

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Keluarga**

##### **2.1.1 Definisi**

Merupakan sepasang laki-laki dan perempuan yang memiliki ikatan yang dihubungkan oleh perkawinan, bertujuan menciptakan budaya yang umum, perasaan sosial individu, dilihat melalui hubungan sosial yang ditandai adanya hubungan ketergantungan untuk menyelesaikan sebuah tujuan (Zaidin Ali, 2010). Hal terkecil dari masyarakat merupakan keluarga yang ayah sebagai pemimpin keluarga dan anggota keluarga bertempat dalam satu atap dan saling ketergantungan.

Tiga pengertian tersebut, kita ambil unit paling sedikit, terbentuk oleh orang dua bisa juga terikat status perkawinan dan yang ketergantungan pada anggota keluarga yang lainnya, mempertahankan pertumbuhan tubuh, perasaan, emosi pada anggota.

##### **2.1.2 Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman, (2010) fungsi keluarga:

a. Fungsi Afektif

Suatu ikatan dengan hasil kesehatan dari sosial dan berhubungan dengan kurangnya keadaan stres. Keluarga juga bisa menyebabkan stres dan berakibat pada kesehatan fisik.

b. Fungsi sosialisasi

Proses perkembangan atau perubahan yang terjadi pada seseorang sebagai hasil dari interaksi dan pembelajaran peran sosial. Sosialisasi dimulai dari sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi keluarga dalam meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga dalam mencukupi kebutuhan keluarga, seperti tempat tinggal, makanan, dan kebutuhan yang lainnya.

e. Fungsi perawatan keluarga

Menyediakan tempat tinggal, makanan, pakaian, dan asuhan kesehatan/keperawatan. Keluarga mampu melakukan asuhan keperawatan dan pemeliharaan kesehatan keluarga dan individu.

### 2.1.3 Tipe Keluarga

a. Jenis tipe keluarga menurut (Friedman, 2010), antara lain adalah sebagai berikut:

- 1). Keluarga inti, merupakan keluarga terdiri dari suami, istri dan anak yang masih menjadi tanggung jawab tinggal bersama.
- 2) Keluarga yang lebih dari satu dan tinggal bersama dalam satu rumah dan membutuhkan satu sama lain adalah keluarga besar.
- 3) Keluarga dipimpin 1 pemimpin keluarga yang tinggal dengan anak yang membutuhkan untuk tinggal bersamanya bisa disebut *single parent family*.

- 4) Keluarga ini terbentuk oleh ikatan perkawinan yang belum memiliki keturunan, dan tinggal satu rumah disebut *Nuclear dyed*.
- 5) *Blended family*, Keluarga terbentuk dari perkawinan, sudah pernah menikah dan mempunyai keturunan.
- 6) Keluarga ini terbentuk tiga generasi (*Three generation family*), dan tinggal bersama.

#### **2.1.4 Tahap dan Perkembangan Keluarga**

Proses dalam keluarga menurut Friedman (2010) memiliki proses, yang sedang dalam tahap pertumbuhan yang berturu, dan ada tahapan pertumbuhan keluarga, yaitu:

##### **a. Tahap I**

Memulai menjalin hubungan yang bahagia

Pada Kesehatan utama pembiasaan seksual, konseling dan penyuluhan, cara bicara yang baik, rasa bersalah, informasi dapat mengakibatkan masalah emosional, kehamilan yang tidak dipersiapkan, dan beberapa penyakit kelamin bawaan sebelum atau sesudah perkawinan.

Saat tahap ini, perawat berperan sebagai perawatan keluarga wajib memlakukan penyuluhan dan konseling seksualitas, keluarga berencana, dan masalah terkait pada keluarga pemula/pasangan baru.

##### **b. Tahap II**

Fase dimana saat lahirnya anak pertama sampai berumur 30 bulan. Saat lahirnya anak pertama ayah dan ibu memiliki kewajiban perkembangan

yang penting seperti membangun keluarga pemula menjadi unit yang mapan, rekonsiliasi dalam pertumbuhan yang bertolak belakang pada keluarga, dan memelihara pernikahan yang baik.

c. Tahap III

Menurut Setiadi (2012) saat mulai berjalan masuk umur 2 setengah tahun, selesai saat umur 5 tahun. Terbentuk oleh 3 sampai 5 orang. Pertumbuhan saat fase berikut dimulai, yaitu mencukupi keperluan, memberikan konseling pada keturunannya, memenuhi anak yang sementara tetap membutuhkan kebutuhan anak yang lain

d. Tahap IV

Pada keturunan kesatu yang berumur 6 tahun yang sampai usia 13 tahun, termasuk meningkatkan prestasi sekolah, kemudian menjaga hubungan pernikahan yang memusatkan. Perawat berperan sebagai konseling pada keluarga agar memperhatikan kebiasaan anak.

e. Tahap V

Saat keturunan kesatu berumur 13 tahun lebih, berjalan 6-7 tahun. Sangat cepat apabila meninggalkan rumah lebih lama atau lebih cepat jika anak masih tinggal bersama sampai menginjak remaja akhir.

Berikut kewajiban keluarga pada anggota keluarga remaja:

- 1) Memperhatikan perkawinan yang harmonis
- 2) Jujur pada setiap anggota keluarga. Kurangi pikiran negatif, permusuhan atau perdebatan

f. Tahap VI

Keluarga melepas anak usia dewasa muda ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir dengan ruma kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa anak yang belum menikah dan masih tinggal bersama. Ditandai oleh puncak persiapan dan oleh anak-anak untuk kehidupan dewasa yang mandiri.

g. Tahap VII

Dimulai saat orang tua memasuki usia pertengahan ketika anak terakhir meninggalkan rumah/meninggal. Fase dimana saat ayah/ibu berusia 45-55 tahun atau bisa lebih. Pertumbuhan pertama yang menyediakan lingkungan yang sehat, menjaga hubungan baik dengan orang tua, dan anak, dan mendapatkan setatus perkawinan.

h. Tahap VIII

Kewajiban pertama keluarga adalah mempertahankan aturan yang menurun dan tetap mempertahankan hubungan pernikahan lalu membiasakan diri waktu kehilangan pasangan, masalah ini perlu menjaga setatus ikatan keluarga supaya keturunan keluarga selanjutnya dengan maksud memahami eksistensi mereka. Kita sebagai perawat juga dapat berperan memberikan motivasi terhadap keluarga dalam persiapan kehilangan orang yang dicintai.

### 2.1.5. Struktur Keluarga

- a. Tugas terhadap perspektif dasar menimpa kedudukan pengenalan struktur yang berpengaruh dalam pemicu yang berhubungan dengan

keadaan tertentu serta kedudukan terkait orientasi interaksi yang mengancam munculnya mutu interaksi sosial. (Turner, 1970 dalam Friedman, 2010).

### 1) Kedudukan Formal

Setiap anggota membagi kedudukan keluarga kepada anggota keluarga semacam warga membagi kedudukannya, gimana berartinya penerapan kedudukan untuk sesuatu sistem. Kedudukan resmi yang standar dalam keluarga semacam pencari nafkah, bunda rumah tangga, tukang reparasi rumah, penjaga anak, serta manager keuangan keluarga. (Friedman, 2010). Bagi Friedman, 2010 mendefinisikan 6 kedudukan dasar yang membentuk posisi bagaikan suami (bapak) serta istri (bunda), kedudukan–kedudukan tersebut merupakan kedudukan bagaikan provider (penyedia), kedudukan sosialisasi anak, kedudukan tamasya, kedudukan persaudaraan, kedudukan terapeutik, (penuhi kebutuhan afektif dari pendamping), kedudukan intim.

### 2) Kedudukan Informal

Kedudukan informal bertabiat implisit umumnya tidak nampak kekuasaan permukaan serta dimainkan cuma buatenuhi kebutuhan emosional orang serta buat melindungi penyeimbang.

### 3) Struktur Nilai

Merupakan suatu kepercayaan memiliki wujud sikap khusus dan bersifat berkelanjutan (Friedman, 2010). Sebaliknya nilai keluarga didefinisikan bagaikan sesuatu, perilaku, serta keyakinan tentang nilai sesuatu totalitas ataupun secara siuman maupun tidak siuman mengikat bersama dalam segal keluarga dalam sesuatu kebiasaan umum.

### 4) Struktur Kekuatan Keluarga

ialah keahlian atau kekuasaan dari seseorang orang buat mengendalikan, mengganti kebiasaan seorang (Friedman, 2010). Kebebasan dalam keluarga bagaikan suatu tanda dari keluarga, merupakan keahlian buat potensial ataupun aktual dari seseorang buat mengganti sikap anggota keluarga. (Friedman, 2010).

### 5) Pola serta Proses Komunikasi

Ciri keluarga berperan bagaikan ciri pengirim serta ciri penerima. Ciri pengirim berperan dalam mengemukakan suatu komentar yang di informasikan jelas serta bermutu, senantiasa memohon serta menerima umpan balik. Sebaliknya ciri penerima berperan siap

mencermati, membagikan umpan balik, melaksanakan validasi (Friedman, 2010).

### **2.1.6 Tahap perkembangan keluarga**

Memberikan asuhan keperawatan pada keluarga diantaranya:

- a. Jelaskan pendidikan keperawatan.
- b. Berprofesi sebagai sarana pemberian layanan kesehatan keluarga.
- c. Fasilitator dalam pelayanan keluarga dalam bidang kesehatan.
- d. Berprofesi konseling atau pemberi pendidikan kesehatan

### **2.1.7 Keluarga Sebagai Klien**

Keluarga dalam bidang kesehatan, yaitu:

- a. Mengenal masalah kesehatan pada anggota keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan yang tidak boleh diabaikan karena segala sesuatu tidak akan berarti karena kesehatan adalah sumber daya kekuatan.
- b. Memilah salah satu keluarga yang bermasalah tentang keadaannya. Tugas ini ialah upaya utama keluarga buat mencari pertolongan yang benar cocok dengan kondisi keluarga, dengan pertimbangkan siapa diantara keluarga yang memiliki keahlian untu memastikan aksi. Aksi kesehatan yang dicoba keluarga diharapkan pas biar permasalahan kesehatan bisa diselesaikan.
- c. Membagikan pengetahuan merawat buat melaksanakan anggota keluarga yang hadapi kendala kesehatans serta bisa menolong dirinya sendiri yang cacat. Keluarga dapat memilah aksi namun mempunyai batas.



d. Menetapkan atmosfer rumah menguntungkan buat kesehatan keluarga yang yang lain. Memelihara area yang baik supaya tingkatkan kesehatan anggota keluarga serta tingkatkan status pengobatan. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi area di sebabkan sebab terbatasnya sumber keuangan keluarga, keadaan rumah yang tidakenuhi ketentuan.

### 2.1.8 Tugas Dalam Bidang Kesehatan Bagi Keluarga

**Tabel 2.1** Tugas Dalam Bidang Kesehatan Bagi Keluarga

|   |  |
|---|--|
| 1 | Memahami kesehatan dari setiap anggotanya. Yang terjadi pada anggota keluarga terjadi perubahan Kesehatan  |
| 2 | Milih keputusan melaksanakan tindakan dengan keluarga, Keluarga mempunyai peran dalam mendapat solusi tepat akan keadaan keluarga  |
| 3 | Menolong yang anggota keluarga yang sakit terutama anggota yang masih muda dengan perawatan yang tepat.  |
| 4 | Setiap keluarga wajib memiliki rumah sehat serta dijaga dan, keluarga harus bisa memberikan keadaan sekitar harus baik diperuntukan kepada keluarga yang sedang sakit.               |
| 5 | Memanfaatkan layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dapat membantu jika mengganti sifat keluarga berhubungan dengan sehat sakit dan selalu berfikir baik mengenai layanan kesehatan. |

### 2.1.9 Scoring/skala Pada Keluarga

Menentukan prioritas masalah pada asuhan keperawatan keluarga adalah menggunakan skala menyusun prioritas atau scoring berdasarkan Bailon dan Maglaya, 1976 (dalam buku keperawatan keluarga Andarmoyo Sulisty, 2012)

Tabel 2.2 Scoring/skala Pada Keluarga

| No | Kriteria  | Skala       | Bobot | Pembenaran |
|----|---|-------------|-------|------------|
| 1  | <b>Sifat masalah</b><br>Tidak/kurang sehat<br>Acaman kesehatan<br>Keadaan sejahtera   | 3<br>2<br>1 | 1     |            |
| 2  | <b>Kemungkinan masalah dapat diubah</b><br>Mudah<br>Sebagian<br>Tidak dapat   | 2<br>1<br>0 | 2     |            |
| 3  | <b>Potensial masalah untuk dicegah</b><br>Tinggi<br>Cukup<br>Rendah   | 3<br>2<br>1 | 1     |            |
| 4  | <b>Menonjolnya masalah</b><br>Masalah Berat, harus segera ditangani.<br>Ada masalah tetapi tidak ditangani<br>Masalah tidak dirasakan | 2<br>1<br>0 | 1     |            |

Skoring:

1. Tentukan skore untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.

Skor : Angka tertinggi x Bobot = . . . .

3. Jumlahkan skor untuk kriteria.

## 2.2 Konsep Penyakit Gangguan Jiwa

### 2.2.1 Definisi

Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan, distress atau hendaya (impairment/ disability) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sebagai tambahan disimpulkan bahwa disfungsi itu adalah disfungsi dari segi perilaku, psikologik, atau biologic, dan gangguan itu tidak semata-mata terletak dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat. (Muslim, Rusdi ; 2003).

Kendala jiwa ialah psikologik ataupun pola sikap yang ditunjukkan pada orang yang menimbulkan distress, merendahkan mutu kehidupan serta disfungsi.

Kriteria universal kendala jiwa merupakan bagaikan berikut:

- a. Tidak puas hidup di dunia.
- b. Ketidakpuasan dengan ciri, keahlian serta prestasi diri.
- c. Koping yang tidak afektif dengan kejadian kehidupan.
- d. Tidak terjalin perkembangan personal.

### 2.2.2 Klasifikasi

Kendala jiwa ialah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak wajar.

Keabnormalan tersebut bisa dibedakan jadi:

- a. Neurosis ataupun kendala jiwa.

Neurosis ataupun kendala jiwa ialah kendala jiwa diisyarat dengan kecemasan, umumnya indikasi tidak tenang serta menekan yang lain. Sedangkan pengecekan kenyataannya senantiasa utuh (O' Brien, 2013). Orang yang terserang neurosis masih merasakan kesukaran, mengenali dan kepribadiannya tidak jauh dari kenyataan serta masih hidup dalam realitas pada biasanya (Yosep, H. Iyus&amp; Sutini, 2014). Neurosis mempunyai ciri bagaikan berikut:

1. Uji kenyataan lengkap.
2. Indikasi kelompok yang mengganggu serta diketahui bagaikan suatu yang asing serta tidak bisa diterima oleh orang.
3. Kendala lumayan lama ataupun kambuh kembali bila tanpa penyembuhan, bukan ialah respon terhadap stressor, sikap tidak mengganggu wajar sosial serta tidak nampak terdapatnya pemicu serta aspek organik( Stuart, 2013).

b. Psikosis ataupun sakit jiwa.

Psikosis ataupun sakit jiwa ialah kendala jiwa yang bisa menyebabkan orang hadapi kendala nyata pada disintegrasi karakter berat, pengecekan kenyataan serta hambatan buat penuhi kebutuhan hidup tiap hari( O' Brien, 2013). Orang yang terserang psikosis tidak menguasai kejadiannya serta perasaan, segi asumsi, dorongan, motivasi tersendat, kesukaran- kesukarannya serta tidak terdapat integritas mereka hidup jauh dari alam realitas( Yosep, H. Iyus&amp; Sutini, 2014). Psikosis mempunyai ciri bagaikan berikut:

1. Disentegrasi karakter.

2. Penyusutan bermakna pada tingkatan pemahaman.
3. Sikap kasar.
4. Kesusahan yang besar dalam berperan secara adekuat, kehancuran yang nyata ataupun berat pada kenyataan( Stuart, 2013).

Klasifikasi kendala jiwa bagi PPGDJ dalam Keliat,( 2011) merupakan bagaikan berikut:

a. Kendala organik serta somatik.

1. Kendala organik serta somatik.

F00– F09( Kendala mental organik), tercantum kendala mental simtomatik.

2. Kendala akibat alkohol serta obat ataupun zat.

F10– F19( Kendala mental serta sikap akibat pemakaian zat Psikoaktif).

b. Kendala mental psikotik.

1. Sizofrenia serta kendala yang terbaik.

F20- F29( Skizofrenia, kendala skizotipal serta kendala waham).

2. Kendala afektif.

F30– F39( Kendala atmosfer perasaan mood ataupun afektif).

c. Kendala neurotik serta kendala karakter.

1. Kendala neurotik.

F40– F48( Kendala neurotik, kendala somatoform serta kendala yang berhubungan dengan tekanan pikiran).

2. Kendala karakter serta sikap masa depan.

F50– F59 (Sindrom sikap yang berhubungan dengan kendala fisiologi serta aspek raga).

F60– F69 (Kendala karakter serta sikap masa berusia).

d. Kendala masa kanak, anak muda serta pertumbuhan.

1. F70– F79 ( Retardasi mental).

2. F80– F89 ( Kendala pertumbuhan psikologis).

3. F90– F98 (Kendala sikap serta emosional dengan onset).

Berikut ini yakni tipe kendala jiwa yang kerap ditemui di warga bagi Nasir,( 2011) merupakan bagaikan berikut:

a. Skizofrenia merupakan kelainan jiwa ini menampilkan kendala dalam guna kognitif ataupun benak berbentuk disorganisasi, jadi gangguannya merupakan menimpa pembuatan isi dan arus benak.

b. Tekanan mental yakni salah satu kendala jiwa pada alam perasaan afektif serta mood diisyarati dengan kemurungan, tidak bergairah, kelesuan, putus asa, perasaan tidak bermanfaat serta sebagainya. Tekanan mental merupakan salah satu kendala jiwa yang didetapkan banyak pada warga yang hadapi kesusahan ekonomi. Perihal ini erat kaitannya dengan ketidak mampuan, kemiskinan ataupun ketidaktahuan warga.

c. Takut yakni indikasi kecemasan baik kronis ataupun kronis ialah komponen utama pada seluruh kendala psikiatri. Komponen kecemasan bisa berbentuk wujud kendala fobia, panik, obsesi komplusi serta sebagainya.

d. Penyalahgunaan narkoba serta HIV/ AIDS.

Di Indonesia penyalahgunaan narkotika saat ini telah menjadi ancaman yang sangat sungguh-sungguh untuk kehidupan Negeri serta bangsa. Cerminan besarnya permasalahan pada narkoba dikenal kalau permasalahan pemakaian narkoba di Indonesia pertahunnya bertambah rata-rata 28,95%. Meningkatnya dalam pemakaian narkotika ini juga berbanding lurus dengan kenaikan fasilitas serta dana. Para pakar epidemiologi permasalahan HIV ataupun AIDS di Indonesia sebanyak 80 ribu hingga 120 ribu orang dari jumlah tersebut yang terinfeksi lewat duri suntik merupakan 80%.

e. Bunuh diri

Dalam kondisi wajar angka bunuh diri berkisar antara 8-50 per 100 ribu orang. Dengan kesusahan ekonomi angka ini bertambah 2 hingga 3 kali lebih besar. Angka bunuh diri pada warga hendak bertambah, berkaitan penduduk meningkat pesat, kesusahan ekonomi serta pelayanan kesehatan. Sepatutnya bunuh diri telah menjadi permasalahan kesehatan pada warga yang besar (Nasir, Abdul& Muhith, 2011).

### 2.2.3 Tanda dan Gejala

Ciri serta indikasi kendala jiwa merupakan bagaikan berikut:

a. Ketegangan (Tension) ialah sedih hati ataupun rasa putus asa, takut, risau, rasa lemah, histeris, perbuatan yang terpaksa (Convulsive), khawatir serta tidak sanggup menggapai tujuan pikiran- benak kurang baik (Yosep, H. Iyus& Sutini, 2014).

b. Kendala kognisi.

Ialah proses mental dimana seseorang menyadari, mempertahankan ikatan area baik, area dalam ataupun area luarnya (Kusumawati, Farida& Hartono, 2010).

Proses kognisi tersebut adalah sebagai berikut:

a. Gangguan persepsi.

Persepsi merupakan kesadaran dalam suatu rangsangan yang dimengerti. Sensasi yang didapat dari proses asosiasi dan interaksi macam-macam rangsangan yang masuk. Yang termasuk pada persepsi adalah halusinasi, ilusi, derealisasi, dan depersonalisasi.

b. Gangguan sensasi.

Seorang mengalami gangguan kesadaran akan rangsangan yaitu rasa raba, rasa kecap, rasa penglihatan, rasa cium, rasa pendengaran dan kesehatan (Kusumawati, Farida & Hartono, 2010).

c. Gangguan kepribadian

Kepribadian merupakan pola pikiran keseluruhan, perilaku dan perasaan yang sering digunakan oleh seseorang sebagai usaha adaptasi terus menerus dalam hidupnya. Gangguan kepribadian misalnya gangguan kepribadian paranoid, disosial, emosional tak stabil. Gangguan



kepribadian masuk dalam klasifikasi diagnosa gangguan jiwa (Maramis, 2009).

d. Gangguan pola hidup

Mencakup gangguan dalam hubungan manusia dan sifat dalam keluarga, rekreasi, pekerjaan dan masyarakat. Gangguan jiwa tersebut bisa masuk dalam klasifikasi gangguan jiwa kode V, dalam hubungan sosial lain misalnya merasa dirinya dirugikan atau dialang-alangi secara terus menerus. Misalnya dalam pekerjaan harapan yang tidak realistis dalam pekerjaan untuk rencana masa depan, pasien tidak mempunyai rencana apapun (Maramis, 2009).

e. Gangguan perhatian.

Perhatian ialah konsentrasi energi dan pemusatan, menilai suatu proses kognitif yang timbul pada suatu rangsangan dari luar (Direja, 2011).

f. Gangguan kemauan.

Kemauan merupakan dimana proses keinginan dipertimbangkan lalu diputuskan sampai dilaksanakan mencapai tujuan. Bentuk gangguan kemauan seperti kemauan yang lemah (abulia), kekuatan, negativisme, dan kompulsi yang tidak rasional. (Yosep, H. Iyus & Sutini, 2014).

g. Gangguan perasaan atau emosi (Afek dan mood)

Perasaan dan emosi merupakan spontan reaksi manusia yang bila tidak diikuti perilaku maka tidak menetap mewarnai persepsi seorang terhadap sekelilingnya atau dunianya. Perasaan berupa perasaan emosi normal (adekuat) berupa perasaan positif (gembira, bangga, cinta, kagum dan senang). Perasaan emosi negatif berupa cemas, marah, curiga, sedih,

takut, depresi, kecewa, kehilangan rasa senang dan tidak dapat merasakan kesenangan (Maramis, 2009). Bentuk gangguan afek dan emosi menurut Yosep, (2007) dapat berupa euforia, elasi, kegairahan atau eklasi, eksaltasi, depresi dan cemas, dan emosi yang tumpul dan datar.

h. Gangguan pikiran atau proses pikiran (berfikir).

Pikiran merupakan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang. Berfikir ialah proses menghubungkan ide, membentuk ide baru, dan membentuk pengertian untuk menarik kesimpulan. Proses pikir normal ialah mengandung ide, simbol dan tujuan asosiasi terarah atau koheren (Kusumawati, Farida & Hartono, 2010). Menurut Prabowo, (2014) gangguan dalam bentuk atau proses berfikir adalah gangguan mental, psikosis, dan gangguan.

i. Gangguan psikomotor

Gangguan merupakan gerakan badan dipengaruhi oleh keadaan jiwa sehingga afek bersamaan yang mengenai badan dan jiwa, juga meliputi perilaku motorik yang meliputi kondisi atau aspek motorik dari suatu perilaku. Gangguan psikomotor berupa, aktivitas yang menurun, aktivitas yang meningkat, kemudian yang tidak dikuasai, berulang-ulang dalam aktivitas. Gerakan salah satu badan berupa gerakan salah satu badan berulang-ulang atau tidak bertujuan dan melawan atau menentang terhadap apa yang disuruh (Yosep, H. Iyus & Sutini, 2014).

j. Gangguan ingatan.

Ingatan merupakan kesangupan dalam menyimpan, mencatat atau

memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Proses ini terdiri dari pencatatan, pemanggilan data dan penyimpanan data (Kusumawati, Farida & Hartono, 2010).

k. Gangguan pertimbangan.

Gangguan pertimbangan merupakan proses mental dalam membandingkan dan menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja memberikan nilai dalam memutuskan aktivitas (Yosep, 2007).

## 2.3 Konsep Defisit Perawatan Diri

### 2.3.1 Definisi

Defisit perawatan diri adalah kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri terlihat dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri antaranya mandi, makan minum secara mandiri, berhias secara mandiri, toileting (BAK/BAB) (Damaiyanti, 2012)

### 2.3.2 Rentang Respon

**Adaptif** **maladaptif**  
 <----->

|                              |                                     |  |
|------------------------------|-------------------------------------|--|
| Pola perawatan diri seimbang | Kadang perawatan diri, kadang tidak | Tidak melakukan perawatan diri pada saat stres |
|------------------------------|-------------------------------------|--|

**Gambar 2.1** Rentan Respon

1. Pola perawatan diri seimbang: saat pasien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
2. Kadang melakukan perawatan diri kadang tidak: saat pasien mendapatkan stressor kadang-kadang pasien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
3. Tidak melakukan perawatan diri: klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stress (Direja, 2011).

### **2.3.3 Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri**

Faktor pencetus defisit perawatan diri adalah:

a. Faktor predisposisi

Pertumbuhan keadaan dimana keluarga yang berlebihan dalam melindungi anggota keluarga sehingga perkembangan terganggu. Biologis masalah kesehatan yang kronis dan menyebabkan tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Kemampuan realitas turun gangguan jiwa pada klien dengan kurangnya kemampuan realitas yang menyebabkan ketidakpedulian diri termasuk juga lingkungan perawatan. Sosial dukungan yang kurang dan latihan kemampuan perawatan lingkungan (Mubarak, dkk, 2015).

b. Faktor presipitasi

Merupakan presipitasi defisit perawatan diri kurangnya penurunan motivasi, kerusakan kognisi, lelah/lemah, cemas yang dialami individu dan menyebabkan individu tidak mampu melakukan perawatan diri, faktor yang dapat mempengaruhi personal hygiene antara lain seperti budaya, suasana sosial ekonomi, agama, tingkatan pengetahuan ataupun

pertumbuhan individu, kedewasaan seorang, status kesehatan, kebiasaan, dan cacat jasmani/ mental bawaan ( Mubarak, dkk, 2015).

#### 2.3.4 Tanda Dan Gejala

a. Mandi / hygiene

Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu, atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi (Direja, 2011)

b. Berpakaian / berhias

Klien mempunyai kelmahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, dan mengenakan sepatu.

c. Makan

Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, memanipulasi makanan ke mulut, melengkapi makanan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

d. BAB/BAK

Klien memiliki keterbatasan atau ketidak mampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toileting atau kamar kecil (Direja, 2011).

## **2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan**

### **2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi oranglain naik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi kehidupan manusia sudah semestinya usaha dalam menumbuh kembangkan pendidikan secara sistematis dan berkualitas perlu terus di upayakan, sehingga tujuan dari proses pendidikan kesehatan dapat dicapai secara optimal. Pendidikan kesehatan memiliki arti penting bagi individu, pendidikan lebih jauh memberikan pengaruh yang besar terhadap kemajuan suatu bangsa.

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan terkait pentingnya pendidikan kesehatan itu sendiri dalam penelitian ini dalam merencanakan, memantau, mengaplikasikan metode, mendeskripsikan dan mengevaluasi hasil terhadap pengetahuan akan teknik dan metode apa saja yang diketahui oleh para responden penelitian yaitu khususnya para pengunjung lembaga penyedia layanan kesehatan (Car et al, 2014)

### 2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

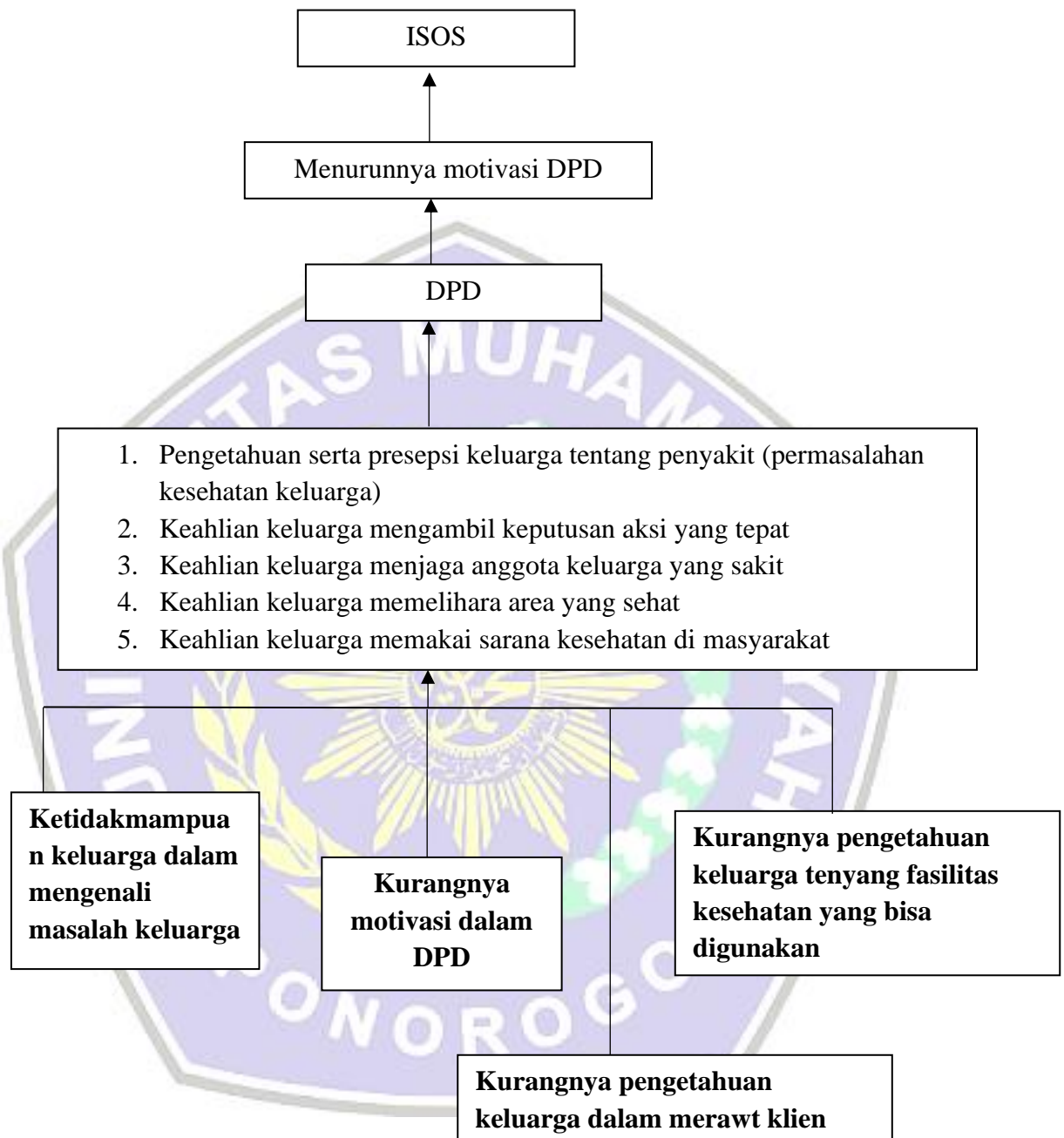
Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No.23 tahun 1992 maupun WHO yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya. Pendidikan kesehatan sangat berpengaruh untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang dengan cara meningkatkan kemampuan masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan itu sendiri.

### 2.4.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Mubarak et al tahun 2009 mengemukakan bahwa sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

1. Sasaran Primer (*Primary Target*), sasaran langsung pada masyarakat segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan
2. Sasaran sekunder (*Secondary Target*), sasaran pada tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat sekitarnya.
3. Sasaran Tersier (*Tersier Target*), sasaran pada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun ditingkat daerah diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

#### 2.4.4 Pathway Defisit Perawatan Diri



**Gambar 2.2** Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### 2.5.1 Pengkajian

Pengkajian dalam keluarga merupakan serangkaian kegiatan seorang perawat dalam mendapatkan data status kesehatan keluarga, penyebab atau faktor-faktor yang mempengaruhi dan potensi keluarga yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga :

#### A. Pengumpulan Data

##### 1. Identitas : dalam identitas yang dapat mempengaruhi yaitu

- a. Umur : Pada penderita gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri biasanya terjadi pada usia yang produktif
- b. Pendidikan : Pendidikan yang rendah akan mempengaruhi dalam tahap penyembuhan
- c. Pekerjaan : Pekerjaan yang dapat beresiko dalam munculnya perilaku depresi yang berhubungan dengan defisit perawatan diri

#### B. Analisa Data

1. Tipe Keluarga : keluarga inti akan berpengaruh terhadap mekanisme coping individu
2. Genogram : tersusun dari 3 generasi untuk mengetahui apakah ada riwayat yang sama dengan penderita atau pasien
3. Status social ekonomi keluarga : status ekonomi yang rendah dan menengah dapat menimbulkan defisit perawatan diri

4. Sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan : pemanfaatan sumber pelayanan kesehatan yang tepat akan berpengaruh terhadap penderita gangguan jiwa dengan DPD biasanya kurang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada.

5. Lingkungan :

Lingkungan yang bersih/kotor, luas atau sempit, lingkungan yang baik dan kurang baik sangat berpengaruh pada penderita.

6. Karakteristik komunitas :

Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat : klien dengan resiko cenderung akan menyendiri, dan mudah berubah moodnya

7. Fungsi perawat kesehatan

- a. Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang masalah kesehatan keluarga
- b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga
- d. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan yang sakit
- e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat

8. Stress dan koping keluarga : kecemasan yang berkepanjangan dan terjadi secara bersama dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya dapat menyebabkan terjadinya stress (Direja,2011)

9. Pemeriksaan Fisik:

- a. Keadaan umum: menyendiri, murung, cemas

b. Tanda-tanda vital:

TD: klien dengan penderita depresi dengan masalah DPD cenderung tidak stabil

Suhu: dalam rentang normal

RR: jika klien cemas maka RR cenderung meningkat

Nadi: klien dengan penderita depresi dengan masalah DPD cenderung tidak stabil

c. Muka:kebersihan muka klien tidak baik karena jarang dibersihkan/mandi

d. Telinga : kebersihan telinga tidak baik banyak serumen

e. Mulut : kebersihan mulut tidak baik, rahang mengatup

f. Integritas kulit : kebersihan kulit tidak baik, kulit tampak kusam dan kotor



10. Status mental

a. Factor presipitasi

Pada penderita DPD biasanya penampilan tidak rapi jika dari ujung rambut sampai ujung kaki tidak rapi. Misalnya : rambut acak-

acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak terkunci, baju terbalik, baju tidak ganti, muka kusam.

b. Faktor predisposisi

Keluarga dengan latar belakang yang memiliki riwayat gangguan jiwa, riwayat masalah nutrisi, kerontokan rambut, masalah anoreksia dan neuromuskuler, penggunaan obat tertentu, benturan pada kepala.

c. Berpakainan

Berpakaian kurang rapi, dari rambut hingga kaki yang sangat tidak rapi, pemakaian baju tidak sesuai.

d. Pembicaraan

Pasien bicara lebih banyak, pendiam, tidak sopan, cara bicara cepat atau lambat, tertekan, lebih emosional, dramatis, tidak beragam, dan cara bicara tidak normal lainnya

e. Proses pikir

Seseorang dengan skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menanyakan hal-hal, kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak menimbulkan ide lagi. Keadaan ini dinamakan bloking biasanya berlangsung beberapa detik saja, tapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

f. Tingkat kesadaran

Diperoleh melalui wawancara dan observasi, orientasi klien (waktu,tempat, dan orang) diperoleh melalui data wawancara

g. Memori

Masalah daya ingat yang berhubungan dengan depresi dapat mencakup lupa, ketidaktertarikan, kesulitan belajar, dan kurangnya kepatuhan

- h. Tingkat konsentrasi berhitung : kurang
- i. Kemampuan penilaian : biasanya akan mengalami gangguan ringan

### C. Skoring pada keluarga

**Tabel 2.4 Skoring Pada Keluarga**

| No | Kriteria  | Skala       | Bobot | Pembenaran |
|----|---|-------------|-------|------------|
| 1  | <b>Sifat masalah</b><br>Tidak/kurang sehat<br>Acaman kesehatan<br>Keadaan sejahtera | 3<br>2<br>1 | 1     |            |
| 2  | <b>Kemungkinan masalah dapat diubah</b><br>Mudah<br>Sebagian<br>Tidak dapat         | 2<br>1<br>0 | 2     |            |
| 3  | <b>Potensial masalah untuk dicegah</b><br>Tinggi<br>Cukup<br>Rendah                 | 3<br>2<br>1 | 1     |            |
| 4  | <b>Menonjolnya masalah</b><br>Masalah Berat, harus segera ditangani.                | 2           | 1     |            |

|  |                                    |   |  |  |
|--|------------------------------------|---|--|--|
|  | Ada masalah tetapi tidak ditangani | 1 |  |  |
|  | Masalah dirasakan tidak            | 0 |  |  |

### 2.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2009).

#### 1. Defisit Perawatan Diri: Mandi

##### a. Pengertian

Hambatan melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri

##### b. Batasan karakteristik

- 1) Tidak mampu membasuh tubuh
- 2) Tidak mampu mengakses kamar mandi
- 3) Tidak mampu mengambil peralatan mandi
- 4) Tidak mampu mengatur air mandi secara mandiri
- 5) Tidak mampu mengeringkan tubuh
- 6) Tidak mampu menjangkau sumber air

##### c. Masalah yang berhubungan

- 1) Ansietas
- 2) Gangguan fungsi kognitif

- 3) Gangguan muskuloskeletal
  - 4) Gangguan neuromuskular
  - 5) Gangguan persepsi
  - 6) Kelemahan
  - 7) Kendala lingkungan
  - 8) Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh
  - 9) Nyeri
  - 10) Penurunan motivasi
2. Defisit Perawatan Diri: Berhias/Berpakaian
- a. Definisi  
Merupakan masalah pada gangguan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian untuk diri sendiri
  - b. Batasan karakteristik
    - 1) Ketidak mampuan memilih pakaian
    - 2) Ketidak mampuan memadukan pakaian
    - 3) Ketidak mampuan mempertahankan penampilan
    - 4) Ketidak mampuan mengambil pakaian
    - 5) Ketidak mampuan mengenakan pakaian pada bagian bawah dan atas tubuh
    - 6) Ketidak mampuan memakai berbagai item pakaian
    - 7) Ketidak mampuan melepas atribut pakaian
3. Defisit Perawatan Diri: Makan
- a. Definisi  
Merupakan gangguan kemampuan untuk melakukan atau

menyelesaikan aktivitas makan

b. Batasan karakteristik

- 1) Ketidak mampuan dalam mengambil dan memasukan makanan kedalam mulut
- 2) Ketidak mampuan menggunakan alat makan
- 3) Ketidak mampuan mengunyah makanan
- 4) Ketidak mampuan memanipulasi makanan di mulut
- 5) Ketidak mampuan membuka container/wadah makanan
- 6) Ketidak mampuan meletakan makanan ke alat makan
- 7) Ketidak mampuan menelan makanan

4. Defisit Perawatan Diri: *Toileting*

a. Definisi

Gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan kegiatan toileting sendiri

b. Batasan karakteristik

- 1) Ketidak mampuan untuk melakukan higine eliminasi secara komplet
- 2) Ketidak mampuan untuk menyiram toilet
- 3) Ketidak mampuan untuk memanipulasi pakaian untuk *toileting*
- 4) Ketidak mampuan untuk mencapai toilet
- 5) Ketidak mampuan untuk naik ke toilet
- 6) Ketidak mampuan duduk di toilet

**2.5.3 Intervensi**



Intervensi keperawatan menurut Dalami (2009) adalah rencana dimana perawat menyusun rencana yang dilakukan pada pasien untuk menyembuhkan masalahnya, perencanaan disusun berdasarkan diagnosa.

Tindakan keperawatan pada keluarga menurut Yusuf (2015) :

1. Tujuan :

Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga/pasien agar dapat merawat keluarga yang mengalami masalah perawatan diri.

2. Tindakan keperawatan :

Agar membantau pasien dan keluarga dalam melakukan kemampuan cara perawatan diri yang benar, harus di lakukan edukasi pendidikan kesehatan pada pasien atau keluarga agar bisa meneruskan merawat pasien dan mendukung agar kemampuan pasien dalam perawatan diri dapat meningkat. Yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Pemberian pendidikan kesehatan pada pasien gangguan jiwa
- b. Mengidentifikasi pendidikan kesehatan yang diberikan bagi keluarga gangguan jiwa.

2.5.1 Analisis Jurnal

Tabel 2.5 Analisis Jurnal

| No | Judul   | Sumber   | Penulis                                  | Tujuan   | Metode  | Responden  | Hasil   | Kelebihan  | Kelemahan                             |
|----|---|--|--|--|---|--|---|--|---------------------------------------|
| 1  | Pendidikan Kesehatan Recovery Penderita Skizofrenia Dalam Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Penderita di Kota Cimahi | Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Vol. 1, No. 4, Agustus 2017: 219 – 221<br>ISSN 1410 - 5675 | Suryani, Imas Rafiyah, dan Efri Widianti | Pendekatan recovery pada penderita skizofrenia di wilayah Cimahi belum dilaksanakan karena kurang pengetahuan penderita, keluarga dan petugas kesehatan tentang hal ini. | Metode yang digunakan dalam pengabdian masyarakat ini adalah Health education menggunakan media film dan diskusi serta pendampingan. Model ini dipilih karena dengan menonton film lebih mudah merubah persepsi dan sikap peserta daripada hanya dengan ceramah biasa. Menurut Aufderheide, P. (2007) film mampu merubah persepsi audien terhadap penderita gangguan jiwa. Disamping itu isi film yang menggambarkan halhal positif tentang orang | Metode pengambilan sampel dicoba dengan total sampling dengan penderita sebanyak 20 orang, keluarga penderita sebanyak 25 orang, kader sebanyak 5 orang dan tokoh masyarakat sebanyak 4 orang dan tenaga kesehatan sebanyak 5 orang. | Berdasarkan penilaian terhadap sikap mereka selama pelatihan secara umum dapat disimpulkan bahwa seluruh peserta sudah mempunyai sikap positif terhadap recovery penderita skizofrenia. Peserta dapat memahami peran dan tanggung jawab mereka sebagai penderita, keluarga yang merawat, kader dan tokoh masyarakat dalam proses recovery penderita skizofrenia. Pemahaman seperti itu, diakhir pemaparan mereka menyepakati dengan pembentukan | Pada jurnal ini sudah digambarkan dengan jelas pentingnya pendidikan kesehatan terhadap pasien gangguan jiwa | Sempel yang digunakan terlalu sedikit |

|  |  |  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|--|
|  |  |  |  | <p>yang mengalami skizofrenia dan bagaimana caranya untuk pulih memungkinkan peserta mempunyai persepsi dan sikap yang positif sehingga akan mampu menjalani proses recovery mereka dgn baik. Selain dengan menonton film juga dilakukan diskusi untuk menambah pemahaman, selanjutnya pendampingan diperlukan untuk memelihara sikap positif yang telah terbentuk.</p> |  | <p>Kelompok yang memiliki kepedulian terhadap recovery penderita skizofrenia.</p> |  |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|--|

**Tabel 2.6 Anlaises Jurnal**

| No | Judul   | Sumber  | Penulis   | Tujuan   | Metode  | Responden  | Hasil   | Kelebihan   | Kelemahan  |
|----|---|---|---|--|---|--|---|---|--|
| 2  | Pemberdayaan Keluarga Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa. | Ejurnal Keperawatan (e-Kp) Volume3. Nomor 2 November 2015 | Ni Made, Dian Sulistiowati, Ni Ketut Guru Prapti, Ni Komang Ari Sawitri, Putu Ayu Sani Utami, Ika Widi Astuti, Kadek Saputra. | Pemberian pembelajaran kesehatan pada keluarga dalam menjaga anggota keluarga yang hadapi kendala jiwa dirumah dengan menarangkan kepada tiap-tiap keluarga tentang gimana metode menjaga penderita dirumah dan mengenali kesusahan keluarga dalam | Tata cara yang digunakan merupakan true eksperimen dalam mengukur keahlian pre serta post keluarga tentang metode menjaga penderita dengan pemberian pembelajaran kesehatan pada 35 keluarga dalam menjaga anggota keluarga kendala jiwa dirumah. Keluarga dengan metode purposive sampling dengan diharapkan menjajaki aktivitas merupakan care giver yang memanglah menjaga penderita, masih tinggal dilingkungan rumah penderita, masih ialah keluarga serta tiba berobat ke poliklinik bersama dengan | 35 keluarga dalam menjaga anggota keluarga yang hadapi kendala jiwa dirumah. | Hasil yang didapatkan keahlian keluarga hadapi kenaikan sebesar 10.01 pada kognitif serta 8.12 pada psikomotor keluarga sehabis dicoba pemberian pembelajaran kesehatan tentang gimana metode menjaga keluarga dengan kendala jiwa dirumah. | Pada harian ini pembelajaran kesehatan yang diberikan telah terstruktur mulai dari membagikan keluarga peluang mengeksplorasi perasaan sehigga keluarga jadi lebih terbuka hendak masalahnya. | Evaluasi yang dicoba cuma pada dikala diharinya sehabis dicoba pembelajaran kesehatan sehingga keahlian keluarga kurang dapat terukur dengan baik. |

|  |  |  |   |   |  |  |  |
|--|--|--|---|---|--|--|--|
|  |  |  | <p>melaksanakan perawatan penderita dirumah bisa membagikan pengetahuan sehingga keahlian keluarga dalam menjaga jadi baik.</p> | <p>penderita. Pembelajaran kesehatan dicoba dengan menarangkan kepada tiap- tiap keluarga tentang gimana metode menjaga penderita dirumah dan mengenali kesusahan keluarga dalam melaksanakan perawatan penderita dirumah. Sehabis itu sebagian keluarga terbuat bersama dalam kelompok sehingga diharapkan bisa membagikan ruang kepada para keluarga sehingga mereka merasakan suppport sistem bukan cuma dari petugas kesehatan namun dari antara sesama keluarga dengan kendala jiwa.</p> |  |  |  |
|--|--|--|---|---|--|--|--|

**Tabel 2.7** Anlaises Jurnal

| No | Judul  | Sumber   | Penulis  | Tujuan  | Metode  | Responden  | Hasil   | Kelebihan  | Kelemahan  |
|----|--|--|--|---|---|--|---|--|--|
| 3  | Pendidikan Kesehatan Jiwa Bagi Keluarga Di Wilayah Puskesmas Sukamerang Kabupaten Garut. | Ejurnal Keperawatan (e-Kp) Volume6. Nomor 2 April 2018 | Taty Hernawaty 1, Hadi Suprpto Arifin 2, Indra Maulana 3, Iyus Jamaludin 4 | Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pendidikan kesehatan yang diberikan bagi keluarga gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Garut | Jenis penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini mengidentifikasi pendidikan kesehatan jiwa bagi keluarga gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kabupaten Garut. Waktu penelitian dilakukan selama 8 bulan (Mei-Desember) dan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kabupaten Garut, yang meliputi. Desa Sukamerang, Desa Mekar Raya, Desa Sukamaju, Desa Giri Jaya, Desa Nanjung Jaya, dan Desa Kersamanah. Data yang dikumpulkan dianalisis menggunakan deskriptif kuantitatif. | Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga gangguan jiwa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kabupaten Garut, sebanyak 125 keluarga. Sample dalam penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel jenuh. | Hasil penelitian menunjukkan bahwa materi pendidikan kesehatan yang diberikan pada keluarga gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Sukamerang berkaitan dengan ketergantungan pasien terhadap keluarga | Pada harian ini bisa mengenali pergantian tingkatan keahlian kognitif serta psikomotor keluarga saat sebelum serta setelah pemberian pembelajaran kesehatan pada keluarga. | Penelitian tindak menjelaskan lama waktu yang digunakan untuk penelitian |

Adapun hadist yang memperkuat atau mendukung pendidikan kesehatan dengan menjaga kebersihan diri. Rasulullah Muhammad SAW juga menganjurkan para sahabat dan umatnya menjaga kebersihan badan, di antaranya;

#### 1. Mencuci tangan

Mencuci tangan dengan sabun dinilai efektif untuk menghilangkan kotoran, bakteri, dan virus. Sejak dahulu, Nabi Saw sudah menganjurkan umatnya untuk mencuci tangan, baik saat wudu, sebelum makan, sesudah makan, hingga sesudah bangun tidur.

Rasulullah bersabda:

"Apabila salah seorang di antara kalian bangun tidur, hendaknya ia menuangkan (air) ke atas tangannya tiga kali sebelum memasukkan (tangannya) ke dalam bejana, karena dia tidak mengetahui di mana tangannya berada (saat tidur)." (HR. Muslim).

Imam Nawawi melaporkan, anjuran cuci tangan ini tidak terbatas dikala bangun tidur saja, melainkan kapan juga dikala ragu apakah terdapat najis yang melekat di tangan ataupun tidak. Dikala tidur, terkadang seorang tidak menyadari apa yang disentuhnya, sehingga diajarkan cuci tangan dulu saat sebelum memasukkan tangannya ke dalam kolam ataupun wadah berisi air lebih besar. Begitu pula di masa darurat korona semacam saat ini ini, kita tidak dapat memandang kuman serta virus dengan mata telanjang. Hingga hendaknya kita cuci tangan sesering bisa jadi supaya bebas dari virus, kuman serta kotoran.

#### 2. Menjaga kebersihan mulut

Rasulullah sangat membersihkan mulut, dengan memakai bersiwak, yaitu membersihkan gigi menggunakan batang atau akar pohon yang dilembutkan. Membersihkan mulut amat diwajibkan. Nabi SAW bersabda:

"Sekiranya tidak memberatkan umatku atau manusia, niscaya aku akan perintahkan kepada mereka untuk bersiwak (menggosok gigi) pada setiap kali hendak salat." (HR. Bukhari)

Imam Ibnu Hajar mengutip perkataan Ibnu Daqiq menyatakan, hikmah dianjurkan bersiwak setiap hendak salat adalah menyempurnakan kebersihan diri karena kemuliaan ibadah, karena salat adalah wasilah untuk mendekati diri kepada Allah. Dengan menyikat gigi, seseorang juga menjaga agar orang lain tidak terganggu dengan bau mulutnya. Rasulullah Saw juga bersabda;

"Siwak adalah pembersih mulut dan diridai Allah" (HR. Bukhari)

### 3. Mandi dan bersuci

Cara paling efektif membersihkan badan adalah dengan mandi. Dalam Islam, bahkan ada mandi wajib dan mandi sunah. Mandi wajib dilakukan untuk menghilangkan hadas besar, seperti se usai haid dan junub. Sedangkan mandi sunah dilakukan pada waktu-waktu tertentu, misalnya mandi sunah Jumat. Nabi Saw bersabda;

"Barangsiapa bersuci di rumahnya, kemudian berjalan ke salah satu rumah Allah (masjid) untuk melaksanakan kewajiban yang Allah tetapkan, maka kedua langkahnya, yang satu menghapus kesalahan dan satunya lagi meninggikan derajat." (HR. Muslim)



4. Menjaga kebersihan badan, selain diniatkan untuk kebaikan diri sendiri, juga agar mendapatkan keridaan dan cinta Allah Swt. Sahabat Nabi, Sa'id bin Al Musayyab berkata, bahwa Rasulullah bersabda:

"Sesungguhnya Allah Maha Baik, dan menyukai yang baik, Maha Bersih dan menyukai yang bersih, Maha Pemurah, dan menyukai kemurahan, Maha Mulia dan menyukai kemuliaan, karena itu bersihkanlah diri kalian." (HR.Tirmidzi).

### 2.5.5 Implementasi

Implementasi adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu klien / pasien dari masalah status kesehatan untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Dimana proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien. Implementasi mulai dilakukan setelah intervensi ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Maksud pemberian implementasi yaitu membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan seperti pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Dinarti & Yuli Mulyanti 2017).

SP pada Keluarga :

**Tabel 2.8 SP Pada Keluarga**

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| SP1 Keluarga | 1 | Edukasi ilmu kesehatan tentang masalah perawatan diri pada keluarga/pasien dan cara merawat anggota yang mengalami masalah perawatan diri. |
| SP Keluarga  | 2 | Melatih keluarga tahap merawat anggota keluarga yang sakit   |
| SP Keluarga  | 3 | Menjelaskan rencana perawatan tindak lanjut pada keluarga dan pasien   |

### 2.5.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan cara untuk membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang sudah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien/realistis. Dimana evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari serangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan telah tercapai atau perlu pendekatan lain kopling (Dinarti & Mulyanti, Y. 2017)

Evaluasi kemampuan keluarga :

S : Keadaan subjektif pasien akan tindakan keperawatan.

O : Keadaan objektif pasien akan tindakan keperawatan

A : Pembahasan ulang data subjektif dan objektif dan menyimpulkan masalah tetap atau muncul masalah yang lain.

P : Merencanakan hasil dan pembahasan ulang data.

Dengan evaluasi diharapkan klien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri dapat pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien mampu membuat rencana kegiatan harian, pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki. Sedangkan evaluasi yang diharapkan keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami defisit perawatan diri, yaitu keluarga mampu membantu pasien dalam melakukan aktivitas, dan keluarga memberikan pujian pada pasien terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas (Yusuf, 2015).