

**PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA ORANG DENGAN
GANGGUAN JIWA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF
DI MUNGKID KABUPATEN MAGELANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan



Disusun Oleh :

Erlinda Putri Dewanti

NPM: 15.0601.0108

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI MUNGKID KABUPATEN MAGELANG

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji KTI
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 21 Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Retna Tri Astuti., M.Kep

NIK. 047806007

Pembimbing II



Ns. Sambodo Sriadi Pinilih., M.Kep

NIK. 047606006

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA ORANG DENGAN
GANGGUAN JIWA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF
DI MUNGKID KABUPATEN MAGELANG**

Disusun Oleh:
ERLINDA PUTRI DEWANTI
NPM: 15.0601.0108

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 21 Agustus 2018

Susunan Penguji:

Penguji I:

Ns. Sodik Kamal, S.Kep., M.Sc

NIK. 108006063

Penguji II:

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

NIK. 047806007

Penguji III:

Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep

NIK. 047606006

Magelang, 21 Agustus 2018
Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan,

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah – Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI MUNGKID KABUPATEN MAGELANG”** pada waktu yang ditentukan. Tujuan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis mengalami berbagai kesulitan. Berkat bantuan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka laporan ini dapat terselesaikan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Puguh Widyanto, S.Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan pembimbing pertama yang telah memberikan bantuan dan membimbing dalam menyusun proposal.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep., selaku Pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat bermanfaat dalam menyelesaikan proposal.
5. Semua Dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

6. Orang tua dan Keluarga besar yang tiada henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberikan semangat untuk penulis mendukung dan membantu penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materil maupun spiritual hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberikan dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun bersama kita lalui. Dan semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/I yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi semuanya Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, 21 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB 1_PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah	4
1.3 Pengumpulan Data	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	5
1.5 Penatalaksanaan Karya Tulis Ilmiah	6
BAB 2_TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Keluarga	7
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	9
2.3 Pendidikan Kesehatan	10
2.4 Pathways.....	14
BAB 3 LAPORAN KASUS	15
3.1 Pengkajian	15
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	18
3.3 Intervensi Keperawatan.....	18
3.4 Implementasi Keperawatan	19
3.5 Evaluasi	20
BAB 4 PEMBAHASAN.....	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.3 Intervensi	Error! Bookmark not defined.
4.4 Implementasi	Error! Bookmark not defined.
4.5 Evaluasi	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 PENUTUP	26
5.1 KESIMPULAN	26
5.2 SARAN	27

DAFTAR PUSTAKA	28
LAMPIRAN.....	30

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (UU No. 18 Tahun 2014). Menurut Videbeck (2008) menjelaskan kesehatan jiwa suatu kondisi sehat emosional, psikososial, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan stabilan emosional.

Berdasar data dari 33 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) yang ada diseluruh Indonesia menyebutkan terdapat sekitar 2,5 juta orang gangguan jiwa berat. Fakta menarik mengenai gangguan jiwa di Indonesia berdasar hasil Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat atau dalam istilah medis disebut psikosis/skizofrenia di daerah pedesaan ternyata lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi rumah tangga dengan minimal salah satu anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah mengalami pemasangan mencapai 18,2 %, di daerah perkotaan hanya mencapai 10,7%. Sementara ODGJ di wilayah kabupaten Magelang mencapai 19,7% (Pinilih et al, 2015).

Menurut Undang-Undang Nomor 18 Kesehatan Jiwa (2014), upaya pemerintah dalam mengatasi gangguan jiwa melalui kegiatan seperti promotif, preventif,

kuratif, dan rehabilitas. Upaya promotif merupakan suatu kegiatan atau rangkaian kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat promosi kesehatan jiwa. Upaya preventif merupakan suatu kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan gangguan jiwa. Upaya kuratif merupakan kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Upaya rehabilitatif kesehatan jiwa merupakan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa yang ditunjukkan untuk mencegah dan mengendalikan disabilitas, memulihkan fungsi sosial, memulihkan fungsi okupasional dan mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di rumah sakit. Upaya-upaya tersebut dilaksanakan disemua lingkungan salah satunya lingkungan keluarga.

Menurut Friedman (2010) Salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh penderita gangguan jiwa dalam memotivasi mereka selama perawatan dan pengobatan. Keluarga harus selalu membimbing dan mengarahkannya agar klien gangguan jiwa dapat minum obat dengan benar dan teratur, keluarga perlu menyediakan dana untuk biaya pengobatan klien. Bukan hanya itu saja, keluarga harus memberikan klien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat mengalami suatu masalah, membimbing klien melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien dan memotivasi klien untuk sembuh (Nasir, 2011).

Tindakan keluarga dalam menangani pasien gangguan jiwa ini diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga mengenai gangguan jiwa. Jika pengetahuan yang dimiliki lebih baik, maka penanganan dilakukan secara medis. Keluarga merupakan pendukung utama dalam proses penyembuhan ODGJ untuk mencegah terjadinya kekambuhan (Yudi, 2015). Salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan pada klien ODGJ adalah kurang peran serta keluarga

dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan perawatan pada ODGJ. Salah satu upaya penting dalam penyembuhan dan pencegahan kekambuhan kembali adalah adanya pendidikan kesehatan untuk keluarga yang merawat klien gangguan jiwa.

Dengan pendidikan kesehatan terhadap keluarga diharapkan ada dukungan keluarga terhadap tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Peran keluarga adalah sebagai sistem dalam memberikan pertolongan dan bantuan bagi anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Selain itu, keluarga merupakan sumber pendukung utama bagi klien dengan gangguan jiwa ketika berada di tengah masyarakat (Maldo, Urizar, dan Kavanagh, 2005; Thompson, 2007 dalam Wuryaningsih dkk, 2013).

Pendidikan kesehatan pada keluarga sangat efektif untuk mengurangi kekambuhan pada ODGJ, karena keluarga memiliki beberapa alasan dalam perawatan orang dengan gangguan jiwa, 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 cukup lama (Lestari *et al*, 2014 dalam Halida, 2015).

Salah satu stigma pemerintah untuk menangani diskriminasi terhadap ODGJ yaitu melakukan berbagai upaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan, mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa, meminimalisasi faktor risiko masalah kesehatan jiwa, serta mencegah timbulnya dampak psikososial. Namun, lebih baik dengan pendidikan kesehatan pada keluarga dengan gangguan jiwa.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah yang berjudul “pendidikan kesehatan pada keluarga orang dengan gangguan jiwa dengan masalah keperawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif di Mungkid Kabupaten Magelang”.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan agar mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif menggunakan pendidikan kesehatan terhadap keluarga.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah :

1.2.2.1 Menggambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1.2.2.2 Mengetahui cara dalam menerapkan pendidikan kesehatan terhadap keluarga dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif .

1.2.2.3 Mengetahui keefektifan pendidikan kesehatan dalam penerapannya terhadap klien dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif .

1.3 Pengumpulan Data

Dalam penyusunan laporan ilmiah ini menggunakan metode deskripsi. Metode deskripsi adalah menuliskan keadaan yang sebenarnya pada saat dilaksanakan asuhan keperawatan atau kata lain secara studi kasus di lapangan yang mengembangkan pemecahan masalah melalui pengumpulan data yang dimulai dari pengkajian,diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Hidayat, 2008).

Dalam pengumpulan data meliputi beberapa tahap yaitu :

1.3.1 Observasi

Menurut Sugiyono (2009) observasi adalah teknik pengumpulan data mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain. Observasi tidak

terbatas pada orang, tetapi juga obyek alam yang lain. Dengan observasi ini diharapkan mampu mendapatkan data tentang cara keluarga merawat ODGJ.

1.3.2 Wawancara

Menurut P. Joko Subagyo (2011) wawancara suatu kegiatan dilakukan untuk mendapatkan informasi secara langsung dengan mengungkapkan pertanyaan-pertanyaan pada para responden. Wawancara bermakna berhadapan langsung dengan responden, dan kegiatannya dilakukan secara lisan. Dengan wawancara ini diharapkan mendapatkan informasi data mengenai pengetahuan keluarga dalam merawat ODGJ.

1.3.3 Dokumentasi

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang diperoleh dengan cara membuka, mempelajari dan mengambil data dari dokumen asli. Menelaah dokumentasi kasus yang didapatkan saat studi lapangan dalam periodik praktik klinik semester 6 stase jiwa komunitas.

1.3.4 Demonstrasi

Menurut Daryanto (2009) demonstrasi adalah cara penyajian dengan meragakan atau mempertunjukkan suatu proses situasi baik sebenarnya maupun tiruan yang sering disertai penjelasan lisan. Penulis menggunakan metode lembar balik dan leaflet. Pendampingan setiap hari pada keluarga merawat ODGJ.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Sebagai bahan belajar dalam pengelolaan masalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dengan ODGJ pada stase jiwa komunitas.

1.4.2 Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Sebagai sumber strategi alternatif metode tindakan keperawatan dalam masalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dalam stase jiwa komunitas

1.4.3 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Sebagai data rujukan dalam pembuatan strategi pembelajaran baru tentang masalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dengan ODGJ.

1.4.4 Manfaat bagi Institusi Pelayanan Medis

Sebagai sumber data untuk pengambilan kebijakan untuk pengelolaan masyarakat dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

1.5 Penatalaksanaan Karya Tulis Ilmiah

1.5.1 Perijinan

1.5.2 Seleksi keluarga orang dengan gangguan jiwa

1.5.3 Tahapan Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

b. Diagnosa

c. Intervensi

d. Inovasi

e. Implementasi

f. Evaluasi

1.5.4 Penerapan Prinsip Etik

1.5.4.1 Justice (keadilan)

Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

1.5.4.2 Beneficence (berbuat baik)

Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan.

1.5.4.3 Non-Maleficence (Tidak Merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

1.5.4.4 Veracity (Kejujuran)

Nilai ini bukan hanya dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti.

1.5.4.5 Confidentiality (Kerahasiaan)

Kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Friedman, 2010).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Ali, 2010).

2.1.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones(2014) fungsi keluarga terbagi menjadi lima antara lain :

- a. Fungsi afektif (*The affective function*) adalah fungsi keluarga yang di butuhkan untuk mengajarkan segala sesuatu kepada anggota keluarga yang berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikologi anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi adalah perkembangan dan perubahan yang dilalui individu untuk interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, norma-norma, serta tingkah laku sesuai tingkat perkembangan anak.
- c. Fungsi reproduksi (*The reproduction function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*The economic fungtion*) yaitu fungsi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga dan kemampuan untuk meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The health care function*) yaitu fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga yang merupakan tugas keluarga di bidang kesehatan.

2.1.3 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Friedman (2010) sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas-tugas dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu :

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Tugas keluarga yaitu mengenali penyakit yang diderita oleh anggota keluarga, mengenali tanda dan gejala gangguan jiwa, faktor penyebab dan keluarga mengetahui penanganan gangguan jiwa.

b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan

Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit, mempertahankan keluarga supaya yang sehat tetap sehat, yang gangguan jiwa tetap stabil dan bisa mandiri.

- e. Pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada

Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat seperti bidan desa, kader ataupun mantri untuk bertanya, belajar, didampingi selama perawatan dan dibantu dalam rujukan apabila klien memerlukan rujukan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang digunakan untuk masalah keperawatan manajemen keluarga tidak efektif yaitu pengkajian keluarga. Menurut Friedman (2010) yang difokuskan pada masalah keperawatan yaitu fungsi keluarga yang meliputi :

- a. Fungsi Afektif (kasih sayang, dukungan keluarga, dan sikap menghargai terhadap ODGJ)
- b. Fungsi Sosialisasi (interaksi keluarga dan perilaku terhadap ODGJ)
- c. Fungsi Perawatan Kesehatan (keluarga mengetahui tentang proses penyakit gangguan jiwa dan peran keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit)
- d. Fungsi Ekonomi (kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan ODGJ seperti biaya pengobatan, makan, tempat tinggal dan pakaian)
- e. Fungsi Reproduksi (keluarga menjaga kelangsungan generasi)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasar Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia penulisan diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah tersebut manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang terdapat NIC bahwa dalam pengelolaan keluarga tindakan keperawatan yang dapat dilakukan ada beberapa tahap, adapun tahap-tahap NIC sudah meliputi upaya promotif dan preventif.

- a. Identifikasi bagaimana masalah keluarga menyelesaikan masalah gangguan jiwa. Identifikasi meliputi menggali informasi pada keluarga, menggali pengetahuan keluarga melalui wawancara.
- b. Identifikasi peran dalam keluarga. Mengali informasi kemampuan keluarga dalam perawatan ODGJ di rumah, baik perawatan individu seperti perawatan fisik, mengontrol minum obat dalam keluarga mematuhi tidak.
- c. Berikan pendidikan dan informasi tentang gangguan jiwa. Mamberikan informasi tentang bagaimana mendeteksi, mencegah, meningkatkan kemampuan mandiri dan produktif pada ODGJ yang dilakukan oleh keluarga.
- d. Bantu anggota keluarga untuk merubah bagaimana mereka berhubungan dengan anggota keluarga yang lain. Keluarga melakukan konseling, memberikan dukungan pada keluarga, manajemen beban keluarga dan berbagi peran tanggung jawab dalam pengelolaan ODGJ di rumah.

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada keluarga dengan ODGJ harus dilakukan secara interaksi dalam melakukan tindakan yang akan di implementasikan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan yang dilakukan pada klien, evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

2.3 Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian

Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan. secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoadmojo, 2012).

2.3.2 Tujuan

Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut Green dalam (Notoadmojo, 2012) yaitu :

a. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan penigkatan kesehatan bagi dirinya sendiri maupun ODGJ.

b. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana pada ODGJ.

c. Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi keluarga dengan tujuan agar sikap dan perilaku keluarga baik dalam merawat ODGJ.

2.3.3 Media

Media sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Alat-alat bantu tersebut mempunyai fungsi sebagai berikut (Notoadmojo, 2012) :

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan;
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak;
- c. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman;
- d. Menstimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan –pesan yang diterima oran lain;
- e. Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan;

- f. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/ masyarakat;
- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik; dan
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

Pada kali ini penulis menggunakan power point dan *booklet* untuk pendidikan kesehatan.

a. Power Point

Media penyampaian pesan atau informasi menggunakan program aplikasi presentasi yang merupakan salah satu program aplikasi dibawah microsoft office program komputer. Keunggulannya adalah : praktis, memberikan kemungkinan tatap muka dan mengamati respon dari penerima pesan, memiliki variasi teknik penyajian dengan berbagai kombinasi warna atau animasi, dapat digunakan berulang-ulang (Hujair, 2009).

b. *Booklet*

Media cetak yang berbentuk buku kecil. Terutama digunakan untuk topik dimana terdapat minat yang cukup tinggi terhadap suatu kelompok sasaran. Ciri lain dari *booklet* adalah : berisi informasi pokok tentang hal yang dipelajari, ekonomis dalam arti waktu dalam memperoleh informasi, memungkinkan seseorang mendapat informasi dengan caranya sendiri (Notoadmojo, 2012).

Penulis menggunakan media power point dan *booklet* karena praktis, menarik, efisien, mudah dibuat, keluarga dapat membaca kembali yang disampaikan, dapat memberikan informasi secara detail.

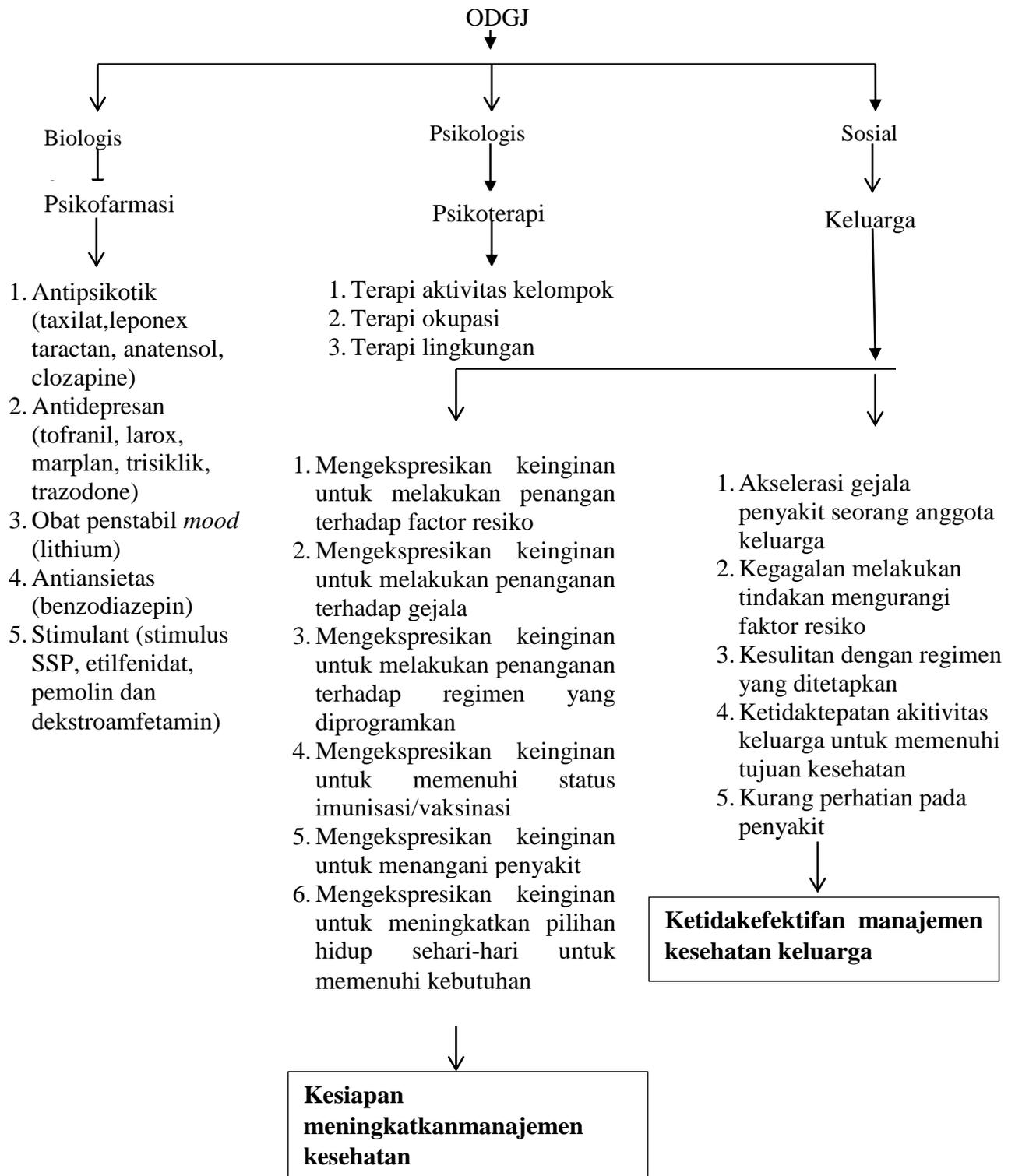
2.3.4 Pelaksanaan

1. Tahap pertama pendekatan dan pengkajian pada keluarga ODGJ, melakukan kunjungan kerumah keluarga ODGJ.
2. Tahap kedua melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga ODGJ.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada keluarga ODGJ sebagai berikut :

- a. Topik : Peran keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa
- b. Sasaran : Keluarga klien gangguan jiwa
- c. Tempat pelaksanaan : Rumah klien gangguan jiwa
- d. Waktu : 30 Menit
- e. Metode : Ceramah dan tanya jawab
- f. Media : Power point dan *booklet*
- g. Penyaji : Perawat
- h. Langkah – langkah :
 - 1. Orientasi
 - a) Mengucapkan salam
 - b) Memperkenalkan diri
 - c) Kontrak waktu
 - d) Menjelaskan tujuan
 - 2. Fase kerja
 - a) Memberikan kuesioner pada keluarga klien
 - b) Apersepsi
 - c) Menjelaskan materi
 - d) Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya
 - e) Memberikan kuesioner
 - 3. Terminasi
 - a) Evaluasi pengetahuan keluarga
 - b) Menyampaikan rencana tindak lanjut
 - c) Berpamitan
- 3. Tahap ketiga melakukan evaluasi, pendampingan setiap hari merawat klien ODGJ.

2.4 Pathways



Sumber :Kusumawati, 2010

BAB 3

LAPORAN KASUS

Penulis akan menguraikan tentang pengelolaan asuhan keperawatan Tn. U yang memiliki keluarga dengan orang gangguan jiwa yang dilakukan di Dusun Butuh, Desa Senden, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang. Pada proses keperawatan melalui 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan baik pada individu yang ganggun jiwa dan keluarga atau *caregiver* yang merawat gangguan jiwa.

3.1 Pengkajian

Pengkajian penulis dilakukan pada tanggal 22 juli 2018 dengan metode wawancara, dari pengkajian yang dilakukan didapatkan data Sdr. H umur 29 tahun, alamat di Dusun Butuh, Desa Senden Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang, beragama Islam, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir lulus SMK, bekerja sebagai buruh. Sdr. H tinggal bersama kakaknya yang bernama Tn. U umur 37 tahun pendidikan terakhir SMA bekerja sebagai buruh, Ny. S umur 43 tahun pendidikan terakhir SMA bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan Tn. H suami Ny. S umur 45 tahun alamat di Dusun Butuh, Desa Senden, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang.

Pada pengkajian individu didapatkan data bahwa Sdr. H mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2010. Klien mengalami gangguan jiwa semenjak klien sering mencari ilmu kekebalan tubuh bersama dengan temannya. Perilaku yang muncul pertama kali klien sering marah-marah, mengamuk dan merusak disekitar lingkungannya. Sebelumnya klien tidak pernah marah-marah, klien cenderung pendiam tidak pernah bercerita dengan keluarga. Selama sakit klien pernah dibawa berobat ke puskesmas akan tetapi klien tidak patuh terhadap pengobatan yang mengakibatkan klien berhenti pengobatan dan perawatan di puskesmas.

Kondisi klien sekarang setiap bertemu orang baru klien cenderung diam. Saat di berikan pertanyaan klien mampu menjawab. Keluarga mengatakan saat kambuh klien sering marah-marah, saat marah klien cenderung mengamuk dan merusak bangunan rumah sampai peralatan rumah tangga sendiri. Klien sering keluar masuk RSJ Prof.Dr. Soerojo selama 20 kali sejak tahun 2010. Klien pernah di pasung pada tahun 2016 selama 9 bulan, kemudian di jemput oleh pihak RSJ Prof.Dr. Soerojo pada tahun 2017.

Pada pengkajian keluarga didapatkan data bahwa yang merawat klien adalah kakaknya Tn. U dan Ny. S, karena kedua orang tua klien sudah meninggal. Tipe keluarga merupakan type *extended family* yang terdiri dari kakak, adik, kakak ipar, dan keponakan. Tn. U merupakan suku jawa bangsa Indonesia. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari Tn. U bekerja sebagai buruh. Tn. U mengatakan tidak pernah meluangkan waktu untuk berekreasi dengan keluarga.

Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga dengan anak dewasa. Tahap perkembangan yang belum terpenuhi adalah tahap keluarga melepas anak dewasa muda. Riwayat kesehatan keluarga inti dalam tiga bulan terakhir tidak ada anggota keluarga yang masuk atau dirawat di Rumah Sakit, Sdr. H masih rutin ke puskesmas untuk mengambil obat. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya dalam keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Karakteristik rumah luas rumah 9x13m², tipe rumah permanen, status rumah milik sendiri, lantai rumah ubin, terdapat ventilasi dan pencahayaan yang cukup. Keluarga selalu menjalin kerukunan dengan keluarganya. Mobilitas geografis keluarga Tn. U bertempat tinggal secara menetap di Dusun Butuh, Desa Senden, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang. Perkumpulan keluarga dan interaksi masyarakat saat keluarga berkumpul Sdr. H tidak mau ikut berkumpul bersama dengan keluarga, keluarga Tn. U baik saat berinteraksi dengan masyarakat. Sistem pendukung keluarga masyarakat akan membantu jika ada warga yang membutuhkan pertolongan.

Pola komunikasi keluarga bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, komunikasi keluarga dengan Sdr. H kurang baik. Tn. U selalu berpesan kepada adiknya agar selalu rajin bekerja. Struktur peran keluarga anggota keluarga berperan sebagai masyarakat, Tn. U sebagai kepala keluarga, Sdr. H sebagai anak dan adik. Nilai dan norma keluarga beranggapan bahwa klien dirasuki makhluk gaib yang menyebabkan sering marah.

Fungsi keluarga, fungsi afektif keluarga mengatakan Sdr. H kurang mendapatkan kasih sayang dari keluarga, keluarga mengatakan tidak mengingatkan klien minum obat karena obat dibawa sendiri oleh Sdr. H. Fungsi sosial keluarga mengatakan Sdr. H jarang berinteraksi dengan keluarga, keluarga mengatakan cenderung diam dengan Sdr. H. Fungsi perawatan kesehatan keluarga mengatakan keluarga belum mengetahui cara perawatan ODGJ, keluarga mengatakan Sdr. H pernah dipasung selama 9 bulan, keluarga mengatakan tidak menegtahui tentang penyakit Sdr. H, keluarga tampak menanyakan penyakit Sdr. H. Fungsi reproduksi Sdr. H sebagai anak ke 8 dari 9 bersaudara. Fungsi ekonomi pendapatan keluarga hanya cukup untuk memenuhi kehidupan sehari-hari, keluarga mengatakan jika obat dipuskesmas habis tidak ada yang mengantar Sdr. H kontrol ke RSJ.

Stres dan koping keluarga, stresor jangka panjang dan pendek keluarga khawatir jika Sdr. H kambuh lagi. Kemampuan keluarga berespon terhadap stresor keluarga cenderung diam. Strategi koping yang digunakan pengambilan keputusan dilakukan oleh Tn. U sebagai kepala keluarga. Keluarga mengatakan walaupun sudah lama merawat klien namun tetap ada beban psikologis dan sering memikirkan keadaan klien. Keluarga juga ada beban keuangan dalam merawat klien. Keluarga berharap Sdr. H tidak kambuh lagi dan semua keluarga sehat.

Keluarga mengatakan klien sering kambuh marah-marah jika lupa minum obat, klien beranggapan bahwa dirinya sudah sembuh sehingga tidak mau minum obat. Keluarga belum mengetahui tentang gangguan jiwa dan perawatannya. Keluarga mengatakan belum mengetahui manajemen kesehatan keluarga dan manajemen stress yang ada dalam kelua

3.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data penulis dapat menegakan diagnosa keperawatan untuk klien yang mengalami gangguan jiwa yaitu perilaku kekerasan, diagnosa keperawatan tersebut didukung dengan data subyektif keluarga mengatakan saat kambuh klien sering marah-marah, mengamuk dan merusak bangunan rumah sampai peralatan rumah tangga sendiri. Data Objektif klien tampak tegang, gelisah, dan nada bicara tinggi. Untuk keluarga penulis menegakan diagnosa keperawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, dengan data subjektif keluarga mengatakan ada beban psikologis dan beban keuangan dalam merawat klien, keluarga mengatakan klien pernah dipasung, keluarag mengatakan klien cenderung diam dengan keluarga, keluarga mengatakan belum mengerti tentang manajemen kesehatan keluarga. Data objektif raut wajah keluaraga tampak sedih, tatapan mata Tn U tampak tidak fokus.

3.3 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang penulis lakukan yaitu terapi keluarga. Terapi yang diberikan pada keluarga yaitu dengan memeberika SP 1 yaitu mengkaji penyebab dan faktor yang mempengaruhi masalah keluarga seperti pengetahuan tentang penyakit keluarga yang sakit. Mengkaji kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Tindakan yang diberikan selanjutnya SP 2 yaitu membantu menyelesaikan masalah keluarga. Terapi yang diberikan kepada keluarga berupa pendidikan kesehatan mengenai manajemen kesehatan keluarga dengan ODGJ, manajemen stress, dan cara merawat ODGJ dirumah. Manajemen kesehatan keluarga dengan ODGJ yang meliputi peran keluarga, permasalahan dalam manajemen kesehatan keluarga, cara mengatasi permasalahan dalam manajemen kesehatan keluarga. Manajemen stress keluaraga meliputi arti manajemen stress, fungsi manajemen stress, dan cara manajemen stress. Cara perawatan ODGJ meliputi arti ODGJ, tanda gejala ODGJ, dan bagaimana cara merawat ODGJ.

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 22 Juli 2018, penulis melakukan bina hubungan saling percaya dengan keluarga, mengkaji keluarga ODGJ, mengkaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat ODGJ dirumah, mengkaji pengetahuan keluarga tentang manajemen kesehatan keluarga. Penulis melakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya memberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen kesehatan keluarga ODGJ.

Implementasi kedua dilaksanakan pada tanggal 24 Juli 2018, penulis melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang manajemen kesehatan keluarga ODGJ. Manajemen kesehatan pada keluarga ODGJ, yang membahas tentang manajemen kesehatan meliputi perencanaan, mengelola atau merawat, pengarahan, pengawasan, koordinasi. Peran keluarga meliputi mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan, pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada. Permasalahan yang timbul dalam manajemen kesehatan keluarga meliputi kurangnya sumber pengetahuan, beban fisik, beban sosial, beban psikologis, dan beban keuangan. Cara mengatasi meliputi bagi tugas dengan anggota keluarga lain, manajemen stress, meningkatkan pengetahuan, sikap menerima dan bersabar.

Implementasi ketiga dilaksanakan pada tanggal 27 Juli 2018, penulis melakukan penyuluhan tentang manajemen stress, membahas arti manajemen stress. Fungsi manajemen stress meliputi mengatur diri, berpikir rasional, menenangkan diri, meningkatkan produktifitas, pematangan diri. Cara mengatasi manajemen stress meliputi relaksasi, bercerita dengan keluarga / orang yang dipercaya, istirahat, jaga kesehatan rohani.

Implementasi keempat dilaksanakan pada tanggal 30 Juli 2018, penulis melakukan penyuluhan tentang cara perawatan ODGJ dirumah, membahas arti ODGJ. Tanda dan gejala ODGJ meliputi alam perasaan (affect) tumpul dan mendatar, menarik diri atau mengasingkan diri, halusinasi, merasa depresi, sedih,

atau stres, memiliki emosi dan perasaan berubah-ubah, biacaranya kacau, terjadi perubahan pola makan dan pola tidur. Bagaimana cara merawat ODGJ meliputi bantu klien berpakaian serta menjaga kebersihan diri dengan optimal, perhatikan kebutuhan nutrisi dan istirahat penderita, libatkan klien dalam kegiatan sehari-hari seperti melakukan pekerjaan rumah (ringan), jaga agar setiap hari klien bisa menikmati suatu kegiatan seperti (nonton televisi, bermain, berkebun, musik, kerajinan atau aktivitas lain), berikan dorongan moril kepada penderita dengan tidak mengucilkan, menghargai karya dan pendapatnya, ingatkan minum obat secara teratur.

Pertemuan kelima pada tanggal 31 Juli 2018, penulis melakukan evaluasi tentang manajemen kesehatan keluarga, mempraktekan cara mengurangi manajemen stres pada keluarga, mengevaluasi kembali bagaimana cara perawatan keluarga ODGJ dirumah, memberikan *reinforcement* positif kepada keluarga. Pendidikan kesehatan meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai manajemen kesehatan keluarga ODGJ dan cara perawatan ODGJ dirumah.

3.5 Evaluasi

Tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil atau tidak dengan cara mengetahui perkembangan pada keluarga dan apakah masalah sudah teratasi atau belum, maka perlu dilakukan evaluasi. Pertemuan pertama pelaksanaan pada tanggal 22 Juli 2018, didapatkan data Subjektif : Tn U mengatakan belum mengetahui penyakit Sdr. H, Tn U mengatakan Sdr. H pernah dipasung pada tahun 2016, keluarga mengatakan ada beban psikologis dan beban keuangan dalam merawat Sdr. H, Keluarga mengatakan Sdr. H cenderung diam dengan keluarga, Keluarga menginginkan penyakit Sdr. H tidak kambuh lagi, Keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang manajemen kesehatan. Data Objektif : raut wajah Tn. U tampak sedih, tatapan mata tampak tidak fokus. Analisa : manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Perencanaan : untuk keluarga berikan pendidikan kesehatan tentang manajemen kesehatan keluarga.

Pertemuan kedua pelaksanaan pada tanggal 24 Juli 2018, didapatkan data Subjektif : keluarga mengatakan paham tentang manajemen kesehatan keluarga. Data objektif : keluarga tampak paham, keluarga tampak kooperatif. Analisa : manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Perencanaan : berikan pendidikan kesehatan tentang manajemen stres pada keluarga.

Pertemuan ketiga pelaksanaan pada tanggal 27 Juli 2018, didapatkan data Subjektif : keluarga mengatakan mengerti tentang manajemen stres. Data objektif : keluarga tampak paham tentang manajemen stres, keluarga tampak mempraktekkan yang diajarkan. Analisa : manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Perencanaan : berikan pendidikan kesehatan tentang cara merawat ODGJ dirumah.

Pertemuan keempat pelaksanaan pada tanggal 30 Juli 2018, didapatkan data Subjektif : Keluarga mengatakan paham tentang cara merawat ODGJ dirumah. Data objektif : keluarga tampak paham tentang cara perawatan ODGJ dirumah, keluarga tampak kooperatif. Analisa : manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Perencanaan : evaluasi mengenai manajemen kesehatan keluarga, manajemen kesehatan keluarga, cara perawatan ODGJ dirumah.

Pertemuan kelima pelaksanaan pada tanggal 31 Juli 2018, didapatkan data subjektif : keluarga mengatakan masih ingat apa yang telah disampaikan. Data objektif : keluarga tampak mengulangi apa yang telah disampaikan. Analisa : manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Perencanaan : pantau keadaan keluarga ODGJ.

BAB 5

PENUTUP

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada keluarga ODGJ yang telah penulis lakukan. Maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada keluarga ODGJ yang telah penulis lakukan. Maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

5.1.1 Pengkajian

Setelah penulis melakukan pengkajian pada keluarga Tn U di Dusun Butuh, Desa Senden, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang, berdasarkan teori dan konsepnya dapat disimpulkan keluarga mengalami manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, yang didapat dari hasil observasi dan wawancara.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan menurut SDKI 2016 adalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.

5.1.3 Intervensi

Terapi yang diberikan tidak hanya pada individu tetapi pada keluarga pada setting jiwa komunitas. Pada terapi individu yang paling tepat adalah mendapatkan pengobatan. Pada keluarga diberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga dan pengetahuan keluarga merawat ODGJ dirumah.

5.1.4 Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah disusun pada keluarga ODGJ. Penulis melakukan implementasi selama 5 kali pertemuan, pendidikan kesehatan pada keluarga ODGJ efektif untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga dan pengetahuan keluarga merawat ODGJ dirumah.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang penulis dapatkan adalah pendidikan kesehatan meningkatkan manajemen kesehatan keluarga dan pengetahuan keluarga merawat ODGJ dirumah.

5.2 SARAN

5.2.1 Bagi profesi Keperawatan

Perawat mampu meningkatkan kemampuan pendidikan kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga.

5.2.2 Bagi Institusi Pelayanan

Institusi pelayanan mampu menggunakan pendidikan kesehatan pada keluarga ODGJ sehingga mampu mengoptimalkan kerjasamadalam pemberian perawatan dan pengobatan pada pasien gangguan jiwa di setting keluarga.

5.2.3 Bagi Penulis

Mampu menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga ODGJ dengan pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- A.H Hujair Sanaky. 2009. *Media Pembelajaran*, Yogyakarta: Safiria Insania Press
- Daryanto. 2009. *Demonstrasi Sebagai Metode Belajar*. Jakarta. Depdikbud
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Ed. 5. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga* (Riset, teori, dan praktik) Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Halida, N. (2015). *Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung Di kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, 2008, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusumawati, Farida dan Yudi Hartono. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasir, Abdul dan, Muhith. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- P.Joko Subagyo. 2011. *Metodologi Penelitian Dalam Teori Dan Praktek*. Jakarta: Aneka Cipta.
- Pinilih, S. S., Astuti, R. T., & Amin, M. K. (2015). *Manajemen Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas melalui Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang*. *The 2 Nd University Research Coloquium 2015*, 585–590.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2013.
- Stuart, Gail Wiscarz. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapura: ELSEVIER.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tim pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:EGC.
- Wuryaningsih dkk. (2013). *Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku Kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi di RSJ*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. VOL.1.NO.2.

