersebut berlangsung lama akan terjadi kematian (Hidayat, 2004). Masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah

utama dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Proses pemenuhan kebutuhan oksigen pada manusia dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen melalui saluran pernafasan, membebaskan saluran pernafasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen, memulihkan dan memperbaiki organ pernafasan supaya berfungsi secara normal.

b. Pemeliharaan terhadap kecukupan air

Air memiliki presentase yang besar dari berat badan manusia. Kekurangan cairan tubuh menyebabkan kematian sel. Sementara unit dasar fungsional tubuh adalah sel. Sel-sel inilah yang membentuk struktur tubuh. Dengan demikian, keberlangsungan proses pembentukan atau perbaikan jaringan tubuh tidak terlepas dari peranan cairan tubuh (Asmadi, 2008b). Cairan tubuh dalam keadaan normal berada dalam keseimbangan. Ketidakseimbangan cairan tubuh dapat mengalami gangguan, yaitu edema dan dehidrasi. Waktu yang tepat untuk minum, yaitu sebagian ahli menyarankan agar segera minum sebelum rasa haus datang. Sebagian lainnya menyampaikan bahwa waktu meminum air yang baik adalah satu jam sebelum dan sesudah makan karena tidak akan mengganggu enzim pencernaan yang sedang bekerja mengolah makanan yang sedang kita makan (Jayanata & Kholil, 2013). Porsi minum air putih sebanyak 2 liter atau 8 gelas ukuran sedang setiap hari. Namun, harus ditambahkan pula bahwa meminum air sebanyak 2 liter bukan dilakukan dalam satu malam atau dalam frekuensi yang tidak terbagi rata (Jayanata & Kholil, 2013).

c. Pemeliharaan terhadap kecukupan makanan

Tubuh memerlukan makanan untuk mempertahankan kelangsungan fungsinya. Kebutuhan nutrisi ini diperlukan sepanjang kehidupan manusia, namun jumlah nutrisi yang diperlukan setiap orang berbeda sesuai dengan karakteristiknya, seperti jenis kelamin, usia, aktivitas dan lain-lain (Asmadi, 2008b). Pemenuhan kebutuhan nutrisi bukan sekedar untuk menghilangkan rasa lapar, melainkan mempunyai banyak fungsi, diantaranya sebagai sumber energi, memelihara jaringan tubuh, mengganti sel tubuh yang rusak, mempertahankan vitalitas tubuh dan lain-lain. Setiap orang akan berusaha mencari makan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Sudarma, 2008).

Kebutuhan makan yang harus dipenuhi setiap harinya sebanyak tiga kali sehari merupakan aturan paling baik bagi tubuh untuk kesehatan dalam diri seseorang (Sayyid, 2007). Rentang antara makan pertama dan kedua tidak boleh kurang dari 4 atau 5 jam, karena waktu tersebut sudah dianggap cukup bagi lambung untuk mencerna makanan. Makan pagi atau sarapan sangat bermanfaat bagi setiap orang. Kebiasaan makan pagi juga membantu seseorang untuk memenuhi kecukupan gizi sehari-hari (Khomsan & Anwar, 2008). Makan di waktu malam sebaiknya sebelumnya pukul 19.00 (Cahanar & Suhandi, 2006).

Makanan yang dibutuhkan tubuh harus bervariasi. Variasi makanan atau menu makanan adalah susunana hidangan makanan sehari-hari (Efendi, 2008). Variasi makanan terdiri atas makanan utama dan makanan kudapan. Makanan utama adalah makanan yang dikonsumsi seseorang berupa makan pagi,

makan siang dan makan malam yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur, buah dan minuman (Sediaoetama, 2004).

Makanan pokok adalah makanan yang mengandung zat tepung sebagai sumber tenaga untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari, yaitu beras, jagung, umbi-umbian, sagu dan tepung (Hayati, 2009). Lauk pauk hewani mencakup semua bahan makanan yang berasal dari hewan terutama dari hewan piaraan, ternak, unggas, ikan, susu dan telur. Lauk pauk nabati merupakan bahan makanan yang bersumber dari protein nabati. Bahan makanan ini terdiri atas golongan kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu (Sediaoetama, 2004). Sayur adalah jenis masakan yang menggunakan dari sayuran berwarna contohnya kacang-kacangan, kangkung, bayam, sawi hijau, wortel dan sebagainya dan tidak berwarna contohnya kubis, sawi putih dan taoge (Sediaoetama, 2004). Manfaat sayur bagi kesehatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan gizi dan menyembuhkan berbagai penyakit (Rukmana, 2009). Makanan selingan atau kudapan yang dikonsumsi harus mengandung bahan makanan sumber karbohidrat dengan kandungan kalium tinggi, seperti ubi, singkong, tepung, kentang, pisang dan lain-lain (Ramayulis, 2013). Porsi makanan yang dibutuhkan tubuh memiliki jumlah yang sesuai, yaitu Jumlah atau porsi merupakan suatu ukuran maupun takaran makanan yang dikonsumsi pada tiap kali makan (Sediaoetama, 2004).

d. Perlengkapan yang berhubungan dengan proses eliminasi dan sisa eliminasi

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting dalam menentukan kelangsungan hidup manusia (Asmadi, 2008b).

Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan homeostasis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Eliminasi terbagi atas dua bagian utama, yaitu eliminasi fekal (buang air besar) dan eliminasi urine (buang air kecil). Perlengkapan yang berhubungan dengan proses eliminasi dan sisa eliminasi berfokus pada pengelolaan proses eliminasi dan sisa eliminasi, memberikan perawatan higiene pada permukaan tubuh dan bagian-bagiannya dan merawat lingkungan yang diperlukan untuk mempertahankan kondisi sanitasi.

Pembuangan sisa eliminasi buang air besar harus ditempat yang sesuai. Toilet dirancang untuk memfasilitasi kebutuhan eliminasi fekal, sehingga memungkinkan individu untuk duduk tegak ke arah depan, mengeluarkan tekanan intrabdomen dan mengontrkasi otot-otot paha (Potter & Perry, 2005).

e. Pemeliharaan terhadap keseimbangan antara aktivitas dan istirahat

Aktivitas fisik merupakan irama sirkardian manusia. Tiap individu mempunyai irama atau pola tersendiri dalam kehidupan sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat, dan lain-lain. Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh semua orang. Pada kondisi istirahat dan tidur, tubuh melakukan proses pemulihan untuk mengembalikan stamina tubuh hingga berada dalam kondisi optimal (Asmadi, 2008b). Istirahat merupakan keadaan yang tenang, rileks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari kecemasan (ansietas). Tidur merupakan kebutuhan dasar seperti makan, minum, aktivitas dan lainnya, apabila tidur terganggu dapat menimbulkan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang (Ernawati, Yuniarsih, & Rejeki, 2007). Oleh karena itu, pemeliharaan terhadap keseimbangan antara aktivitas dan istirahat

berfokus pada suatu kegiatan yang menjaga keseimbangan gerakan fisik dan respon afektif, serta menggunakan kemampuan pribadi, kepentingan, dan nilai-nilai serta norma budaya yang digunakan sebagai dasar untuk pengembangan pola aktivitas dan istirahat.

f. Pemeliharaan terhadap keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial

Kesendirian adalah bebasnya diri sendiri dari segala sesuatu, bebasnya diri dari segala kelekatan terhadap sesuatu yang mencakup orang, barang dan lain-lain (Sudrijanta, 2009). Interaksi sosial adalah hubungan-hubungan sosial yang dinamis yang menyangkut hubungan antara orang perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun antara perorangan dan kelompok manusia (Noorkasiani, 2009). Suatu interaksi sosial tidak akan terjadi apabila tidak memenuhi dua syarat, yaitu kontak sosial dan komunikasi. Oleh karena itu, pemeliharaan terhadap keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial berfokus pada menjaga kualitas dan menyeimbangkan pengembangan otonomi pribadi dan hubungan sosial yang mendorong efektivitas fungsi individu.

g. Pencegahan terhadap bahaya kehidupan, fungsi manusia dan kesejahteraan manusia

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dari pencegahan terhadap bahaya kehidupan, fungsi manusia dan kesejahteraan manusia, yaitu kewaspadaan terhadap jenis bahaya yang mungkin terjadi, mengambil tindakan untuk mencegah kejadian yang dapat menyebabkan perkembangan situasi berbahaya dan melindungi diri dari situasi yang berbahaya ketika bahaya tidak dapat dihilangkan.

- h. Peningkatan fungsi manusia dan perkembangan dalam kelompok sosial yang sejalan dengan potensi manusia, tahu keterbatasan manusia, dan keinginan manusia untuk menjadi normal

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dari peningkatan fungsi manusia dan perkembangan dalam kelompok sosial yang sejalan dengan potensi manusia, tahu keterbatasan manusia, dan keinginan manusia untuk menjadi normal, yaitu mengembangkan dan mempertahankan konsep diri yang realistis dan mengambil tindakan yang mendorong perkembangan manusia, struktur dan fungsi manusia.

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2003). Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak *et al*, 2009). Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain. Berdasarkan beberapa pendapat menurut ahli tentang definisi keluarga, maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, mempunyai peran masing-masing dan selalu berinteraksi satu sama lain.

2.4.2 Ciri-Ciri Keluarga

Ciri-ciri keluarga menurut Robert Mac Iver & Charles Horton (dalam Setiadi, 2008), adalah sebagai berikut.

- a. keluarga merupakan hubungan perkawinan;
- b. keluarga terbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara;
- c. keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (*Nomen Clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan;
- d. keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak;
- e. keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

2.4.3 Bentuk Keluarga

Bentuk keluarga diklasifikasikan menjadi bentuk keluarga tradisional dan non tradisional (Friedman, 2003) adalah sebagai berikut.

- a. Bentuk keluarga tradisional

Bentuk keluarga tradisional adalah sebagai berikut.

- 1) Keluarga inti

Keluarga inti yang terdiri atas seorang ayah yang mencari nafkah, seorang ibu yang mengurus rumah tangga dan anak.

2) Keluarga adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk sebuah keluarga dengan menyerahkan anak adopsi secara sah dan tanggung jawab dari orang tua kandung ke orang tua adopsi. Pihak orang tua adopsi mampu memberi kasih sayang dan asuhan bagi anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga sangat menginginkan anak.

3) *Extended Family*

Extended Family adalah keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk perilaku anak.

4) Keluarga dengan orang tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan atau terpisah.

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Dewasa lajang yang tinggal sendiri biasanya memiliki sebuah *extended family*, saudara kandung atau anak-anak yang mereka kenali sebagai keluarganya. Selain itu, terdapat individu yang benar-benar seorang penyendiri. Individu memiliki kebutuhan yang lebih besar terhadap layanan kesehatan dan psikososial karena individu tidak memiliki sistem pendukung dan tidak tertarik untuk membentuk sistem pendukung.

6) Keluarga orang tua tiri

Keluarga orang tua tiri dikenal sebagai keluarga yang menikah lagi. Keluarga dapat terbentuk dengan atau tanpa anak, dan keluarga yang terbentuk kembali. Bentuk keluarga orang tua tiri terdiri atas seorang ibu, anak kandung dan seorang ayah tiri.

7) Keluarga binuklir

Keluarga binuklir adalah keluarga yang terbentuk setelah perceraian, yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga.

b. Bentuk keluarga non tradisional

Bentuk keluarga non tradisional adalah sebagai berikut.

1) Keluarga asuh

Keluarga asuh adalah sebuah layanan kesejahteraan anak, yaitu anak ditempatkan di rumah yang terpisah dari salah satu orang tua atau kedua orang tua kandung untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan fisik serta emosional anak.

2) *Cohabiting family*

Cohabiting family adalah pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah. Pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah tidak hanya pada kaum muda yang tinggal bersama tanpa menikah, tetapi individu yang lebih tua

dan janda atau individu yang bercerai tinggal bersama tanpa menikah untuk alasan pertemuan dan berbagi sumberfinansial.

3) Keluarga homoseksual

Keluarga homoseksual adalah pasangan dengan jenis kelamin yang sama, tetapi keluarga tersebut dapat juga dikepalai oleh orang tua tunggal yang homoseksual. Keluarga homoseksual sangat berbeda dalam hal bentuk dan komposisinya. Keluarga dapat terbentuk dari kekasih, teman, anak kandung dan adopsi, kerabat sedarah, anak tiri, dan bahkan mantan kekasih. Keluarga tidak perlu untuk tinggal dalam rumah tangga yang sama.

2.4.4 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2003) adalah sebagai berikut.

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya. Keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian.

b. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Sosialisasi merujuk pada pengalaman belajar yang diberikan keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial. Status sosial atau pemberian status berarti mewariskan tradisi, nilai, dan hak keluarga.

c. Fungsi reproduktif

Fungsi reproduksi untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat. Keluarga mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup, finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya.

2.4.5 Tugas Kesehatan Keluarga

Keluarga melakukan praktik asuhan kesehatan untuk mencegah terjadinya gangguan atau merawat anggota yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan akan memengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Tingkat pengetahuan keluarga terkait konsep sehat sakit akan memengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga (Mubarak *et al*, 2009) adalah sebagai berikut:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga. Apabila menyadari perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Keluarga berupaya untuk mencari pertolongan yang tepat dan sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat supaya masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi.

c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan supaya masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Kondisi rumah yang sehat dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan anggota keluarga.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Keluarga atau anggota keluarga mengalami gangguan yang berkaitan dengan kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga kesehatan untuk memecahkan masalah yang di alami anggota keluarga, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

2.4.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Keluarga

Kesehatan keluarga dipengaruhi oleh anggota keluarga dalam menjalankan fungsinya dengan baik. Faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga (Setiawati & Dermawan, 2008) adalah sebagai berikut.

a. Faktor fisik

Ross, Mirowsaky & Goldstein (dalam Setiawati & Dermawan, 2008) memberikan gambaran bahwa ada hubungan positif antara perkawinan dengan kesehatan fisik. Contoh dari hubungan positif, yaitu seorang istri yang sebelum menikah mempunyai kebiasaan makan-makanan yang pedas, setelah menikah suami akan mengingatkan masalah kesehatan yang dapat ditimbulkan karena kebiasaan makan-makanan yang pedas. Bagi keluarga, penuntun jenis pelayanan yang akan digunakan ditentukan berdasarkan kesepakatan suami istri.

b. Faktor psikis

Keluarga yang terbentuk akan menimbulkan dampak psikologis yang besar, yaitu adanya perasaan nyaman karena saling memperhatikan, memberikan

penguatan atau dukungan. Suami akan merasa tenteram dan terarah setelah beristri begitupun sebaliknya.

c. Faktor sosial

Status sosial memiliki dampak yang signifikan terhadap fungsi kesehatan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pendapatan semakin tinggi, maka tarap kehidupannya semakin baik. Status sosial ekonomi yang rendah memaksa keluarga untuk memarginalkan fungsi kesehatan keluarganya karena keluarga akan mendahulukan kebutuhan dasarnya.

d. Faktor budaya

1) Keyakinan dan praktek kesehatan

Keyakinan keluarga terhadap fungsi kesehatan sangat dipengaruhi oleh nilai dan keyakinan yang dibawa sebelumnya. Perbedaan generasi dalam sebuah keluarga akan mempengaruhi keyakinan keluarga dan menimbulkan konflik tentang fungsi kesehatan yang akan digunakan dalam keluarga.

2) Nilai-nilai keluarga

Nilai-nilai yang dimiliki oleh keluarga mempengaruhi kesehatan keluarga. Misalnya keluarga yang kurang memperhatikan kesehatan akan merasa bahwa tanpa melakukan upaya apapun kesehatan keluarganya terjaga, maka keluarga akan kuat meyakinkannya.

3) Peran dan pola komunikasi keluarga

Dampak budaya terhadap peran, kekuatan dan komunikasi keluarga berbeda-beda pada setiap keluarga. Jika terjadi perubahan terhadap budaya

dengan semestinya terjadi pergeseran peran, aturan-aturan, kekuatan dan pola komunikasi;

4) Koping keluarga

Koping diartikan sebagai respon positif baik kognitif, afektif, dan psikomotor bagi kehidupan keluarga dalam menyelesaikan masalah yang terjadi pada keluarga. Koping keluarga dipengaruhi oleh budaya. Keluarga akan berusaha beradaptasi dengan perubahan budaya.

2.4.7 Keluarga dengan Orang Dengan Gangguan jiwa yang dipasung

Stigma terhadap gangguan jiwa berat tidak hanya menimbulkan konsekuensi negatif terhadap anggota keluarganya tetapi juga bagi anggota keluarga, meliputi sikap-sikap penolakan, penyangkalan, disisihkan, dan diisolasi (Efendi, 2009). ODGJ menjadi malu dan ikut dijauhi masyarakat, bahkan terkadang keluarga juga dipojokkan sebagai penyebab gangguan yang dialami Orang Dengan Gangguan Jiwa. ODGJ mempunyai resiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia (Djarmiko, 2007 dalam Sari, 2009). Salah satu bentuk pelanggaran hak asasi adalah masih adanya praktek pasung yang dilakukan keluarga jika ada salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Padahal dengan cara itu, secara tidak sadar keluarga telah memasung fisik dan hak asasi ODGJ hingga menambah beban mental dan anggota keluarganya.

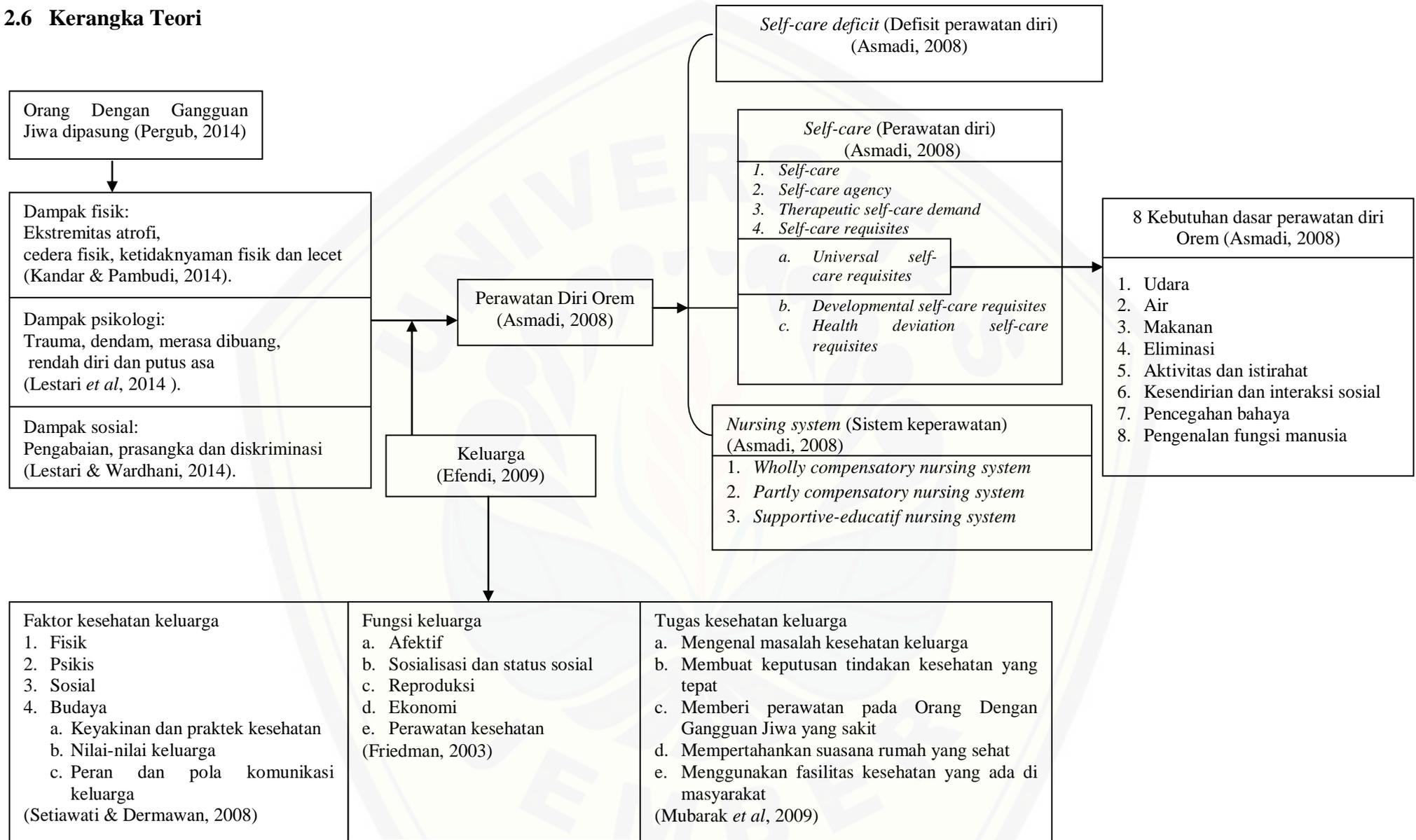
2.5 Pendekatan Fenomenologi pada Penelitian Kualitatif

Kata fenomenologi berasal dari kata Yunani “phenomenon” yang berarti “menunjukkan diri”. Fenomenologi merupakan suatu pendekatan riset dan suatu filosofi Eropa yang diperkenalkan pertama kali pada awal abad ke-20 oleh Edmund Husserl pada tahun 1859-1938 (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Penelitian fenomenologi mencoba menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada individu. Istilah fenomenologi sering digunakan sebagai anggapan umum untuk menunjuk pada pengalaman subjektif dari berbagai jenis dan tipe subjek yang ditemui (Moleong, 2012). Tujuan studi fenomenologi adalah mendeskripsikan, menginterpretasikan dan menganalisis data secara mendalam, lengkap dan terstruktur untuk memperoleh intisari pengalaman hidup dalam bentuk cerita, narasi dan bahasa masing-masing individu (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Peneliti dalam pandangan fenomenologis berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang biasa dalam situasi-situasi tertentu (Moleong, 2012). Peneliti memiliki peran mentransformasikan informasi-informasi pengalaman hidup subyek ke dalam bentuk tulisan.

Elemen dasar dalam pendekatan fenomenologi meliputi pengungkapan dasar filosofi, peneliti menyimpan pandangan dan pengetahuannya, berfokus pada suatu fenomena utama, tidak memerlukan banyak sampel supaya lebih mendalami dan memahami fenomena yang diteliti dan analisis data dilakukan secara tematik (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Dimensi penting dalam fenomenologi, pertama bahwa dalam setiap pengalaman manusia terdapat sesuatu yang hakiki, penting

dan bermakna. Kedua, pengalaman seseorang harus dimengerti dalam konteksnya. Pengalaman subyek dapat ditangkap esensinya dengan mendalami pengalaman itu apa adanya tanpa ada intervensi pandangan, perspektif dari luar. Pandangan dari luar harus ditaruh dalam tanda kurung. Fenomenologi tidak berasumsi bahwa peneliti mengetahui arti sesuatu bagi orang-orang yang sedang diteliti. Penekanan pada pendekatan fenomenologi ialah aspek subjektif dan perilaku orang. Peneliti berusaha untuk masuk ke dalam dunia konseptual para subyek yang ditelitinya sedemikian rupa sehingga peneliti mengerti apa dan bagaimana suatu pengertian yang dikembangkan oleh para subyek di sekitar peristiwa dalam kehidupannya sehari-hari.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang dilakukan yaitu menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Metode penelitian kualitatif adalah penelitian yang pada umumnya menjelaskan dan memberi pemahaman dan interpretasi tentang berbagai perilaku dan pengalaman manusia (individu) dalam berbagai bentuk (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi fenomenologi diartikan sebagai pengalaman subyektif atau pengalaman fenomenologikal dan suatu studi tentang kesadaran dari perspektif pokok seseorang (Moleong, 2012). Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi dipilih karena dapat menggambarkan arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung. Peneliti menggunakan pendekatan studi fenomenologi jenis deskriptif.

Fenomenologi jenis deskriptif tidak berasumsi bahwa peneliti mengetahui arti sesuatu bagi orang-orang yang sedang diteliti oleh peneliti. Peneliti memulai dengan diam. Diam merupakan tindakan untuk menangkap pengertian sesuatu yang sedang diteliti. Fenomenologis berfokus pada aspek subyektif dari perilaku subyek. Peneliti berusaha untuk masuk kedalam dunia konseptual para subyek, yaitu pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung sehingga peneliti mengerti apa dan bagaimana suatu

pengertian yang dikembangkan oleh subyek di sekitar peristiwa kehidupannya sehari-hari.

Keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung merupakan fenomena yang ada di masyarakat dan merupakan suatu pandangan atau pola pemikiran yang muncul. Pengalaman keluarga dalam pelaksanaannya berbeda-beda. Respon-respon yang unik dan spesifik dialami tiap individu termasuk interaksinya dengan orang lain, untuk selanjutnya mengeksplorasi makna atau arti fenomena, hal itu merupakan fokus pendekatan fenomenologi (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.2 Populasi dan Partisipan

Penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradley dinamakan situasi sosial yang terdiri atas tempat, pelaku, dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis (Sugiyono, 2014). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember.

Sampel pada penelitian kualitatif adalah unit sampel yang dapat berupa orang, suatu konsep atau program, suatu perilaku atau budaya, atau suatu kasus yang dibatasi waktu atau sistem (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai nara sumber, atau partisipan, informan, teman dan guru dalam penelitian (Sugiyono, 2014). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dan *snowball sampling*. *Purposive sampling* adalah sampel dipilih berorientasi pada

tujuan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Sampel ini menetapkan terlebih dahulu kriteria-kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Individu yang dipilih untuk berpartisipasi yang memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti (sampel berdasarkan kriteria/*criterion based sampling*). *Snowball sampling* adalah pengambilan sampel yang dilakukan secara berantai dari satu partisipan kepada partisipan lainnya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Calon partisipan berikutnya dipilih berdasarkan informasi, ditunjuk atau diusulkan oleh partisipan (keluarga). Partisipan pada penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai ODGJ dengan pasang.

Besar sampel yang diperlukan pada penelitian kualitatif disesuaikan dengan ketercapaian kelengkapan informasi atau dengan kata lain telah tercapai kejenuhan (*saturated*) pada data yang diperlukan atau tidak terdapat informasi baru yang ditentukan (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Besar sampel pada penelitian kualitatif sangat bervariasi antara penelitian yang satu dengan lainnya, misalnya pada hasil penelitian dari Ngadiran (2010), yaitu pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien halusinasi partisipan yang digunakan adalah 6 orang (saturasi data diperoleh dari 6 partisipan) dari 8 partisipan yang sudah disiapkan. Peneliti merencanakan jumlah partisipan 3-10 (Riemen, 1986 dalam Creswell, 1998 dalam Ngadiran, 2010), tetapi prinsip penentuan sampel penelitian tetap berdasarkan saturasi data. Peneliti menambahkan satu partisipan untuk menentukan ketercapaian saturasi data.

Peneliti menetapkan jumlah partisipan yang digunakan sebanyak 6 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengalaman keluarga dalam

pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung partisipan yang digunakan adalah 6 orang. Saturasi data diperoleh pada partisipan kelima dari enam partisipan yang sudah disiapkan. Peneliti menambahkan satu partisipan atau partisipan keenam untuk menentukan ketercapaian saturasi data. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum melakukan penelitian. Peneliti menggunakan satu partisipan untuk uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji validitas dan reliabilitas didapatkan bahwa jawaban pertanyaan dari satu partisipan telah menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.

3.3 Kriteria Partisipan Penelitian

Kriteria partisipan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2011). Penentuan kriteria inklusi harus didasarkan pada pertimbangan ilmiah oleh peneliti.

Kriteria inklusi penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) keluarga bersedia menjadi partisipan dengan menyetujui pernyataan sebagai partisipan;
- 2) ODGJ yang dipasung dengan tindakan pengikatan pada ekstremitas dan atau dikurung dalam ruangan;
- 3) ODGJ yang dipasung tinggal bersama keluarga.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2011). Peneliti tidak menentukan kriteria eksklusi dalam penelitian ini dikarenakan sampel penelitian cukup terbatas dan peneliti ingin mendapatkan hasil pengumpulan data yang lebih bervariasi.

3.4 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember dengan keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 terdapat 6 keluarga yang memiliki ODGJ dengan dipasung yang berada di wilayah kerja Puskesmas Andongsari sebanyak dua klien dan wilayah kerja Puskesmas Sabrang sebanyak empat klien Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember.

3.5 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai dari bulan April sampai Juli 2015. Pengambilan data dilaksanakan bulan Mei sampai Juni 2015. Analisis data hasil penelitian dilaksanakan Juni sampai Juli 2015.

3.6 Alat Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif menggunakan peneliti itu sendiri yang menjadi instrumen atau alat penelitian (Sugiyono, 2014). Kedudukan peneliti dalam penelitian kualitatif cukup rumit. Peneliti sekaligus merupakan perencana, pelaksana pengumpulan data, analisis, penafsir data, dan pada akhirnya ia menjadi pelapor hasil penelitiannya (Moleong, 2012). Alat pengumpulan data lainnya dalam penelitian ini adalah wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam wawancara.

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu (Moleong, 2012). Wawancara pada penelitian kualitatif merupakan pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa pertanyaan informal (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Metode wawancara pada penelitian kualitatif terdiri atas, wawancara pembicaraan informal, pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara, dan wawancara baku terbuka (Patton dalam Moleong, 2012). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan metode wawancara dengan menggunakan petunjuk umum wawancara. Jenis wawancara ini mengharuskan pewawancara membuat kerangka dan garis besar pokok-pokok pertanyaan (Moleong, 2012).

Catatan lapangan adalah dokumen tertulis peneliti yang berasal dari hasil observasinya khusus berisis catatan pribadi (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Catatan ini digunakan untuk mencatat ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan reaksi partisipan ketika berbicara. Catatan lapangan ini dibuat sepanjang wawancara seperti halnya dengan kontak mata yang harus dilakukan peneliti.

Rekaman wawancara merupakan salah satu alat pengumpulan data pada penelitian ini yang sangat membantu peneliti untuk mengingat kata demi kata dari partisipan sehingga akan mudah dibuat transkrip. Alat perekam harus diletakkan di tempat yang tidak mengganggu diantara pewawancara dan partisipan, serta ruangan yang cukup jauh dari kebisingan atau gangguan lainnya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Wawancara, catatan lapangan, dan perekam wawancara digunakan berdasarkan tujuan penelitian yaitu untuk memahami arti dan makna dari pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung.

3.7 Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2014). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam wawancara. Langkah-langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut.

3.7.1 Tahap Persiapan

Pada mulanya dalam tahap persiapan ini, penelitian dapat dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari tim penguji dan melakukan uji wawancara mendalam dengan dosen pembimbing, maka peneliti mengajukan perijinan dari Program Studi Ilmu Keperawatan yang ditujukan kepada lembaga penelitian Universitas Jember, kemudian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten

Jember untuk membuat surat pengantar kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk meminta surat ijin penelitian ke Puskesmas Andongsari dan Sabrang. Setelah perizinan selesai, kemudian melakukan koordinasi dengan kepala Puskesmas Andongsari dan Sabrang di Kabupaten Jember. Peneliti melakukan penelitian untuk pengambilan data pada keluarga yang memiliki ODGJ dengan pasung.

Peneliti melakukan pendekatan langsung dan membina hubungan saling percaya dengan partisipan sekaligus menjelaskan tujuan penelitian. Kemudian, peneliti memberikan lembar *inform consent* yang harus dipahami oleh partisipan yang kemudian bersedia untuk berpartisipasi dan memberikan kontrak waktu dalam pelaksanaan penelitian (Ngadiran, 2010).

3.7.2 Tahap Pelaksanaan

a. Fase orientasi

Fase orientasi awalnya peneliti dan partisipan duduk saling berhadapan. Peneliti menyiapkan suasana yang nyaman dan tenang, jauh dari kebisingan dengan cara menutup pintu rumah partisipan sebelum melakukan wawancara. Peneliti menyiapkan alat perekam wawancara yang diletakkan diantara peneliti dan partisipan dan memberikan saran kepada partisipan untuk berbicara dengan suara yang jelas supaya proses wawancara dapat terekam dengan baik.

b. Fase kerja

Peneliti melakukan pengumpulan data melalui wawancara dengan petunjuk umum (pedoman wawancara) dan mengisi catatan lapangan yang telah

tersedia. Peneliti memulai dengan mengajukan pertanyaan secara umum kepada partisipan, yaitu bagaimana cara keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung. Kemudian peneliti melanjutkan dengan pertanyaan selanjutnya yang lebih spesifik. Ketika proses wawancara dengan partisipan berlangsung, peneliti mengisi catatan lapangan yang telah dibuat terkait ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan reaksi partisipan ketika berbicara. Pada fase kerja ini yang perlu diperhatikan peneliti, yaitu peneliti wajib melakukan *bracketing*, yaitu usaha yang dilakukan peneliti untuk menyimpan dan mengurung asumsi, pengetahuan dan kepercayaan tentang hal yang diketahuinya tentang fenomena yang sedang diteliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Peran peneliti adalah memberi penjelasan berupa deskripsi dan interpretasi fenomena berdasarkan sudut pandang para partisipannya.

c. Fase terminasi

Peneliti mengakhiri proses pengambilan data setelah semua pertanyaan berdasarkan pedoman wawancara telah dijawab oleh para partisipan. Selanjutnya peneliti bersama para partisipan membuat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya terkait memvalidasi data hasil wawancara yang telah dilakukan dengan cara datang kembali kepada partisipan dan melakukan proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada partisipan.

3.7.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi pada penelitian ini merupakan tahap akhir dari proses pengumpulan data. Tahap terminasi ini peneliti melakukan validasi dan

menjelaskan terkait hasil transkrip pengumpulan data supaya keabsahan data penelitian dapat tercapai. Peneliti mengucapkan terima kasih atas kerjasama para partisipan selama proses penelitian berlangsung (Ngadiran, 2010).

3.8 Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Sugiyono, 2014). Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subyektif (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Analisis data kualitatif bersifat induktif, yaitu kesimpulan informasi dibangun berdasarkan pada hal-hal khusus data lapangan dan bermuara pada kesimpulan-kesimpulan yang bersifat umum.

Proses analisis data pada penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi menggunakan prosedur analisis tematik yang jelas dan populer menurut metode Colaizzi yang merekomendasikan tujuh langkah untuk diikuti (Daymon, 2008). Langkah-langkah yang diusulkan Colaizzi adalah sebagai berikut.

- a. Mencatat data hasil wawancara dan catatan lapangan dalam bentuk transkrip (Kamaluddin, 2010). Peneliti memutar kembali hasil rekaman dari alat perekam dan menuliskan kata demi kata secara verbatim. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal partisipan, diintegrasikan dalam transkrip

sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara. Peneliti menyimak transkrip partisipan. Peneliti berusaha untuk menyadari perasaan-perasaan dan makna-makna yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian dalam transkrip untuk memperoleh makna secara keseluruhan (Daymon, 2008).

- b. Membaca transkrip untuk memperoleh ide yang dimaksud oleh partisipan, yaitu berupa kata kunci dari setiap pernyataan partisipan (Kamaluddin, 2010). Peneliti membaca transkrip sebanyak 5 kali. Peneliti kembali pada masing-masing transkrip partisipan dan difokuskan hanya pada kalimat-kalimat dan frase-frase yang secara langsung menyinggung fenomena yang diteliti. Peneliti memeriksa setiap potongan data yang menurut peneliti penting bagi fenomena yang diteliti. Peneliti memisahkan pernyataan-pernyataan yang menurut peneliti penting. Jika terdapat pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama pada transkrip partisipan yang sama, maka pernyataan tersebut diabaikan. Kemudian peneliti membuat daftar untuk pernyataan tersebut (Daymon, 2008).
- c. Menentukan arti setiap pernyataan yang penting dari semua partisipan (Kamaluddin, 2010). Langkah ketiga ini disebut merumuskan makna. Pada langkah ini peneliti mengambil setiap pernyataan yang penting dan mencoba untuk memecahkan maknanya yang berhubungan dengan pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ yang dipasung. Langkah ini bermanfaat untuk membantu mengungkap makna-makna yang pada awalnya mungkin tersembunyi.

- d. Melakukan pengelompokan data ke dalam berbagai kategori dan menentukan tema-tema utama yang muncul (Kamaluddin, 2010). Peneliti mengulangi proses langkah keempat ini untuk masing-masing wawancara atau catatan tertulis. Kata kunci diidentifikasi melalui penyaringan pernyataan-pernyataan partisipan. Kata kunci-kata kunci yang memiliki arti yang relatif sama diformulasikan menjadi satu kategori. Penentuan kategori dilakukan dengan sangat hati-hati supaya tidak terjadi penyimpangan arti dari pernyataan partisipan. Kategori-kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub-sub tema. Sub-sub tema yang sejenis selanjutnya dikelompokkan ke dalam sub tema yang lebih umum. Tema terbentuk dari pengelompokkan beberapa sub tema yang mengandung makna yang setara. Selanjutnya peneliti merujuk kesesuaian tema yang terbentuk dengan tujuan khusus penelitian. Tema atau kategori adalah unit data atau informasi yang luas dan terdiri atas gabungan beberapa kode/label yang telah dikelompokkan membentuk suatu ide yang bersifat umum (Afiyanti & Rachmawati, 2014).
- e. Langkah ini peneliti menyediakan uraian analitis yang terperinci menyangkut perasaan-perasaan dan perspektif-perspektif partisipan yang terdapat dalam tema-tema. Colaizzi menyebut langkah ini sebagai uraian mendalam. Peneliti memadukan semua kelompok tema ke dalam sebuah penjelasan yang mengungkap pandangan partisipan terhadap fenomena yang diteliti (Daymon, 2008).

- f. Langkah ini peneliti berusaha merumuskan uraian mendalam menyangkut keseluruhan fenomena yang diteliti dan mengidentifikasi struktur pokok atau esensi (Daymon, 2008).
- g. Langkah terakhir ini peneliti melakukan *member check*. Peneliti membawa kembali temuan-temuan kepada partisipan. Peneliti menanyakan pada partisipan mengenai keabsahan uraian pengalaman-pengalaman yang diungkapkan oleh partisipan. Peneliti menunjukkan ringkasan dari setiap wawancara dengan menggarisbawahi tema-tema yang telah peneliti temukan kepada partisipan. Langkah ini memungkinkan peneliti untuk mengganti gagasan atau menambah gagasan-gagasan baru (Daymon, 2008).

Proses akhir dari analisis data pada pendekatan kualitatif adalah interpretasi data. Unit-unit data yang akan menjadi tema atau kategori menghasilkan suatu interpretasi atau gambaran yang dituliskan peneliti tentang intisari atau mengartikan data sesuai substansi dari data yang dihasilkan (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Beberapa bentuk interpretasi data pada umumnya didasarkan pada asumsi, dugaan, atau prasangka, pengetahuan, dan intuisi peneliti. Interpretasi data juga dapat dalam bentuk konstruksi ide peneliti atau suatu kombinasi dari berbagai persepsi peneliti dari tema atau kategori akhir yang dihasilkan dari analisis data (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.9 Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan,

dan kebenaran terhadap data, informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan (Afiyanti & Robson, 2011 dalam Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pada penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti (Sugiyono, 2014). Keabsahan data hasil temuan penelitian kualitatif terdapat empat istilah, antara lain:

a. Kredibilitas (keterpercayaan) data

Kredibilitas menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data dari penelitian yang dilakukan (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Istilah kredibilitas pada penelitian kualitatif sama artinya dengan istilah validitas internal pada studi kuantitatif. Suatu hasil penelitian dikatakan memiliki kredibilitas yang tinggi dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial. Cara yang dapat dilakukan peneliti untuk memperoleh kredibilitas, yaitu dengan cara perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *member check* (Sugiyono, 2014). Pada penelitian ini peneliti menggunakan *member check* untuk menguji kredibilitas data hasil temuannya. Peneliti melakukan proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data (partisipan) dan hasilnya data yang didapatkan disepakati oleh partisipan, sehingga data dapat dinyatakan valid.

b. Transferabilitas atau keteralihan data

Transferabiliti menunjukkan seberapa mampu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau

sekelompok atau partisipan lainnya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Istilah Transferabiliti dipakai pada penelitian kualitatif untuk menggantikan konsep generalisasi (validitas eksternal) yang digunakan pada penelitian kuantitatif.

c. Dependabilitas (ketergantungan)

Dependabilitas atau reliabilitas dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat diulang atau direplikasi pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama, partisipan yang sama dan dalam konteks yang sama (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pengujian dependabilitas dilakukan dengan cara melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian (Sugiyono, 2014). Peneliti melakukan proses dependabilitas dengan cara audit yang dilakukan oleh dosen pembimbing untuk mengaudit keseluruhan proses penelitian yang dilakukan peneliti.

d. Konfirmabilitas

Konfirmabilitas menggantikan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses elemen-elemen penelitiannya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Penelitian dikatakan objektif bila hasil penelitian telah disepakati banyak orang. Bila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian yang dilakukan, maka penelitian telah memenuhi standar konfirmabilitas. Oleh karena itu, dalam penelitian jangan sampai proses tidak ada, tetapi hasilnya ada (Sugiyono, 2014). Uji konfirmabilitas mirip dengan uji dependabilitas, sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan.

3.10 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah suatu pedoman yang harus dipertimbangkan saat menggunakan manusia sebagai subyek penelitian. Prinsip etika dalam penelitian dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak asasi manusia dan prinsip keadilan (Nursalam, 2011).

a. Prinsip manfaat

1) Bebas dari penderitaan

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada partisipan. Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian tidak ada penderitaan yang akan dirasakan karena partisipan tidak ada perlakuan atau tindakan khusus, peneliti hanya melakukan wawancara kepada partisipan.

2) Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Partisipan yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang pengalamannya dalam merawat ODGJ dengan pasung.

3) Risiko

Peneliti memerhatikan risiko, yaitu kemungkinan peneliti memebrikan respon yang tertutup untuk menceritakan pengalaman dalam pemenuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung dan keuntungan yang akan diterima kepada partisipan dalam penelitian dari hasil wawancara mendalam partisipan, yaitu partisipan dapat membantu memenuhi

kebutuhan perawatan diri ODGJ dan partisipan tidak lagi melakukan pemasangan pada ODGJ.

b. Prinsip menghargai hak-hak subjek

1) Hak untuk ikut atau tidak menjadi partisipan

Keputusan berada ditangan partisipan tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk bersedia atau sangsi yang mempengaruhinya.

2) *Informed concent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian dan mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau tidak menjadi partisipan. Peneliti menyiapkan lembar *informed concent* untuk partisipan sehingga partisipan mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau tidak menjadi partisipan.

c. Prinsip keadilan

Subjek mempunyai hak untuk meminta data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*). Data hasil penelitian yang didapatkan dari partisipan, peneliti tidak mencantumkan nama partisipan tetapi menggunakan inisial atau tanpa nama.

BAB 4. HASIL PENELITIAN

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari enam keluarga yang memiliki ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. Karakteristik partisipan yang peneliti paparkan adalah nama, usia, pekerjaan, jenis kelamin, pendidikan, suku bangsa dan tipe keluarga. Karakteristik dari seluruh partisipan adalah sebagai berikut:

a. Partisipan pertama

Partisipan pertama adalah kakak kandung dari ODGJ yang dipasung bernama Ny. A, usia saat ini 45 tahun, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), suku Jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga besar. Partisipan pertama merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi pengurangan tanpa diikat kaki dan tangannya dibelakang rumah dengan dibuatkan rumah sendiri.

b. Partisipan kedua

Partisipan pertama adalah bibi dari ODGJ yang dipasung bernama Ny. M usia saat ini 55 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), suku Jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga besar. Partisipan pertama merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi pemasangan dengan mengikat kaki menggunakan rantai dibelakang rumah dengan dibuatkan rumah sendiri.

c. Partisipan ketiga

Partisipan ketiga adalah kakak kandung dari ODGJ yang dipasung bernama Ny. S, usia saat ini 53 tahun, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir tidak tamat Sekolah Dasar (SD), suku jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga besar. Partisipan ketiga merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi dengan mengikat kaki menggunakan rantai panjang.

d. Partisipan keempat

Partisipan keempat adalah ibu dari ODGJ yang dipasung bernama Ny. R, usia saat ini 60 tahun, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), suku jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga besar. Partisipan keempat merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi dengan mengikat kaki menggunakan rantai panjang dan dikurung disebelah rumah.

e. Partisipan kelima

Partisipan kelima adalah ayah dari ODGJ yang dipasung bernama Tn. K, usia saat ini 50 tahun, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), suku jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga dengan orang tua tunggal. Partisipan kelima merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi pengurungan tanpa diikat kaki dan tangannya, serta dikurung didalam rumah.

f. Partisipan keenam

Partisipan keenam adalah ibu dari ODGJ yang dipasung bernama Ny. B, usia saat ini 58 tahun, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), suku Jawa, dan partisipan tinggal bersama keluarga berupa keluarga inti. Partisipan keenam merawat ODGJ yang dipasung dengan kondisi pengurangan tanpa diikat kaki dan tangannya, serta dikurung didalam rumah.

4.2 Tema Hasil Analisis Data Penelitian

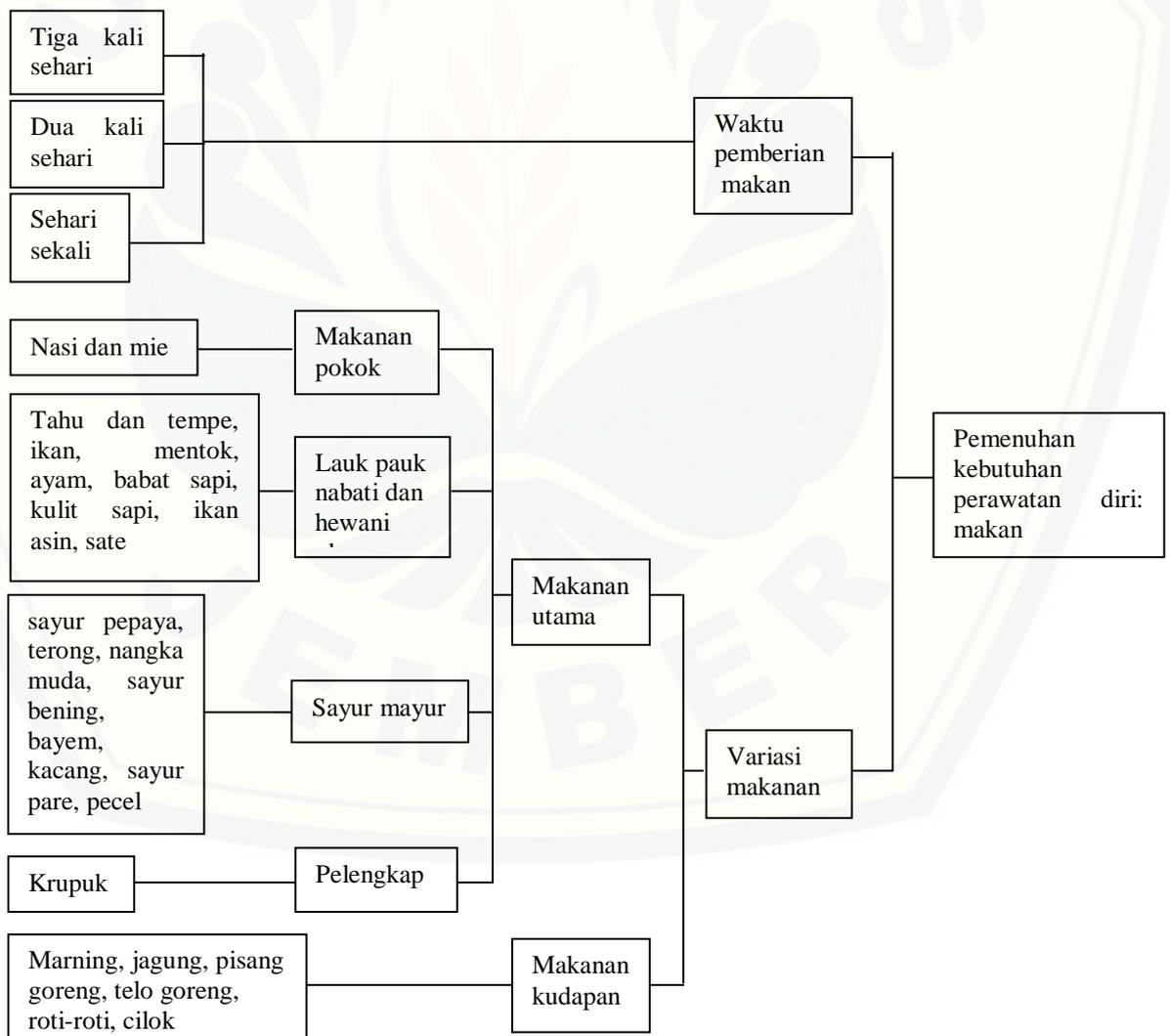
Keseluruhan tema penelitian didapatkan dari hasil wawancara pada partisipan. Pertanyaan yang digunakan pada saat wawancara didasarkan pada tiga tujuan khusus dalam penelitian ini. Tiga tujuan khusus yang telah ditetapkan terdapat dua belas tema penelitian tentang pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan dipasung yang menggambarkan pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember

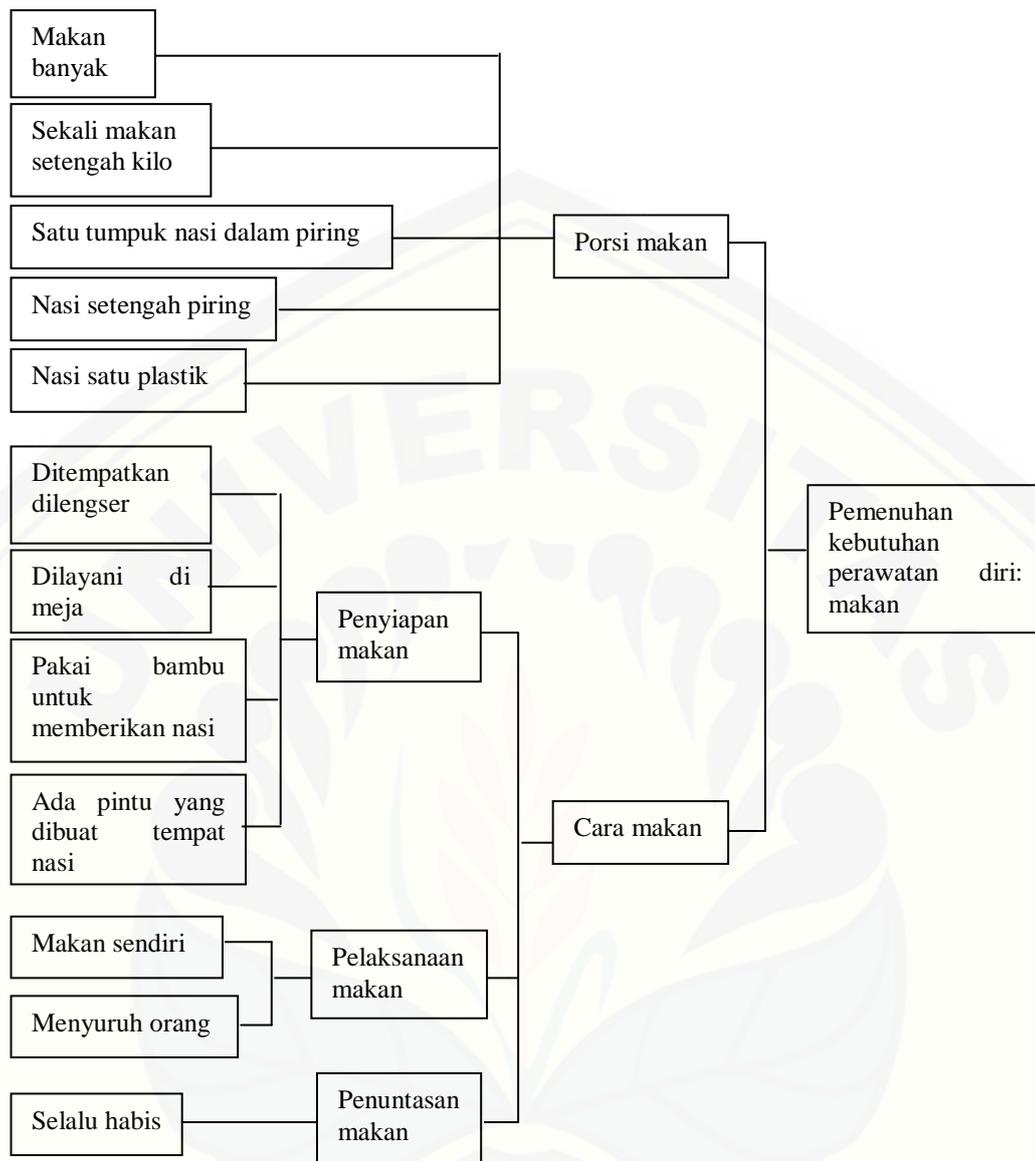
4.2.1 Merawat Masalah Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Sehari-hari oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung digambarkan oleh partisipan kedalam sembilan tema penelitian yaitu tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan, pemenuhan kebutuhan perawatan

diri: udara, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB), pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi. Delapan tema penelitian yang didapatkan, menggambarkan tujuan khusus yang pertama, yaitu merawat masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung.

a. Tema 1: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan





Gambar 4.1 Skema 1 tema 1: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan

Gambar 4.1 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema pertama tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan. Tema pertama didapat dari sub tema waktu pemberian makan, variasi makanan, porsi makan, dan cara

makan. Sub tema waktu pemberian makan didapatkan dari kategori, yaitu tiga kali sehari, dua kali sehari, dan sehari sekali.

Kategori tiga kali sehari diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Yo 3 kali sehari..pagi terus siang sore.....” (P.3)

Kategori dua kali sehari diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“bedhug kale bengi mari isyak (Bahasa jawa: Waktu dhuhur sama malam sesudah isya’),” (P.4)

Kategori sehari sekali diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Ya pukul 9, pukul 8 pokoknya tepak repot bisa bedduk... pokok’e satu kali sehari (Bahasa jawa: pokoknya saat sibuk waktu dhuhur pokoknya satu kali sehari)..” (P.2)

Sub tema variasi makanan didapat dari sub-sub tema, yaitu makanan utama dan makanan kudapan. Sub-sub tema makanan utama didapatkan dari sub-sub-sub tema, yaitu makanan pokok, lauk pauk nabati dan hewani, sayur mayur, dan pelengkap. Sub-sub-sub tema makanan pokok didapatkan dari kategori, yaitu nasi dan mie. Sub-sub-sub tema lauk pauk nabati dan hewani didapatkan dari kategori, yaitu tahu dan tempe, ikan, mentok, ayam, babat sapi, kulit sapi, ikan asin, sate. Sub-sub-sub tema sayur mayur didapatkan dari kategori, yaitu sayur pepaya, terong, nangka muda, sayur bening, bayem, kacang, sayur pare, pecel. Sub-sub-sub tema pelengkap didapatkan dari kategori, yaitu krupuk.

Kategori nasi dan mie diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....., sekul kale jangan ngoten tok, mboten nate werno-werno (Bahasa jawa: nasi sama sayur saja, tidar pernah macam-macam)....” (P.4)

“Ya maunya ya mie ayam.....pokoknya belikan apa itu, mie, mie sedap itu harus beli dua....” (P.5)

Kategori tahu dan tempe, ikan, mentok, ayam, babat sapi, kulit sapi, ikan asin, sate diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya kalau yang dimakan itu ya saya makan apa ya situ sama, misalnya ya apa ya..ya tempe tahu,.....” (P.1)

“....., beli ikan..mentok, ayam, apa itu babat..babat sapi, kulit sapi,.....ayame.. gek mentok’e tiga..ayam 5 kilo cecek’e 3 kilo..tahune seket ribu,.... (Bahasa jawa: ayamnya tiga... masih mentoknya tiga...ayam 5 kilo ceceknnya tahunya lima puluh ribu)” (P.2)

“Yo tempe, iwak asin (Bahasa jawa: Ya tempe, ikan asin)....” (P.3)

“oleh berkat oleh satene telu aku diwehi sitok, dipangan dewe loro (Bahasa jawa: dapat bungkusan nasi dapat sate tiga saya diberi satu, dimakan sendiri dua).....” (P.3)

Kategori sayur pepaya, terong, nangka muda, sayur bening, bayem, kacang, sayur pare, pecel diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Sayur kates,....terong, tewel, apa saja sembarang pokok’e janganan bening..bayem opo kacang.....(Bahasa jawa: sayur papaya....terong, nangka muda, apa saja macam-macam apa pokoknya sayur-sayur bening...bayam apa kacang)” (P.2)

“Lauknya ya mie, kalo anu tempe, ini ya masak sayur pare, pare dikrengseng sama tempe, lagi bumbu kering itu” (P.5)

Kategori krupuk diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“yo enek krupuk, mangan krupuk (Bahasa jawa: Ya ada krupuk, makan krupuk)” (P.3)

Sub-sub tema makanan kudapan didapatkan dari kategori, yaitu marning, jagung, pisang goreng, telo goreng, roti-roti, cilok. Kategori marning, jagung, pisang goreng, telo goreng, roti-roti, cilok diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Kalau ada saya kasih kalau gak ada ya biarin, pokok’e saya punya apa gramik-gramik marning tah, jagung tah, apa pisang goreng, telo goreng, ya saya kasih (Bahasa jawa: Kalau ada saya kasih kalau gak ada ya biarin, pokoknya saya punya apa cemilan-

cemilan marning tah, jagung tah, apa pisang goreng, telo goreng, ya saya kasih).....” (P.2)

“.....roti-roti mau..tapi kalau gak ada ya biarin.....” (P.2)

“....., ya serba minta cilok, ya kalo ada cilok pasti minta itu,”

(P.5)

Sub tema porsi makan didapat dari kategori, yaitu makan banyak, sekali makan setengah kilo, satu tumpuk nasi dalam piring, nasi setengah piring, dan nasi satu plastik. Kategori makan banyak diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....diberi berapa juga habis, terserah yang memberi, kalau memberi juga banyak.. timbange bolak-balik....dikei-kei pisan wes kono dientek-entekno pisan (Bahasa jawa:.....diberi berapa juga habis, terserah yang memberi, kalau memberi juga banyak daripada berkali-kali....diberikan sekalian sudah dihabis-habiskan sekalian)” (P.1)

Kategori sekali makan setengah kilo diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“pokok’e satu makanan setengah kilo..kurang....kurang..hahaha....pokok 1 kilo..... (Bahasa jawa: pokoknya satu makanan setengah kilo..kurang....kurang..hahaha....pokok 1 kilo.....)” (P.2)

Kategori satu tumpuk nasi dalam piring diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Yo koyok-koyok mesti entek, jarang nek gak entek, wong kan anu diadahi piring sak onjot engkok dipangan separuh engkok separuh dipangan awan, engkok sore dijupukne neh neng magic jare (Bahasa jawa: Ya seperti mesti habis, jarang kalau gak habis, kan ditempatkan piring satu tumpuk nanti dimakan setengah nanti setengah dimakan siang, nanti sore diambilkan di magic jare).....” (P.3)

Kategori nasi setengah piring diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Kadang nggeh mboten telas, kadang nggeh telas..... dadi kulo nyukani namung sekedik ngoten kiro-kiro entek.....sing mesti nggeh sakitik iku entek, biasae sak piring, iku separone ngoten (Bahasa jawa: kadang ya tidak habis, kadang ya habisjadi saya memberikan cuma sedikit gitu kira-kira habis.....yang mesti ya sedikit itu habis, biasanya satu piring, itu separuh gitu),” (P.4)

Kategori nasi satu plastik diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“sekule sak plastik,....., gula setengah kiloan niku (Bahasa jawa: nasi satu plastikgula setengah kiloan itu),.....” (P.4)

Sub tema cara makan didapat dari sub-sub tema, yaitu penyiapan makan, pelaksanaan makan, dan penuntasan makan. Sub-sub tema penyiapan makan didapatkan dari kategori, yaitu ditempatkan dilengser, dilayani di meja, pakai bambu untuk memberikan nasi, dan ada pintu yang dibuat tempat nasi.

Kategori ditempatkan dilengser diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....makan itu lengser.. wadai (Bahasa jawa: ditempatkan) lengser..nasinya dituuoto (Bahasa jawa: ditata) blek..blek blek...blek..dikasih sayur langsung dimaem (bahasa jawa: dimakan)..ya habis..dihabiskan sama dia sak piro dihabisne wes (Bahasa jawa: seberapa dihabiskan sudah)..hahaha....” (P.2)

Kategori dilayani di meja diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..... mangan yo dewe pokoke diladeni neng mejo ngono yo wes mangan dewe dikei ajang dikei opo yo wes dewe ngono kuwi (Bahasa jawa: makan ya sendiri pokoknya dilayani di meja gitu sudah makan sendiri diberi tempat).....” (P.3)

Kategori pakai bambu untuk memberikan nasi diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....pringe sing damel mlebetaken sekul niku....., saking angger nyukani dhahar kengkengan (Bahasa jawa: bambunya yang dibuat memasukkan nasi itu, mesti waktu memberikan makan dengan meyuruh orang)” (P.4)

Kategori ada pintu yang dibuat tempat nasi diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..... enten lawangane sing damel tempate sekul niku enten (Bahasa jawa: ada pintunya yang dibuat tempat nasi itu ada), ...” (P.4)

Sub-sub tema pelaksanaan makan didapatkan dari kategori, yaitu makan sendiri dan menyuruh orang. Kategori makan sendiri diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya ditaroh gitu makan sendiri.....” (P.1)

Kategori menyuruh orang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

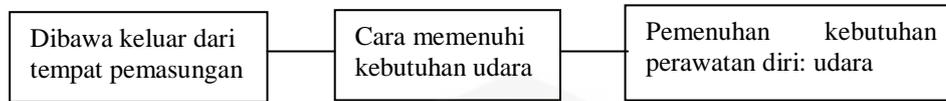
“.....pringe sing damel mlebetaken sekul niku....., saking angger nyukani dhahar kengkengan (Bahasa jawa: bambunya yang dibuat memasukkan nasi itu, mesti waktu memberikan makan dengan meyuruh orang)” (P.4)

Sub-sub tema penuntasan makan didapat dari kategori, yaitu selalu habis.

Kategori selalu habis diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Makan itu selalu habis, jadi ndak disisa-sisa dibuang itu ndak, pasti habis” (P.5)

b. Tema 2: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara

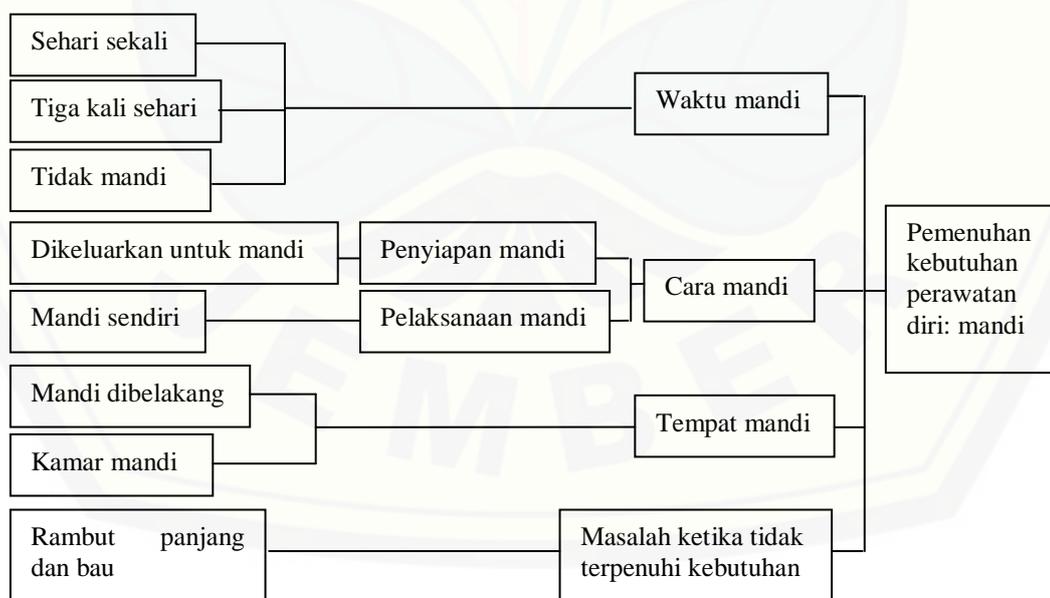


Gambar 4.2 Skema 2 tema 2: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara

Gambar 4.2 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kedua tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara. Tema kedua didapat dari sub tema cara memenuhi kebutuhan udara dengan kategori dibawa keluar dari tempat pemasangan yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya kadang-kadang dikeluarin dari rumahnya itu, disuruh ngisis tapi pakek pemantauan (Bahasa jawa: ya kadang-kadang dikeluarin dari rumahnya itu, disuruh menikmati udara diluar rumah tapi pakai pemantauan)” (P.1)

c. Tema 3: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi



Gambar 4.3 Skema 3 tema 3: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi

Gambar 4.3 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema ketiga tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi. Tema ketiga didapat dari sub tema waktu mandi, cara mandi, tempat mandi dan masalah ketika tidak terpenuhi kebutuhan. Sub tema waktu mandi didapatkan dari kategori, yaitu sehari sekali, tiga kali sehari, dan tidak mandi. Kategori sehari sekali diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Yo sedino pisan aduse (Bahasa jawa: Ya sehari sekali mandi)”

(P.3)

Kategori tiga kali sehari diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“mandi itu tiga kali” (P.5)

Kategori tidak mandi diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“gak pernah mandi..mandi-mandio gak pernah..gak mau mandiiii...gak pernah (Bahasa jawa: mandi-mandi sana gak pernah..gak mau mandiiii...gak pernah)” (P.2)

Sub tema cara mandi didapatkan dari sub-sub tema, yaitu penyiapan mandi dan pelaksanaan mandi. Sub-sub tema penyiapan mandi didapatkan dari kategori dikeluarkan untuk mandi yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Dikeluarin...dikeluarin suruh mandi.....” (P.1)

“.....jalan di tempat mandi setelah itu nanti ya cari handuk.....” (P.5)

Sub-sub tema pelaksanaan mandi didapatkan dari kategori mandi sendiri yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....mandi sendiri ya kalau kurang bersih apa yang bersih ya saya bujuk...bersihin tapi ini mulut ini tidak diem..itu itu gitu, itu belum bersih, digosok” (P.1)

Sub tema tempat mandi didapatkan dari kategori, yaitu mandi dibelakang dan kamar mandi. Kategori mandi dibelakang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“niki lek siram dibelakang dek, (Bahasa Jawa: ini kalau mandi dibelakang dek)” (P.1)

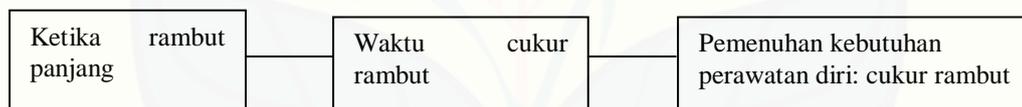
Kategori kamar mandi diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Jeding ada WCnya itu, ya disitu jadi kalo adus luama itu mesti yo ngising adus (Bahasa jawa: kamar mandi ada WCnya itu, ya disitu jadi kalo mandi luama itu mesti ya berak mandi)” (P.3)

Sub tema masalah ketika tidak terpenuhi kebutuhan didapatkan dari kategori, yaitu rambut panjang dan bau. Kategori rambut panjang dan bau diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....hehe kotorane biasa... rambutnya panjang..tapi baunya..hahahaa..bau..hahaha... (Bahasa jawa: kotoranya biasa... rambutnya panjang..tapi baunya..hahahaa..bau..hahaha...)” (P.2)

d. Tema 4: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut

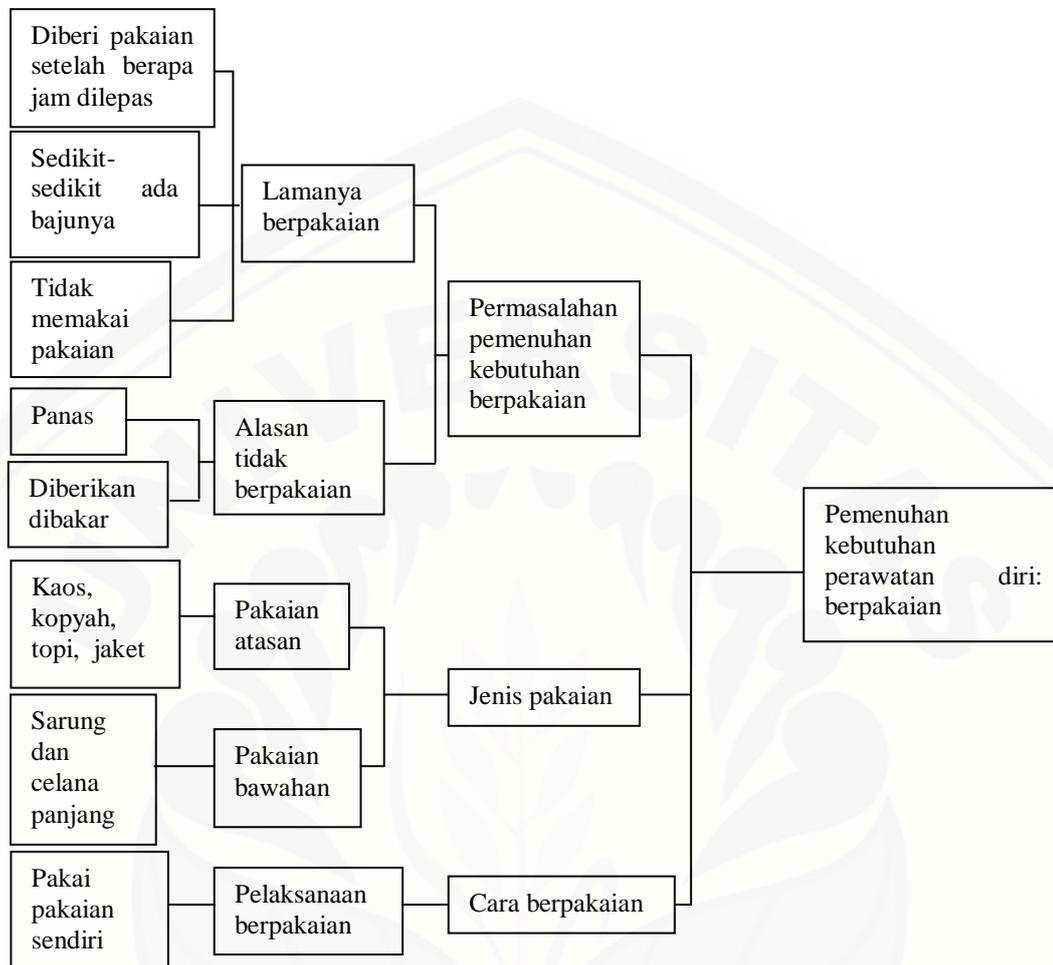


Gambar 4.4 Skema 4 tema 4: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut

Gambar 4.4 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema keempat tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut. Tema keempat didapat dari sub tema waktu cukur rambut dengan kategori ketika rambut panjang yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“tinggal lihat kalau rambut panjang ya saya gunting kalau pendek ya tidak..asalkan tidak gimbal..” (P.1)

e. Tema 5: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian



Gambar 4.5 Skema 5 tema 5: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian

Gambar 4.5 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kelima tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian. Tema kelima didapat dari sub tema permasalahan pemenuhan kebutuhan berpakaian, jenis pakaian, dan cara berpakaian. Sub tema permasalahan pemenuhan kebutuhan berpakaian didapatkan dari sub-sub tema, yaitu lamanya berpakaian dan alasan tidak berpakaian. Sub-sub tema lamanya berpakaian didapatkan dari kategori, yaitu

diberi pakaian setelah berapa jam dilepas, sedikit-sedikit ada bajunya, dan tidak memakai pakaian. Kategori diberi pakaian setelah berapa jam dilepas diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya kalau setelah mandi kalau sudah diberi pakaian setelah berapa jam dilepas..mungkin sekarang lepas sudah, jadi tidak ada banyaknya baju lepas terus..kalau sudah dilepas ditaroh dibawah..tidak pakai sudah” (P.1)

Kategori sedikit-sedikit ada bajunya diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...yo gak telanjang gak,,yo titik..sedikit-sedikit ada bajunya sedikit..hahaha..(Bahasa jawa: ya tidak telanjang tidak..ya sedikit..sedikit-sedikit ada bajunya sedikit..hahaha” (P.2)

Kategori tidak memakai pakaian diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..... damele namung disukani niku damel kemul ngoten, kulo sukani jarik, selimut, klambi, klambine kuatah waune niku, mboten enten, mboten kanggon, mboten klamben (Bahasa jawa: diberikan itu dibuat selimut gitu, saya berikan jarik, selimut, baju, bajunya banyak awalnya itu, tidak ada, tidak dipakai, tidak memakai baju),” (P4)

Sub-sub tema alasan tidak berpakaian didapatkan dari kategori, yaitu panas dan diberikan dibakar. Kategori panas diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“lah itu kok moh..moh..moh salini moh, gak mau dikasih baju panas katanya....(Bahasa jawa: lah itu kok tidak mau..tidak mau..tidak mau diganti tidak mau, tidak mau dikasih baju panas katanya....)” (P2)

Kategori diberikan dibakar diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“mboten disukani dibong, disukani dibong, sarung niku telas empat belas (tidak diberikan dibakar, diberikan dibakar, sarung itu habis empat belas)” (P4)

Sub tema jenis pakaian didapatkan dari sub-sub tema, yaitu pakaian atasan dan pakaian bawahan. Sub-sub tema pakaian atasan didapatkan dari kategori, yaitu kaos, kopyah, topi, jaket. Kategori kaos, cupluk, topi, jaket diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“gak iso suwalan, sarungan, yo kaosan, yo cuplukan,..... (Bahasa jawa: tidak bisa pakai celana, pakai sarung, ya pakai kaos, ya pakai kopyah.....)”(P.3)

.....yo kadung macak koyok pak nyai, jaketan, supluk'e putih, sarungan gek resik ngene (Bahasa jawa: ya terlanjur berhias seperti pak kyai, pakai jaket, topi putih, pakai sarung bersih gini)...(P.6)

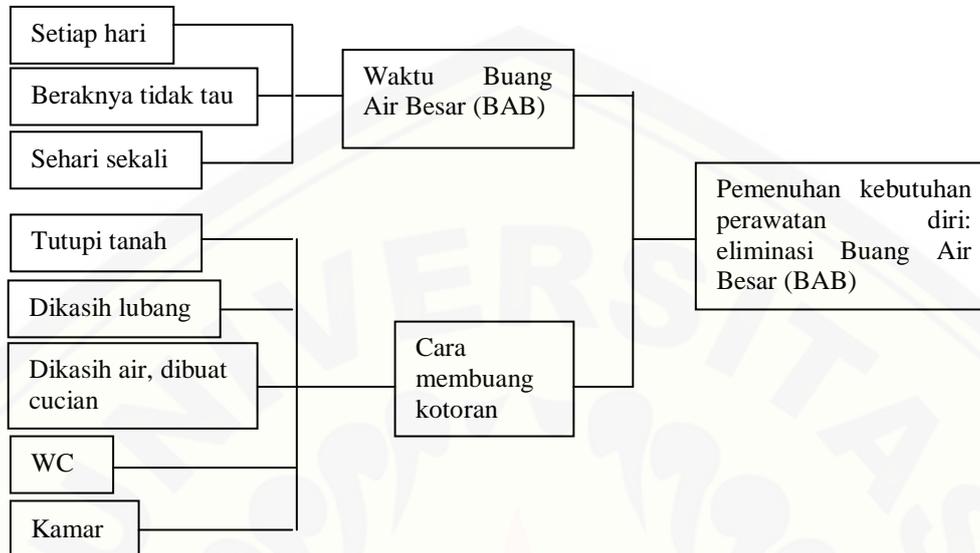
Sub-sub tema pakaian bawahan didapatkan dari kategori, yaitu sarung dan celana panjang. Kategori sarung dan celana panjang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“celana pendek yang harus pakek ini, kalo malam harus pakek sarung jangan pakek celana itu mau teraweh gitu.....” (P.5)

Sub tema cara berpakaian didapatkan dari sub-sub tema, yaitu pelaksanaan berpakaian. Sub-sub tema pelaksanaan berpakaian didapatkan dari kategori, yaitu pakai pakaian sendiri. Kategori pakai pakaian sendiri diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“yo klambenan dewe (Bahasa jawa: ya pakai baju sendiri).....” (P.3)

f. Tema 6: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB)



Gambar 4.6 Skema 6 tema 6: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB)

Gambar 4.6 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema keenam tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB). Tema keenam didapat dari sub tema waktu Buang Air Besar (BAB) dan cara membuang kotoran. Sub tema waktu Buang Air Besar (BAB) didapatkan dari kategori setiap hari, beraknya tidak tau, dan sehari sekali. Kategori setiap hari diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Mungkin ya tiap hari namanya orang, ya berak disitu” (P.1)

Kategori beraknya tidak tau diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“alah berak’e ya tidak tau. (Bahasa jawa: halah beraknya ya tidak tau).” (P.2)

Kategori sehari sekali diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“yo kalo lek ngising paleng sedino ngger ping pisan (Bahasa jawa: Ya kalau Buang Air Besar (BAB) sekali).....” (P.3)

Sub tema cara membuang kotoran didapatkan dari kategori tutupi tanah, dikasih lubang, dikasih air dibuat cucian, WC, dan kamar. Kategori tutupi tanah diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Kalau sudah lama saya bruk gitu lemah gitu...ya itulah dek..... (Bahasa jawa: Kalau sudah lama saya tutupi gitu tanah gitu...ya itulah dek.....)” (P1)

“Damel kemul, anune neng ndi gombalane nang ndi?, guwaki kotoran, dibuntel, dibuwak, dipendem (Bahasa jawa: buat selimut, itu kemana pakaiannya kemana? Dibuat buang kotoran, dibungkus, dibuang, ditutupi tanah),.....” (P.4)

Kategori dikasih lubang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Dikasih jublang (Bahasa jawa: lubang)....” (P.2)

Kategori dikasih air dibuat cucian diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Ya Pur sendiri..pokok dikasih air...termos jerigendibuat wijikan (Bahasa jawa: Ya Pur sendiri..pokok dikasih air...termos jerigendibuat cucian)” (P.2)

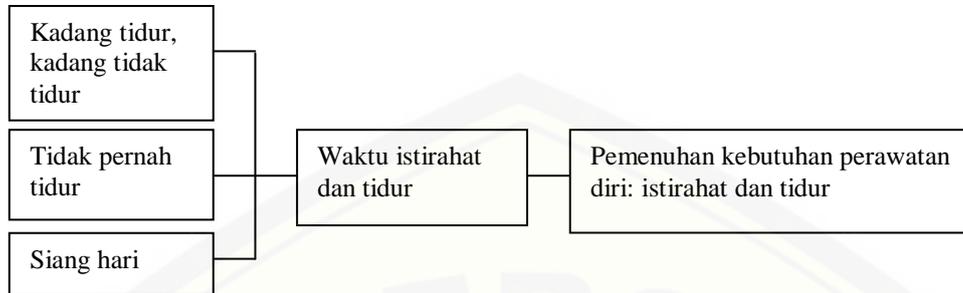
Kategori WC diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ke WC kadang nggeh injing niku pun medal, kadang iku nggeh ping tigo, kadang nggeh ping kale, kadang nggeh sepindah (Bahasa jawa: ke WC kadang ya pagi itu sudah keluar, kadang itu ya tiga kali, kadang ya du akali, kadang ya sekali),....” (P.6)

Kategori kamar diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Nggeh bucal ngengek teng mriku wau lho teng kamar wau kadang, kok anu kuwi mari ngengek kuwi, buwak, medal mendet anu niku sapu, bucal kiyambak (Bahasa jawa: ya membuang BAB disana tadi lho di kamar tadi kadang, kok itu kamu habis BAB kamu, buang, kelaur ambil itu sapu, membuang sendiri)” (P.6)

g. Tema 7: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur



Gambar 4.7 Skema 7 tema 7: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur

Gambar 4.7 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema ketujuh tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur. Tema ketujuh didapat dari sub tema waktu istirahat dan tidur. Sub tema waktu istirahat dan tidur didapatkan dari kategori, yaitu kadang tidur, kadang tidak tidur, tidak pernah tidur, dan siang hari. Kategori kadang tidur, kadang tidak tidur diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“kadang tidur..lebih banyak tidak tidur..” (P.1)

“Nggeh ken sekedap tilem ken sekedap tangi, ngoten nggeh nopo-nopo pun biasa (Bahasa jawa: ya sebentar tidur sebentar bangun, gitu ya apa-apa pun biasa),.....” (P.6)

Kategori tidak pernah tidur diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

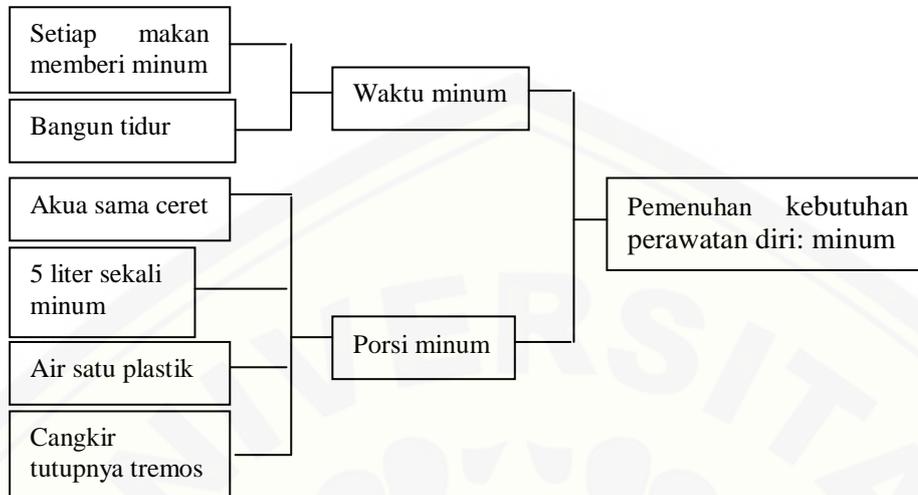
“ndak pernah tidur dalang terus..seperti wayang pak Edi” (P.2)

Kategori siang hari diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Siang niku jam sewelas niku kadang dikirim yo meneng ae celuki turu (Bahasa jawa: itu jam sebelas itu kadang dikirim ya diam saja dipanggil tidur),.....” (P4)

“Kadang ya pagi yo gak tidur terus,, setelah mandi nanti sholat dhuhur ya tidur lagi gitu, sering tidur sekarang,.....” (P.5)

h. Tema 8: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum



Gambar 4.8 Skema 8 tema 8: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum

Gambar 4.8 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kedelapan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum. Tema kedelapan didapat dari sub tema waktu minum dan porsi minum. Sub tema waktu minum didapatkan dari kategori, yaitu setiap makan memberi minum dan bangun tidur. Kategori setiap makan memberi minum diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....., dadi nginuman niku sareng kale sekul, sak plastik, nginume sak plastik, segane sak plastik, bareng dadi sitok sak kresek kulo bettoaken (Bahasa jawa: jadi minumannya itu bersamaan dengan nasi, satu palstik, minumannya satu plastik, nasinya satu plastik, bersamaan jadi satu kresek saya bawakan)” (P.4)

Kategori bangun tidur diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Yo bolak-balik, mau isuk tangi turu yo ngombe (Bahasa jawa: ya bolak-balik, tadi pagi bangun tidur ya minum)” (P.3)

Sub tema porsi minum didapatkan dari kategori, yaitu akua sama ceret, 5 liter sekali minum, air satu plastik, dan cangkir tutupnya tremos. Kategori akua sama ceret diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Saya beri akua sama ceret setiap memberi makan..mesti habis..habis kalau kumat..kalau ndak kumat gak habis” (P.1)

Kategori 5 liter sekali minum diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Air 5 liter satu hari ya kurang kalo ada..kalo gak ada ya diam..kalo ada ya 5 liter kurang sekali minum itu langsung habis 5 liter...hahaha” (P.2)

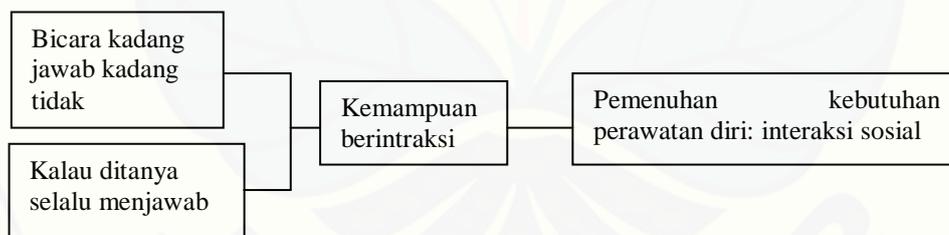
Kategori air satu plastik diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....., toyane sak plastik, gulo setengah kiloan niku, pun bareng, kulo wenhe dadi sitok (Bahasa jawa: airnya satu plastik, gula setengah kilo itu, juga bersamaan, saya berikan jadi satu),” (P.4)

Kategori cangkir tutupnya tremos diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....., tutupnya tremos, cangkir tutupnya tremos kan ada itu yang dipakek.....” (P.5)

i. Tema 9: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial



Gambar 4.9 Skema 9 tema 9: pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial

Gambar 4.9 menjelaskan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kesembilan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial. Tema kesembilan didapat dari sub tema kemampuan berinteraksi. Sub tema kemampuan berinteraksi

didapatkan dari kategori, yaitu bicara kadang jawab kadang tidak dan kalau ditanya selalu menjawab. Kategori bicara kadang jawab kadang tidak diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya kadang-kadang itu..kalau ngomong kadang jawab kadang gak..... (Bahasa jawa: ya kadang-kadang itu..kalau berbicara kadang jawab kadang gak.....)” (P.1)

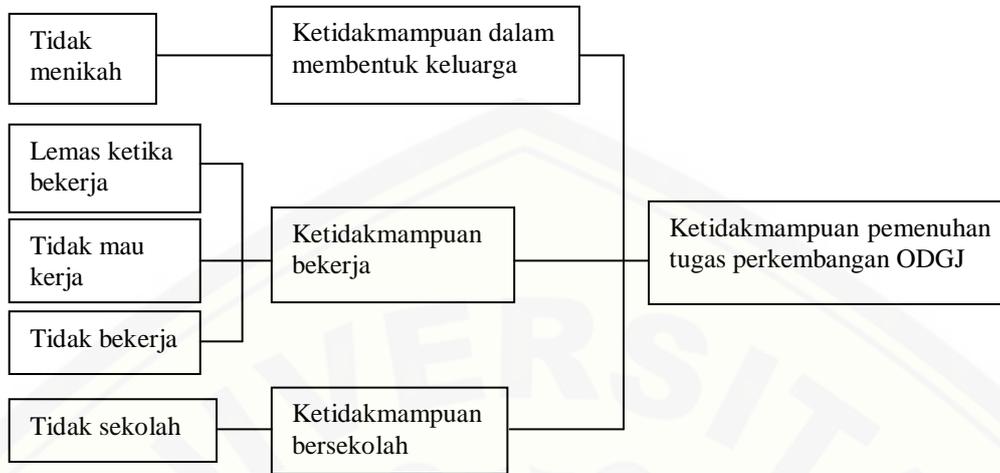
Kategori kalau ditanya selalu menjawab diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“tapi lek ditanyai... sampean asmane sinten pak? Edi Purnomo... umure pinten pak? 47...pinterrr...ibuk'e lho tanya.....ya jenengan pendamelane nopo pak? Tani.. (Bahasa jawa: tapi kalau ditanyai...kamu namanya siapa pak?..Edi Purnomo...umurnya berapa pak? 47...pinterrr...ibunya lho tanya...ya kamu pekerjaannya apa pak? Tani...)” (P.2)

4.2.2 Merawat Masalah Pemenuhan Tahap Perkembangan ODGJ Saat Ini oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan tahap perkembangan oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung digambarkan oleh partisipan kedalam satu tema penelitian yaitu tentang pemenuhan tugas perkembangan ODGJ sesuai usia. Seluruh ODGJ yang dipasung mengalami gangguan dalam tugas perkembangan sesuai usia.

a. Tema 10: ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan ODGJ



Gambar 4.10 Skema 10 tema 10: ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan ODGJ

Gambar 4.10 menjelaskan tentang ketidakmampuan dalam pemenuhan kebutuhan tugas perkembangan ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kesepuluh tentang ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan. Tema kesepuluh didapat dari sub tema ketidakmampuan dalam membentuk keluarga, ketidakmampuan bekerja, dan ketidakmampuan bersekolah. Sub tema ketidakmampuan dalam membentuk keluarga didapatkan dari kategori, yaitu tidak menikah. Kategori tidak menikah diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Ya kasian ya, tidak..gimana ya..semuanya kan temannya sudah berkeluarga..kasian lah..gak sama siapa mau..kalau begitu siapa mau..mungkin dirinya juga gak mau” (P.1)

Sub tema ketidakmampuan bekerja didapatkan dari kategori, yaitu lemas ketika bekerja, tidak mau kerja, dan tidak bekerja. Kategori lemas ketika bekerja diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Gak mau kok..lemas..katanya lemas..suruh kerja lemas...badannya lemas..gak punya kekuatan..tapi kalau makan buuuanyak..” (P.2)

Kategori tidak mau kerja diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“ya bagaimana diajak kerja gak mau..dipaksa gak mau..ya dibiarin diam...” (P.2)

Kategori tidak bekerja diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Keluargane iso waras total iso kerjo..iso omah-omah..karepe kan ngono mbak... (Bahasa jawa: Keluarganya bisa sembuh total bisa kerja, bisa rumah-rumah..maunya kan seperti itu)” (P.3)

“nggeh kados pundi nggeh tiyang sepuh niku yugo kan kados ngoten mboten kerjo nggeh namung melas, pikiran kadang-kadang kulo nggeh ngoten (Bahasa jawa: ya seperti ya orang tua itu anak seperti itu tidak kerja ya cuma kasian, pikiran kadang saya ya gitu)....” (P.6)

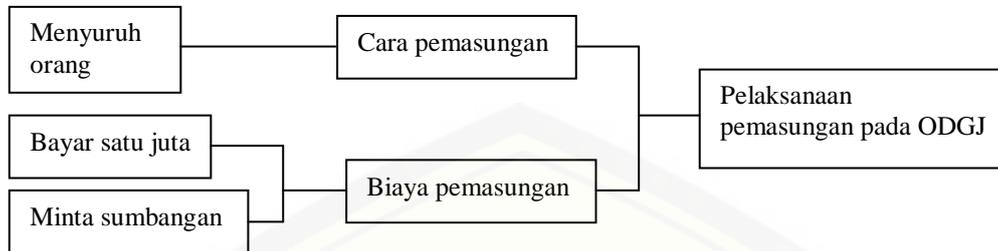
Sub tema ketidakmampuan bersekolah didapatkan dari kategori, yaitu tidak sekolah. Kategori tidak sekolah diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....maunya saya ini ya harus sekolah tapi kan melihat kemampuan anaknya itu kemampuan berpikir cara berpikir gimana itu kan kasian,....” (P.5)

4.2.3 Menangani Masalah Penyimpangan Kesehatan atau Penyakit oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Pengalaman keluarga dalam menangani masalah penyimpangan kesehatan atau penyakit pada ODGJ dengan dipasung digambarkan oleh dua tema penelitian yaitu tentang pelaksanaan pemasangan pada ODGJ dan pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ. Penanganan yang dilakukan partisipan sebagai keluarga terkait masalah penyimpangan kesehatan atau gangguan jiwa yang dialami ODGJ dimulai dari awal saat keluarga mulai merasakan gangguan pada ODGJ.

a. Tema 11: pelaksanaan pemasangan pada ODGJ



Gambar 4.11 Skema 11 tema 11: pelaksanaan pemasangan pada ODGJ

Gambar 4.11 menjelaskan tentang merawat masalah penyimpangan kesehatan pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kesebelas tentang pelaksanaan pemasangan pada ODGJ. Tema kesebelas didapat dari sub tema cara pemasangan dan biaya pemasangan. Sub tema cara pemasangan didapatkan dari kategori, yaitu menyuruh orang. Kategori menyuruh orang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Saya itu nyuruh orang Puger.....” (P.2)

“.....,dulure mboten purun..mboten mentolo, dadi diburuhne (Bahasa jawa: saudaranya tidak mau, tidak tega, jadi nyuruh orang lain)” (P.4)

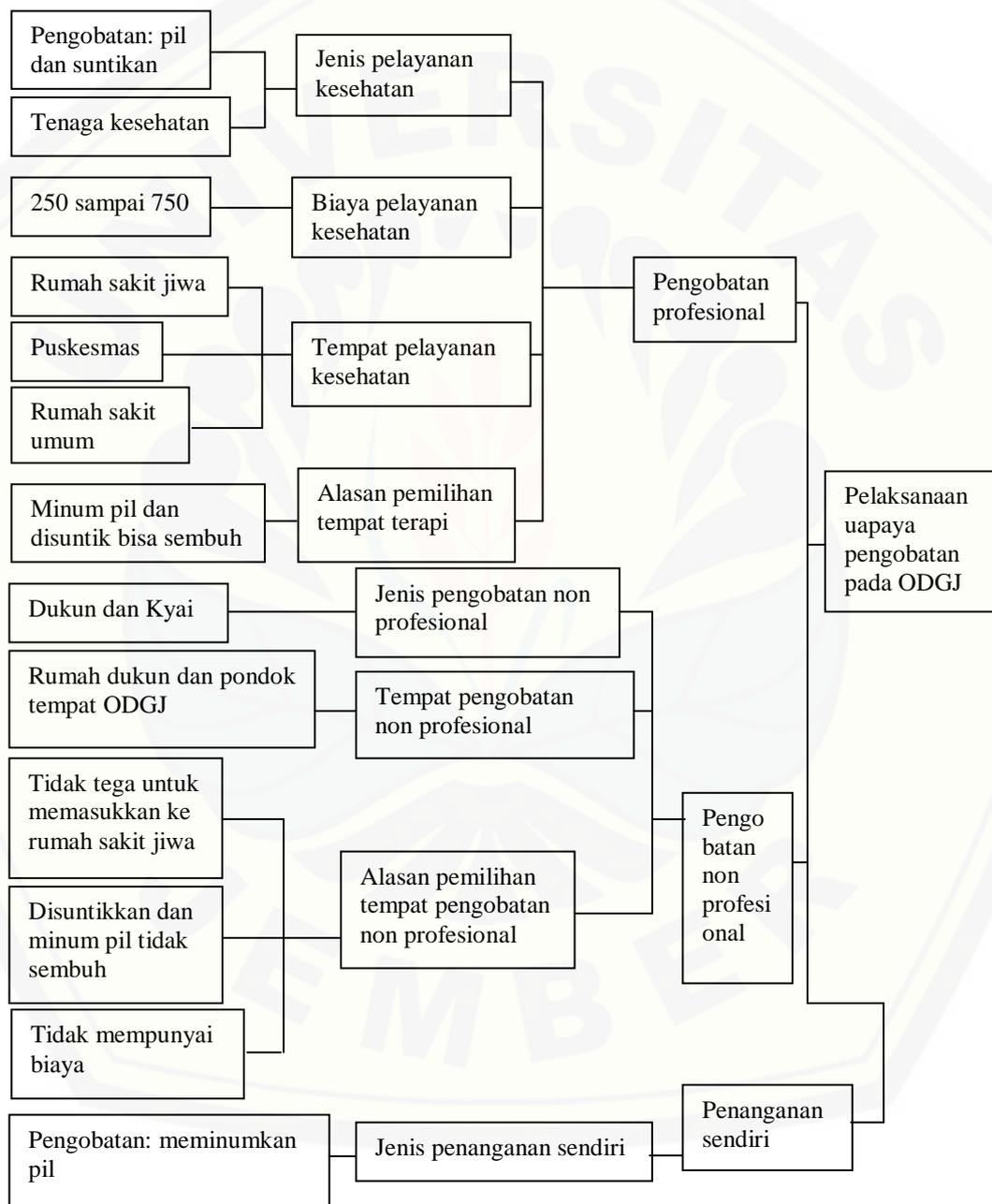
Sub tema biaya pemasangan didapatkan dari kategori, yaitu bayar satu juta dan minta sumbangan. Kategori bayar satu juta diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..... sopo-sopo sing iso nyekel Pur pokok’e iso dipasung.. sampek kene dipasung tak saya bayar satu juta (Bahasa jawa:siapa-siapa yang bisa memegang Pur pokoknya bisa dipasung..sampai bisa dipasung tak saya bayar satu juta)” (P.2)

Kategori minta sumbangan diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...Buat anu ngrantai..nah ngrantai itu saya minta uang di tetangga-tetangga....., aku arepe njaluk sumbangan.... (Bahasa jawa:...buat anu ngrantai..nah ngrantai itu saya minta uang di tetangga-tetangga....., aku mau meminta sumbangan....)” (P.2)

b. Tema 12: pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ



Gambar 4.12 Skema 12 tema 12: pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ

Gambar 4.12 menjelaskan tentang merawat masalah penyimpangan kesehatan pada ODGJ dengan pasung, hal ini dijelaskan oleh tema kedua belas tentang pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ. Tema kedua belas didapat dari sub tema, yaitu pengobatan profesional, pengobatan non profesional, dan penanganan sendiri. Sub tema pengobatan profesional didapat dari sub-sub tema, yaitu jenis pelayanan kesehatan, biaya pelayanan kesehatan, tempat pelayanan kesehatan, dan alasan pemilihan tempat terapi. Sub-sub tema jenis pelayanan kesehatan didapat dari kategori, yaitu pengobatan: pil dan suntikan dan tenaga kesehatan. Kategori pengobatan: pil dan suntikan diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....obat niku nggeh teng jember niku nek sak ulan pun sepindah niku nggeh kontrol teng mriku kale suntik nggeh niku sekeco, nek obat anu niku obat niku namung saged sadar, coro anune saged lembah nggeh tileme nggeh teratur ngoten (Bahasa jawa: obat itu ya ke Jember itu kalau satu bulan sudah dua kali itu ya kontrol ke sana sama suntik ya itu enak, kalau obat itu obat itu hanya bisa sadar, cara itunya bisa tidur teratur gitu)” (P.6)

Kategori tenaga kesehatan diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“naahh kalo orang Jawa ini..ya mantri, dokter, ya dukun jawa gitu tapi itu gak mau..... suntik-suntikne yo gak gelem....disuwukne yo gak mau.... (Bahasa jawa: naah kalau orang jawa ini..ya mantri, dokter, ya dukun jawa gitu tapi itu tidak mau...disuntik-suntikkan ya tidak mau...dibacakan mantra oleh orang pintarya tidak mau)” (P.2)

Sub-sub tema biaya pelayanan kesehatan didapat dari kategori, yaitu 250 sampai 750 diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Malang, mulai suntik pertama iki 250 sampek 750 kerik-kerik gak enek asile (Bahasa jawa: Malang, mulai suntik pertama ini 250 sampai 750 akhir-akhirnya tidak ada hasilnya).....” (P.3)

Sub-sub tema tempat pelayanan kesehatan didapat dari kategori, yaitu rumah sakit jiwa, Puskesmas, dan rumah sakit umum. Kategori rumah sakit jiwa diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...Lawang” (P1)

“Malang, mulai suntik pertama iki 250 sampek 750 kerik-kerik gak enek asile (Bahasa jawa: Malang, mulai suntik pertama ini 250 sampai 750 akhir-akhirnya tidak ada hasilnya).....” (P.3)

Kategori Puskesmas diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“.....biasane kulo teng Puskesmas niku anu patilugu, Andongsari, nggeh niku biasane (Bahasa jawa: biasanya saya ke Puskesmas itu Patilugu, Andongsari, ya itu biasanya) ,....” (P.6)

Kategori rumah sakit umum diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Dari jember, dari bu Evi, ya termasuk dokter, dokter asli sana spesial di Patrang sana, rumah sakit Patrang” (P5)

Sub-sub tema alasan pemilihan tempat terapi didapat dari kategori, yaitu minum pil dan disuntik bisa sembuh diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....obat niku nggeh teng jember niku sak ulan sepindah niku nggeh kontrol teng mriku kale suntik nggeh niku seceko, nek obat anu niku obat niku namung saged sadar,.....tileme nggeh teratur ngoten (Bahasa jawa: obat itu ya di Jember itu satu bulan itu ya kontrol kesana sama suntik ya itu enak, kalau obat itu cuma bisa sadar.....tidurnya ya teratur gitu)” (P.6)

Sub tema pengobatan non profesional didapat dari sub-sub tema, yaitu jenis pengobatan non profesional, tempat pengobatan non profesional, dan alasan pemilihan tempat pengobatan non profesional. Sub-sub tema jenis pengobatan non profesional didapat dari kategori, yaitu dukun dan kyai. Kategori dukun dan kyai diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..... di anu lek ngamuk sing biyen ditambakne neng ndi dukune mreng (Bahasa jawa: kalau ngamuk yang dulu diobati ke dukun kesini)” (P.3)

“.....nek soal teng pundi-pundi pak nyai pak nyai niku sing ngeten-ngeten niku kuatah mulai sepriko sepriki niku nggeh (Bahasa jawa: kalau masalah ke mana-mana pak kyai itu yang gitu-gitu itu banyak dari dulu sekarang itu ya)....” (P.6)

Sub-sub tema tempat pengobatan non profesional didapat dari kategori, yaitu rumah dukun dan pondok tempat ODGJ diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“Neng Curahnongko, Banyuwangi, Jatirejo, Tamansari..... (Bahasa jawa: Di Curahnongko, Banyuwangi, Jatirejo, Tamansari)” (P.3)

“....kulo pondokaken teng pondok curah waru, nggene pondok sing khusus ngeten niki (Bahasa jawa: saya pondokkan ke pondok Curah Waru, tempat pondok yang khusus gini ini),....” (P.6)

Sub-sub tema alasan pemilihan tempat pengobatan non profesional didapat dari kategori, yaitu tidak tega untuk memasukkan ke rumah sakit jiwa, disuntikkan dan minum pil tidak sembuh, dan tidak mempunyai biaya. Kategori tidak tega untuk memasukkan ke rumah sakit jiwa dan disuntikkan dan minum pil tidak sembuh diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“Melas neng kono kumpul wong, kek kadang wong mbeneh, kadang iling kumpul wong gila-gila podo tukaran yo melas.....iki wes kebal bu, ndak ada hasilnya, yo wes prei gak disuntikno (Bahasa jawa: kasian disana kumpul orang, kadang orang bener, kadang ingat orang gila-gila bertengkar ya kasihan...ini sudah tahan bu, tidak ada hasilnya, ya sudah libur tidak disuntikkan)” (P.3)

Kategori tidak mempunyai biaya diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....sing dereng pil-pil niku,.....tapi saiki yugane mboten sanggup tasek, tasek golek duwek (Bahasa jawa: yang belum pil-pil itu....tapi sekarang anaknya tidak sanggup masih, masih mencari uang)..” (P.4)

Sub tema penanganan sendiri didapat dari sub-sub tema, yaitu jenis penanganan sendiri. Sub-sub tema jenis penanganan sendiri didapat dari kategori, yaitu pengobatan: meminumkan pil. Kategori pengobatan: meminumkan pil diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“kemarin itu saya belikan obat sama adik saya tapi reaksinya gak ada...jadi saya halah mak.. yo wes pokok'e diopeni di ke'i mangan (Bahasa jawa: kemarin itu saya belikan obat sama adik saya tapi reaksinya gak ada...jadi saya halah mak.. ya sudah pokoknya dirawat diberi makan)” (P.1)

“Ya tetap melakukan tetap memberi makan gitu..ya memberi obat penenang itu gak reda biar gak lama-lama” (P.1)

BAB 5. PEMBAHASAN

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

5.1.1 Merawat Masalah Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Sehari-Hari oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Enam partisipan yang digunakan dalam penelitian melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri yang sama pada ODGJ yang dipasung. Pengalaman partisipan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ yang dipasung cukup beragam. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari yang dilakukan oleh partisipan, yaitu makan, minum, berpakaian, cukur rambut, eliminasi Buang Air Besar (BAB), istirahat dan tidur, minum, dan berinteraksi sosial dengan ODGJ yang dipasung.

Penelitian ini mengidentifikasi sembilan tema besar tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari, yaitu tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB), pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial. Teori *self-care* Orem menyebutkan bahwa *Universal self-care requisites* terbagi menjadi delapan kebutuhan perawatan diri antara lain: pemeliharaan udara, air/cairan, makanan,

proses eliminasi normal, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal (Marriner, 2001). Oleh karena itu, partisipan belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan perawatan diri secara *Universal self-care requisites* menurut Orem, dimana perawatan diri yang belum terpenuhi oleh ODGJ yang dipasung, yaitu pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia dan upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal.

a. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan

Partisipan menggambarkan bahwa kebutuhan perawatan diri yang paling penting untuk ODGJ yang dipasung, yaitu pemenuhan kebutuhan makan dan minum setiap harinya. Partisipan mengungkapkan bahwa partisipan hanya dapat memberi makan dan pokoknya dirawat dengan diberi makan dan ODGJ yang dipasung makan sendiri. Manusia membutuhkan makanan untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Oleh karena itu, setiap orang akan berusaha mencari makan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Sudarma, 2008). Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama, walaupun setiap orang memiliki latar belakang sosial, budaya, persepsi, dan pengetahuan yang berbeda (Asmadi, 2008b). Kebutuhan pokok utama yang harus terpenuhi untuk memelihara keseimbangan dan kelangsungan hidup bagi tiap manusia disebut kebutuhan

fisiologis (Sunaryo, 2004). Kebutuhan fisiologis meliputi oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, tidur, terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dan lain sebagainya (Asmadi, 2008a). Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan makan, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Oleh karena itu, partisipan tidak hanya memenuhi kebutuhan makan dan minum saja, tetapi kebutuhan fisiologis lainnya juga harus terpenuhi, sehingga akan memberikan dampak positif bagi fisik dan psikologis ODGJ yang dipasung.

1) Waktu pemberian makan

Partisipan memenuhi kebutuhan makan ODGJ yang dipasung dengan memperhatikan waktu untuk pemberian makan. Waktu pemberian makan ditunjukkan partisipan dengan tergambaranya pemberian makan untuk ODGJ yang dipasung sebanyak tiga kali sehari, dua kali sehari, dan sehari sekali saja. Partisipan memberikan makan pada ODGJ yang dipasung sebanyak tiga kali sehari, yaitu pada waktu pagi, siang, dan sore. Partisipan lainnya dalam pemenuhan kebutuhan makan dilakukan sebanyak dua kali sehari. Partisipan mengungkapkan bahwa waktu pemberian makan di siang hari dan malam hari. Partisipan memberikan makan pada ODGJ yang dipasung sebanyak sehari sekali, yaitu pada waktu pagi atau siang saja tergantung pada kesibukan keluarga yang merawat.

Makan tiga kali sehari merupakan aturan paling baik bagi tubuh untuk kesehatan dalam diri seseorang (Sayyid, 2007). Rentang antara makan pertama dan kedua tidak boleh kurang dari 4 atau 5 jam, karena waktu tersebut sudah dianggap cukup bagi lambung untuk mencerna makanan. Makan pagi atau sarapan sangat bermanfaat bagi setiap orang. Kebiasaan makan pagi juga membantu seseorang untuk memenuhi kecukupan gizi sehari-hari (Khomsan & Anwar, 2008). Makan di waktu malam sebaiknya sebelumnya pukul 19.00 (Cahanar & Suhandi, 2006). Waktu pemberian makan yang dilakukan partisipan pada ODGJ yang dipasung lebih tepatnya tiga kali sehari sesuai dengan kebutuhan manusia dan bermanfaat untuk kesehatan ODGJ yang dipasung supaya masalah kesehatan yang dialami semakin cepat sembuh.

2) Variasi makanan

Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan dalam penelitian ini dengan teridentifikasinya subtema yaitu tentang variasi makanan yang diberikan kepada ODGJ yang dipasung. Variasi makanan atau menu makanan adalah susunan hidangan makanan sehari-hari (Efendi, 2008). Partisipan memberikan variasi makanan yang berbeda setiap harinya yang disesuaikan dengan apa yang dimasak dan dimakan oleh anggota keluarga yang lainnya. Variasi makanan yang diberikan dapat memberikan manfaat pada ODGJ yang dipasung supaya tidak merasa bosan terhadap jenis makanan yang selalu dikonsumsi setiap hari.

Partisipan menggambarkan variasi makanan yang diberikan pada ODGJ yang dipasung sangat bervariasi mulai dari makanan utama sampai makanan kudapan. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan tentang variasi makanan

dalam penelitian ini dengan teridentifikasinya sub-subtema yaitu tentang makanan utama yang diberikan kepada ODGJ yang dipasung. Makanan utama yang diberikan keluarga pada ODGJ yang dipasung terdiri atas makanan pokok, lauk pauk baik nabati maupun hewani, sayur mayur, dan pelengkap. Makanan utama adalah makanan yang dikonsumsi seseorang berupa makan pagi, makan siang dan makan malam yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur, buah dan minuman (Sediaoetama, 2004). Partisipan telah memberikan makanan utama, namun partisipan kurang memberikan tambahan buah-buahan dalam kebutuhan makan ODGJ yang dipasung.

Makanan pokok yang diberikan partisipan pada ODGJ yang dipasung berupa nasi dan mie. Makanan pokok adalah makanan yang mengandung zat tepung sebagai sumber tenaga untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari, yaitu beras, jagung, umbi-umbian, sagu dan tepung (Hayati, 2009). Partisipan telah tepat memberikan nasi dan mie sebagai makanan pokok untuk ODGJ yang dipasung sebagai sumber tenaga. Lauk pauk sebagai makanan utama yang diberikan partisipan pada ODGJ yang dipasung. Lauk pauk yang diberikan berupa lauk pauk nabati dan lauk pauk hewani. Lauk pauk terdiri dari dua golongan menurut jenisnya di antaranya lauk pauk hewani dan lauk pauk nabati. Lauk pauk hewani mencakup semua bahan makanan yang berasal dari hewan terutama dari hewan piaraan, ternak, unggas, ikan, susu dan telur. Lauk pauk nabati merupakan bahan makanan yang bersumber dari protein nabati. Bahan makanan ini terdiri atas golongan kacang-kacangan dan hasil olahannya, seperti tempe dan tahu (Sediaoetama, 2004). Partisipan dapat memenuhi

kebutuhan lauk pauk untuk ODGJ yang dipasung sebagai sumber protein yang dibutuhkan tubuh.

Partisipan memberikan sayur mayur yang bervariasi setiap kali memberikan makanan pada ODGJ yang dipasung, yaitu sayur pepaya, terong, nangka muda, sayur bening, bayem, kacang, sayur pare, pecel. Sayur adalah jenis masakan yang menggunkan dari sayuran berwarna contohnya kacang-kacangan, kangkung, bayam, sawi hijau, wortel dan sebagainya dan tidak berwarna contohnya kubis, sawi putih dan taoge (Sediaoetama, 2004). Manfaat sayur bagi kesehatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan gizi dan menyembuhkan berbagai penyakit (Rukmana, 2009). Partisipan dapat memenuhi kebutuhan sayur mayur yang bervariasi untuk ODGJ yang dipasung untuk memenuhi kebutuhan gizi dibutuhkan tubuh. Selain itu, makanan pelengkap seperti krupuk diberikan partisipan untuk ODGJ yang dipasung. Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ sangat menyukai makanan pelengkap krupuk.

Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan tentang variasi makanan dalam penelitian ini dengan teridentifikasinya sub-subtema yaitu tentang makanan kudapan yang diberikan kepada ODGJ yang dipasung. Partisipan memberikan makanan kudapan hanya sesekali saja apabila makanan kudapan itu ada. Makanan kudapan yang diberikan berupa marning, jagung, pisang goreng, telo goreng, roti-roti, dan cilok. Makanan selingan atau kudapan yang dikonsumsi harus mengandung bahan makanan sumber karbohidrat dengan kandungan kalium tinggi, seperti ubi, singkong, tepung, kentang, pisang dan lain-lain (Ramayulis, 2013).

3) Porsi makan

Partisipan dalam penelitian ini memberikan jumlah makanan pada ODGJ yang dipasung disesuaikan dengan keinginan ODGJ itu sendiri. Porsi makan yang diinginkan ODGJ ada yang makan dengan porsi makan banyak, sekali makan setengah kilo, piring satu tumpuk, setengah piring dan nasi satu plastik setengah kilo. Jumlah atau porsi merupakan suatu ukuran maupun takaran makanan yang dikonsumsi pada tiap kali makan (Sediaoetama, 2004). Usia dewasa awal dan dewasa tengah porsi makanan yang harus terpenuhi, yaitu dua porsi atau lebih dari tiap-tiap kelompok susu dan daging, empat porsi atau lebih dari kelompok sayuran dan buah, empat porsi atau lebih dari kelompok padi-padian atau roti dan sereal, dan satu hingga dua sendok makan margarin atau mentega (Potter & Perry, 2005). Partisipan dalam hal memberikan makanan pada ODGJ yang dipasung tanpa membuat ukuran yang tepat yang disesuaikan dengan kebutuhan dikarenakan partisipan tidak mengetahui porsi makanan yang tepat untuk usia dewasa awal dan tengah. Partisipan memberikan porsi makan sesuai dengan keinginan ODGJ yang dipasung supaya tidak mengamuk.

4) Cara makan

Cara makan yang dilakukan partisipan pada ODGJ yang dipasung digambarkan kedalam tiga sub-subtema, yaitu penyiapan makan, pelaksanaan makan, dan penuntasan makan. Partisipan menggambarkan penyiapan makanan untuk ODGJ yang dipasung dengan ditempatkan dilengser, dilayani di meja, menggunakan bambu untuk memasukkan nasi, dan terdapat pintu yang dibuat untuk tempat nasi. Klien yang cacat atau mengalami masalah kesehatan yang

terganggu asupan makanan secara mandiri harus diperbolehkan melakukan sebisa mungkin untuk diri mereka sendiri. Perawat harus menyiapkan nampan, memotong makanan menjadi potongan kecil, dan menuangkan air (Potter & Perry, 2005). Begitu halnya juga dengan ODGJ, partisipan dapat menyiapkan kebutuhan makanan yang akan diberikan dengan meletakkan di nampan atau tempat makan lainnya, supaya ODGJ dapat makan sendiri.

Cara pemenuhan kebutuhan makan dalam hal pelaksanaan makan dapat dilakukan sendiri oleh ODGJ yang dipasung dan partisipan menyuruh orang lain untuk memberikan makan. Klien yang cacat atau mengalami masalah kesehatan yang terganggu asupan makanan secara mandiri harus diperbolehkan melakukan sebisa mungkin untuk diri mereka sendiri (Potter & Perry, 2005). Partisipan yang merawat ODGJ yang dipasung dapat memandirikan dalam hal pemenuhan kebutuhan dengan makan sendiri. Partisipan hanya perlu menyiapkan dan menemani ODGJ yang dipasung ketika makan. Cara pemberian makanan dalam tahap penuntasan makanan ODGJ yang dipasung selalu menghabiskan makanan yang diberikan oleh partisipan. ODGJ selalu menghabiskan makanan yang diberikan dikarenakan porsi makan yang diberikan disesuaikan dengan keinginan ODGJ yang dipasung.

b. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara

Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara ODGJ yang dipasung. Partisipan mengungkapkan bahwa cara pemenuhan kebutuhan udara untuk ODGJ yang dipasung, yaitu membawa ODGJ keluar dari tempat pemasangan untuk menikmati udara diluar namun tetap dalam pemantauan

partisipan. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan udara, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Kebutuhan oksigen diperlukan untuk proses kehidupan. Oksigen sangat berperan dalam proses metabolisme tubuh. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena apabila kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang maka akan terjadi kerusakan jaringan otak dan apabila hal tersebut berlangsung lama akan terjadi kematian (Hidayat, 2004). Masalah kebutuhan oksigen merupakan masalah utama dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Proses pemenuhan kebutuhan oksigen pada manusia dapat dilakukan dengan cara pemberian oksigen melalui saluran pernafasan, membebaskan saluran pernafasan dari sumbatan yang menghalangi masuknya oksigen, memulihkan dan memperbaiki organ pernafasan supaya berfungsi secara normal. Oleh karena itu, partisipan tepat dalam membantu pemenuhan kebutuhan udara ODGJ dengan pasung supaya proses metabolisme tubuh ODGJ dapat berlangsung dengan baik.

c. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi

Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi ODGJ yang dipasung. Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ yang dipasung ada yang berkeinginan untuk mandi dan tidak berkeinginan untuk mandi. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang

keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan udara, dalam hal ini partisipan tidak total membantu ODGJ tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Mandi merupakan salah satu bagian dari personal hygiene seseorang, yaitu upaya individu dalam memelihara kebersihan diri (Mustikawati, 2013). Tujuan personal hygiene, yaitu memelihara kebersihan diri seseorang dan mencegah penyakit (Tarwoto dalam Mustikawati, 2013). Oleh karena itu, partisipan berusaha memenuhi kebutuhan mandi ODGJ yang dipasung supaya kebersihan diri ODGJ dapat terpelihara dengan baik serta dapat mencegah penyakit. Partisipan mengungkapkan pemenuhan kebutuhan mandi digambarkan dengan waktu mandi, cara mandi, tempat mandi, dan masalah ketika tidak terpenuhi kebutuhan mandi.

1) Waktu mandi

Waktu mandi yang dilakukan ODGJ yang dipasung ditunjukkan partisipan dengan gambaran waktu mandi sehari sekali, tiga kali sehari, tidak mandi. Waktu yang dibutuhkan untuk mandi supaya pemeliharaan kebersihan diri tetap terjadi, yaitu mandi minimal 2 kali sehari memakai sabun (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, partisipan yang merawat ODGJ yang dipasung dapat memenuhi kebutuhan mandi minimal 2 kali sehari dan jangan sampai ODGJ yang dipasung tidak mandi supaya kebersihan dirinya tetap terjaga.

2) Cara mandi

Partisipan menggambarkan pemenuhan kebutuhan mandi ODGJ yang dipasung dengan cara penyiapan untuk mandi dan pelaksanaan untuk mandi. Penyiapan mandi yang dilakukan partisipan, yaitu menyuruh ODGJ untuk keluar

dari tempat pemasangan untuk mandi dan pelaksanaan mandi, yaitu ODGJ yang dipasung dapat mandi sendiri. Klien yang cacat atau mengalami masalah kesehatan yang terganggu secara mandiri harus diperbolehkan melakukan sebisa mungkin untuk diri mereka sendiri (Potter & Perry, 2005). Partisipan yang merawat ODGJ yang dipasung dapat memandirikan dalam hal pemenuhan kebutuhan dengan mandi sendiri.

3) Tempat mandi

Tempat mandi yang digambarkan partisipan dalam pemenuhan kebutuhan mandi ODGJ yang dipasung, yaitu mandi dibelakang tempat pemasangan dan mandi di kamar mandi. Tempat yang sesuai untuk mandi adalah kamar mandi. Kamar mandi adalah tempat berbersih diri dengan keadaan yang cukup ruang untuk bergerak, menyiram, dan mengeringkan badan (Suharso, 2005). Partisipan tepat memilih tempat mandi di kamar mandi karena kamar mandi berguna untuk tempat berbersih diri.

4) Masalah ketika tidak terpenuhi kebutuhan

Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ yang dipasung tidak mau untuk mandi. Kondisi ODGJ yang tidak mandi terlihat rambut panjang dan berbau tidak sedap. Tujuan mandi terdiri atas membersihkan kulit, stimulasi sirkulasi, peningkatan citra diri, pengurangan bau badan, dan peningkatan rentang gerak (Potter & Perry, 2005). Selain rambut panjang dan berbau, ODGJ yang dipasung apabila tidak mandi, masalah yang akan muncul, yaitu kulit tidak bersih, sirkulasi tidak lancar, penurunan citra diri dan penurunan rentang gerak.

d. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut

Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut hanya dilakukan oleh satu partisipan pada ODGJ yang dipasung. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut yang dilakukan keluarga pada ODGJ yang dipasung ditunjukkan dengan hanya menyebutkan waktu cukur rambut. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut pada ODGJ dengan pasung secara *wholly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan menyeluruh), ODGJ tidak dapat melakukan tindakan *self-care* cukur rambut (Asmadi, 2008a). Penampilan dan kesejahteraan seseorang seringkali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah klien untuk memelihara perawatan rambut sehari-hari. Rambut klien imobilisasi akan terlihat menjadi kusut. Klien harus diizinkan bercukur bila kondisi mengizinkan (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, partisipan perlu untuk membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut pada ODGJ yang dipasung karena mengalami suatu ketidakmampuan dan imobilisasi akibat dipasung.

1) Waktu cukur rambut

Waktu yang digunakan partisipan untuk mencukur rambut ODGJ yang dipasung yaitu ketika rambut panjang. Rambut panjang dapat dengan mudah menjadi masalah pada klien yang terbatas aktivitas fisiknya (Potter & Perry, 2005). Partisipan dapat memilih waktu yang tepat untuk mencukur rambut ODGJ yang dipasung, yaitu ketika rambut panjang. Selain dilakukan pencukuran rambut,

partisipan perlu membantu melakukan penyikatan dan penyisiran untuk mempertahankan kebersihan rambut dan mencegah rambut kusut pada ODGJ yang dipasung (Potter & Perry, 2005).

e. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian

Partisipan menggambarkan pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian ODGJ yang dipasung ada yang berkeinginan untuk berpakaian dan tidak berkeinginan untuk berpakaian dikarenakan beberapa alasan. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan berpakaian, dalam hal ini partisipan tidak total membantu ODGJ tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Pakaian yaitu sesuatu yang dikenakan manusia untuk menutupi dan melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya dari panas dan dingin (Thawilah, 2007). Oleh karena itu, semua manusia baik yang sehat maupun sakit harus memakai pakaian supaya tubuhnya terlindungi dari panas dan dingin.

1) Permasalahan pemenuhan kebutuhan berpakaian

Partisipan telah mencoba untuk memenuhi kebutuhan berpakaian ODGJ yang dipasung. ODGJ memiliki beberapa alasan untuk tidak memerhatikan kebutuhan berpakaianya, yaitu ODGJ merasa kepanasan dan selalu dibakar apabila diberikan pakaian, sehingga ODGJ yang dipasung memakai pakaian yang tidak baik dengan keadaan robek-robek dan bahkan tidak memakai pakaian. Pakaian menjadi barang kebutuhan yang utama bagi setiap orang. Manfaat

berpakaian, orang dapat terlindung dari berbagai gangguan dan perubahan cuaca misalnya cahaya matahari, terlindung dari debu dan kotoran, terlindung dari udara yang dingin (Thawilah, 2007).

2) Jenis pakaian

Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ yang dipasung, khususnya yang berkeinginan untuk memakai pakaian, pakaian yang digunakan terdapat dua jenis, yaitu pakaian atasan yang terdiri atas kaos, cupluk, topi dan jaket, dan pakaian bawahan yang terdiri atas sarung dan celana panjang. Jenis pakaian atasan misalnya, baju dengan lengan panjang dan pakaian bawahan misalnya, rok dan celana (Poespo, 2006). ODGJ yang dipasung dapat menggunakan pakaiannya dengan sendiri.

3) Cara berpakaian

ODGJ yang dipasung memenuhi kebutuhan berpakaian dengan memakai pakaian sendiri. Pada keadaan sehat, sebagian besar orang sepakat bahwa memilih pakaian sendiri merupakan hak asasi dasar bagi setiap orang. Pakaian yang dikenakan pada orang yang mengalami gangguan mental harus dipersiapkan terlebih dahulu dan dibedakan sesuai dengan kebutuhan (Sunaryo, 2004). Partisipan hanya menyarankan atau memilihkan pakaian yang tepat untuk digunakan oleh ODGJ yang dipasung.

f. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB)

Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB) yang dipasung. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB) pada ODGJ dengan

pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan udara, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting dalam menentukan kelangsungan hidup manusia (Asmadi, 2008b). Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan homeostasis melalui sisa-sisa metabolisme. Oleh karena itu, ODGJ yang dipasung harus tetap memenuhi kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB) supaya tidak menimbulkan masalah kesehatan.

1) Waktu Buang Air Besar (BAB)

Waktu untuk melakukan eliminasi Buang Air Besar (BAB) oleh ODGJ yang dipasung bervariasi berdasarkan gambaran dari partisipan, yaitu setiap hari, terkadang partisipan tidak mengetahui waktu ODGJ melakukan eliminasi Buang Air Besar (BAB), dan sehari sekali. Kebiasaan eliminasi pribadi mempengaruhi fungsi usus. Kebanyakan individu merasa lebih mudah melakukan defekasi di kamar mandi sendiri pada waktu yang paling efektif dan paling nyaman. Individu harus mencari waktu terbaik untuk melaksanakan eliminasinya. Refleks gastrokolik adalah refleks yang paling mudah distimulus untuk menimbulkan defekasi setelah sarapan (Potter & Perry, 2005). Partisipan dapat membantu memenuhi kebutuhan eliminasi Buang Air Besar (BAB) ODGJ yang dipasung setelah makan.

2) Cara membuang kotoran

Partisipan menggambarkan cara membuang kotoran yang dilakukan ODGJ yang dipasung bervariasi. Cara membuang kotoran yang dilakukan, yaitu dengan cara ditutupi tanah, dikasih lubang, dikasih air untuk cucian, WC, dan dikamar. Kebanyakan individu merasa lebih mudah melakukan defekasi di kamar mandi sendiri atau WC. Toilet dirancang untuk memfasilitasi kebutuhan eliminasi fekal, sehingga memungkinkan individu untuk duduk tegak ke arah depan, mengeluarkan tekanan intrabdomen dan mengontraksi otot-otot paha (Potter & Perry, 2005). Partisipan dalam membantu memenuhi kebutuhan eliminasi Buang Air Besar (BAB) dengan cara memfasilitasi kamar mandi dengan WC, supaya ODGJ ketika melakukan eliminasi Buang Air Besar (BAB) merasa nyaman.

g. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur

Partisipan memperhatikan kebutuhan istirahat dan tidur ODGJ yang dipasung. Partisipan menggambarkan kebutuhan istirahat dan tidur ODGJ yang dipasung dilihat dari waktu ODGJ untuk istirahat dan tidur. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Tidur merupakan kebutuhan dasar seperti makan, minum, aktivitas dan lainnya, apabila tidur terganggu dapat menimbulkan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang (Ernawati, Yuniarsih, & Rejeki, 2007). Ketika orang sedang beristirahat mereka berada pada keadaan aktivitas mental dan fisik yang menyegarkan, dan siap untuk

beraktivitas. Oleh karena itu, ODGJ yang dipasung perlu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur yang bermanfaat untuk pemulihan baik secara fisiologis dan psikologisnya.

1) Waktu istirahat dan tidur

Partisipan menggambarkan waktu istirahat dan tidur ODGJ yang dipasung, yaitu ODGJ terkadang dapat tidur, terkadang tidak dapat tidur, ODGJ tidak pernah tidur, dan biasanya ODGJ tidur di siang hari. Tiap individu membutuhkan jumlah yang berbeda untuk istirahat dan tidur. ODGJ yang dipasung sebagian besar mengalami gangguan tidur, dimana ODGJ terkadang dapat tidur, terkadang tidak dapat tidur bahkan ODGJ tidak tidur. Gangguan tidur dapat disebabkan oleh kecemasan, depresi, atau penyakit fisik ringan tertentu (Potter & Perry, 2005). Padahal dengan memenuhi kebutuhan tidur bertujuan untuk memulihkan atau mengistirahatkan fisiknya, mengurangi stress dan kecemasan (Mubarak, 2007). Partisipan yang menggambarkan waktu istirahat dan tidur ODGJ di siang hari mengalami tidur yang lebih sering dikarenakan oleh obat yang dikonsumsi ODGJ. Faktor yang mempengaruhi tidur salah satunya adalah obat-obatan. Obat resep memiliki salah satu efek mengantuk sebagai efek samping (Potter & Perry, 2005).

h. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum

ODGJ yang dipasung sebagai manusia tentunya membutuhkan minum sebagai kebutuhan dasar. Partisipan membantu memenuhi kebutuhan minum ODGJ yang dipasung. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling

bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan udara, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Air memiliki presentase yang besar dari berat badan manusia. Kekurangan cairan tubuh menyebabkan kematian sel. Dengan demikian, keberlangsungan proses pembentukan atau perbaikan jaringan tubuh tidak terlepas dari peranan cairan tubuh (Asmadi, 2008b). Cairan tubuh dalam keadaan normal berada dalam keseimbangan. Ketidakseimbangan cairan tubuh dapat mengalami gangguan, yaitu edema dan dehidrasi.

1) Waktu minum

Partisipan menggambarkan waktu pemenuhan kebutuhan minum ODGJ yang dipasung, biasanya pada saat memberi makan dan bangun tidur. Selain itu, partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ yang dipasung dengan kondisi dikurung dan masih dapat berjalan, ODGJ minum ketika merasa haus. Sebagian ahli menyarankan agar segera minum sebelum rasa haus datang. Sebagian lainnya menyampaikan bahwa waktu meminum air yang baik adalah satu jam sebelum dan sesudah makan karena tidak akan mengganggu enzim pencernaan yang sedang bekerja mengolah makanan yang sedang kita makan (Jayanata & Kholil, 2013). Partisipan dapat memenuhi kebutuhan minum ketika ODGJ merasa haus dan satu jam sebelum dan sesudah makan.

2) Porsi minum

Partisipan mengungkapkan bahwa jumlah minuman yang diberikan pada ODGJ yang dipasung cukup bervariasi, yaitu akua sama ceret, 5 liter sekali minum, air satu plastik dan cangkir tutupnya tremos. Kebutuhan cairan tubuh

yang cukup dapat membantu menjaga sistem metabolisme bekerja dengan baik. Porsi minum air putih sebanyak 2 liter atau 8 gelas ukuran sedang setiap hari. Namun, harus ditambahkan pula bahwa meminum air sebanyak 2 liter bukan dilakukan dalam satu malam atau dalam frekuensi yang tidak terbagi rata (Jayanata & Kholil, 2013). Partisipan yang memberikan porsi minum sampai 5 liter sekali memberi itu cukup berlebihan. Namun hal itu merupakan keinginan ODGJ yang dipasung meminta air minum sebanyak 5 liter. Partisipan harusnya mengetahui porsi minum yang baik diberikan sebanyak 2 liter setiap hari.

h. Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial

Partisipan sebagai keluarga yang merawat ODGJ yang dipasung dalam hal pemenuhan kebutuhan berinteraksi dengan cara mengajak ODGJ untuk tetap berkomunikasi baik dengan partisipan sendiri maupun orang lain. Partisipan membantu pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan udara, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). Interaksi sosial adalah hubungan-hubungan sosial yang dinamis yang menyangkut hubungan antara orang perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun antara perorangan dan kelompok manusia (Noorkasiani, 2009). Oleh karena itu, meskipun ODGJ yang dipasung mengalami masalah kesehatan, pemenuhan kebutuhan interaksi sosialnya harus tetap terjalin dengan bantuan partisipan dan orang lain.

1) Kemampuan berinteraksi

Kemampuan berinteraksi ODGJ yang dipasung cukup baik, hal itu digambarkan oleh partisipan bahwa ketika ODGJ diajak untuk berinteraksi, respon ODGJ terkadang menjawab apa yang ditanyakan atau dibicarakan dan terkadang hanya diam saja, serta ODGJ lainnya kemampuan interaksinya sangat baik seperti orang biasa, ODGJ selalu menjawab atau merespon terhadap apa yang ditanyakan atau dibicarakan dengan orang lain maupun partisipan. Temuan penelitian tentang adaptasi keluarga terhadap penyakit kronik dan mengancam kehidupan secara konsisten menunjukkan bahwa faktor sentral dalam fungsi keluarga yang sehat adalah adanya keterbukaan, kejujuran, dan komunikasi yang jelas dalam mengatasi pengalaman kesehatan yang menimbulkan stres (Kahn, 1990 dalam Potter & Perry, 2005). Partisipan sebagai keluarga tentunya harus terampil memenuhi kebutuhan interaksi sosial ODGJ yang dipasung, supaya masalah kesehatan yang menimbulkan stres pada ODGJ dapat berkurang, sehingga fungsi keluarga yang sehat dapat tercapai.

5.1.2 Merawat Masalah Pemenuhan Tahap Perkembangan ODGJ Saat Ini oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan tahap perkembangan ODGJ saat ini oleh keluarga pada ODGJ dengan dipasung digambarkan oleh partisipan kedalam satu tema penelitian yaitu tentang ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan ODGJ. Teori *self-care* Orem

menyebutkan bahwa kebutuhan perawatan diri perkembangan (*Developmental self-care requisites*). Kebutuhan yang dihubungkan dengan proses perkembangan dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu sehingga dapat berupa tahapan-tahapan berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial (Marriner, 2001). Seluruh ODGJ yang dipasung mengalami gangguan dalam memenuhi tugas perkembangan.

a. Ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan ODGJ

ODGJ yang dipasung tidak dapat memenuhi tugas perkembangan sesuai usianya. Partisipan sebagai keluarga merasa kasihan melihat ODGJ yang dipasung tidak dapat memenuhi tahap perkembangan sesuai usianya, tetapi partisipan tetap memberi dukungan untuk dapat memenuhi tugas perkembangan ODGJ yang dipasung. Partisipan membantu ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan pada ODGJ dengan pasung secara *partly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan sebagian), partisipan dan ODGJ saling bekerja sama dalam melakukan pemenuhan kebutuhan tugas perkembangan ODGJ, dalam hal ini partisipan membantu ODGJ tidak total tetapi sebagian (Asmadi, 2008a). ODGJ yang dipasung telah berusia remaja (18-21 tahun), dewasa awal (21-40 tahun) dan dewasa tengah (40-65 tahun). ODGJ yang dipasung mengalami gangguan dalam tugas perkembangan, yaitu ketidakmampuan membentuk keluarga, ketidakmampuan bekerja, dan ketidakmampuan bersekolah.

1) Ketidakmampuan membentuk keluarga

ODGJ yang dipasung telah memasuki tahap perkembangan pada usia dengan pembentukan keluarga, namun ODGJ mengalami gangguan dengan tidak

menikah. ODGJ yang dipasung yang tidak menikah masuk usia dewasa muda. Pada keadaan sehat, menurut Eric Erickson dewasa muda (21-40 tahun) tugas perkembangan yang dimiliki, yaitu intimasi vs isolasi. Tugas perkembangan pada dewasa muda, yaitu mengembangkan kedekatan dan berbagi hubungan dengan lainnya yang mungkin termasuk pasangan seksual. Seseorang tidak bersedia atau tidak mampu untuk berbagi mengenai diri sendiri akan merasa sendiri (Potter & Perry, 2005). ODGJ yang dipasung apabila dalam keadaan sehat seharusnya telah melaksanakan tugas perkembangan sesuai tahap perkembangan usia dewasa muda, yaitu dapat menikah.

2) Ketidakmampuan bekerja

ODGJ yang dipasung telah memasuki tahap perkembangan pada usia dengan bekerja, namun ODGJ mengalami gangguan dengan tidak bekerja. ODGJ yang dipasung yang tidak bekerja masuk usia dewasa muda dan dewasa tengah. Pada keadaan sehat, menurut Eric Erickson dewasa tengah (40-65 tahun) tugas perkembangan yang dimiliki, yaitu generativitas vs absorpsi. Dewasa tengah dihadapkan pada kesadaran tentang penetapan dan bimbingan untuk generasi selanjutnya. Absorpsi diri orang dewasa akan direnungkan dengan kesejahteraan pribadi dan peningkatan materi (Potter & Perry, 2005). ODGJ yang dipasung apabila dalam keadaan sehat seharusnya telah melaksanakan tugas perkembangan sesuai tahap perkembangan usia dewasa muda, yaitu dapat bekerja.

3) Ketidakmampuan sekolah

ODGJ yang dipasung telah memasuki tahap perkembangan pada usia dengan masih sekolah, namun ODGJ mengalami gangguan dengan tidak

bersekolah. ODGJ yang dipasung yang tidak bersekolah masuk usia remaja. Pada keadaan sehat, menurut Eric Erickson ODGJ yang dipasung dengan usia remaja (18-21 tahun) mengalami gangguan dalam tahap perkembangan dirinya. Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ tidak dapat melanjutkan sekolahnya dikarenakan mengalami gangguan pikiran. Pada keadaan sehat, menurut Eric Erickson remaja (18-21 tahun) tugas perkembangan yang dimiliki, yaitu identitas vs bingung peran. Individu mengembangkan penyatuan rasa diri sendiri. Kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas pribadi dapat mengarahkan kebingungan peran sehingga muncul perasaan tidak adekuat, isolasi dan keraguan (Potter & Perry, 2005). ODGJ yang dipasung apabila dalam keadaan sehat seharusnya telah melaksanakan tugas perkembangan sesuai tahap perkembangan usia dewasa muda, yaitu dapat bersekolah.

5.2.3 Menangani Masalah Penyimpangan Kesehatan atau Penyakit oleh Keluarga pada ODGJ dengan Dipasung

Pengalaman keluarga dalam menangani masalah penyimpangan kesehatan atau penyakit pada ODGJ dengan dipasung terdapat dua tema penelitian yaitu tentang pelaksanaan pemasangan pada ODGJ dan pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ. Teori *self-care* Orem menyebutkan bahwa kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan (*Health deviation self-care requisites*) ditemukan dalam kondisi sakit, injuri, penyakit atau yang disebabkan oleh tindakan medis. Penyakit atau injuri tidak hanya mempengaruhi struktur tubuh tertentu dan fisiologisnya atau mekanisme psikologis tetapi juga

mempengaruhi fungsi sebagai manusia (Marriner, 2001). Penanganan yang dilakukan partisipan sebagai keluarga terkait masalah penyimpangan kesehatan atau gangguan jiwa yang dialami ODGJ dimulai dari awal saat keluarga mulai merasakan gangguan pada ODGJ.

a. Pelaksanaan pemasangan pada ODGJ

Penanganan masalah penyimpangan kesehatan atau gangguan jiwa yang dialami ODGJ dilakukan partisipan dengan cara melaksanakan pemasangan. Tindakan pemasangan yang dilakukan partisipan berupa pengikatan tangan dan/atau kaki ODGJ dengan menggunakan rantai dan pengurungan ODGJ dalam ruangan didalam rumah. Partisipan menangani ODGJ dengan cara pemasangan dikarenakan partisipan merasa ketakutan apabila ODGJ melakukan kekerasan atau mengamuk dan merugikan lingkungan sekitar. Partisipan membantu pelaksanaan pemasangan pada ODGJ dengan pasung secara *wholly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan menyeluruh) (Asmadi, 2008a). Partisipan secara penuh melakukan pemasangan pada ODGJ. Pasung merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan/atau kaki seseorang, diikat atau dirantai lalu ditinggalkan pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah ataupun di hutan. Tindakan tersebut mengakibatkan orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badannya dengan bebas sehingga terjadi atrofi. Pemasangan adalah segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan ODGJ (Kemenkes RI, 2011). Penyebab lain melakukan pemasangan menurut penelitian (Lestari *et al*, 2014), antara lain kondisi ODGJ parah atau berat, mengamuk, membahayakan

orang lain, perilaku ODGJ tidak bisa dikendalikan supaya tidak kabur dan merusak, penyembuhan ODGJ dapat lebih cepat, ketidaktahuan pihak keluarga, dan rasa malu keluarga, serta tidak adanya biaya pengobatan (Depkes 2005 dalam Sari, 2009).

1) Cara pemasangan

Cara pemasangan yang dilakukan partisipan pada ODGJ dengan cara meminta bantuan orang lain, dikarenakan partisipan tidak mampu untuk memasung dengan sendiri. ODGJ sering bertindak gaduh gelisah atau mengamuk, berbahaya dan tidak bisa diprediksi. Pemasungan dilakukan untuk mencegah ODGJ membahayakan diri dan orang lain (Lestari & Wardhani, 2014). Partisipan tidak mampu untuk melakukan pemasangan dengan sendiri. Partisipan memberikan informasi kepada tetangga dan masyarakat sekitar untuk meminta bantuan memasung ODGJ dan yang berhasil memasung akan diberikan imbalan berupa uang.

2) Biaya pemasangan

Cara pemasangan yang dilakukan partisipan pada ODGJ dengan meminta bantuan orang lain, tentunya membutuhkan biaya yang harus dikeluarkan untuk membayar orang lain yang memasung ODGJ. Partisipan mengungkapkan bahwa biaya pemasangan yang dibutuhkan sebesar satu juta rupiah dan meminta bantuan sumbangan dari tetangga. Biaya pemasangan yang diberikan pada orang yang mampu untuk memasung ODGJ merupakan suatu imbalan atau upah dari partisipan. Upah merupakan imbalan yang diberikan pada seseorang atas jasa yang telah dilakukan (Eka, 2010). Oleh karena itu, orang yang mampu memasung

ODGJ pantas mendapatkan biaya pemasangan yang telah dijanjikan oleh partisipan sebagai imbalan jasa.

b. Pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ

Penanganan masalah penyimpangan kesehatan atau gangguan jiwa yang dialami ODGJ dilakukan partisipan dengan berbagai cara. Partisipan membawa ODGJ pada pengobatan profesional, partisipan mencoba pengobatan non profesional dan partisipan melakukan penanganan secara mandiri. Partisipan membantu pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ dengan pasang secara *wholly compensatory nursing system* (sistem penyeimbang keperawatan menyeluruh) (Asmadi, 2008a). Partisipan secara penuh membawa ODGJ yang dipasang pada pengobatan profesional, pengobatan non profesional, dan penanganan secara mandiri.

1) Pengobatan profesional

Partisipan dalam menangani ODGJ menggunakan pengobatan melalui pelayanan kesehatan. Partisipan membawa ODGJ ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan supaya ODGJ cepat sembuh. Pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, kuratif dan rehabilitatif (Permenkes, 2010). Tujuan dasar dari pelayanan kesehatan adalah memberikan layanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dan kehidupan masyarakat (Sudarma, 2008). Oleh karena itu, partisipan memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan dengan harapan kualitas hidup ODGJ dapat meningkat.

Partisipan menyebutkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan sebagai penanganan pada ODGJ yang mengalami masalah penyimpangan kesehatan berupa pengobatan menggunakan pil dan suntikan dan tenaga kesehatan. Partisipan berharap supaya ODGJ dapat cepat sembuh dari jenis pelayanan kesehatan yang dipilih. Partisipan memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan yang kemudian tenaga kesehatan yang menangani memberikan pengobatan berupa pil dan suntikan. Penanganan ODGJ memerlukan terapi psikofarmaka. Terapi psikofarmaka atau psikotropik, yaitu pemberian obat-obatan yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental ODGJ karena obat dapat bekerja langsung pada otak (Baihaqi *et al*, 2005) meliputi antipsikotik, antidepresan, obat penstabil mood, antiansietas, stimulan dan disulfiram Videbeck (2008). ODGJ yang mendapatkan terapi pengobatan atau psikofarmaka disesuaikan dengan masalah kejiwaan yang dialami ODGJ supaya efek terapinya dapat bekerja langsung pada otak.

Partisipan memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan dengan diperiksa oleh tenaga kesehatan, yaitu dokter dan pak mantri. Tenaga kesehatan adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang kesehatan (Sudarma, 2008). Apabila partisipan memiliki kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, maka seorang tenaga kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana kebutuhan masyarakat itu sendiri.

Partisipan memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan dengan biaya yang cukup banyak. Partisipan mengungkapkan biaya yang dibutuhkan sebesar 250.000 sampai 750.000. Tidak semua ODGJ yang dipasung memiliki kartu

jaminan kesehatan. Dua ODGJ yang memiliki kartu jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan masyarakat adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Depkes, 2008). Tujuan dari Jamkesmas, yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Depkes, 2008). Partisipan dapat memanfaatkan kartu Jamkesmas untuk pembiayaan pelayanan kesehatan yang digunakan untuk memeriksakan ODGJ yang dipasung dan bagi ODGJ yang tidak memiliki kartu Jamkesmas hendaknya partisipan sebagai keluarga yang merawat dapat membantu untuk pembuatan kartu Jamkesmas untuk ODGJ yang dipasung.

Partisipan mengungkapkan bahwa ODGJ yang dipasung diperiksa di tempat pelayanan kesehatan, yaitu di rumah sakit jiwa, Puskesmas, dan rumah sakit umum. Fasilitas pelayanan kesehatan jiwa meliputi, Puskesmas dan jejaring, klinik pratama, dan praktek dokter dengan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa, rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah perawatan (Undang-Undang Kesehatan Jiwa, 2014). Partisipan dapat menggunakan fasilitas atau tempat pelayanan kesehatan jiwa untuk ODGJ yang dipasung selain di Puskesmas, rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, partisipan juga dapat menggunakan fasilitas klinik pratama, dan praktek dokter dengan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa dan rumah perawatan.

Partisipan memilih memeriksakan ODGJ yang dipasung ke pelayanan kesehatan karena memiliki alasan, yaitu di pelayanan kesehatan oleh petugas

kesehatan akan diberikan obat sehingga partisipan berharap ODGJ dapat cepat sembuh. ODGJ perlu dirawat dan diberi pengobatan di rumah sakit. ODGJ dibutuhkan pendampingan yang terus menerus oleh petugas kesehatan sampai ODGJ benar sembuh (Lestari & Wardhani, 2014).

2) Pengobatan non profesional

Partisipan selain menggunakan pengobatan profesional juga menggunakan pengobatan non profesional untuk penanganan ODGJ yang dipasung. Partisipan menggunakan terapi alternatif untuk pengobatan non profesional. Terapi alternatif digunakan diluar cara modern yang biasa dilakukan di rumah sakit, puskesmas dan balai pengobatan lainnya (Marsito, 2003). Partisipan mencoba berbagai cara untuk menangani ODGJ dengan menggunakan pengobatan non profesional ke dukun dan kyai dan tempat pengobatan pun beragam.

Partisipan menyebutkan jenis pengobatan non profesional yang diberikan sebagai penanganan pada ODGJ yang mengalami masalah penyimpangan kesehatan, yaitu melalui bantuan dukun dan kyai. Penyembuhan terhadap suatu penyakit di dalam sebuah masyarakat dilakukan dengan cara-cara yang berlaku di dalam masyarakat sesuai kepercayaan masyarakat tersebut. Ketika manusia menghadapi berbagai masalah di dalam hidup, di antaranya sakit, manusia berusaha untuk mencari obat untuk kesembuhan penyakitnya itu. Pengobatan tradisional berdasarkan kearifan lokal yang berasal dari kebudayaan masyarakat, termasuk di antaranya pengobatan dukun, yang dalam mengobati penyakit menggunakan tenaga gaib atau kekuatan supranatural. Komunitas tertentu terdapat orang tertentu yang dikenal mempunyai kekuatan untuk menyembuhkan (Potter &

Perry, 2005). Pengobatan dukun adalah penggunaan doa-doa atau bacaan-bacaan, air putih yang diisi rapalan doa-doa, dan ramuan dari tumbuh-tumbuhan (Syuhudi, Sani & Said, tanpa tahun). Partisipan melakukan penanganan untuk ODGJ yang dipasung menggunakan pengobatan duku dan kyai dengan cara dimandikan dan menggunakan air putih untuk diminum.

Partisipan mengungkapkan bahwa penanganan menggunakan pengobatan non profesional telah sampai ke beberapa tempat rumah dukun dan pondokan yang mengobati ODGJ, diantaranya Sabrang timur, Curahnongko, Banyuwangi, Jatirejo, Tamansari, Jenggawah dan Kediri, pondok Curah Waru. Partisipan telah berusaha membawa ODGJ ke beberapa tempat pengobatan dukun dan membawa ODGJ ke pemondokan yang menangani masalah ODGJ. Partisipan memilih membawa ODGJ yang dipasung ke tempat pengobatan non profesional dukun dan kyai karena memiliki alasan, yaitu apabila ODGJ dibawa ke rumah sakit jiwa dan bertemu dengan ODGJ yang sama mengalami gangguan, keluarga merasa tidak tega, pengobatan menggunakan pil tidak ada hasilnya, dan partisipan tidak memiliki biaya untuk memeriksakan ke pelayanan kesehatan. Masyarakat menggunakan pengobatan non profesional dengan dukun dan kyai dikarenakan biaya yang dibutuhkan secara umum lebih murah dari pelayanan kesehatan, dukun tidak angkuh, mempunyai hubungan sosial dan membangun pengharapan untuk kesembuhan (Potter & Perry, 2005).

3) Penanganan sendiri

Partisipan telah memeriksakan ODGJ yang dipasung ke pengobatan profesional dan pengobatan non profesional ke dukun dan kyai, namun partisipan

sendiri tetap melakukan penanganan sendiri dirumah. Adapun jenis penanganan sendiri yang dilakukan partisipan pada ODGJ yang dipasung, yaitu meminumkan obat sendiri. Bentuk penanganan sendiri yang dilakukan partisipan sebagai keluarga dapat dikatakan dalam bentuk dukungan keluarga. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2003). Keluarga memberikan dukungan dalam bentuk dukungan pengharapan, dukungan nyata, dukungan informasi, dan dukungan emosional.

Empat partisipan mengungkapkan bahwa penyebab ODGJ yang dipasung mengalami gangguan jiwa disebabkan oleh mencari ilmu, namun ODGJ tidak kuat atau tidak mampu untuk menerimanya. Masyarakat mempercayai bahwa ODGJ disebabkan oleh kejadian mistik atau supranatural yang dialami. Gangguan jiwa memiliki penyebab yang pasti atau dapat diukur, misalnya disebabkan oleh faktor psikologis meliputi trauma di masa kanak-kanak, deprivasi parental, hubungan orangtua dengan anak yang patogenik, struktur keluarga yang patogenik, dan stres berat Coleman, Butcher, dan Carson (dalam Baihaqi *et al*, 2005). Oleh karena itu, penyebab ODGJ yang dipasung bukan disebabkan oleh mencari ilmu, namun ODGJ tidak kuat atau tidak mampu untuk menerimanya. Hal itu menunjukkan bahwa ODGJ mengalami kegagalan dalam mencapai keinginan. Jika individu sering mengalami kegagalan maka gangguan jiwa yang sering muncul adalah gangguan konsep diri harga diri rendah. Harga diri

rendah merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan diri (Carpenito, 2006).

ODGJ yang dipasung terlihat kurang melakukan perawatan diri yang ditunjukkan dengan pakaian yang robek-robek, rambut tidak rapi, dan kulit tidak bersih. Seluruh manusia baik dalam keadaan sehat maupun sakit harus tetap mempertahankan fungsi dan struktur manusia yang membantu perkembangan positif bagi kesehatan dan kesejahteraan. Teori *self-care* Orem menyebutkan bahwa *Universal self-care requisites* terbagi menjadi delapan kebutuhan perawatan diri antara lain: pemeliharaan udara, air/cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal (Marriner, 2001).

ODGJ yang mengalami harga diri rendah akan tampak kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara lebih banyak menunduk, dan bicara lambat dengan nada suara rendah. ODGJ yang mengalami harga diri rendah akan mencederai diri akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, mungkin ODGJ ingin mengakhiri kehidupan (Carpenito, 2006). Oleh karena itu, Keluarga untuk menanganinya dengan cara pemasangan. ODGJ diduga menderita gangguan jiwa yang dipasung lebih banyak dilakukan oleh keluarga sebagai alternatif terakhir untuk penanganan gangguan jiwa, setelah segala upaya

pengobatan medis dilakukan keluarga. Namun ketidaktahuan keluarga dan masyarakat sekitar atas deteksi dini dan penanganan paska pengobatan di Rumah Sakit Jiwa menyebabkan ODGJ tidak tertangani dengan baik. Hanya cara budaya yang diketahui keluarga untuk menanganinya yaitu pemasangan supaya mencegah ODGJ membahayakan diri dan orang lain. Selain sebagai cara keluarga supaya bisa mengawasi penderita gangguan jiwa berat dari dekat (di lingkungan rumah keluarga) (Lestari & Wardhani, 2014).

Penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital-based* menjadi *community-based psychiatry services*. Gangguan jiwa dapat dicegah dan diatasi, untuk itu penyelesaiannya tidak hanya oleh tenaga kesehatan, tetapi juga perlu melibatkan peran aktif semua pihak. upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Undang-Undang Kesehatan, 2009). ODGJ sulit untuk langsung sembuh dalam satu kali perawatan, namun membutuhkan proses yang panjang dalam penyembuhan. ODGJ dibutuhkan pendampingan yang terus menerus sampai benar-benar sembuh dan bisa bersosialisasi dengan orang lain secara normal. Ketika di rumah, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar sangat dibutuhkan supaya ODGJ dapat menjalani proses penyembuhannya. Masyarakat mempunyai potensi untuk mengatasi masalah sehingga perlu diubah kesadaran untuk terlibat dalam upaya preventif dan promotif, tenaga kesehatan, organisasi masyarakat yang peduli terhadap masalah kesehatan jiwa (Efendi, 2009).

Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dapat berperan dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier dalam menangani masalah gangguan jiwa. Pencegahan primer merupakan upaya mempertahankan orang yang sehat supaya tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit (Budiarto, 2002). Petugas kesehatan dapat melakukan promosi kesehatan pendidikan kesehatan dan konseling kepada perawat jiwa tentang kesehatan jiwa pada masyarakat. Pencegahan sekunder merupakan upaya manusia untuk mendeteksi dan melakukan intervensi segera guna menghentikan penyakit pada tahap dini, mencegah komplikasi dan mempersingkat fase ketidakmampuan (Asmadi, 2008a). Pada pencegahan sekunder petugas kesehatan dapat melibatkan kelompok masyarakat yang telah terbentuk, misalnya kelompok PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga) atau struktur yang ada di masyarakat untuk menjadi kader yang berperan untuk penemuan kasus masalah kejiwaan yang ada di masyarakat. Kasus kejiwaan yang ditemukan dimasyarakat nantinya oleh petugas kesehatan akan dilakukan deteksi dini, penanganan segera sampai rujukan ke pelayanan kesehatan. Pencegahan tersier terdiri atas upaya mencegah atau membatasi ketidakmampuan dan rehabilitasi supaya dapat berfungsi secara optimal (Budiarto, 2002). Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara melatih keluarga untuk terampil dalam menangani ODGJ yang mengalami masalah penyimpangan kesehatan dengan cara membawa ke pelayanan kesehatan supaya tindakan pemasangan tidak dilakukan oleh keluarga.

5.2 Keterbatasan Penelitian

5.2.1 Peneliti

Peneliti memiliki beberapa keterbatasan penelitian yang peneliti alami. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama peneliti untuk melakukan penelitian kualitatif, sehingga peneliti memiliki banyak keterbatasan. Peneliti memiliki keterbatasan dalam penggunaan bahasa daerah jawa yang digunakan ketika melakukan wawancara kepada partisipan dan peneliti mengalami kesulitan dalam menulis catatan lapangan di saat melakukan penelitian dan banyak respon dari partisipan yang terlewatkan untuk dicatat.

5.2.2 Partisipan

Partisipan ketika bekerja sama dalam penelitian terdapat beberapa keterbatasan. Beberapa partisipan dalam kesehariannya terbiasa berbahasa jawa, sehingga partisipan terkadang kurang memahami ketika peneliti menanyakan pertanyaannya dengan menggunakan bahasa indonesia.

5.2.3 Sumber Referensi

Sumber referensi terkait buku dan jurnal-jurnal penelitian yang digunakan dalam penelitian cukup sulit dan terbatas untuk didapatkan, terutama konsep mengenai pasung.

5.3 Implikasi untuk Ilmu Keperawatan

5.3.1 Penelitian

Penelitian ini menggambarkan arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung baik tindakan pasung dengan pengikatan fisik dan/atau pengurungan di dalam suatu tempat yang terdiri atas pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari, pemenuhan tahap perkembangan, dan penanganan masalah penyimpangan atau paenyakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan sebagai keluarga telah memenuhi kebutuhan perawatan diri ODGJ yang dipasung sesuai dengan kemampuan dan cara yang diketahui keluarga untuk merawat. Penelitian ini menggambarkan pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung baik tindakan pasung dengan pengikatan fisik dan/atau pengurungan di dalam suatu tempat (seklusi). Hal ini membutuhkan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan penelitian kuantitatif untuk mengidentifikasi perbedaan pemenuhan kebutuhan perawatan diri oleh keluarga pada ODGJ dengan pasung: pengikatan fisik dan pengisolasian dirumah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan sebagai keluarga telah memenuhi kebutuhan perawatan diri ODGJ yang dipasung sesuai dengan kemampuan dan cara yang diketahui keluarga untuk merawat. Partisipan lebih memperhatikan kebutuhan makan dan minum yang diperlukan ODGJ yang dipasung dan untuk kebutuhan lainnya partisipan tidak begitu memperhatikan. Oleh karena itu, partisipan dalam konteks ini kurang mampu atau kurang memiliki keterampilan yang baik untuk merawat ODGJ yang dipasung dalam hal

pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Hal ini membutuhkan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan penelitian kuantitatif untuk mengidentifikasi pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap keterampilan pemenuhan kebutuhan perawatan diri oleh keluarga pada ODGJ dengan pasung.

5.3.2 Pelayanan keperawatan

Penelitian ini menggambarkan arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung. Penelitian ini mendapatkan data-data tentang kebutuhan perawatan diri dari hasil wawancara peneliti pada partisipan atau keluarga. Data-data tentang kebutuhan perawatan diri ODGJ yang dipasung dapat dikatakan sebagai hasil pengkajian dalam proses keperawatan. Oleh karena itu, implikasi untuk pelayanan keperawatan dari penelitian ini sebagai pelaksanaan asuhan keperawatan baik individu ODGJ yang dipasung sebagai klien maupun keluarga sebagai klien untuk menyelesaikan masalah-masalah yang dialami ODGJ yang dipasung dan keluarga yang merawat ODGJ yang dipasung.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang diuraikan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

- a. Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan dipasung terdapat sembilan tema penelitian yaitu tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB), pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur, pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial.
- b. Pengalaman keluarga dalam merawat masalah pemenuhan tahap perkembangan ODGJ pada ODGJ dengan dipasung terdapat satu tema penelitian yaitu tentang ketidakmampuan dalam pemenuhan tugas perkembangan ODGJ yang meliputi berkeluarga, bekerja, dan sekolah.

- c. Pengalaman keluarga dalam menangani masalah penyimpangan kesehatan atau penyakit pada ODGJ dengan dipasung terdapat dua tema penelitian yaitu tentang pelaksanaan pemasangan pada ODGJ dan pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ.

6.2 Saran

- a. Bagi pendidikan keperawatan dapat digunakan sebagai dasar penelitian lebih lanjut untuk menyempurnakan pembahasan dan kemampuan pendidik dan peserta didik dalam melatih keterampilan keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri ODGJ dengan pasung. Penelitian lanjutan dapat berupa:
 - 1) Perbedaan pemenuhan kebutuhan perawatan diri oleh keluarga pada ODGJ dengan pasung: pengikatan fisik dan pengisolasian dirumah.
 - 2) Pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap keterampilan pemenuhan kebutuhan perawatan diri oleh keluarga pada ODGJ dengan pasung.
- b. Bagi instansi pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di Puskesmas diharapkan membentuk suatu program kesehatan jiwa terkait melatih keterampilan keluarga dalam menangani ODGJ yang mengalami masalah penyimpangan kesehatan dengan cara membawa ke pelayanan kesehatan supaya tindakan pemasangan tidak dilakukan oleh keluarga dan membentuk kader dari kelompok masyarakat yang sudah dibentuk untuk penemuan kasus kejiwaan yang ada dimasyarakat.

- c. Bagi masyarakat dan keluarga diharapkan keluarga dapat meningkatkan rasa kepedulian pada ODGJ dengan pasung dalam hal pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya dalam bentuk pemberian makanan yang dilakukan partisipan pada ODGJ yang dipasung sebanyak tiga kali sehari, dapat memenuhi kebutuhan mandi minimal 2 kali sehari, memenuhi kebutuhan minum ketika ODGJ merasa haus dan ketika satu jam sebelum dan sesudah makan supaya ODGJ, tetap berjalan interaksi sosial dengan ODGJ yang dipasung dan memeriksakan ODGJ yang dipasung ke pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. & Rachmawati, I. N. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Ed. 1. Jakarta: Rajawali Pers.
- Andriany, M. 2007. Aplikasi Teori *Self-Care Deficit* Orem dalam Konteks Tuna Wisma (Studi Literatur). *Jurnal Keperawatan*. Vol 1 (1): 1-10.
- Asmadi. 2008a. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. 2008b. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmaningrum, R. D. 2014. Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Perawatan Luka dengan Penggunaan Terapi Komplementer di Wilayah Kerja Puskesmas Gitik Kabupaten Banyuwangi Studi Fenomenologi. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010)*. [serial online]. www.litbang.depkes.go.id/...riskesdas2010/Laporan_riskesdas_2010.pdf. [2 Desember 2014].
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. [serial online]. www.depkes.go.id/resources/download/.../Hasil%20Riskesdas%202013.pdf. [31 Desember 2014].
- Baihaqi, MIF., Sunardi., Rinalti, R., & Heryati, E. 2005. *Psikiatri Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Budiarto, E. 2002. *Pengantar Epidemiologi*. Ed.2. Jakarta: EGC.
- Bungin, B. 2012. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Cahanar, P. & Suhandi I. 2006. *Makan Sehat Hidup Sehat*. Jakarta: PT. Kompas Media Nusantara.
- Carpenito, L.J. 2006. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Daymon, C. 2008. *Metode-Metode Riset Kualitatif dalam Public Relations dan Marketing Communications*. Yogyakarta: Bentang.

- Depkes RI. 2008. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat.. [serial online]. http://hukum.unsrat.ac.id/men/menkes2008_125_lamp.pdf. [1 Juli 2015].
- Direja, A. H.S. 2011. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Efendi, Y.H. 2008. *Menu Sehari-Hari untuk Sebulan Golongan Darah A*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Efendi, F. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Eka, A. 2010. *Tip Hukum Praktis: Solusi Bila Terjerat Kasus Bisnis*. Jakarta: Raih Asa Sukses.
- Ernawati, A., Yuniarsih, S., & Rejeki, S. 2007. Persepsi Perawat dan Pasien tentang Kebutuhan Istirahat Tidur Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Keperawatan*. Vol. 1 (1): 57-67.
- Friedman, M. M. 2003. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktek*. Ed. 5. Jakarta: EGC.
- Hayati, A.W. 2009. *Gizi Bayi: Buku Saku*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. 2004. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Jayanata, C.E. & Kholil, A. 2013. *Gaya Hidup Organik: Sehat Tanpa Mahal*. Bandung: Qanita.
- Kamaluddin, R. 2010. Pertimbangan dan Alasan Pasien Hipertensi Menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam di Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. Vol 5 (2): 95-104.
- Kandar & Pambudi, P. S. 2013. Efektivitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan yang Menjalani Perawatan di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah*.
- Kemenkes RI. 2011. *Indonesia Bebas Pasung*. [serial online]. <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/2151/2/LFL31-2011.pdf>. [12 Februari 2015].
- Kemenkes RI. 2014. Iklan dan publikasi pelayanan kesehatan. [serial online]. <http://www.biofarma.co.id/wp-content/uploads/2014/11/Permenkes-tentangIKLAN.pdf>. [1 Juli 2015].

- Khomsan, A. & Anwar, F. 2008. *Sehat itu Mudah, Wujudkan Hidup Sehat dengan Makanan Tepat*. Jakarta: PT. Mizan Publikasi.
- Kompas. 2008. *Kesulitan Ekonomi Picu Gangguan Jiwa*. [serial online]. <http://health.kompas.com/read/2008/08/04/17263295/Kesulitan.Ekonomi.Picu.Gangguan.Jiwa>. [27 Januari 2015].
- Lestari, P., Choiriyah, Z., & Mathafi. 2014. Kecenderungan Atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang). *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Vol 2 (1): 14-23.
- Lestari, W. L. & Wardhani, Y.F. 2014. Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol 17 (2): 157:166.
- Marriner, A. 2001. *Teori Ilmu Keperawatan Para Ahli dan Berbagai Pandangannya*. Alih bahasa: Ismail Ekawijaya dan Ridho Riyono. IKAPI.
- Maslim, R. 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Mursito. 2003. *Ramuan Tradisional untuk Pelangsing Tubuh*. Jakarta: Swadaya.
- Minas, H., & Diatri, H. 2008. Pasung: *Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community*. *International Journal of Mental Health Systems*. Vol 2(1), 1-5. doi: 10.1186/1752-4458-2-8.
- Moleong, L. J. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Mubarak, W. 2007. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasinya dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., & Santoso, B. A. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhlisin, A., & Irdawati. 2010. Teori *Self Care* Dari Orem dan Pendekatan dalam Pratek Keperawatan. *Berita Ilmu Keperawatan*. Vol 2 (2): 97-100.
- Mustikawati, I.S. 2013. Perilaku Personal Hygiene pada Pemulung di TPA Kedaung Wetan Tangerang. *Forum Ilmiah*. Vol. 10 (1). 1-9.
- NMHCCF. 2009. *Ending Seclusion and Restraint in Australian Mental Health Services*. [serial online].

<http://www.nmhccf.org.au/documents/Seclusion%20&%20Restraint.pdf>.
[29 Januari 2015].

Ngadiran, A. 2010. Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Tentang Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Noorkasiani. 2009. *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Peraturan Gubernur. 2014. *Pedoman Penanggulangan Pemasungan*. [serial online]. <http://dinkes.jogjaprovo.go.id/files/eba11-PERGUB.PASUNG.pdf>. [12 Februari 2015].

Peraturan Gubernur. 2013. *Penanggulangan Pasung di Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 22 Tahun 2013*. [serial online]. jdih.ntbprov.go.id/sites/default/.../BD%20Pergub%20Pasung%20NTB.rtf. [16 Februari 2015].

Peraturan Menteri Kesehatan R I. 2010. *Iklan dan Publikasi Pelayanan Kesehatan*. [serial online]. <http://www.biofarma.co.id/wp-content/uploads/2014/11/Permenkes-tentang-IKLAN.pdf>. [22 Juni 2015].

Poespo, G. 2006. *Teknik Menggambar Mode Busana*. Yogyakarta: Kanasius.

Potter, P. A & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Ramayulis, R. 2013. *Makanan Sehat Atasi Berbagai Penyakit*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup.

Riyadi, S. & Purwanto, T. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Rukmana, R. 2009. *Bertanam Sayuran di Pekarangan*. Yogyakarta: Kanasius.

Sari, H. 2009. Pengaruh Family Psychoeducation Therapy Terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireun Nanggroe Aceh Darussalam. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Sayyid, A.B.M. 2007. *Pola Makan Rasulullah*. Jakarta: Almahira.

- Sediaoetama, A.D. 2004. Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi. Ed.5. Jakarta: Dian Rakyat.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawati, S. & Dermawan, A. C. 2008. *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sindo. 2013. *670 Penderita Sakit Jiwa di Blitar Hidup dipasung*. [serial online]. <http://daerah.sindonews.com/read/794002/23/670-penderita-sakit-jiwa-di-blitar-hidup-dipasung-1381660403>. [27 Januari 2015].
- Sudarma, M. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudrijanta, J. 2009. *Revolusi Batin adalah Revolusi Sosial*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sugiyono. 2014. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suharso. 2005. *Kamar Mandi*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sutrisna, N. & Lisa, J. 2013. *Narkoba, Psikotropika, dan Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Syuhudi, M.I., Sani, M.Y., & Said, M.B. Tanpa tahun. *Etnografi Dukun: Studi Antropologi Tentang Praktik Pengobatan Dukundi Kota Makassar*. Makassar: Balai Penelitian dan Pengembangan Agama.
- Thawilah, S.A. 2007. *Panduan Berbusana Islami*. Jakarta: Alhamhira.
- Trihardani, L., Basirun., & Sawiji. 2009. Tingkat Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Pasien Skizofrenia Di Lingkup Kerja Puskesmas Gombang II. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. Vol 5 (1): 1-13.
- Uliyah, M. & Hidayat, A. A. 2008. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Undang-Undang Kesehatan Jiwa. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Undang-Undang Kesehatan. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.

Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Yosep, I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama Maramis.





LAMPIRAN

A. LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**Permohonan Menjadi Partisipan**

Saya yang bertanda tangah dibawah ini:

Nama : Nuriyah Halida
NIM : 112310101050
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Imam Bonjol No. 179 Kalisat-Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “*Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*” yang bertujuan untuk memahami arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan pasung. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi keluarga dengan ODGJ dengan pasung sebagai partisipan. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika keluarga tidak bersedia menjadi partisipan, maka tidak ada ancaman bagi keluarga. Jika keluarga bersedia menjadi partisipan, maka saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan dari kegiatan wawancara. Atas perhatian dan kesediannya menjadi partisipan saya ucapkan terima kasih.

Jember, Maret 2015
Hormat saya

Nuriyah Halida
NIM 112310101050

B. LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN**Persetujuan Menjadi Partisiapan**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi partisipan, maka saya sebagai keluarga bersedia turut berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Nuriyah Halida mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Dengan judul penelitian “*Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya sebagai keluarga. Saya menyatakan secara sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dari kegiatan wawancara dengan sadar, tanpa paksaan dan sebenarnya.

Tanda tangan partisipan..... Tanggal:.....

Tanda tangan peneliti..... Tanggal:.....

C. LEMBAR PANDUAN WAWANCARA

Panduan Wawancara

Pemenuhan kebutuhan perawatan diri yang dilakukan oleh keluarga pada ODGJ yang dipasung berbeda-beda pada setiap keluarga. Keluarga memiliki cara tersendiri untuk merawat ODGJ yang dipasung, baik dilihat berdasarkan kebutuhan perawatan diri, tahap perkembangan klien dan masalah penanganan penyimpangan kesehatan atau penyakit klien. Oleh karena itu, saya ingin mengetahui bagaimanakah pengalaman keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada ODGJ dengan dipasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. Saya berharap keluarga/saudara/bapak/ibu dapat meluangkan waktu dan bekerjasama untuk berdiskusi bersama menceritakan semua peristiwa, pendapat, dan pikiran dalam merawat ODGJ yang dipasung untuk pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

Pertanyaan untuk memandu wawancara:

1. Bagaimana menurut saudara/bapak/ibu tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri sehari-hari pada ODGJ dengan dipasung?
2. Bagaimana menurut saudara/bapak/ibu tentang pemenuhan tahap perkembangan klien saat ini pada ODGJ dengan dipasung?
3. Bagaimana menurut saudara/bapak/ibu tentang penanganan adanya penyimpangan kesehatan atau penyakit pada ODGJ dengan dipasung?

4. LEMBAR CATATAN LAPANGAN**Catatan Lapangan**

Nama Partisipan:	Kode Partisipan:
Hubungan dengan ODGJ:	
Tempat Penelitian:	Waktu Penelitian:
Posisi partisipan ketika bersama peneliti	
Gambaran suasana tempat partisipan saat akan dilaksanakan wawancara	
Gambaran respon partisipan saat akan dilaksanakan wawancara	
Gambaran suasana tempat partisipan ketika wawancara dilaksanakan	
Gambaran respon partisipan ketika wawancara dilaksanakan	
Gambaran respon partisipan saat fase terminasi	

D. LEMBAR DATA DEMOGRAFI KELUARGA DAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DENGAN PASUNG**Data Demografi****A. Data demografi keluarga**

Identitas kepala keluarga (nama, alamat, pekerjaan, pendidikan) :

Komposisi keluarga :

Tipe keluarga :

Suku bangsa :

Agama :

B. Data demografi Orang Dengan Gangguan Jiwa dengan pasung

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Agama :

Pekerjaan sebelum dipasung :

Alamat :

Pendidikan :

Suku :

Lama sakit :

Lama pasung :

Jaminan Kesehatan (BPJS, Jamkesmas dll) :

Tinggal bersama siapa?

E. KARAKTERISTIK PARTISIPAN**Data Karakteristik Partisipan Penelitian**

Partisipan	Usia	Pekerjaan	Jenis kelamin	Pendidikan	Suku	Tipe keluarga
1	45 th	Petani	Perempuan	SD	Jawa	Keluarga besar
2	55 th	Ibu rumah tangga	Perempuan	SD	Jawa	Keluarga besar
3	53 th	Petani	Perempuan	Tidak tamat SD	Jawa	Keluarga besar
4	60 th	Petani	Perempuan	SD	Jawa	Keluarga besar
5	50 th	Petani	Laki-laki	SD	Jawa	keluarga dengan orang tua tunggal
6	58 th	Petani	Perempuan	SD	Jawa	keluarga inti

Analisis Data Penelitian

Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember

N o.	Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Sub-sub tema	Sub sub-sub tema	Kategori	Kalimat bermakna	Partisipan						
								P1	P2	P3	P4	P5	P6	
1.	Pemenuhan kebutuhan perawatan diri	Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: makan	Waktu pemberian makan			Tiga kali sehari	beri makannya ya..pagi..siang sama sore (P1) Yo 3 kali sehari..pagi terus siang sore.....(P3) Yo nek pas anu kadang anu sedino gak mangan, mangan sore tok isuk, isuk tok kadang sedino yo sepisan, kadung sing mangan iki ping telu.....(P3) Makanya itu ya tiga kali, kadang ya suka makan itu (P5) teng kamar nggeh maem biasane de'e niku nggeh tetep ping tigo (P6)	√		√		√	√	
						Dua kali sehari	bedhug kale bengi mari, .....(P4)				√			
						Sehari sekali	Ya pukul 9, pukul 8 pokoke tepak repot..bisa beddukk...pokok'e satu kali sehari....(P2)		√					
			Variasi makanan	Makanan utama	Makanan pokok	nasi, mie	.....Ya nasi, sayur tok.....(P2) .....pokok saya dikasih nasi..ini ndang dipangan le.....(P2) .....,sekul kale jangan ngoten tok, mboten nate werno-werno....(P4) Ya maunya ya mie ayam.....pokoknya belikan apa itu, mie, mie sedap itu harus beli dua... (P5) nggeh biasah ngeten niki, pertama nggeh kulo ngahaken nyoh anu sarapan ken nyuwun opo, nggeh sing disuwun, kadang mie, anu bakmi niku mie sedap,...(P6)		√		√	√	√
						Lauk pauk: nabati dan hewani	tahu dan tempe ikan, mentok, ayam, babat sapi, kulit sapi, ikan asin, sate	ya kalau yang dimakan itu ya saya makan apa ya situ sama,,misalnya ya apa ya..ya tempe tahu,.....(P1), beli ikan..mentok, ayam, apa itu babat..babat sapi, kulit sapi,.....ayame.. gek	√	√	√		√	√

					mentok'e tiga..ayam 5 kilo cecek'e 3 kilo..tahune seket ribu,....(P2) Yo tempe, iwak asin....(P3) oleh berkat oleh satene telu aku diwehi sitok, dipangan dewe loro..... (P3) Lauknya ya mie, kalo anu tempe, ini ya masak sayur pare, pare dikrengseng sama tempe, lagi bumbu kering itu (P5) nggeh kadang sambel tempe, nggeh blendrang nggeh nopo pun sak entene kulo nggeh saged maem kiyambake mboten nolak.....(P6)						
			Sayur mayur	sayur pepaya, terong, nangka muda, sayur bening, bayem, kacang, sayur pare, pecel	Sayur kates.....terong, tewel, apa saja sembarang pokok'e janganan-janganan bening..bayem opo kacang.....(P2) Lauknya ya mie, kalo anu tempe, ini ya masak sayur pare, pare dikrengseng sama tempe, lagi bumbu kering itu (P5) .....harus minta pecel, kan minta pecel dia sebelum bulan ramadhan ini kan pecel kesukaan dia itu, minta pecel diwarung,.....(P5) nggeh kadang sambel tempe, nggeh blendrang nggeh nopo pun sak entene kulo nggeh saged maem kiyambake mboten nolak.....(P6)		√			√	√
			Pelengkap	Krupuk	yo enek krupuk, mangan krupuk (P3) .....krupuk itu kan harus ada, lauk pauknya itu kan permintaan harus ada, tapi kan saya mengalah terus,.....(P5)			√		√	
			Makanan kudapan	Marning, jagung, pisang goreng, telo goreng, roti-roti, cilok	Kalau ada saya kasih kalau gak ada ya biarin, pokok'e saya punya apa gramik-gramik marning tah, jagung tah, apa pisang goreng, telo goreng, ya saya kasih.....(P2) .....roti-roti mau..tapi kalau gak ada ya biarin.....(P2) yo marning itu (P3) yo gedhang goreng..... (P3) nek gadhah kadang yo gedhang, kadang nggeh		√	√	√	√	

					kadang telo,.....(P4), ya serba minta cilok, ya kalo ada cilok pasti minta itu, ....(P5)								
		Porsi makan		Makan banyak	.....diberi berapa juga habis, terserah yang memberi, kalau memberi juga banyak.. timbange bolak-balik....dikei-kei pisan wes kono dientek-entekno pisan (P1)	√						
				Sekali makan setengah kilo	pokok'e satu makanan setengah kilo..kurang....kurang..hahaha...pokok 1 kilo.....(P2)		√						
				Satu tumpuk nasi dalam piring	Yo koyok-koyok mesti entek, jarang nek gak entek, wong kan anu diadahi piring sak onjot engkok dipangan separuh engkok separuh dipangan awan, engkok sore dijupukne neh neng magic jare.....(P3)			√					
				Nasi setengah piring	Kadang nggeh mboten telas, kadang nggeh telas..... dadi kulo nyukani namung sekedik ngoten kiro-kiro entek.....sing mesti nggeh sak itik iku entek, biasae sak piring, iku separone ngoten, .....(P4)				√				
				Nasi satu plastik	sekule sak plastik,, gulo setengah kiloan niku,.....(P4)				√				
		Cara makan	Penyiapan makan	Ditempatkan dilengser	.....makan itu lengser.. wadai lengser..nasinya dituuoto blek..blek blek...blek..dikasih sayur langsung dimaem..ya habis..dihabiskan sama dia sak piro dihabisne wes..hahaha....(P2)		√					
				Dilayani di meja mangan yo dewe pokoke diladeni neng mejo ngono yo wes mangan dewe dikei ajang dikei opo yo wes dewe ngono kuwi.....(P3)			√					
				Pakai bambu untuk memberikan nasipringe sing damel mlebetaken sekul niku....., saking angger nyukani dhahar kengkengan (P4)				√				
				Ada pintu yang dibuat tempat enten lawangane sing damel tempate sekul niku enten, ...(P4)				√				

				nasi									
			Pelaksanaan makan	Makan sendiri	ya ditaroh gitu makan sendiri.....(P1) Ya dia kan kalo, ambil sendiri ditempatnya,.....langsung didapur sana ditempatnya untuk masak ambil sendiri,.....(P5)	√						√	
				Meyuruh orang	.....pringe sing damel mlebetaken sekul niku....., saking angger nyukani dhahar kengkengan (P4)					√			
			Penuntasan makan	Selalu habis	.....gak tau ya dek ya..mungkin ya gak pernah, selalu habis dek.....(P1) .....pokoknya seterusnya makan terus.....(P2) Yo koyok-koyok mesti entek, jarang nek gak entek, wong kan anu diadahi piring sak onjot engkok dipangan separuh engkok separuh dipangan awan, engkok sore dijupukne neh neng magic jare.....(P3) Kadang nggeh mboten telas, kadang nggeh telas..... dadi kulo nyukani namung sekedik ngoten kiro-kiro entek.....sing mesti nggeh sakitik iku entek, biasae sak piring, iku separone ngoten, .....(P4) Makan itu selalu habis, jadi ndak disisa-sisa dibuang itu ndak, pasti habis (P5) habis, nek mboten enak mboten habis, lek enak habis (P6)	√	√	√	√	√	√		
		Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: udara	Cara memenuhi kebutuhan udara	Dibawa keluar dari tempat pemasungan	ya kadang-kadang dikeluarin dari rumahnya itu, disuruh ngisis tapi pakek pemantauan (P1)	√							
		Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi	Waktu mandi	Sehari sekali	Mandinya satu kali (P1) Sore..soalnya ya itu dek jauh kan dari sumur kan jauh, ya terserah ibu saya yang mandiin.....(P1) Yo sedino pisan aduse (P3)	√		√					

				Tiga kali sehari	mandi itu tiga kali (P5) Itu pagi siang sore (P5), nggeh mandi ping tigo (P6)					√	√
				Tidak mandi	panas.. katanya panas...8 tahun gak pernah mandi...(P2) gak pernah mandi..mandi-mandio gak pernah..gak mau mandiiii...gak pernah (P2), mboten nate siram niku pun, .....(P4)		√		√		
	Cara mandi	Penyiapan mandi		Dikeluarkan untuk mandi	Dikeluarin...dikeluarin suruh mandi.....(P1) .....jalan di tempat mandi setelah itu nanti ya cari handuk.....(P5)	√				√	
		Pelaksanaan mandi		Mandi sendiri	.....mandi sendiri ya kalau kurang bersih apa yang bersih ya saya bujuk...bersihin tapi ini mulut ini tidak diem..itu itu gitu, itu belum bersih, digosok (P1) ya mandi sendiri (P3) Jeding, mandi sendiri dikamar mandi, ya mandi sendiri ndak mandiin ndak, mandi sendiri wong kalo ngiket itu kan lebar bisa jalan-jalan (P3) Cara mandi, ya mandi-mandi sendiri (P5) yo biasa, nimbo kiyambak, nyetetaken sanyo kiyambak, biasa-biasa niku,....(P6)	√		√		√	√
	Tempat mandi			Mandi dibelakang	niki lek siram dibelakang dek, .....(P1)	√					
				Kamar mandi	Jeding ada WCnya itu, ya disitu jadi kalo adus luama itu mesti yo ngising adus (P3)			√			
	Masalah ketika tidak terpenuhi kebutuhan			Rambut panjang dan bau	.....hehe kotorane biasa...rambutnya panjang..tapi baunya..hahaha..bau..hahaha...(P2)		√				
	Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: cukur rambut	Waktu cukur rambut		Rambut panjang di gunting kalau pendek tidak	tinggal lihat kalau rambut panjang ya saya gunting kalau pendek ya tidak..asalkan tidak gimbal..(P1)	√					

Digital Repository Universitas Jember

	Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: berpakaian	Permasalahan pemenuhan kebutuhan berpakaian	Lamanya berpakaian		Diberi pakaian setelah berapa jam dilepas	ya kalau setelah mandi kalau sudah diberi pakaian setelah berapa jam dilepas..mungkin sekarang lepas sudah, jadi tidak ada banyaknya baju lepas terus..kalau sudah dilepas ditaroh dibawah..tidak pakai sudah (P1)	√					
					Sedikit-sedikit ada bajunya	halah disuruh baju ganti gak mau..telanjang pokok'e.. bajune rewek-rewek (P2) .....yo gak telanjang gak,,yo titik..sedikit-sedikit ada bajunya sedikit..hahaha..(P2) sobek-sobek suruh ganti gak mau..tapi lik'e katanya anu sok mben tak gantine gelem ra gelem tak gantine.... (P2)		√				
					Tidak memakai pakaian	..... mesti lek di paringi gombalan niku telas mawon,..... (P4) damele namung disukani niku damel kemul ngoten, kulo sukani jarik, selimut, klambi, klambine kuatah waune niku, mboten enten, mboten kanggon, mboten klamben, .....(P4)				√		
			Alasan tidak berpakaian		Panas	lah itu kok moh..moh..moh salini moh, gak mau dikasih baju panas katanya....(P2)		√				
					Diberikan dibakar	mboten disukani dibong, disukani dibong, sarung niku telas empat belas (P4)				√		
			Jenis pakaian	Pakaian atasan	Kaos, cupluk, topi, jaket	sarungan yo piye lek dirantai gak iso suwalan, sarungan, yo kaosan, yo cuplukan,.....(P3)			√		√	√
				Pakaian bawahan	Sarung dan celana panjang	yo lek awan iki yo lek neng jobo yo topian, lek tenguk-tenguk yo neng jobo topian lek neng omah angger sore yo mari adus yo lek bendinone sarungan ae saiki lek suwalan gak iso mbak kan sikile dirantai (P3) Misalnya itu pakaian celana pendek, itu celana panjang, ini celana pendek yang harus pakek ini, kalo malam harus pakek sarung jangan pakek celana itu mau teraweh gitu.....(P5) .....yo kadung macak koyok pak nyai, jaketan,			√		√	√

					supluk'e putih, sarungan gek resik ngene...(P6) sarungnya anu bau, mana sarungnya yang bersih, sedoyo niku neddi anu nggeh neddi, bajunya bau, yo ora gelem salin kulo ngeten,.....(P6)								
		Cara berpakaian	Pelaksanaan berpakaian		Pakai pakaian sendiri	yo klambenan dewe.....(P3)			√				
Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: eliminasi Buang Air Besar (BAB)	Waktu Buang Air Besar (BAB)			Setiap hari	Mungkin ya tiap hari namanya orang, ya berak disitu (P1)	√							
				Beraknya tidak tau	alah berak'e ya tidak tau..(P2)		√						
				Sehari sekali	yo kalo lek ngising paleng sedino ngger ping pisan.....(P3) Beraknya itu ndak tentu, kadang-kadang ya siang ndak berak, malam, yang sering itu malam beraknya itu (P5) ke WC kadang nggeh injing niku pun medal, kadang iku nggeh ping tigo, kadang nggeh ping kale, kadang nggeh sepindah,....(P6)			√		√	√		
	Cara membuang kotoran			Tutupi tanah	Kalau sudah lama saya bruk gitu lemah gitu...ya itulah dek.....(P1) Damel kemul, anune neng ndi gombalane nang ndi?, guwaki kotoran, dibuntel, dibuwak, dipendem,.....(P4)	√			√				
				Dikasih lubang	Dikasih jublang.... (P2)		√						
				Dikasih air, dibuat cucian	Ya Pur sendiri..pokok dikasih air...termos jerigen ....dibuat wjikan (P2)		√						
				WC	Jeding ada WCnya itu, ya disitu jadi kalo adus luama itu mesti yo ngising adus (P3) Di tempat apa namanya gulu banyak tah apa, .....(P5) ke WC kadang nggeh injing niku pun medal, kadang iku nggeh ping tigo, kadang nggeh ping kale, kadang nggeh sepindah,....(P6)			√		√	√		

				Kamar	Nggeh bucal ngengek teng mriku wau lho teng kamar wau kadang, kok anu kuwi mari ngengek kuwi, buwak, medal mendet anu niku sapu, bucal kiyambak (P6)							√
Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: istirahat dan tidur	Waktu istirahat dan tidur			Kadang tidur, kadang tidak tidur	kadang tidur..lebih banyak tidak tidur.. (P1) Sekitar 3 hari tidak tidur itu sudah, malam tidak tidur, siang tidak tidur kalau sudah reda baru tidur (P1) tidur 3 hari kadang-kadang 4 hari (P1) awan yo kadang turu meski gak turu yo gletak ae ngene yo gletak kadang yo iso turu gak mesti (P3) turu iki sedino.....kadang gak turu awan..... (P3) turune bengi, bengine jam 1 jam 2 (P3) Nggeh ken sekedap tilem ken sekedap tangi, ngoten nggeh nopo-nopo pun biasa,.....(P6)	√		√				√
				Tidak pernah tidur	ndak pernah tidur dalang terus..seperti wayang pak Edi (P2), tileme niku gara-gara digawe-gawe, tilem saestu mboten ngerti (P4)		√		√			
				Siang hari	Siang niku jam sewelas niku kadang dikirim yo meneng ae celuki turu,..... (P4) Kadang ya pagi yo gak tidur terus,, setelah mandi nanti sholat dhuhur ya tidur lagi gitu, sering tidur sekarang,.....(P5)				√	√		
Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: minum	Waktu minum			Setiap makan memberi minum	Ya setiap makan memberi minum (P1), dadi nginum niku sareng kale sekul, sak plastik, nginume sak plastik, segane sak plastik, bareng dadi sitok sak kresek kulo bettoaken (P4) Minum air putih itu ya tiga kali (P5) Pagi, siang sore, selain itu ya kalo haus ambil sendiri, .....(P5)	√			√	√		
				Bangun tidur	Yo bolak-balik, mau isuk tangi turu yo ngombe (P3)			√				

					tangi turu, arep mangan, terus mangan mari mangan ngombe (P3)								
		Porsi minum		Akua sama ceret	Saya beri akua sama ceret setiap memberi makan..mesti habis..habis kalau kumat..kalau ndak kumat gak habis (P1) Sak akua..... tak kei akua..... satu akua itu kadang kurang sehari, satu akua yang besar itu (P3)	√		√					
				5 liter sekali minum	Air 5 liter satu hari ya kurang kalo ada..kalo gak ada ya diam..kalo ada ya 5 liter kurang sekali minum itu langsung habis 5 liter...hahaha (P2)		√						
				Air satu plastik	....., toyane sak plastik, gulo setengah kiloan niku, pun bareng, kulo wenhe dadi sitok, .....(P4)				√				
				Cangkir tutupnya tremos	Ukurannya cangkir itu mug (P5), tutupnya tremos, cangkir tutupnya tremos kan ada itu yang dipakek,.....(P5) kulo cawisi minuman teng mriku nggeh kulo cawisi mug alit (P6)					√	√		
	Pemenuhan kebutuhan perawatan diri: interaksi sosial	Kemampuan berintraksi		Bicara kadang jawab kadang tidak	ya kadang-kadang itu..kalau ngomong kadang jawab kadang gak.....(P1) Gak pernah dek, ya kalau ditanya ya jawab kadang-kadang..itu ngomongnya kadang-kadang (P1)	√							
				Kalau ditanya selalu menjawab	tapi lek ditanyai... sampean asmane sinten pak? Edi Purnomo... umure pinten pak? 47...pinterr...ibuk'e lho tanya.....ya jenengan pendamelane nopo pak? Tani.. (P2) masih ono wong liwat biasa boso...(P3) nek enten sing tanglet, ngoten niku biasah,..... (P4) .....teng tiyangambutane nggeh sae, rupane niki teng mboten bapake teng medel enten tamu, jenengan badhe perlu kale bapake, nggeh, lah kados perlu nopo engken kulo		√	√	√			√	

							sampekaken, nggeh sae-sae sambutane,.....(P6)							
2.	Pemenuhan tahap perkembangan ODGJ	Ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan ODGJ	Ketidakmampuan membentuk keluarga			Tidak menikah	Ya kasian ya, tidak..gimana ya..semuanya kan temannya sudah berkeluarga..kasian lah..gak sama siapa mau..kalau begitu siapa mau..mungkin dirinya juga gak mau (P1) udah nasib gak pernah nikah...mugo-mugo sadar (P1)	√						
			Ketidakmampuan bekerja			Lemas ketika bekerja	Gak mau kok..lemas..katanya lemas..suruh kerja lemas...badannya lemas..gak punya kekuatan..tapi kalau makan buuuanyak..(P2)		√					
						Tidak mau kerja	ya bagaimana diajak kerja gak mau..dipaksa gak mau..ya dibiarin diam...(P2) gak ada apa-apa...cuma kok dikongkong kerjo kok ora gelem to Pur..Pur ben sehat awake..awakku lemas....(P2)		√					
						Tidak bekerja	Keluargane iso waras total iso kerjo..iso omah-omah..karepe kan ngono mbak... (P3) atene nyambut gawe, aku selak nyambut gawe, tapi koyok ngene, dikencang, yo rumongso duwe anak loro barang, anakku loro mangan opo, aku gak nyambut gawe..kyok ngene iki, mikir jane, mikir tapi deweke niku nggeh ora apal-apal, ora padang-padang, .....(P4) nggeh kados pundi nggeh tiyang sepuh niku yugo kan kados ngoten mboten kerjo nggeh namung melas, pikiran kadang-kadang kulo nggeh ngoten....(P6)			√	√			√
			Ketidakmampuan sekolah			Tidak sekolahmaunya saya ini ya harus sekolah tapi kan melihat kemampuan anaknya itu kemampuan berpikir cara berpikir gimana itu kan kasian,....(P5) iya bisa sekolah lagi, inginnya bisa sekolah lagi (P5)							√
3.	Penanganan masalah	Pelaksanaan	Cara pemasangan			Menyuruh orang	Saya itu nyuruh orang Puger..... (P2) Orang dari payangan, itu mahal bayarnya 1		√	√	√			

penyimpanan kesehatan atau penyakit	pemasangan pada ODGJ				juta..... (P3) .....dulure mboten purun..mboten mentolo, dadi diburuhne (P4)						
		Biaya pemasangan		Minta sumbangan	...Buat anu ngrantai..nah ngrantai itu saya minta uang di tetangga-tetangga....., aku arepe njaluk sumbangan.....(P2)		√				
				Bayar satu jutasaya itu bayar satu juta (P2) sopo-sopo sing iso nyekel Pur pokok'e iso dipasung.. sampek kene dipasung tak saya bayar satu juta (P2) Orang dari payangan, itu mahal bayarnya 1 juta..... (P3)		√	√			
Pelaksanaan upaya pengobatan pada ODGJ	Pengobatan profesional	Jenis pelayanan kesehatan	Pengobatan: pil dan suntikan	Kalau sekarang pengobatan (P1) gak...saya kalo periksa itu gak pernah..pakek pil itu aja..konsultasi sama adik saya itu, diberikan gitu aja, gak pernah..selama udah dari rumah sakit jiwa..itu hanya dibelikan obat (P1) Di suwukne, disuntikne gak mau...(P2) naahh kalo orang Jawa ini..ya mantri, dokter, ya dukun jawa gitu tapi itu gak mau..... suntik-suntikne yo gak gelem.....disuwukne yo gak mau....(P2) .....iki disuntekne sampek ping pituh lek suntik..suntek neng dokter malang kono (P3) mari nguntal pil..... (P3) Ini pengobatannya sejak mau bulan ramadhan ini, tanggal berapa ini ,ada tanggalnya disini (P5) .....obat niku nggeh teng jember niku nek sak ulan pun sepindah niku nggeh kontrol teng mriku kale suntik nggeh niku sekeco,nek obat anu niku obat niku namung saged sadar, coro anune saged lembah nggeh tileme nggeh teratur ngoten (P6)	√	√	√		√	√	
			Tenaga	naahh kalo orang Jawa ini..ya mantri, dokter,		√				√	

				kesehatan	ya dukun jawa gitu tapi itu gak mau..... suntik-suntikne yo gak gelem..disuwukne yo gak mau....(P2) Dari jember, dari bu Evin, ya termasuk dokter, dokter asli sana spesial di Patrang sana, rumah sakit Patrang (P5)							
			Biaya pelayanan kesehatan	250 sampai 750	Malang, mulai suntik pertama iki 250 sampek 750 ker-keri gak enek asile.....(P3)			√				
			Tempat pelayanan kesehatan	Rumah sakit jiwa	....Lawang (P1) Malang, mulai suntik pertama iki 250 sampek 750 ker-keri gak enek asile.....(P3)	√		√				
				Puskesmas	Kalau ditanyain ayo ke Puskesmas, .....(P2) .....biasane kulo teng puskesmas niku anu patilugu, Andongsari, nggeh niku biasane,....(P6)		√					√
				Rumah sakit umum	Dari jember, dari bu Evin, ya termasuk dokter, dokter asli sana spesial di Patrang sana, rumah sakit Patrang (P5)						√	
			Alasan pemilihan tempat terapi	Minum pil dan disuntik bisa sembuh	.....Lek wes dikei pil iso dadi lan waras balek asal koyok mau ni neh sing dijuluk keluargane....(P3) ....obat niku nggeh teng jember niku sak ulan sepindah niku nggeh kontrol teng mriku kale suntik nggeh niku seceko, nek obat anu niku obat niku namung saged sadar, .....tileme nggeh teratur ngoten (P6)			√				√
		Pengobatan non profesional	Jenis pengobatan non profesional	Dukun dan Kyai	Di suwukne, disuntikne gak mau...(P2) naahh kalo orang Jawa ini..ya mantri, dokter, ya dukun jawa gitu tapi itu gak mau..... suntik-suntikne yo gak gelem (Bahasa jawa: disuntik-suntikkan ya gak mau)..disuwukne yo gak mau....(P2) di anu lek ngamuk sing biyen ditambahne neng ndi dukune mreng (P3)		√	√	√			√

					<p>..... Saking ditambahi, ditambahi kaleh dukune niku kan ngedusi, .....(P4) Disuwuk (P4)</p> <p>.....nek soal teng pundi-pundi pak nyai pak nyai niku sing ngeten-ngeten niku kuatah mulai sepriko sepriki niku nggeh....(P6)</p>						
		Tempat pengobatan non profesional	Rumah dukun dan pondok tempat ODGJ	<p>dukune Sabrang ngetan..... (P2) Neng Curahnongko, Banyuwangi, Jatirejo, Tamansari.....(P3) Jenggawah (P4) teng kediri nggih pun (P4) ....kulo pondokaken teng pondok curah waru, nggene pondok sing khusus ngeten niki,....(P6)</p>		√	√	√			√
		Alasan pemilihan tempat pengobatan non profesional	Tidak tega untuk memasukkan ke rumah sakit jiwa, Disuntikkan dan minum pil tidak sembuh, Tidak mempunyai biaya	<p>Melas neng kono kumpul wong kek kadang wong mbeneh, kadang iling kumpul wong gila-gila podo tukaran yo melas.....iki wes kebal bu, ndak ada hasilnya, yo wes prei gak disuntikno (P3)</p> <p>.....wes karo dibarengi karo pil kok oran entok-entok sek dicekel wong banyuwangi kono....(P3)</p> <p>....sing dereng pil-pil niku,.....tapi saiki yugane mboten sanggup tasek, tasek golek duwek.. (P4)</p>			√	√			
	Penanganan sendiri	Jenis penanganan sendiri	Pengobatan: membeli pil	<p>kemarin itu saya belikan obat sama adik saya tapi reaksinya gak ada...jadi saya halah mak.. yo wes pokok'e diopeni di ke'i mangan (P1) Ya tetap melalukan tetap memberi makan gitu..ya memberi obat penenang itu gak reda biar gak lama-lama (P1)</p>	√						

H. DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Penjelasan Penelitian Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 2. Fase Orientasi Penelitian Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 3. Fase Kerja Penelitian Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 4. Fase Terminasi Penelitian Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 5. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 6. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 7. Kondisi tempat pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 8. Kondisi tempat pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember Tahun 2015 oleh Nuriyah Halida Mahasiswa PSIK Universitas Jember

I. LEMBAR SURAT IJIN PENELITIAN

SURAT IJIN PENELITIAN



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 21235UN25.1.14/SP/2014 Jember, 03 Desember 2014
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Nuriyah Halida
N I M : 112310101050
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul : Fenomena Dukungan Keluarga Terkait Pemenuhan Perawatan Diri pada Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa
lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Antin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Letjen S. Parman No. 89 Telp. 337853 Jember



Kepada
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 Di -
 JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2134/314/2014

Tertarik

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 03 Desember 2014 Nomor : 4235/UN25.1.14/SP/2014 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan.

MEREKOMENDASIKAN

Nama / No. Induk : Nuriyah Halida 112310101050
 Instansi / Fak : Prodi Ilmu Kesehatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dalam rangka penyusunan tugas akhir/skripsi berjudul : "Fenomena Dukungan Keluarga Terkait Pemenuhan Perawatan Diri pada Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa".
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 Tanggal : 05-12-2014 s/d 05-01-2015

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 05-12-2014

KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER



Tertelusur
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 11 Desember 2014

Nomor : 440 / 33268 / 414 / 2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Yankes
Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2134/314/2014, Tanggal 05 Desember 2014, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : NURIYAH HALIDA
NIM : 112310101050
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dengan judul skripsi yang berjudul "Fenomena Dukungan Keluarga Terkait Pemenuhan Perawatan Diri pada Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa"
Waktu Pelaksanaan : 11 Desember 2014 s/d 05 Januari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 11 Desember 2014

Nomor : 440 / 20208 / 414 / 2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Puskesmas
se-Kabupaten Jember
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2134/314/2014, Tanggal 05 Desember 2014, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : NURIYAH HALIDA
NIM : 112310101050
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan dengan judul skripsi yang berjudul "Fenomena Dukungan Keluarga Terkait Pemenuhan Perawatan Diri pada Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa"
Waktu Pelaksanaan : 11 Desember 2014 s/d 11 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP :19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SABRANG
Jl. Watu Ulo No. 09 Telp. 0336-881734
S A B R A N G

Kode Pos 68172

Sabrang , 06 Maret 2015

Nomor : 800/029/414.10/2015
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Prodi Keperawatan
Universitas Jember
di
JEMBER

Melanjutkan surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor : 440/440/33268/414/2014 tanggal 11 Desember 2014 tentang Ijin pengambilan data, maka dengan ini kami sampaikan , bahwa Mahasiswa di bawah ini :

N a m a : NURIYAH HALIDA
N I M : 112310101050
Fakultas : Prodi Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jln. Kalimantan No. 37 Jember

Pada tanggal 11 Des.2014 s/d 11 Maret 2015 telah melaksanakan pengambilan Data di wilayah kerja Puskesmas Sabrang Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, tentang “ Fenomena Dukungan Keluarga Terkait Pemenuhan Perawatan Diri pada anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa “

Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER

DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS ANDONGSARI

Alamat : Jl. Kotta Blater no. 12 Andongsari - Ambulu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ali Winoto
Jabatan : Pengelola Program Kesehatan Jiwa Puskesmas Andongsari Kecamatan
Ambulu Kabupaten Jember

MENYATAKAN BAHWA

Nama : Nuriyah Halida
NIM : 112310101050
Jabatan : Mahasiswa
Keterangan : Telah benar-benar melakukan pengambilan data penelitian dengan judul
"Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada
Anggota Keluarga dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember"

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember
Tanggal: 6 Maret 2015

Pengelola Program Kesehatan Jiwa
Puskesmas Andongsari



Ali Winoto
NIP. 9109022010011011



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1083 /UN25.1.14/LT/2015

Jember, 20 April 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Nuriyah Halida

N I M : 112310101050

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember

lokasi : 1. Puskesmas Andongsari Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember
2. Puskesmas Sabrang Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : ~~533~~ /UN25.3.1/LT/2015 20 April 2015
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik
Pemerintah Kabupaten Jember
di -

JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1083/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 20 April 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Nuriyah Halida/112310101050
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat / HP : Jl. Mastrip No. 6 Jember/HP. 085746085888
Judul Penelitian : Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember
Lokasi Penelitian : Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember
Lama Penelitian : Tiga bulan (20 April 2015 – 09 Juli 2015)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



Dr. Zainuri, M.Si
NIP 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/715/314/2015

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 20 April 2015 Nomor : 533/UN25.3.1/LT/2015 perihal Ijin Melaksanakan Penelitian.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Nuriyah Halida 112310101050
 Instansi : Jurusan Ilmu Keperawatan / PSIK / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Andongsari – Sabrang Kabupaten Jember
 Tanggal : 23-04-2015 s/d 23-07-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 23-04-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



Drs. MOH. HAYIM, M.Si.
 Pemimpin Tingkat I
 05502131982111001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember
 2. Ybs



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 24 April 2015

Nomor : 440 / B800 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. 1. Kepala Puskesmas Andongsari
2. Kepala Puskesmas Sabrang
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/715/314/2015, Tanggal 23 April 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : NURIYAH HALIDA
NIM : 112310101050
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : PSIK Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan penelitian dengan judul "Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember"

Waktu Pelaksanaan : 24 April 2015 s/d 24 Juli 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SABRANG
Jl. Watu Ulo No. 09 Telp. 0336-881734
S A B R A N G

Kode Pos 68172

Sabrang , 07 Juli 2015

Nomor : 800/127414.10/2015
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Hasil Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Sdr. Kepala PSIK Universitas
Jember
di
J E M B E R

Melanjutkan surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor :
440/3800/414.10/2015 tanggal 24 April 2015 tentang Ijin penelitian, maka
dengan ini kami sampaikan , bahwa Mahasiswa di bawah ini :

N a m a : NURIYAH HALIDA
N I M : 112310101050
Fakultas : PSIK Universitas Jember

Alamat : Jln.Kalimantan No. 37 Jember

Pada tanggal 24 April 2015 s/d 24 Juli 2015 telah melaksanakan
penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sabrang Dinas Kesehatan Kabupaten
Jember, tentang " Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan
diri pada orang dengan gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Ambulu.

Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Puskesmas Sabrang

Drs. LENIA VIA VARANITA
Penata Muda TK. I
NIP. 19860417 201412 2 001



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS ANDONGSARI
Alamat : Jl. Kota Blater No.12 Andongsari**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ali Winoto
Jabatan : Pengelola Program Kesehatan Jiwa Puskesmas Andongsari
Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember

MENYATAKAN BAHWA

Nama : Nuriyah Halida
NIM : 112310101050
Jabatan : Mahasiswa
Keterangan : Telah benar-benar melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Andongsari dengan judul "Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember"

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember
Tanggal: 7 Juli 2015

Pengelola Program Kesehatan Jiwa
Puskesmas Andongsari



Ali Winoto
NIP. 19810402 201001 1 011