**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

**1.1 LATAR BELAKANG**

Gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis secara klinis terjadi pada seorang dan dikaitkan dengan adanya distress, disability atau disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan dan kehilangan kebebasan (Videbeck, 2008: 4). Menurut WHO, jumlah penderita gangguan jiwa akan terus meningkat hingga mencapai 450 juta orang di seluruh dunia pada tahun 2013. Data jumlah gangguan jiwa dinyatakan dari hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 tentang prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia didapatkan prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil, dengan prevalensi psikosis tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7 per mil), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat 0,7 per mil, sedangkan Jawa Timur adalah 2,2 per mil berada pada urutan keempat. Menyimak data tersebut, dapat diketahui bahwa Jawa Timur menduduki ranking yang tinggi untuk masalah gangguan jiwa di Indonesia.

Tingginya angka pemasungan di Jawa Timur disebabkan beberapa hal antaranya, faktor budaya di masyarakat yang menganggap penderita gangguan jiwa sebagai aib keluarga, faktor ekonomi, dan ketidakmampuan keluarga memberikan pengobatan. Pemasungan banyak terjadi di daerah pedesaan kategori miskin seperti Ponorogo, Trenggalek, Magetan, Pacitan, Nganjuk, hingga Bojonegoro (<http://bappeda.jatimprov.go.id.2014>). Pemasungan pada umumnya terjadi karena ketidak mampuan keluarga dalam mengatasi berulangnya atau kekambuhan gangguan jiwa, disamping itu keluarga juga malu dengan lingkungan atau masyarakat disekitarnya. Kondisi inilah yang justru akan menambah parahnya kondisi klien gangguan jiwa. Data dari Puskesmas Bantur Kabupaten Malang per Januari 2018 diketahui bahwa di Kecamatan Bantur terdiri dari 5 desa, dengan jumlah penduduk 34.438 orang, Orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) ada 51 orang dan Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) 122 orang. Dari data ODGJ yang ada tersebut terdapat 18 orang post pasung. Angka pasung untuk klien gangguan jiwa ini cukup tinggi namun di Bantur ini telah dilaksanakan program yang bagus untuk pembebasan pasung dan pengelolaan klien post pasung.

Klien yang telah dibebaskan dari pemasungan tentunya akan mengalami aktifitas yang sangat berbeda dengan pada saat dia di pasung. Setelah belenggu di fisiknya telah dilepaskan maka klien akan bebas bergerak dan bisa melakukan aktifitas fisik secara leluasa. Lingkungan pergaulannya juga semakin meluas. Tentu saja hal ini memerlukan penanganan yang komprehensif agar klien mampu bersosialisasi dengan baik. Penerimaan keluarga dan masyarakat sekitarnya juga perlu dipersiapkan dengan seksama. Kondisi yang kondusif antara keluarga dan masyarakat ini diharapkan mampu menunjang kesehatan jiwa klien.

Keluarga merupakan suatu konteks dimana individu memulai suatu hubungan interpersonal, keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku pasien serta keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa dimiliki, dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan jiwa pada satu anggota keluarga akan mengganggu semua sistem atau keadaan keluarga (Abdul Nasir, 2011: 286). Tidak selalu semua anggota keluarga mampu menyesuaikan diri dengan baik terhadap setiap permasalahan yang terjadi dalam keluarga, akibatnya adalah terjadi masalah kesehatan jiwa. Dalam pelaksanaan perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa tidak dapat terlepas dari keluarga karena dukungan yang baik dari keluarga seperti dukungan informasi, motivasi, instrumental bisa meningkatkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional pasien yang juga akan berpengaruh pada kemandirian ADL (*Activity Daily Living*) dan kemampuan pasien dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain di sekitarnya.

Dalam perawatan pasien gangguan jiwa sangat dibutuhkan peran serta dari seluruh pihak. Keterlibatan keluarga dan masyarakat di sekitarnya dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi klien sangat diperlukan. Terapi lingkungan atau milleu terapi merupakan salah satu modalitas terapi keperawatan jiwa yang sangat bermanfaat untuk menciptakan lingkungan yang kondusif tersebut. Bukan saja lingkungan fisik namun juga lingkungan sosial berupa peran serta keluarga dan masyarakat di sekitarnya menjadi unsur utama pada terapi ini.

Penataan lingkungan berupa sarana dan prasarana sesuai tumbuh kembang klien, pemilihan warna dan dekorasi merupakan lingkungan fisik yang menjadi bagian dari milleu terapi. Orang-orang disekitarnya, yaitu keluarga, kerabat dan masyarakat sekitar adalah bagian dari lingkungan sosial yang juga menjadi bagian dari milleu terapi perlu diaktifkan untuk bekerjasama dalam menunjang kesehatan jiwa klien. Dikatakan bahwa keluarga merupakan kunci utama untuk perkembangan dan kemajuan pasien (Ratchaneekorn Kertchok,dkk. 2011: 39). Friedman 2010 dalam Nuraenah (2012: 46) menyatakan bahwa keluarga berkewajiban memberi pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi pasien karena gangguan jiwa memerlukan terapi yang cukup lama, sehingga pengertian dan kerjasama keluarga sangat penting artinya dalam pengobatan.

Berdasarkan masalah diatas maka perlu untuk dilakukan penelitian tentang “Pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial, kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah”.

**1.2 RUMUSAN MASALAH PENELITIAN**

1. Bagaimanakah kearifan local masyarakat setempat untuk diaplikasikan dalam milleu terapi pada klien gangguan jiwa post pasung?
2. Adakah pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah?
3. Adakah pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah?
4. Adakah pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah?

**1.3 TUJUAN**

1. Mengidentifikasi kearifan local masyarakat setempat untuk diaplikasikan dalam milleu terapi pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah
2. Menganalisis pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah
3. Menganalisis pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah
4. Menganalisis pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah

**1.4 MANFAAT**

1. Teoritis

Sebagai sumbangsih dalam memperkaya *body of knowlegde* dari keilmuan keperawatan jiwa khususnya untuk aspek modalitas keperawatan jiwa.

1. Praktis

Sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan komunitas bagi klien gangguan jiwa terutama yang telah dilakukan pembebasan pasung dan tinggal bersama keluarga di lingkungan masyarakat umum.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Gangguan Jiwa**
		1. **Definisi Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa adalah menifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga diketemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan. Menurut (Undang-undang No. 3 tahun 1966) gangguan jiwa adalah keadaan adanya gangguan pada fungsi kejiwaan, yang meliputi; proses berfikir, emosi, kemauan dan perilaku psikomotorik termasuk bicara (Abdul Nasir, 2011: 8)

Gangguan mental atau penyakit mental adalah pola psikologis atau perilaku yang pada umumnya terkait dengan stress atau kelainan mental yang tidak dianggap sebagai bagian dari perkembangan normal manusia. Gangguan tersebut didefinisikan sebagai kombinasi afektif, perilaku, komponen kognitif atau persepsi, yang berhubungan dengan fungsi tertentu pada daerah otak atau sistem saraf yang menjalankan fungsi sosial manusia.

* + 1. **Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa**

Menurut (Yudi dan Farida, 2012: 36), tanda dan gelaja gangguan jiwa sebagai berikut:

1. Gangguan Kognisi

 Kognisi adalah suatu proses mental dimana seseorang menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal). Proses kognisi tersebut yaitu:

1. Gangguan sensasi

 Seseorang yang mengalami gangguan kesadaran akan suatu rangsangan.

1. Hiperestasia: terjadi peningkatan abnormal dari kepekaan dalam proses penginderaan.
2. Anastesia: keadaan yang sama sekali tidak dapat merasakan sama sekali baik perasaan maupun penginderaan.
3. Parestesia: keadaan dimana terjadi perubahan pada perasaan yang normal misalnya kesemutan.
4. Sinestesia: keadaan dimana rangsang yang sesuai dengan alat indera tertentu, ditanggapi oleh indera yang lain.
5. Hiperosmia: suatu keadaan dimana terjadi peningkatan kepekaan berlebih pada indera penciuman.
6. Anosmia: keadaan dimana terjadi kegagalan penciuman sebagian maupun menyeluruh.
7. Hiperkinestesia: keadaan terjadi peningkatan kepekaan yang berlebihan pada gerakan tubuh dan sebaliknya pada hipokinestesia.
8. Gangguan Persepsi

 Kesadaran akan suatu ransang yang dimengerti atau sensasi yang didapat dari proses interaksi dan asosiasi rangsang yang masuk. Yang termasuk dalam persepsi adalah sebagai berikut:

1. Ilusi ialah suatu persepsi yang salah/palsu atau interpretasi yang salah terhadap suatu benda.
2. Halusinasi yaitu seseorang yang persepsikan sesuatu dan kenyataannya sesuatu tersebut tidak ada atau tidak terwujud yang dibagi atas halusinasi penciuman, penglihatan, pendengaran, raba, kinetik dan sintetik.
3. Dipersonalisasi adalah perasaan aneh pada diri sendiri bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya dan tidak sesuai dengan kenyataan.
4. Derelealisasi adalah perasaan aneh tentang lingkungan yang tidak sesuai dengan kenyataan.
5. Gangguan Perhatian

Perhatian adalah suatu proses kognitif yaitu pemusatan atau konsentrasi.

 Beberapa bentuk gangguan perhatian yaitu:

1. Distrakbiliti adalah perhatian yang mudah dialihkan oleh rangsang yang tidak berarti.
2. Aproseksia adalah suatu keadaan dimana terdapat ketidaksanggupan untuk memperhatikan secara tekun terhadap situasi/keadaan tanpa memandang pentingnya suatu masalah.
3. Hiperproseksia adalah keadaan dimana terjadi pemusatan/konsentrasi perhatian yang berlebih sehingga mempersempit persepsi yang ada.
4. Gangguan Ingatan

 Ingatan adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan serta memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Proses ingatan terdiri atas tiga unsur yaitu pencatatan (*registration*), penyimpanan (*preservation*) dan pemanggilan data (*recalling*). Beberapa bentuk gangguan ingatan, yaitu:

1. Amnesia

 Ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang ada dapat bersifat sebagian atau total retrograd/antegrad dan dapat timbul karena faktor organik (kerusakan pada unsur penyimpanan dan pencatatan) dan psikogenik (kerusakan pada pemanggilan).

1. Hipernemsia

 Suatu keadaan pemanggilan kembali yang berlebihan sehingga seseorang dapat menggambarkan kejadian-kejadian yang lalu dengan sangat teliti sampai pada hal-hal yang kecil. Sering terjadi pada orang yang mengalami keadaan mania, paranoia dan katatonik.

1. Paramnesia (pemalsuan/penyimpangan ingatan), beberapa bentuk dari penyimpangan paramnesia yaitu;
2. Konfabulasi yaitu keadaan diamana seseorang mengisi lubang-lubang ingatan dengan cerita yang tidak sesuai dengan kenyataan.
3. Pemalsuan retrospeksi atau disebut dengan ilusi ingatan yang dibentuk sebagai jawaban kebutuhan efektif, dimana penderita akan memberikan kesimpulan yang salah terhadap suatu kejadian dengan menambahkan hal-hal kecil yang dibuatnya sendiri.
4. Dejavu (ilusi ingatan) suatu perasaan seakan-akan pernah melihat sesuatu yang sebenarnya belum pernah melihat.
5. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental dimana perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain yang sebelumnya berkaitan dengannya. Beberapa bentuk gangguan asosiasi yaitu retardasi, kemiskinan ide, perseverasi, flight of ideas, inkoherensi, blocking, dan aphasia.

1. Gangguan pertimbangan

Pertimbangan adalah proses mental yang membandingkan/ menilai beberapa pilihan dalam suatau kerja atau tindakan dengan memberikan nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari tindakan tersebut. Dalam penilaian ini yang harus diperhatikan adalah kebenaran dalam melakukan tindakan yang baik, benar dan sesuai dengan kepentingan. Masalah pertimbangan ini dibahas dalam gangguan proses berfikir/isi fikir seperti waham.

1. Gangguan pikiran

Pikiran adalah meletakan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang. Gangguan yang sering terjadi: bentuk (tidak logis, tidak relevan, bertele-tele, blocking, tidak nyambung, inkoherensi), isi (hipokondrik, ide dan dorongan bunuh diri, waham, pikiran tidak memadai, anti sosial), mimpi (*night terror, nightmares*) dan fantasi.

1. Gangguan kesadaran

 Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui panca indera dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya. Bentuk gangguan kesadaran yaitu:

1. Kesadaran kuantitatif

 Kesadaran menerun yaitu kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran yang berkurang secara keseluruhan seperti apatis (mengantuk), Somnolen (seperti mengantuk tetapi mampu bereaksi bila dirangsang), supor (hanya bereaksi dengan rangsangan yang sangat kuat, ingatan, dan orientasi serta pertimbangan yang sudah hilang), subkoma dan koma. Kesadaran meninggi yaitu keadaan reaksi yang meningkat terhadap suatu rangsangan yang disebabkan zat toksik yang merangsang otak atau faktor psikologis.

1. Kesadaran kualitas

 Stupor, karena faktor psikogen didapatkan pada keadaan katatonia, depresi, epilepsy, ketakutan, dan reaksi disosiasi. *Twilight state* (kehilangan ingatan atas dasar psikologis), *fuge* (penurunan kesadaran dengan keadaan stress berat tetapi masih bisa mempertahankan kebiasaan dan keterampilan), *Confusion*/bingung dan t*ranco/trans* keadaan kesadaran tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungan biasanya dimulai secra mendadak yaitu roman muka yang tampak seperti bengong, kehilangan akal atau melamun.

1. Gangguan kemauan

 Kemauan adalah proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan lalu diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan. Bentuk gangguan kemauan/dorongan tidak ada/lemah/tinggi, minat tidak ada, inisiatif tidak ada, ambisi tidak ada/tidak realistik, motivasi tidak ada, aktifitas sehari-hari perlu disuruh/perlu dibantu/tidak mau, fungsi pekerjaan dan sosial berkurang/berlebihan,penggunaan waktu luang dan hobi berkurang/berlebihan.

1. Gangguan emosi dan afek
2. Suasana perasaan

Eutimik, grief, mourning, depresi, kecewa, bersalah, jenuh, cemas, takut, curiga, alextimia, anhedonia, kosong, kagum, gembira/eforia, iritabel/terhina/marah, berfluktuasi.

1. Ekspresi

Terhambat/tumpul/datar/labil, kesulitanmemulai/mempertahankan/ mengakhiri respons emosional, keserasian afek dengan isi pikiran yang dapat atau tidak dirabarasakan.

1. Gangguan wicara dan bahasa
2. Wicara: cepat, lambat, keras, berbisik, bergumam, terdesak, bimbang, monoton, berapi-api, berlagu, ekolalia, palilalia, mutisme.
3. Bahasa: kecepatan reaksi kurang, perbendaharaan kata kurang, kemampuan baca dan komprehensif kurang.
4. Penampilan fisik; postur tubuh: endomorfik (piknis), mesomorfik (atletis), ektomorfik (leptosom). Roman muka: lebih tua/lebih muda. Dandanan: nyentrik/berlebihan. Pakaian: lusuh. Perawatan diri: rambut, kuku kurang bersih terawat dan berbau tidak sedap. Kondisi kulit: bertato, kotor. Penampilan jender: kewanita-wanitaan/kelaki-lakian. Kebugaran: sakit.
5. Gangguan psikomotor
6. Kelambanan: hipokinesia, hipoaktivitas, gerakan atau aktivitas berkurang, katatonik, katalepsi, fleksibilitas serea.
7. Peningkatan: hiperkinesis, hiperaktivitas, gerakan atau aktivitas yang berlebihan, gaduh-gelisah katatonik, tik, bersikap aneh, grimas, stereotipi, pelagakan, ekhopraxia, ekholalia, automatisme perintah, automatisme, negativisme, katapleksia, verbigerasi, kompulsi, dan gangguan somatomotorik pada reaksi konversi dapat berupa kelumpuhan dan kejang/ataxia.

 Menurut Videbeck 2008 dalam Abdul Nasir, (2011: 9) kriteria umum gangguan jiwa adalah:

1. Ketidakpuasan dengan karakteristik, kemampuan dan prestasi diri.
2. Hubungan yang tidak efektif atau tidak memuaskan
3. Tidak puas hidup di dunia
4. Koping yang tidak efektif terhadap peristiwa
5. Tidak terjadi pertumbuhan kepribadian dan terdapat perilaku yang tidak diharapkan.

**2.1.3 Etiologi Gangguan Jiwa**

 Berdasarkan model konseptual keperawatan, maka dapat dikelompokkan ke dalam enam model (Abdul Nasir, 2011: 41) yaitu:

1. Psikoanalitis (Freud, Erickson)

Gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila ego (akal) tidak berfungsi dalam mengontrol id (kehendak, nafsu atau insting). Ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akalnya (ego) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma dan agama (super-ego/ *das uber ich*) akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*deviation of behavioral).* Faktor penyebab lain gangguan jiwa dalam teori ini adalah adanya konflik intrapsikis terutama pada masa kanak-kanak, contohnya: ketidakpuasan pada masa oral, dimana anak tidak mendapat air susu secara sempurna, tidak adanya stimulus untuk belajar berkata-kata, dilarang dengan kekerasan untuk memasukan benda pada mulutnya pada fase oral dan sebagainya. Hal ini akan menyebabkan trauma yang membekas pada masa dewasa.

1. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

Menurut konsep ini, kelainan jiwa seseorang biasa muncul akibat adanya ancaman, ancaman tersebut menimbulkan kecemasan (ansietas). Ansietas timbul dan dialami seseorang akibat adanya konflik saat berhubungan dengan orang lain (interpersonal). Perasaan takut seseorang didasari adanya ketakutan ditolak atau tidak diterima oleh orang sekitarnya.

1. Sosial (Caplan, Szasz)

Seseorang akan mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku apabila banyaknya faktor sosial dan lingkungan yang akan memicu munculnya stress pada seseorang, dimana akan menimbulkan kecemasan dan gejala (*social and environmental factor create stress, which cause anxiety and symptom).* Prinsip proses terapi dalam konsep ini sangat penting yaitu memodifikasi lingkungan dan dukungan sosial.

1. Eksistensial (Ellis, Rogers)

Gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi bila individu gagal menemukan jati diri dan tujuan hidupnya serta individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam *body-image*-nya. Prinsip dalam proses terapinya adalah mengupayakan individu agar berpengalaman bergaul dengan orang lain, memahami riwayat hidup orang lain yang dia anggap sukses, atau dapat dianggap sebagai panutan (*exsperience in relationship*), memperluas kesadaran diri dengan cara instrospeksi, bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan, mendorong untuk menerima jati diri, dan menerima kritik atau *feedback* tentang perilakunya dari orang lain serta dapat mengontrol perilakunya.

1. Terapi Suportif (Wermon, Rockland)

Penyebab gangguan jiwa dalam konsep ini adalah faktor biopsikososial dan respons maladaftif saat ini. Aspek biologisnya menjadi masalah seperti; sering sakit maag, migraine atau batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti: mudah cemas, tidak percaya diri, persaan bersalah, ragu-ragu, dan pemarah. Aspek sosialnya memiliki masalah seperti; susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Phenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu.

1. Medis (Meyer, Kreaplin)

Menurut konsep ini, gangguan jiwa cenderung muncul akibat multifaktor yang kompleks, meliputi: aspek fisik, genetika, lingkungan, dan faktor sosial, sehingga fokus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, terapi somatik, farmakologi, dan teknik interpersonal.

 Menurut Ade Herman (2011: 88) unsur atau penyebab dari gangguan jiwa yaitu:

1. Faktor-Faktor Somatik (somatogenik)
2. Neroanatomi
3. Nerofisiologi
4. Nerokimia
5. Tingkat kematangan dan perkembangan organik
6. Fakto-faktor pre dan perinatal

2. Faktor-Faktor Fisioligik (Psikogenik)

a. Interaksi ibu-anak: normal (rasa percaya dan rasa aman) abnormal berdasarkan kekurangan distorsi dan keadaan terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan)

b. Peranan ayah

c. Persaingan antara saudara kandung dan inteligensi

d. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat

e. Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa tidak aman dan atau rasa salah

f. Konsep diri: pengertian identitas diri sendiri lawan peranan sendiri yang tidak menentu

g. Keterampilan, bakat dan kreativitas

h. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya

i. Tingkat perkembangan emosi

3. Faktor-Faktor Sosio-Budaya (sosiogenik)

a. Kestabilan keluarga

b. Pola mengasuh anak dan tingkat ekonomi

c. Perumahan: perkotaan lawan pedesaan

d. Masalah kelompok minoritas yang meliputu prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai

e. Pengaruh rasial dan keagamaan serta nilai-nilai.

4. Faktor Keturunan

Pada mongolisme atau syndrome down (suatu macam retardasi mental dengan mata sipit, muka datar, telinga kecil, jari-jari pendek dan lain-lain) terdapat trisoma (yaitu tiga buah, bukan dua) pada batangan kromosom. Sindroma Turner (dengan ciri-ciri khas: tubuh pendek, leher lebar, infantilisme sexual) ternyata berhubungan dengan jumlah kromosom sex yang abnormal. Gangguan yang berhubungan dengan kromosom sex dikatakan “terikat pada sex” (sex linked), artinya bahwa efek genetika itu hanya terdapat pada kromosom sex.

5. Faktor Konstitusi

Konstitusi umumnya menunjukkan kepada keadaan biologik seluruhnya termasuk baik yang diturunkan maupun yang didapati kemudian, umpamanya bentuk badan (perawakan), sex, temperamen, fungsi endoktrin daurat syaraf jenis darah jelas bahwa hal-hal ini mempengaruhi perilaku individu secara baik maupun tidak baik, umpamanya bentuk badan yang atletik atau yang kurus, tinggi badan yang terlalu tinggi ataupun terlalu pendek, paras muka yang cantik ataupun jelek, sex wanita ataupun pria, fungsi hormonal yang seimbang atau yang berlebihan. Semua ini turut mempengaruhi hidup seseorang.

6. Cacat kongenital

 Cacat kongenital atau sejak lahir dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak terlebih yang berat, seperti retardasi mental yang berat. Akan tetapi pada umumnya pengaruh cacat ini pada timbulnya gangguan jiwa terutama tergantung pada individu itu, bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat atau berubah itu. Orang tua dapat mempersukar keadaan ini dengan perlidungan yang berlebihan.

7. Psikologik

Bermacam pengalaman frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya dikemudian hari. Hidup manusia dibagi atas 7 masa dan pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa.

8. Sosio-kultural

 Kebudayaan secara teknis adalah ide atau tingkah laku yang dapat dilihat maupun yang tidak terlihat. Faktor budaya bukan merupakan penyebab langsung menimbulkan gangguan jiwa, biasanya terbatas menentukan “warna” gejala-gejala. Disamping mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan kepribadian seseorang misalnya melalui aturan-aturan kebiasaan yang berlaku dalam kebudayaan tersebut.

* + 1. **Penggolongan Gangguan Jiwa**
			1. Skizofrenia

 Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam fikiran, emosi, dan perilaku-fikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; efek yang datar atau tidak sesuai; dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang *bizarre*. Skizofrenia merupakan salah satu dari psikopatologi paling berat, tanda dan gejala yang dialami pasien skizofrenia mencakup gangguan beberapa hal penting, fikiran, persepsi dan perhatian; perilaku motorik; afek atau emosi; dan keberfungsian hidup (Gerald C, 2006: 444).

Ciri khas skizofrenia adalah keretakan jiwa atau disharmoni antara proses berpikir, afek-emosi, psikomotor dan kemauan, berarti ada yang menurun dan ada yang meningkat. Etiologi skizofrenia yang sekarang banyak dianut adalah teori genetik, teori neurokimia dan teori perkembangan syaraf. Sesudah beberapa kali serangan skizofrenia, maka terjadi kemunduran mental, karena sesudah setiap serangan sering ditinggalkan “cacat”. Tujuan pengobatan adalah meredakan gejala-gejala dan mencegah kekambuhan. Dengan pengobatan sekarang, kira-kira 1/3 dari para penderita skizofrenia sembuh penuh, 1/3 lagi sembuh sosial dan sisanya memerlukan pengobatan/perawatan yang terus menerus (Maramis, 2009: 331).

* + - 1. Depresi

 Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan yang tidak berarti dan salah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitasnya sehari-hari. Memusatkan perhatian dapat menjadi sesuatu yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Depresi seringkali berhubungan, atau komorbid dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian (Gerald C, 2006: 372).

 Menurut (Abdul Nasir, 2011: 188) depresi adalah keadaan emosional yang ditandai dengan kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, serta kehilangan minat untuk tidur serta melakukan hubungan seks juga hal-hal yang menyenangkan lainnya.

* + - 1. Kecemasan/*Anxiety Disorders*

Merupakan kecemasan yang berlebihan seperti kecemasan akan harga diri, kecemasan akan masa depan dan sebagainya. *Anxiety disorders* dapat diartikan sebagai suatu ketegangan yang memuncak sehingga menimbulkan kegelisahan dan kehilangan kendali akibat adanya penilaian yang subjektif dari proses komunikasi interpersonal (Abdul Nasir 2011: 200).

* + - 1. Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian atau dikenal dengan *personality disorder* adalah gangguan dalam perilaku yang memberikan dampak atau dinilai negatif oleh masyarakat. Gangguan kepribadian pada umumnya ditandai oleh masalah-masalah dimana individu secara tipikal mengalami kesukaran dalam melaksanakan kehidupan dengan orang lain sebagaimana yang ia kehendaki. Orang yang mengalami gangguan kepribadian ini melihat orang lain sebagai hal yang membingungkan, tidak jelas dan tidak dapat diduga. Begitu pula sebaliknya, ia akan melakukan tindakan sosial secara membingungkan (Wiramihardja, 2007: 114).

* + - 1. Gangguan Mental Organik (GMO)

Gangguan mental organik merupakan sebuah gangguan mental yang memiliki dasar organik yang patologis yang juga bisa diidentifikasi seperti halnya penyakit serebralvaskular, tumor otak, intoksikasi obat-obatan, dll. Secara umum, gangguan mental seperti ini bisa diklasifikasikan menjadi 3 kelompok berdasarkan kepada gejala utamanya yang merupakan gangguan berbahasa, gangguan kognitif seperti halnya penurunan daya ingat, dan juga gangguan perhatian. Ketiga kelompok gangguan mental itu adalah delirium, dimensia, serta gangguan amnestik. Sedangkan gangguan fungsional adalah gangguan otak dimana tidak ada dasar organik yang dapat diterima secara umum contohnya skizofrenia, depresi (Dhita Damayanti dkk, 2013 : 1).

Gangguan mental organik adalah gangguan mental organik yang berkaitan dengan penyakit atau gangguan sistemik atau otak yang dapat didiagnosis tersendiri (Maslim, 2003: 22).

* + - 1. Gangguan Psikosomatik/ *Somatoform Disorder*

 Merupakan kerusakan pada organ tubuh atau timbulnya penyakit parah yang disebabkan oleh factor psikologis seperti kecemasan yang berlarut-larut, tetapi bila diteliti secara medis tidak ditemukan adanya penyakit atau gangguan medis lainnya. Gambaran yang penting dari somatoform disorder adalah adanya gejala fisik, dimana tidak ada kelainan organik atau mekanisme fisiologik (Abdul Nasir 2011: 211).

* + - 1. Retardasi Mental

Retardasi mental ialah keadaan dengan intelegensi yang kurang (atau subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Penderita retardasi mental menghadapi lebih banyak resiko mengalami stress dan gangguan jiwa atau gangguan badaniah daripada orang normal dan resiko ini makin banyak dengan makin bertambahnya tingkatan retardasi mental. Resiko-resiko ini disebabkan keadaan psikologis dan badaniah penderita sendiri, tetapi mungkin juga karena sikap dan keadaan keluarga serta masyarakat (Maramis, 2009: 429). Menurut Garald C, (2006: 708) Retardasi mental suatu gangguan aksis II didefinisikan dalam DSM-IV-TR sebagai fungsi intelektual yang sangat di bawah rata-rata bersama dengan kurangnya perilaku adaftif dan terjadi sebelum usia 18 tahun, dimana tingkatannya dibagi sebagai berikut:

1. Retardasi mental ringan
2. Retardasi mental sedang
3. Retardasi mental berat
4. Retardasi mental sangat berat

Banyak penderita retardasi mental taraf perbatasan dan ringan bahkan yang berat, dapat mengalami perkembangan kepribadian yang normal seperti orang dengan intelegensi normal. Dan dalam lingkungan yang baik, banyak yang dapat menyesuaikan diri secara sosial dan vokasional mampu mengadakan hubungan antar manusia yang wajar. Orang tua anak retardasi mental perlu diberi konseling, penerangan dan petunjuk yang praktis mengenai penanganan anak meraka.

* + - 1. Gangguan perilaku masa anak dan remaja

Anak-anak umumnya memiliki sedikit akses ke sumber daya sosial, finansial dan psikologis dalam menghadapi berbagai macam masalah, sebagian besar teori psikodinamika, behavior, kognitif dan biologis berpendapat bahwa perkembangan dan pengalaman di masa anak-anak sangat penting bagi kesehatan mental mereka setelah dewasa. Gangguan di masa kanak-kanak yang lebih tinggi prevelensinya seringkali di kelompokkan yang lebih luas, yang disebut gangguan eksternalisasi dan internalisasi. Gangguan eksternalisasi ditandai dengan perilaku yang lebih diarahkan keluar diri seperti keagresivitasan, ketidakpatuhan, over aktivitas dan impulsivitas, dan termasuk berbagai kategori DSM-IV-TR, yaitu ADHD, gangguan tingkah laku (GTL), dan gangguan sikap menentang. Gangguan internalisasi ditandai dengan pengalaman dan perilaku yang lebih terfokus ke dalam diri seperti depresi, menarik diri dari pergaulan social, dan kecemasan termasuk gangguan anxietas dan mood di masa kanak-kanak (Gerald C, 2006: 674).

* + 1. **Penanganan Gangguan Jiwa**

Sesuai dengan Pasal 144 Undang-Undang no 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, penanganan gangguan jiwa harus dilakukan dengan standar pelayanan kesehatan paripurna yang meliputi:

* 1. Promotif

Promosi kesehatan adalah filosofi umum yang ide utamanya bahwa kesehatan atau kesejahteraan adalah pencapaian personal dan kolektif (Taylor, 2007: 46). Alberry & Munafo (2012: 364) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai segala intervensi, berbasis lingkungan dan berbasis behavioral, yang berusaha menunjukkan dan memungkinkan perubahan-perubahan pada status kesehatan individu dan populasi.

Aspek ini dilakukan dengan melakukan sosialisasi perilaku sehat. Menurut Taylor (2007: 47) perilaku sehat adalah perilaku yang dilakukan untuk meningkatkan atau menjaga kesehatannya. Perilaku sehat yang senantiasa dilakukan akan menjadi kebiasaan sehat.

Promosi kesehatan jiwa dilakukan untuk mengembangkan kebiasaan positif dalam menjaga kesejahteraan jiwa seseorang. Karena perilaku ini harus menjadi kebiasaan, maka promosinya dilakukan dari bentuk yang paling kecil dan paling sederhana sehingga mudah dilaksanakan sehari-hari. Oleh karena itu, pembentukan perilaku sehat jiwa tidak terlepas dari lingkungan hidup individu, misalnya keluarga, sekolah, kantor, dan ruang publik.

Pemerintah sebagai penanggung jawab kesejahteraan masyarakat memiliki tugas untuk mengembangkan peraturan yang berperspektif kesehatan jiwa (WHO, 2007).

* 1. Preventif

Aspek preventif dalam penanganan kesehatan jiwa dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko gangguan kejiwaan berkembang. Dalam hal menekan permasalahan kejiwaan agar tidak meluas menjadi gangguan kejiwaan yang berat, maka mutlak dilakukan intervensi. Untuk aspek ini, psikolog berperan besar karena dapat melakukan intervensi di rumah tangga, sekolah, kantor dan lingkungan sosial lain tanpa menjadikan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) takut dilabeli memiliki masalah kejiwaan.

* 1. Kuratif

 Aspek kuratif dalam penanganan kesehatan jiwa lebih banyak menekankan pada intervensi medis. Oleh karena itu dokter spesialis kedokteran jiwa dan perawat kejiwaan merupakan tenaga profesional yang paling dibutuhkan untuk menyediakan pelayanan kuratif. Selain itu, dibutuhkan pula sarana pelayanan kesehatan jiwa yang memadai di rumah sakit maupun puskesmas.

* 1. Rehabilitatif

 Upaya rehabilitative merupakan berbagai upaya medis, edukatif, vokasional dan sosial yan bertujuan memulihkan kemampuan fungsional seseorang yang cacat (impairment, disability, dan handicap) seoptimal mungkin sehingga bisa dapat hidup produktif dan berintegrasi kembali ke dalam masyarakat. Maksud dan tujuan rehabilitatif pasien adalah untuk perbaikan fisik dan mental penderita, penyaluran dalam pekerjaan dengan kapasitas maksimal dan penyesuaian diri dalam hubungan perseorangan dan sosial sehingga bisa berfungsi di masyarakat secara mandiri dan berguna (Farida K dan Yudi, 2012: 22).

* 1. **Keluarga**
		1. **Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya. Yang berada dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Menurut Friedman1998 dalam Suprajitno (2004: 1). Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama karena hubungan darah, hubungan perkawinan dengan keterikatan aturan dan emosional serta mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami-istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Fungsi dasar dasar dari keluarga ada lima salah satunya adalah fungsi afektif, yaitu fungsi keluarga untuk membentukdan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pementapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi afektif ini tidak berjalan semestinya maka akan mengalami gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari seluruh unit keluarga tersebut Friedman (1998; dalam Abdul Nasir, 2011: 283).

* + 1. **Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998; dalam Suprajitno, 2004: 13) dibagi dalam lima bagian yaitu;

* + 1. Fungsi afektif

Fungsi ini berhubungan dengan fungsi internal keluarga, dimana merupakan fungsi-fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga. Keberhasilan fungsi efektif akan tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan dimiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang.

* + 1. Fungsi sosial

Fungsi sosialisasi adalah proses interaksi dengan lingkungan sosial yang dimulai sejak lahir dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, budaya, norma melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat. Kegagalan bersosialisasi dalam keluarga, terutama jika norma dan perilaku yang dipelajari berbeda dengan yang ada di masyarakat dapat menimbulkan kegagalan bersosialisasi di masyarakat.

* + 1. Fungsi reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keturunan keluarga dan menambah sumber daya manusia.

* + 1. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Demikian pula jika keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien di rumah akan mengurangi biaya perawatan dirumah sakit. Penghasilan keluarga akan berkurang dengan adanya anggota keluarga yang sakit (tidak produktif) ditambah anggota keluarga yang harus menemani atau merawat pasien (tidak produktif). Seluruh fungsi keluarga ini akan difasilitasi dalam mendukung perawatan pasien di rumah sakit dan setelah pulang ke rumah.

* 1. Fungsi perawatan keluarga

Keluarga memberikan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan diamankan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Lebih jauh keluarga mempunyai tanggung jawab yang utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan. Apabila kebutuhan-kebutuhan psikologis anggota keluarga tidak dirasakan dan dikemukakan secara adekuat, maka konsekwensi yang biasa terjadi adalah munculnya gejala-gejala yang tidak jelas yaitu dalam bentuk sinyal-sinyal distress dari satu anggota keluarga atau lebih.

* + 1. **Struktur Keluarga**

Struktur keluarga menurut Caplan (1965; di adopsi oleh Friedman; dalam Suprajitno, 2004: 6) mengatakan ada empat elemen struktur keluarga yaitu:

* + 1. Struktur peran keluarga

Menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.

* + 1. Nilai atau norma keluarga

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan

* + 1. Pola komunikasi keluarga

Menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi orang tua (ayah-ibu), orang tua dan anak, anak dan anak, anggota keluarga lain dan anggota keluarga inti

* + 1. Struktur kekuatan keluarga

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

* + 1. **Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa**

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya untuk memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut (Yosep, 2007: 1). Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Keliat, 2005: 10).

Sesuai dengan fungsinya, pemeliharaan kesehatan keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan yaitu:

* + - 1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anngota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga.

* + - 1. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama, tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

* + - 1. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Perawatan dapat dilakukan di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4. Memodifikasi keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

* + 1. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

**2.3 Dukungan Keluarga**

Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan ada terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung yaitu:

* + - 1. Aspek Perilaku (*behavioral mediators*)

Dimana dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah.

* + - 1. Aspek Psikologis (*psychological mediators*)

Dimana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interaksi yang saling memuaskan.

* + - 1. Aspek Fisiologi (*physiological mediators*)

Dimana dukungan keluarga membantu mengatasi respon flight or flight dan memperkuat sistem imun.

* + 1. **Jenis Dukungan Keluarga**

Hause dan Kahn (Nurainah, 2005: 46) mengemukakan bahwa dukungan keluarga dapat dipenuhi dari teman atau persahabatan, keluarga, dokter, psikolog, psikiater, sedangkan menurut Duvall dan Logan (Nurainah, 2005: 46) bahwa dukungan keluarga bersumber dari orang-orang yang memiliki hubungan berarti bagi individu seperti keluarga, teman dekat, pasangan hidup, rekan kerja, tetangga, dan saudara. Hause dan Kahn (Nurainah, 2005: 46) menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

* + - * 1. Dukungan Informasional (kognitif)

Melibatkan pemberian informasi, pengetahuan, nasihat, saran dan petunjuk/pemecahan masalah. Dukungan informasi seperti ini dapat menolong pasien untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan mudah.

* + - * 1. Dukungan Motivasi

 Keluarga memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertemu dengan orang yang mengalami kondisi yang sama untuk mendapatkan nasihat, keluarga memberikan semangat melalui pujian atas sikap pasien yang positif, dan keluarga memberikan kebutuhan yang sangat dibutuhkan oleh pasien.

* + - * 1. Dukungan Instrumental

Dukungan berupa waktu maupun bantuan langsung baik barang maupun jasa yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah dimana keluarga siap mendampingi ketika perawatan, keluarga bersedia membiayai perawatan, keluarga memberikan bantuan atas pengobatan yang pasien terima, dan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan fisik dimana keluarga memenuhi kebutuhan pengobatan yang belum terpenuhi.

* + - 1. Dukungan Emosional

 Keluarga memberikan kepercayaan dalam mengambil suatu keputusan, keluarga bersedia sebagai tempat mencurahkan perasaan, keluarga memberikan semangat, perhatian, kepedulian dan keluarga selalu memberikan solusi untuk menghadapi masalah yang terjadi (misalnya: umpan balik, penegasan).

* + 1. **Sumber Dukungan Keluarga**

Sumber dukungan keluarga mengacu kepada dukungan yang dipandang sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal. Sumber dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri, dukungan dari saudara kandung, dukungan dari anak dan dukungan dari keluarga eksternal seperti dukungan dari sahabat, tetangga, sekolah, keluarga besar, tempat ibadah, praktisi kesehatan Friedman (1998; dalam Nurainah, 2012: 50)

* + 1. **Tinjauan Umum Tentang Bentuk Dukungan Keluarga**
			- 1. Perhatian

Merupakan pemusatan dan konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan. Perhatian dapat juga diartikan sebagai pemusatan tenaga psikis yang tertuju pada suatu subjek. Perhatian berkaitan dengan kesadaran (*awareness*) dan ingatan (*memory*). Perhatian juga sering disebut dengan konsentrasi (Yosep, 2007: 35). Syarat perhatian agar dapat memperoleh hasil:

1. Inhibisi, disini semua rangsang yang tidak termasuk objek perhatian harus disingkirkan.
2. Apersepsi, yang dikemukakan hanya hal yang berhubungan erat dengan objek perhatian.
3. Adaptasi, alat-alat yang digunakan harus berfungsi baik karena diperlukan untuk penyesuaian terhadap objek pekerjaan.
	* + - 1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, yang dimaksud objek dalam pengetahuan adalah benda atau hal yang diselidiki oleh pengetahuan itu sendiri (Notoatmodjo, 2005: 72).

Hal-hal yang perlu diketahui keluarga dalam perawatan gangguan jiwa:

1. Klien yang mengalami gangguan jiwa adalah manusia yang sama dengan orang lainnya; mempunyai martabat dan memerlukan perlakuan manusiawi.
2. Klien yang mengalami gangguan jiwa mungkin dapat kembali ke masyarakat dan berperan dengan optimal apabila mendapatkan dukungan yang memadai dari seluruh unsur masyarakat. Pasien gangguan jiwa bukan berarti tidak dapat “sembuh”.
3. Klien dengan gangguan jiwa tidak dapat dikatakan “sembuh” secara utuh, tetapi memerlukan bimbingan dan dukungan penuh dari orang lain dan keluarga.
4. Tujuan perawatan adalah meningkatkan kemandirian klien, pengoptimalan peran dalam masyarakat, meningkatkan kemampuan memecahkan masalah.
5. Klien memerlukan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum dan berpakaian serta kebersihan diri dengan optimal. Keluarga berperan untuk membantu pemenuhan kebutuhan ini sesuai tahap-tahap kemandirian pasien.
6. Kegiatan sehari-hari seperti melakukan pekerjaan rumah (ringan), membantu usaha keluarga atau bekerja (seperti orang normal lainnya) merupakan salah satu bentuk terapi pengobatan yang mungkin berguna bagi klien.
7. Berilah peran secukupnya pada klien sesuai dengan tingkat kemampuan yang dimiliki. Pemberian peran yang sesuai dapat meningkatkan harga diri klien.
8. Berilah motivasi pada klien sesuai dengan kebutuhan (tidak dibuat-buat) dalam rangka meningkatkan moral dan harga diri.
9. Kembangkan kemampuan yang telah dimiliki oleh klien pada waktu yang lalu. Kemampuan masa lalu berguna untuk menstimulasi dan meningkatkan fungsi klien sedapat mungkin.
	* + - 1. Sosial Ekonomi

 Menurut Abdul Nasir (2012: 32) mengatakan bahwa orang-orang dengan status sosial ekonomi rendah, kurang aktif dan lebih fatalistis atau respon menolak bila dibandingkan dengan orang yang mempunyai status sosial ekonomi yang tinggi. Status sosial ekonomi seseorang tidak didasarkan semata-mata pada penghasilan tetapi juga termasuk faktor tertentu seperti pendidikan, pekerjaan dan gaya hidup. Insiden penyakit mental dipengaruhi oleh status sosioekonomi. Gerald C, (2006:469) Mengatakan terdapat hubungan yang positif antara status sosioekonomi dan kesehatan mental, dengan demikian orang dengan status sosioekonomi tinggi mempunyai kesehatan mental yang lebih baik dibandingkan orang dengan status sosioekonomi rendah. Dengan memperhatikan insiden psikopatologi, beberapa penelian telah menemukan persentase gangguan bipolar I yang sedikit lebih tinggi pada orang dengan status sosioekonomi tinggi dan jumlah skizofrenia yang lebih besar dari biasanya pada orang dalam kelompok status sosioekonomi yang rendah.

**2.4. Gangguan Hubungan Sosial**

2.4.1 [**Pengertian**](http://margakuciptaaskepjiwaisos.blogspot.com/)

Isolasi sosial/gangguan hubungan sosial adalah individu yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya secara wajar dalam khalayaknya sendiri yang tidak realistis. Isolasi sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dialami oleh  seseorang karena orang lain mengatakan sikap negatif atau mengancam. (Dalami dkk, 2009).

Gangguan hubungan sosial merupakan suatu ganggguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan sosial. (Riyadi Sujono, 2009).

Isolasi sosial adalah keadaan ketika seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. (Dr.Keliat, 2009).

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkaan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. (Yosep, 2007).

Berdasarkan definisi yang telah disebutkan sebelumnya, jadi dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal atau perasaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena akibat penolakan dan sikap negatif serta kepribadian yang tidak fleksibel sehingga muncul perilaku maladaptif seperti menghindari/kehilangan hubungan dengan orang, tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, prestasi, atau kegagalan, yang dimanifestasikan dengan sikap memisahkan diri, tidak ada perhatian sehingga fungsi hubungan sosial seseorang terganggu.

**2.4.2 Etiologi**

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi diantaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih menyukai berdiam diri, menghindar dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan. (Farida, 2010).

2.4.3 [**Tanda dan Gejala**](http://margakuciptaaskepjiwaisos.blogspot.com/)

Tanda dan gejala klien dengan isolasi sosial antara lain :

* + 1. Menyendiri dalam ruangan
		2. Tidak berkomunikasi, menarik diri, tidak melakukan kontak mata
		3. Sedih, afek datar
		4. Perhatian dan tindakan yang tidak sesuai dengan perkembangan usianya
		5. Berpikir menurut pikirannya sendiri, tindakan berulang dan tidak bermakna
		6. Mengekspresikan penolakan atau kesepian pada orang lain
		7. Tidak ad asosiasi antara ide satu dengan yang lainnya
		8. Menggunakan kata-kata simbolik (neologisme)
		9. Menggunakan kata yang tak berarti
		10. Kontak mata kurang/tidak mau menatap lawan bicara Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri. (Farida, 2010).

**2.4.4 Patofisiologi**

Salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga yang bisa dialami klien dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan dan kecemasan.

Perasaan tidak berharga menyebabkan klien makin sulit dalam mengembangakan hubungan dengan orang lain. Akibatnya klien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktifitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri.

Klien semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku primitif antara lain pembicaraan yang austik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi halusinasi. (Dalami, 2009).

[**Rentang Respons**](http://margakuciptaaskepjiwaisos.blogspot.com/)

Respon Adaptif :                     Respon Maladaptif :

      Solitude Kesepian

Autonom Menarik Diri

Kebersamaan Ketergantungan

Saling Ketergantungan Manipulasi

Implusif

Narkisisme

Keterangan rentang respon :

1. Respon adaptif adalah respon yang diterima oleh norma sosial dan kultural dimana individu tersebut menjelaskan masalah dalam batas normal. Adapun respon rentang adaptif tersebut :
	* Solitude atau menyendiri

Respon yang dibutuhkan untuk menentukan apa yang telah dilakukan dilingkungan sosialnya dan merupakan suatu cara mengawasi diri dan menentukan langkah berikutnya.

* + Otonomi

Suatu kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide-ide pikiran dan perasaan dalam hubungan sosia. Individu mampu menetapkan diri untuk inetrdependen dan mengatur diri.

* + Mutuality atau Kebersamaan

Suatu keadaan dalam hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk memberi dan menerima.

* + Interdependen atau Saling ketergantungan

Saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam hubungan interpersonal.

1. Respon maladaptif adalah respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan kebudayaan suatu tempat. Karakteristik diri perilaku maladaptif tersebut adalah :
	* Menarik diri

Gangguan yang terjadi apabila seseorang memutuskan untuk tidak berhubungan dengan orang lain untuk mencari ketengan sementara waktu.

* + Manipulasi

Adalah hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek dan bberorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain. Individu tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

* + Ketergantungan

Individu gagal mengembangkan rasa percaya diri dan kemampuan yang dimiliki.

* + Implusif

Ketidakmampuan merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, mempunyai penilaian yang buruk dan cenderung memaksakan kehendak.

* + Narkisisme

Harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, memiliki sikap egosentris, pencemburu dan marah jika orang lain tidak mendukung. (Dalami, 2009).

**2.4.5 Faktor penyebab**

Faktor Predisposisi

* 1. Faktor Perkembangan

Pada dasarnya kemampuan seseorang untuk berhubungan social berkembang sesuai dengan proses tumbuh kembang mulai dari usia bayi sampai usia lanjut untuk dapat  mengembangkan hubungan social yang positif, diharapkan setiap tahapan perkembangan dapat dilalui dengan sukses. Sistem keluarga yang terganggu dapat menunjang perkembangan respon social maladaptif.

* 1. Faktor Komunikasi Dalam Keluarga

Masalah komunikasi dalam keluarga dapat menjadi kontribusi untuk mengembangkan gangguan tingkah laku.

* Sikap bermusuhan/hostilitas
* Sikap mengancam, merendahkan dan menjelek-jelekkan anak
* Selalu mengkritik, menyalahkan, anak tidak diberi kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya.
* Kurang kehangatan, kurang memperhatikan ketertarikan pada pembicaananak, hubungan yang kaku antara anggota keluarga, kurang tegur sapa, komunikasi kurang terbuka, terutama dalam pemecahan masalah tidak diselesaikan secara terbuka dengan musyawarah.
* Ekspresi emosi yang tinggi
* Double bind (dua pesan yang bertentangan disampaikan saat bersamaan yang membuat bingung dan kecemasannya meningkat)
	1. Faktor Sosial Budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan berhubungan. Dapat juga disebabkan oleh karena norma-norma yang salah yang dianut oleh satu keluarga.seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.

* 1. Faktor Biologis

Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Insiden tertinggi skizofrenia ditemukan pada keluarga yang anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Berdasarkan hasil penelitian pada kembar monozigot apabila salah diantaranya menderita skizofrenia adalah 58%, sedangkan bagi kembar dizigot persentasenya 8%. Kelainan pada struktur otak seperti atropi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan struktur limbik, diduga dapat menyebabkan skizofrenia.

Faktor Presipitasi

Stresor sosial budaya dapat memicu kesulitan dalam berhubungan, terjadinya penurunan stabilitas keluarga seperti perceraian, berpisah dengan orang yang dicintai, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dirawat dirumah sakit atau dipenjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi sosial.

1. Stresor Biokimia
2. Teori dopamine yaitu kelebihan dopamin pada mesokortikal dan mesolimbik serta tractus saraf dapat merupakan indikasi terjadinya skizofrenia.
3. Menurunnya MAO (Mono Amino Oksidasi) didalam darah akan meningkatkan dopamin dalam otak. Karena salah satu kegiatan MAO adalah sebagai enzim yang menurunkan dopamin, maka menurunnya MAO juga dapat merupakan indikasi terjadinya skizofrenia.
4. Faktor endokrin: Jumlah FSH dan LH yang rendah ditemukan pada pasien skizofrenia. Demikian pula prolaktin mengalami penurunan karena dihambat oleh dopamin. Hypertiroidisme, adanya peningkatan maupun penurunan hormon adrenocortical seringkali dikaitkan dengan tingkah laku psikotik.
5. Viral hipotesis: Beberapa jenis virus dapat menyebabkan gejala-gejala psikotik diantaranya adalah virus HIV yang dapat merubah stuktur sel-sel otak.
6. Stresor Biologik dan Lingkungan Sosial

Beberapa peneliti membuktikan bahwa kasus skizofrenia sering terjadi akibat interaksi antara individu, lingkungan maupun biologis.

1. Stresor Psikologis

Kecemasan yang tinggi akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain. Intesitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah akan menimbulkan berbagai masalah gangguan berhubungan pada tipe psikotik. Menurut teori psikoanalisa perilaku skizofrenia disebabkan karena ego tidak dapat menahan tekanan yang berasal dari id maupun realitas yang berasal dari luar. Ego pada klien psikotik mempunyai kemampuan terbatas untuk mengatasi stress. Hal ini berkaitan dengan adanya masalah serius antara hubungan ibu dan anak pada fase simbiotik sehingga perkembangan psikologis individu terhambat.

**2.4.6 Mekanisme Koping**

Individu yang mengalami respon sosial maladaptif menggunakan berbagai mekanisme dalam upaya untuk mengatasi ansietas. Mekanisme tersebut berkaitan dengan dua jenis masalah hubungan yang spesifik (Gail, W Staurt  2006). Koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian antisosial antara lain proyeksi, splitting dan merendahkan orang lain, koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian ambang splitting, formasi reksi, proyeksi, isolasi, idealisasi orang lain, merendahkan orang lain dan identifikasi proyeksi.

**2.4.7 Perilaku**

Pada klien gangguan sosial menarik diri yaitu: kurang sopan, apatis, sedih, afek tumpul, kurang perawatan diri, komunikasi verbal turun, menyendiri, kurang peka terhadap lingkungan, kurang energy, harga diri rendah dan sikap tidur seperti janin saat tidur. Sedangkan perilaku pada gangguan sosial curiga meliputi tidak mempercayai orang lain, sikap bermusuhan, mengisolasi diri dan paranoia. Kemudian perilaku pada klien dengan gangguan sosial manipulasi adalah kurang asertif, mengisolasi diri dari lingkungan, harga diri rendah, dan sangat tergantung pada orang lain.

**2.4.8 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan medis :

* + 1. Electro Convulsive Therapy (ECT)

Electro Convulsive Therapy (ECT) adalah suatu jenis pengobatan dimana arus listrik digunakan pada otak dengan menggunakan 2 elektrode yang ditempatkan dibagian temporal kepala (pelipis kiri dan kanan). Arus tersebut menimbulkan kejang grand mall yang berlangsung 25-30 detik dengan tujuan terapeutik. Respon bangkitan listriknya di otak menyebabkan terjadinya perubahan faal dan biokimia dalam otak.

Indikasi :

* 1. Depresi mayor
* Klien depresi berat dengan retardasi mental, waham, tidak ada perhatian lagi terhadap dunia sekelilingnya, kehilangan berat badan yang berlebihan dan adanya ide bunuh diri yang menetap.
* Klien depresi ringan adanya riwayat responsif atau memberikan respon membaik pada ECT.
* Klien depresi yang tidak ada respon terhadap pengobatan antidepresan atau klien tidak dapat menerima antidepresan.
	1. Maniak

Klien maniak yang tidak responsif terhadap cara terapi yang lain atau terapi lain berbahaya bagi klien.

* 1. Skizofrenia

Terutama akut, tidak efektif untuk skizofrenia kronik, tetapi bermanfaat pada skizofrenia yang sudah lama tidak kambuh.

* + 1. Psikoterapi

Membutuhkan waktu yang relatif cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, bersifat empati, menerima klien apa adanya, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaannya secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur kepada klien.

* + 1. Terapi Okupasi

Adalah suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan aktivitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat dan meningkatkan harga diri seseorang.

Penatalaksanaan Keperawatan :

Terapi Modalitas Keperawatan yang dilakukan adalah:

1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)
	* 1. Pengertian

TAK merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama.

* + 1. Tujuan

Membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif.

* + 1. Terapi aktivitas kelompok yang digunakan untuk pasien dengan isolasi sosial adalah TAK Sosialisasi dimana klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar klien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok dan massa.

**2.5 Kearifan Lokal**

**2.5 1 Pengertian**

Kearifan lokal atau sering disebut local wisdom dapat dipahami sebagai usaha manusia dengan menggunakan akal budinya (kognisi) untuk bertindak dan bersikap terhadap sesuatu, objek, atau peristiwa yang terjadi dalam ruang tertentu Ridwan (2007:2).

Menurut Keraf (2010: 369) kearifan tradisional adalah semua bentuk pengetahuan, keyakinan, pemahaman atau wawasan serta adat kebiasaan atau etika yang menuntun perilaku manusia dalam kehidupan di dalam komunitas ekologis. Jadi kearifan lokal ini bukan hanya menyangkut pengetahuan dan pemahaman masyarakat adat tentang manusia dan bagaimana relasi yang baik di antara manusia, melainkan juga menyangkut pengetahuan, pemahaman dan adat kebiasaan tentang manusia, alam dan bagaimana relasi di antara semua penghuni komunitas ekologis ini harus dibangun. Seluruh kearifan tradisional ini dihayati, dipraktikkan, diajarkan dan diwariskan dari satu generasi ke generasi lain yang sekaligus membentuk pola perilaku manusia sehari-hari, baik terhadap sesama manusia maupun terhadap alam dan Yang Gaib. Pada akhirnya "akhir dari sedimentasi kearifan lokal ini akan mewujud menjadi tradisi atau agama" (Ridwan, 2007:3).

Dalam masyarakat kita, kearifan-kearifan lokal dapat ditemui dalam nyanyian, pepatah, sasanti, petuah, semboyan, dan kitab-kitab kuno yang melekat dalam perilaku sehari-hari. Kearifan lokal biasanya tercermin dalam kebiasaan-kebiasaan hidup masyarakat yang telah berlangsung lama. Nilai-nilai itu menjadi pegangan kelompok masyarakat tertentu yang biasanya akan menjadi bagian hidup tak terpisahkan yang dapat diamati melalui sikap dan perilaku mereka sehari-hari.

Menurut perspektif kultural, kearifan lokal adalah berbagai nilai yang diciptakan, dikembangkan dan dipertahankan oleh masyarakat yang menjadi pedoman hidup mereka. Termasuk berbagai mekanisme dan cara untuk bersikap, bertingkah laku dan bertindak yang dituangkan sebagai suatu tatanan sosial menurut Ardhana dalam Apriyanto, 2008:4)

**2.5.2 Dimensi Kultural Kearifan Lokal**

Terdapat lima (5) Dimensi Kultural Kearifan Lokal, yaitu:

1) Pengetahuan lokal, yaitu informasi dan data tentang karakter keunikan lokal serta pengetahuan dan pengalaman masyarakat untuk menghadapi masalah serta solusinya.

 2) Budaya lokal, yaitu yang berkaitan dengan unsur-unsur kebudayaan yang telah terpola sebagai tradisi lokal, yang meliputi sistem nilai, bahasa, tradisi, teknologi;

3) Keterampilan lokal, yaitu keahlian dan kemampuan masyarakat setempat untuk menerapkan dan memanfaatkan pengetahuan yang dimiliki;

4) Sumber lokal, yaitu sumber yang dimiliki masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan melaksanakan fungsi-fungsi utamanya; dan

5) Proses sosial lokal, berkaitan dengan bagaimana suatu masyarakat dalam menjalankan fungsi- fungsinya, sistem tindakan sosial yang dilakukan, tata hubungan sosial serta kontrol sosial yang ada.

**2.5.3 Fungsi Kearifan Lokal**

Fungsi kearifan lokal sebagai berikut:

1. Konservasi dan pelestarian sumber daya alam.
2. Pengembangan sumber daya manusia, misalnya berkaitan dengan upacara daur hidup, konsep *kanda pat rate*.
3. Pengembangan kebudayaan dan ilmu pengetahuan, misalnya path upacara saraswati, kepercayaan dan pemujaan path pura Panji.
4. Sebagai petuah, kepercayaan, sastra dan pantangan.
5. Bermakna sosial misalnya upacara integrasi komunal kerabat.
6. Bermakna sosial, misalnya pada upacara daur pertanian.
7. Bermakna etika dan moral, yang terwujud dalam upacara Ngaben dan penyucian roh leluhur.
8. Bermakna politik, misalnya upacara ngangkuk merana dan kekuasaan *patron client*.

**2.6 Terapi Lingkungan**

**2.6.1 Pengertian Terapi Lingkungan *(Milieu Therapy)***

Lingkungan telah didefinisikan dengan berbagai pandangan, lingkungan merujuk pada keadaan fisik, psikologis, dan social diluar batas system, atau masyarakat dimana system itu berada (**Murray Z**., 1985).

**Terapi Lingkungan** *(Milieu Therapy) b*erasal dari bahasa Perancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik atau mendukung kesembuhan. Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsure-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan.

**2.6.2 Tujuan Terapi Lingkungan**

Terapi lingkungan bertujuan membantu Individu untuk mengembangkan rasa harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat. Menurut Stuart dan Sundeen, tujuan terapi lingkungan adalah:

1. Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga diri.
2. Meningkatkan kemampuan untuk berhubungan denagan orang lain
3. Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain
4. Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat, dan
5. Mencapai perubahan yang positif

**2.5.3 Karakteristik Terapi Lingkungan**

Lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu: mendorong terjadi proses penyembuhan, lingkungan tersebut harus memiliki karakteristik sbb:

1. Pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkannya.
2. Pasien merasa senang /nyaman.dan tidak merawsa takut dengan lingkungannya.
3. Kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah dipenuhi
4. Lingkungan rumah sakit/bangsal yang bersih
5. Lingkungan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka akibat impuls-impuls pasien.
6. Personal dari lingkungan rumah sakit/bangsal menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stress.
7. Lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku yang baru.

Disamping hal tersebut terapi lingkungan harus memilki karakteristik:

1. Memudahkan perhatian terhadap apa yang terjadi pada individu dan kelompok selama 24jam
2. Adanya proses pertukaran informasi.
3. Pasien merasakan keakraban dengan lingkungan.
4. Pasien merasa senang, nyaman, aman, dan tidak merasa takut baik dari ancaman psikologis  maupun ancaman fisik.
5. Penekanan pada sosialisasi dan interaksi kelompok dengan focus komunikasi terapeutik.
6. Staf membagi tanggung jawab bersama pasien.
7. Personal dari lingkungan menghargai klien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan,  dan tanggung jawab.
8. Kebutuhan fisik klien mudah terpenuhi.

**2.6.4 Aspek Terapi Lingkungan**

1) Lingkungan Fisik

Aspek terapi lingkungan meliputi semua gambaran yang konkrit yang merupakan bagian eksternal kehidupan rumah sakit. *Setting-*nya meliputi :

1. Bentuk dan struktur bangunan.
2. Pola interaksi antara masyarakat dengan rumah sakit.

Terdapat tiga aspek yang mempengaruhi terwujudnya lingkungan fisik terapeutik, yaitu:

a. Lingkungan Fisik Tetap

Mencakup struktur dari bentuk bangunan baik eksternal maupun internal. Bagian eksternal meliputi struktur luar rumah sakit, yaitu lokasi dan letak gedung sesuai dengan program pelayanan kesehatan jiwa, salah satunya kesehatan jiwa masyarakat. Berada di tengah-tengah pemukiman penduduk atau masyarakat sekitarnya serta tidak diberi pagar tinggi. Hal ini secara psikologis diharapkan dapat membantu memelihara hubungan terapeutik pasien dengan masyarakat. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk tetap mengakui keberadaan pasien serta menghindari kesan terisolasi.

Bagian internal gedung meliputi penataan struktur sesuai keadaan rumah tinggal yang dilengkapi ruang tamu, ruang tidur, kamar mandi tertutup, WC, dan ryang makan. Masing-masing ruangan tersebut diberi nama dengan tujuan untuk memberikan stimulasi pada pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, merangsang memori dan mencegah disorientasi ruangan.

Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.

 b.Lingkungan Fisik Semi Tetap

Fasilitas-fasilitas berupa alat kerumahtanggaan meliputi lemari, kursi, meja, peralatan dapur, peralatan makan, mandi, dsb. Semua perlengkapan diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan pasien bebas berhubungan satu dengan yang lainnya serta menjaga privasi pasien.

c.Lingkungan Fisik Tidak Tetap

Lebih ditekankan pada jarak hubungan interpersonal individu serta sangat dipengaruhi oleh social budaya.

2) Lingkungan Psikososial

Lingkungan yang kondusif yaitu fleksibel dan dinamis yang memungkinkan pasien berhubungan dengan orang lain dan dapat mengambil keputusan serta toleransi terhadap tekanan eksternal. Beberapa prinsip yang perlu diyakini petugas kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien, yaitu:

1. Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan, mengubah tingkah laku pasien.
2. Penerimaan dan pemeliharaan tingkah laku pasien tergantung dari tingkah laku partisipasi petugas kesehatan dan keterlibatan pasien dalam kegiatan belajar.
3. Perubahan tingkah laku pasien tergantung pada perasaan pasien sebagai anggota kelompok dan pasien dapat mengikuti atau mengisi kegiatan.
4. Kegiatan sehari-hari mendorong interaksi antara pasien.
5. Mempertahankan kontak dengan lingkungan misalnya adanya kalender harian dan adanya papan nama dan tanda pengenal bagi petugas kesehatan.

**2.6.5 Peran Perawat Dalam Terapi Lingkungan**

Peran Perawat Dalam Terapi Lingkungan sebagai berikut:

1). Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman

1. Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suasana yang akrab, menyenangkan, saling menghargai di antara sesame perawat, petugas kesehatan, dan pasien.
2. Perawat yang menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan-keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan/luka terhadap pasien atau perawat.
3. Menciptakan suasana yang nyaman
4. Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya, misalnya membereskan kamar.

2). Penyelenggaraan proses sosialisasi

1. Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
2. Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
3. Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu yang luang.

3) Sebagai teknis perawatan

Fungsi perawat adalah memberikan/memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol/menyimpang serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dalam terapi tersebut.

4) Sebagai *leader* atau pengelola.

Perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien.

**2.6.6 Jenis-jenis Kegiatan Terapi Lingkungan**

*1). Terapi rekreasi*

Terapi rekreasi yaitu terapi yang menggunakan kegiatan pada waktu luang, dengan tujuan pasien dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial.

*2) Terapi kreasi seni*

Perawat dalam terapi ini dapat sebagai *leader* atau bekerja sama denagn orang lain yang ahli dalam bidangnya karena harus sesuai dengan bakat dan minat.

a.       *Dance therapy*/menari

b.      Terapi musik

c.       Terapi dengan menggambar/melukis dengan menggambar akan menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran yang ada.

d.      Literatur/*biblio therapy*

Terapi dengan kegiatan membaca seperti novel, majalah, buku-buku dan kemudian mendiskusikannya. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri dan bagaimana mengekspresikan perasaan/pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma-norma yang ada.

3) *Pettherapy*

Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respon pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang dan pasien biasanya merasa kesepian, menyendiri.

4) *Planttherapy*

Terapi ini bertujuan untuk mengajar pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup, dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya.

### 2.7 Teori Keperawatan Imogene M. King

**2.7.1 Teori Pencapaian Tujuan Imogene M. King**

Pada tahun 1971 King memperkenalkan suatu model konseptual yangterdiri atas tiga sistem yang saling berinteraksi. Model keperawatan terakhir dari King memadukan tiga sistem interaksi yang dinamis-personal, interpersonal, dan sosial yang mengarah pada perkembangan teori pencapaian tujuan (King,1981 dalam Christensen J.P, 2009).

Konsep yang ditempatkan dalam sistim personal karena mereka terutama berhubungan dengan individu, sedangkan konsep yang ditempatkan dalam sistim interpersonal karena menekankan pada interaksi antara duaorang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial karena mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi di dalam sistim yang lebih besar (King, 1995a, p.18 – 19; dalam Tomey & Alligood, 2006). Dalam interpersonal sistem perawat-klien berinteraksi dalam suatu area (*space*). Menurut King, intensitas dari interpersonal system sangat menentukan dalam menetapkan pencapaian tujuan keperawatan.

Adapun beberapa karakteristik teori Imogene King (Christensen &Kenney,1995):

1. Sistem personal adalah individu atau klien yang dilihat sebagai sistem terbuka, mampu berinteraksi, mengubah energi, dan informasi dengan lingkungannya. Individu merupakan anggota masyarakat, mempunyai perasaan, rasional, dan kemampuan dalam bereaksi, menerima, mengontrol, mempunyai maksud-maksud tertentu sesuai dengan hak dan respon yang dimilikinya serta berorientasi pada tindakan dan waktu. Sistem personal dapat dipahami dengan memperhatikan konsep yang berinteraksi yaitu: persepsi, diri, gambaran diri, pertumbuhan dan perkembangan, waktu dan jarak.
2. Sistem interpersonal adalah dua atau lebih individu atau grup yang berinteraksi. Interaksi ini dapat dipahami dengan melihat lebih jauh konsep tentang peran, interaksi, komunikasi, transaksi, stress, koping.
3. Sistem sosial merupakan sistem dinamis yang akan menjaga keselamatan lingkungan. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat, interaksi, persepsi, dan kesehatan. Sistem sosial dapatmengantarkan organisasi kesehatan dengan memahami konsep organisasi, kekuatan, wewenang, dan pengambilan keputusan.



**2.7.2 Konsep Interaksi Imogene M. King**

King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya (*Human Being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya (*Human Being*) meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu.

Dari keyakinannya tentang human being ini, King telah menderivat asumsi tersebut lebih spesifik terhadap interaksi perawat – klien:

1. Persepsi dari perawat dan klien mempengaruhi proses interaksi.
2. Tujuan, kebutuhan-kebutuhan dan nilai dari perawat dan klien mempengaruhi interaksi
3. Individu mempunyai hak untuk mengetahui tentang dirinya sendiri.
4. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.
5. Profesional kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap pertukaran informasi.
6. Individu mempunyai hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan.
7. Tujuan dari profesional kesehatan dan tujuan dari penerima pelayanan kesehatan dapat berbeda.

Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktek keperawatan (Christensen J.P,2009), meliputi:

1. Interaksi, King mendefenisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan non verbal dalam mencapai tujuan.
2. Persepsi diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita, persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.
3. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.
4. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Yang termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
5. Peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolok ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya.
6. Stress diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stress melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stressor.
7. Tumbuh kembang adalah perubahan yang kontinue dalam diri individu.Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
8. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian/peristiwa kemasa yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
9. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada dimanapun sama.

Ruang adalah area dimana terjadi interaksi antara perawat dengan klien.Konsep hubungan manusia menurut King terdiri dari komponen :

1. Aksi merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku, dalam memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan yang digambarkan melalui hubungan perawat dan klien untuk melakukan kontrak untuk pencapaian tujuan.
2. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat adanya aksi dan merupakan respon individu.
3. Interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien, yang diwujudkan dalam bentuk komunikasi.
4. Transaksi merupakan kondisi dimana antara perawat dan klien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Murwani A, 2009).

**2.7.4 Asumsi-Asumsi Utama Imogene M. King**

 Asumsi utama pada teori King sebagai berikut:

1. Keperawatan : Keperawatan merupakan suatu proses interaksi antara klien dan perawat yang selama pengkajian ,pembuatan tujuan, dan menjalankannya, terjadi transaksi dan tujuan dicapai.
2. Klien : King mengatakan bahwa klien adalah individu (sistem personal) atau kelompok (sistem interpersonal) yang tidak mampu mengatasi peristiwa atau masalah kesehatan ketika berinteraksi dengan lingkungan.
3. Kesehatan : Menurut King, kesehatan adalah kemampuan individu untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dalam peran sosial yang lazim; suatu pengalaman hidup yang dinamis dalam penyesuaian terus-menerus terhadap stresor lingkungan melalui penggunaan sumber-sumber yang optimum.
4. Lingkungan : King menyatakan, lingkungan merupakan setiap sistem sosial dalam masyarakat ; sistem sosial adalah kekuatan dinamis yang mempengaruhi perilaku sosial, integrasi, persepsi, dan kesehatan, seperti rumah sakit, klinik, lembaga komunitas, dan industri.

**Asumsi-Asumsi Teori Imogene King (Meleis, 1997) :**

**Explicit:**

1. Fokus dalam keperawatan adalah interaksi manusia dan lingkungan dengan tujuan kesehatan untuk manusia.
2. Individu merupakan anggota masyarakat, mempunyai perasaan, rasional, dan kemampuan dalam bereaksi, menerima, mengontrol, mempunyai maksud-maksud tertentu sesuai dengan hak dan respon yang dimilikinya serta berorientasi pada tindakan dan waktu.
3. Proses interaksi dipengaruhi oleh persepsi-persepsi, tujuan-tujuan, kebutuhan, dan nilai-nilai antara perawat - klien.
4. Klien memiliki hak azazi dalam menerima informasi, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh kehidupan, kesehatan, dan pelayanan kesehatan namun klien juga berhak untuk menolaknya.
5. Pertanggungjawaban dalam pelayanan keperawatan pada individu mencakup semua aspek termasuk dalam keputusan memberi informasi.
6. Tidak jarang terjadi perbedaan tujuan antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

**Implicit:**

1. Klien ingin berpartisipasi aktif dalam proses perawatan.
2. Klien secara sadar, aktif dan mampu berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

**Penegasan Teoritis**

Dalam teori pencapaian tujuannya, King (1981;149) memberikan proposisi berikut, yang memperlihatkan dan menggambarkan hubungan konsep-konsep King.

1. Jika terdapat kekuatan perseptual dalam interaksi perawat-klien maka akan terjadi transaksi
2. Jika perawat dan klien melakukan transaksi, maka tujuan akan dicapai.
3. Jika tujuan dicapai, maka akan terjadi kepuasan.
4. Jika tujuan dicapai, maka akan terjadi asuhan keperawatan yang efektif.
5. Jika transaksi dibuat dalam interaksi perawat-klien, maka tumbuhkembang akan meningkat.
6. Jika harapan peran dan performa peran yang dirasakan oleh perawat dan klien sesuai, maka akan terjadi transaksi.
7. Jika konflik peran dialami oleh perawat atau klien atau oleh keduanya,maka akan menimbulkan stress dalam interaksi perawat-klien.
8. Jika perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus mengomunikasikan informasi yang sesuai kepada klien, maka akan terjadi penyusunan tujuan dan pencapaian tujuan bersama.

Proposisi dalam teori pencapaian tujuan oleh King ini dapatdigambarkan dalam skema dibawah ini :

|  |
| --- |
| http://2.bp.blogspot.com/-_blL5wVEPdM/VKTOG69PAII/AAAAAAAAAcA/FLRSfCa5Qhw/s1600/skema%2Bteori%2Bpencapaian.jpg |
| Add caption |

**2.7.5 Aplikasi Teori Imogene M. King dalam Praktik Keperawatan**

Teori King berfokus pada interaksi perawat - klien dengan pendekatan sistem. Kekuatan pada model ini adalah partisipasi klien dalam menentukan tujuan yang akan dicapai, mengambil keputusan, dan interaksi dalam menerima tujuan dari klien. Teori ini sangat penting pada kolaborasi antara tenaga kesehatan professional.Teori ini juga dapat digunakan pada individu, keluarga, atau kelompok dengan penekanan pada psikologi, sosialkultural, dan konsep interpersonal.

Beberapa contoh kasus yang menggunakan teori King dalam praktik klinik adalah (Meleis, 1997) :

1. Klien lansia dengan kecelakaan perdarahan pada otak.
2. Klien dengan penyakit ginjal.
3. Caring dalam keluarga.
4. Penyelesaian masalah memfasilitasi pengembangan kesehatan lingkungankerja.
5. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.
6. Pelayanan keperawatan psikiatri.
7. Caring untuk klien pingsan atau tidak sadar.
8. Caring untuk klien dewasa dengan diabetes.
9. Kerangka kerja untuk mengatur perawatan.

**2.7.6 Analisis Teori Imogene M. King**

Analisis teori Imogene King mengacu pada tujuh kategori atau prosedur yaitu sumber teori, makna teori, kecukupan logika dari teori, manfaat teori, derajat kemampuan menggeneralisasi, parsimony teori dan kemampuan untuk diujikan dari teori. Berikut ini diuraikan analisis teori tersebut yaitu:

1. **Sumber Teori**

Dalam menemukan teori, King secara bertahap mengeluarkan pernyataan-pernyataan yang dimulai pada periode 1961-1966, yaitu tentang “Konsep Umum dari Perilaku Manusia” ( General Concepts of Human Behavior). Ini merupakan konseptual yang dihasilkan melalui penelaahan literatur. Pada tahun 1966- 1968, ia mengeluarkan artikel yang berjudul “*Kerangka Kerja Konseptual Keperawatan*” (A Conceptual Framework for Nursing ) yang berorientasi pada pencapaian tujuan (Goal Attainment).Konsep utama dari teori Goal Attainment meliputi: interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu dan ruang (Marriner,A. 1986).

Teori King memformulasikan teorinya melalui studi leteratur, diskusi, penelitian dan lain-lain.Teori King sangat ideal untuk dikembangkan pada saat sekarang dimana informasi dan komunikasi yang berkembang begitu cepat. Teori ini berkembang secara deduktif yaitu diidentifikasi masalah, lalu mengidentifikasi teori terkait, kemudian dibuat pertanyaan penelitian yaitu bagaimana komunikasi bisa terjadi bila menggunakan bahasa yang universal, memilih dan mendefinisikan konsep/variabel dari pertanyaan penelitian.

1. **Makna Teori**

Teori keperawatan Imogene King sangat mudah untuk dipahami dan diaplikasikan dalam praktik keperawatan. Teori ini membangun tubuh ilmu pengetahuan keperawatan *(Body of Knowledge)*.

Manfaat dari teori ini adalah:

1. Mengkontribusi pada pengembangan tubuh ilmu pengetahuan.
2. Dapat dijadikan sebagai rujukan dalam memperbaiki praktek keperawatan.
3. Konsep teori ini dapat dimanfaatkan oleh pelajar, guru dan juga peneliti dan praktisi untuk menganalisa dan mengidentifikasi kejadiandalam situasi keperawatan yang sepesifik.
4. Sebagai pendekatan untuk menyeleksi dan memilih konsep yangdijadikan dasar praktek keperawatan profesional.
5. Keterkaitan dari beberapa pernyataan King dan konsepnya:
6. Beberapa penjelasan konsep cukup konsisten.
7. Konsep yang satu dengan konsep yang lainnya cukup jelas dalam membentuk suatu teori. Hal tersebut didasarkan bahwa interaksi antara perawat dan klien itu sangat penting. Kendala yang sering dihadapi adalah kesulitan komunikasi dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh perawat di dunia.
8. **Kecukupan logika teori**

Berdasarkan analisa kelompok, Konsep teori ini diprediksi dapat menyesuaikan pada setiap perubahan, perkembangan iptek, sosial, ekonomi dan politik, karena sistem ini terbuka dan dinamis. Teori ini cukup adekuat dan logis karena beberapa konsep yang ada didukung oleh beberapa riset. Teori King menyatakan bahwa manusia mempunyai hak untuk mendapatkan informasi, berpartisipasi dalam membuat keputusan untuk mempengaruhi kehidupan, kesehatan, maupun mendapatkan pelayanan kesehatan.

Teori King ini menyatakan adanya interaksi yang terus menerus antara perawat dan klien serta lingkungan eksternal yang mempengaruhinya. King juga menyatakan bahwa intervensi keperawatan adalah adanya interaksi perawat dengan klien yang meliputi komunikasi, persepsi yang menimbulkan aksi dan reaksi serta menetapkan tujuan dengan maksud tercapainya persetujuan dan adanya traksaksi.

1. **Manfaat Teori**

Teori ini dapat digunakan pada praktek keperawatan baik pada lingkup klinik maupun pada lingkup komunitas. Banyak riset dan studiyang mendukung teori ini berpusat pada aspek teknis perawatan klien dan system pelayanan keperawatan. Dalam praktek baik di lahan klinik maupun lahan komunitas interaksi yang terjadi sangat penting bagi klien dan perawat. Jadi untuk aplikasi di klinik maupun di komunitas teori dari King ini sangat relevan karena kesembuhan klien sangat dipengaruhi oleh hubungan antara perawat dan klien.

1. **Kemampuan menggeneralisasi**

Teori King memiliki cakupan isi teori yang sangat luas dan cukup dan komplek untuk diaplikasikan pada tatanan praktek keperawatan. Teori ini cocok diterapkan pada keperawatan klinik maupun komunitas karena berfokus pada interaksi antara manusia dan lingungannya. Manusia sebagai individu dapat melakukan penyesuaian terhadap stressor internal maupun eksternal dalam rentang sehat sakit dengan menggunakan sumber-sumber yang dimiliki seseorang untuk mencapai kesehatan optimal.

1. **Parsimony**

Konsep-konsep dari teori pencapaian tujuan dapat dijelaskan secara mudah dan dapat dipahami meskipun cukup komplek dan defenisi yang dikemukakan cukup jelas.

1. **Kemampuan teori untuk diujikan (Testability)**

Teori ini dapat memprediksi suatu kejadian/phenomena dalam keperawatan melalui penetapan hypothesis dalam penelitian.

**2.7.7 Analisa Kelebihan dan Kekurangan Teori Imogene King**

**a. Kelebihan**

1. Teori ini dapat menyesuaikan pada setiap perubahan, teori ini dapat dipergunakan dan menjelaskan atau memprediksi sebagian besar phenomena dalam keperawatan.
2. Teori King merupakan serangkaian konsep yang saling berhubungandengan jelas dan dapat diamati dalam praktek keperawatan.
3. Mengedepankan partisipasi aktif klien dalam penyusunan tujuan bersama, mengambil keputusan, dan interaksi untuk mencapai tujuan klien.
4. Teori King dapat dipakai pada semua tatanan pelayanan keperawatan,
5. Teori keperawatan King dapat dikembangkan dan diuji melalui riset.
6. Teori ini sangat penting pada kolaborasi antara tenaga kesehatan

**b. Kekurangan**

1. Beberapa definisi konsep dasar kurang jernih, misalnya konsep mengenai stres yang kurang jelas karena ia menyatakan bahwa stres memiliki konsekuensi positif dan menyarankan para perawat harus menghapus pembuat stress dari lingkungan rumah sakit.
2. Teori ini berfokus pada sistem interpersonal. Sehingga tujuan yang akan dicapai sangat bergantung pada persepsi perawat dan klien yang terlibat dalam hubungan interpersonal dan hanya pada saat itu saja.
3. Teori King belum menjelaskan metode yang aplikatif dalam penerapan konsep interaksi, komunikasi, transaksi dan persepsi, misalnya pasien- pasien tidak dapat berinteraksi secara kompeten dengan perawat, seperti bekerja dengan pasien koma, bayi yang baru lahir, dan pasien psikiatrik.

**2.8 Kerangka Konsep:**

BUDAYA SETEMPAT

DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT

KEARIFAN LOKAL

SUMBER DAYA ALAM

PERSEPSI TENTANG GANGGUAN JIWA

**TERAPI LINGKUNGAN**

INTERAKSI

-DALAM KELUARGA

-MASYARAKAT

* **KEMAMPUAN BERSOSIALISASI**
* **KEMAMPUAN ADL**
* **PENERIMAAN MASYARAKAT**

PERTUMBUHAN & PERKEMBANGAN KLIEN

KONDISI KESEHATAN JIWA KLIEN POST PASUNG

KESEHATAN MENTAL KLIEN

**Gambar 2.1 Kerangka Konsep model**

**2.9 Hipotesis Penelitian:**

1. Ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah
2. Ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah
3. Ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah

**BAB 3**

**METODE PENELITIAN**

**3.1 Rancangan Penelitian**

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah quasy eksperimen dengan desain *one group pre test post design,* yaitu penelitian yang yang dilakukan pada 1 (satu) kelompok menggunakan intervensi penelitian berupa milleu terapi berbasis kearifan local. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intervensi, meliputi: kemampuan melakukan hubungan sosial, kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah.

**3.2. Populasi, Sampel, Teknik Sampling, Besar Sampel**

**3.2.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah klien gangguan jiwa post pasung yang tinggal di bersama keluarga di rumah. Jumlah klien di kecamatan Bantur kabupaten Malang adalah 18 orang.

**4.2.2 Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi yang memenuhi ketentuan kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi responden sebagai berikut:

1. Usia 17 tahun keatas
2. Tinggal di rumah dengan keluarga
3. Telah dilepas pasungnya
4. Tidak mengalami demensia dan perilaku kekerasan
5. Tidak menderita atrophy akibat pasung, penyakit kronis dan terminal
6. Bersedia menjadi responden.

Kriteria inklusi responden sebagai berikut:

1. Saat penelitian berlangsung sedang sakit fisik yang mengganggu kegiatan
2. Tidak tinggal serumah dengan keluarga

**3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.**

 Teknik sampling dengan menggunakan *purposive sampling* (sampling bertujuan), yaitu dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas tujuan tertentu (Arikunto,2002:117). Adapun besar diambil dari populasi homogen yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 15 orang.

**3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

**3.3.1 Variabel Penelitian:**

1. **Variabel Bebas**: milleu terapi berbasis kearifan local
2. **Variabel Terikat:**
* Kemampuan melakukan hubungan sosial
* Kemampuan melaksanakan aktifitas sehari-hari
* Penerimaan masyarakat pada klien

3.**3.2 Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Definisi** | **Parameter** | **Alat Ukur** | **Skala**  | **Hasil ukur** |
| **Variabel bebas:** |
| Milleu terapi berbasis kearifan local | Terapi lingkungan berupa lingkungan fisik dan sosial yang dirancang berdasarkan kearifan lokal setempat, diberikan oleh keluarga pada klien gangguan jiwa yang telah di lepas pasungnya dan tinggal serumah dengan keluarga  | Lingkungan fisik:- penataan ruang- sarana prasarana- menanam tanaman di pot/voley bag di sekitar rumahLingkungan sosial:- keluarga-tetangga/ masyarakat  | - | - | -Keterangan: intervensi penelitian |
| **Variabel terikat:** |
| **Variabel** | **Definisi** | **Parameter** | **Alat Ukur** | **Skala**  | **Hasil ukur** |
| Kemampuan melakukan hubungan sosial  | Kemampuan klien gangguan jiwa dalam melakukan komunikasi dengan anggota keluarga dan masyarakat di sekitarnya | -Komunikasi verbal-Komunikasi non verbal | Lembar observasiLembar wawancara untuk klien dan keluarga | OrdinalKualitatif  | Pernyataan dengan 3 pilihan yaitu Selalu = 4;Sering = 3; Jarang = 2; Tidak pernah= 1Kemudian skor total dikategorikan menjadi 4 yaitu: >80-100% = Baik>60-80%=Cukup>49-60%=Kurang≤49%=tidak baik/burukNaratif |
| Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari | Kemampuan klien gangguan jiwa dalam melakukan kegiatan hidup dilingkungan rumah sehari-hari secara mandiri | - makan dan minum- personal higiene- menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah | Lembar observasiLembar wawancara untuk klien dan keluarga | OrdinalKualitatif  | Pernyataan dengan 3 pilihan yaitu Mandiri = 3; Dengan bantuan = 2; Tergantung olang lain= 1Kemudian skor total dikategorikan menjadi 4 yaitu: >80-100% = Mandiri>60-80%=Cukup>49-60%=Kurang≤49%=tidak mandiriNaratif |
| **Variabel** | **Definisi** | **Parameter** | **Alat Ukur** | **Skala**  | **Hasil ukur** |
| Penerimaan masyarakat pada klien  | Kondisi diterimanya klien gangguan jiwa eks pasung secara wajar oleh keluarga dan masyarakat di sekitarnya | - keterlibatan klien dalam kegiatan sosial kemasyarakatan  | Lembar observasiLembar wawancara untuk klien dan keluarga | OrdinalKualitatif  | Pernyataan dengan 3 pilihan yaitu Selalu = 4;Sering = 3; Jarang = 2; Tidak pernah= 1Kemudian skor total dikategorikan menjadi 4 yaitu: >80-100% = Baik>60-80%=Cukup>49-60%=Kurang≤49%=tidak baik/burukNaratif |

**3.4 Instrumen Penelitian**

Pada pelaksanaan penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen penelitian sebagai berikut:

1. Lembar wawancara klien dan keluarga terkait dengan masalah kesehatan jiwa khususnya hubungan sosial, kemampuan melaksanakan aktifitas sehari-hari dan penerimaan masyarakat pada klien
2. Lembar observasi : aspek non verbal dalam berkomunikasi, kegiatan sosial klien di masyarakat

**3.5 Lokasi dan Waktu Penelitian**

3.5.1 Lokasi penelitian: Kecamatan Bantur Kabupaten Malang

3.5.2 Waktu pengumpulan data: bulan September-Oktober tahun 2019

**3.6. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data penelitian ini menggunakan instrumen yang telah dilakukan uji coba, uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan program SPSS 17.

 Adapun langkah-langkah dalam pengumpulan data sebagai berikut:

1. Mengurus ijin ke Badan Kesbangpol, Dinas Kesehatan dan puskesmas dan melakukan koordinasi dengan pihak terkait
2. Melakukan FGD untuk mendapatkan data tentang kearifan lokal setempat
3. Menyusun panduan milleu terapi berdasarkan kearifan lokal hasil FGD
4. Memberikan penjelasan kepada keluarga calon responden. Adapun penjelasan yang diberikan oleh peneliti meliputi: tujuan dan manfaat penelitian, manfaat bagi responden serta prosedur penelitian yang akan dilakukan, aspek kerahasiaan dan tanggung jawab peneliti untuk responden.
5. Meminta persetujuan penelitian/*informed consent* yang ditandatangani oleh keluarga responden dan peneliti setelah diberikan penjelasan tersebut diatas.
6. Melakukan pengambilan data pada responden (pre-test) dan keluarga
7. Melakukan intervensi berupa milleu terapi yang telah disesuaikan dengan kearifan lokal setempat selama 1 bulan oleh peneliti dan tim, dengan dibantu oleh perawat desa dan kader kesehatan jiwa di desa setempat.
8. Melakukan pengambilan data pada responden (post-test)
9. Analisis data
10. Pengambilan kesimpulan

**3.7 Pengolahan dan Analisis Data**

 Langkah-langkah pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Melakukan *editing*. Data yang telah terkumpul selanjutnya dilakukan editing/pemilahan sebelum diolah dan dianalis, untuk melihat kelengkapan pengisiannya.
2. Memberikan kode *(coding)* pada masing-masing kuesioner maupun lembar pengamatan.
3. Melakukan *scoring*, yaitu memberikan skor untuk masing-masing variabel.

Kemudian skor total dikategorikan menjadi 4 yaitu:

>80-100% = Baik

>60-80% =Cukup

>49-60% =Kurang

≤49% =tidak baik/buruk

1. Entry data untuk dimasukkan kedalam tabel
2. Melakukan *tabulating*, yaitu membuat tabel sesuai dengan analisis yang dibutuhkan kemudian memasukkan data pada tabel.
3. Melakukan uji statistik, meliputi:
4. Uji statistik deskriptif: distribusi frekuensi, tendensi sentral.
5. Uji analisis inferensial: t-paired test dengan alpha 0,05.
6. Untuk data kualitatif dilakukan analisis deskriptif dan disajikan secara naratif

**3.8 Etika Penelitian**

Dalam penelitian ini peneliti memperhatikan etika dalam penelitian, meliputi:

1. *Anonimity*, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden dalam pengambilan data maupun pelaporan hasil penelitian
2. *Confidentiality*, peneliti akan menjaga kerahasiaan responden, informasi yang menyangkut responden tidak akan disebar luaskan tanpa persetujuan yang bersangkutan.
3. *Informed consent*, peneliti akan memberikan penjelasan tentang: tujuan dan manfaat penelitian bagi responden, prosedur yang akan dilakukan serta segala aspek yang terkait dengan penelitian ini sebelum meminta responden memberikan persetujuannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Penelitian ini telah dilakukan uji etik dan mendapatkan ethical approval dari KEPK Poltekkes Kemenkes Malang.

**BAB 4**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil Penelitian**
		1. **Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bantur Puskesmas Bantur merupakan Faskes Tingkat Pertama BPJS Kesehatan di Kab Malang yang beralamat di : Jl. Raya Bantur No. 203, Kecamatan Bantur, Kabupaten Malang, Jawa Timur No. Telepon : (0341) 879495. Puskesmas Bantur merupakan Type Puskesmas Rawat Inap.

Puskesmas Bantur mempunyai perhatian yang sangat besar terhadap program kesehatan jiwa. Di setiap desa telah dilakukan survey deteksi dini terhadap gangguan jiwa pada seluruh masyarakat. Hasil survey digolongkan dalam tiga kategori, yaitu: sehat, gangguan dan risiko untuk gangguan jiwa.

Dibawah ini disajikan Peta Kesehatan Jiwa Wilayah Puskesmas Bantur untuk bulan Agustus tahun 2019:



Gb. 4.1 Peta Kesehatan Jiwa Wilayah Kerja Puskesmas Bantur bulan Agustus tahun 2019

* + 1. **Kearifan Lokal Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Untuk Diaplikasikan Dalam Milieu Terapi Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**
1. **Tema FGD**

Kearifan lokal dalam penerapan milieu terapi pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah

1. **Deskripsi**

Diskusi yang dilakukan dalam kelompok masyarakat setempat (khususnya di wilayah Bantur), yang diikuti oleh sejumlah tokoh masyarakat (Kepala Desa, Ketua RT dan RW, kader kesehatan, tokoh agama, pemuka adat/sesepuh, petugas kesehatan) yang dipandu oleh peneliti guna mendapatkan informasi seluas-luasnya tentang budaya atau kearifan lokal di daerah setempat khususnya yang terkait dengan penanganan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya.

1. **Tujuan**
2. Mendapatkan informasi seluas-luasnya tentang budaya atau kearifan lokal di daerah setempat khususnya yang terkait dengan penanganan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya
3. Menggalang kerjasama dan komitmen masyarakat untuk penanganan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya
4. **Sasaran dan Undangan yang Hadir:**
5. Kepala Desa
6. Ketua RT dan RW
7. Kader kesehatan
8. Pemuka adat/sesepuh
9. Petugas kesehatan: Kepala Puskesmas, Perawat/ petugas kesehatan penanggung jawab program kesehatan jiwa

Peserta FGD sejumlah : 20 orang

1. **Tempat dan Waktu**

Tempat : Kantor Puskesmas Bantur Malang Selatan

Waktu : 16 September 2019

1. **Langkah- langkah Kegiatan FGD**
2. Pembukaan
3. Penyampaian tujuan kegiatan
4. Sharing - tanya jawab - diskusi permasalahan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya.

Bahan diskusi:

* Bagaimana pemahaman tentang gangguan jiwa?
* Apa masalah yang dialami klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung?
* Apa masalah yang dialami keluarga/masyarakat di sekitar klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung?
* Mengapa permasalahan tersebut terjadi?
* Adakah keinginan masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut?
* Apakah pemikiran/ alternatif untuk penanganan masalahnya?
* Sumberdaya apa yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan penanganan masalah tersebut?
* Bagaimana langkah-langkah pelaksanaan penyelesaian masalah tersebut?
1. Menarik kesimpulan hasil diskusi
2. Menyusun langkah - langkah penyelesaian masalah penanganan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya
3. Membuat komitmen bersama untuk penanganan klien gangguan jiwa di rumah yang telah dilepaskan pasungnya
4. Penutup
5. **Hasil FGD**
6. Pemahaman tentang gangguan jiwa: masih ada pendapat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk halus, klien menjadi marah-marah, suka bicara sendiri, tersenyum sendiri, mengganggu lingkungan, penampilan kurang bersih
7. Permasalahan pasung terjadi karena keluarga putus asa dengan kondisi klien, sudah berkali-kali berobat tidak sembuh, biaya sudah habis, klien marah-marah, mengganggu lingkungan, merusak barang-barang/rumah, keluyuran takut hilang.
8. Masalah yang dialami klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung: sudah membaik, tidak lagi marah-marah dan mengganggu lingkungan.
9. Masalah yang dialami keluarga/masyarakat di sekitar klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung: keluarga mempunyai tanggung jawab untuk mendampingi dan mengontrol kondisi pasien, menerima klien dengan baik, melibatkan dalam kegiatan sehari-hari sesuai dengan kemampuan dan kondisi klien serta memotivasi untuk minum obat atau control teratur agar tidak kambuh lagi.
10. Keinginan masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut: masyarakat sangat perhatian untuk membantu mengatasi masalah klien gangguan jiwa
11. Pemikiran/ alternatif untuk penanganan masalahnya:
12. Perlu keterlibatan seluruh pihak selain petugas kesehatan (dokter, penanggung jawab program jiwa, perawat desa), yaitu: mulai dari aparat desa, kader, tetangga dan keluarga
13. Keluarga perlu didukung dalam merawat klien
14. Pengobatan dari pihak puskesmas sangat diperlukan untuk penyediaan obat.
15. Untuk kegiatan Milieu Therapy:
16. Penataan lingkungan rumah:
	1. Pemilihan warna cat diserahkan pada klien untuk memilih sendiri warna yang disukai
	2. Pengecatan melibatkan klien sesuai dengan kemampuannya
	3. Kegiatan mengecat rumah didampingi oleh keluarga, pemuka desa, kader dan tim peneliti
	4. Cat yang tersedia terbatas sehingga diutamakan untuk kamar klien, jika lebih baru untuk bagian rumah yang lain.
17. Pelibatan klien dalam menanam tanaman:
	1. Daerah Bantur saat penelitian banyak yang kekeringan karena kemarau panjang sehingga tanaman yang disarankan yang ditanam di pot/volley bag yang tidak membutuhkan banyak air.
	2. Tanaman yang disarankan oleh pihak pertanian: bibit sawi, lombok, terong
	3. Menanam dan merawat tanaman dilakukan oleh klien dengan didampingi keluarga
18. Sumberdaya yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan penanganan masalah tersebut:
19. SDM Kader kesehatan jiwa yang sangat rajin dan komitmen membantu mengatasi masalah gangguan jiwa di Bantur tanpa pamrih.
20. Aparat desa sangat mendukung program ini
21. Langkah-langkah pelaksanaan penyelesaian masalah:
22. Menghubungi pihak kepala desa, RT/RW terutama yang tidak hadir dalam FGD untuk kegiatan Milieu therapy
23. Menghubungi keluarga klien dan klien untuk menyampaikan program ini, sekaligus mempersilakan klien untuk memilih warna cat yang disukai
24. Pembelian cat dan tanaman dikoordinir oleh pihak puskesmas Bantur
25. Distribusi cat dan tanaman ke klien sesuai kesepakatan waktu
26. Pelaksanaan pengecatan dan penanaman dengan didampingi penanggung jawab program jiwa, keluarga dan tim peneliti. Tidak menutup kemungkinan juga dipersilakan ada keterlibatan pihak desa/pemuka masyarakat.
27. Monitoring dan evaluasi hasil milieu therapy
28. **Evaluasi Pelaksanaan FGD**
29. Peserta aktif terlibat dalam diskusi dan memberikan pendapat
30. Tersusun langkah penyelesaian masalah dan tersusun jadwal kegiatan berdasarkan kesepakatan bersama

**4.1.3 Data Umum**

**1) Data Umum Responden**

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Identitas Responden Gangguan Jiwa Post Pasung di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Tahun 2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Identitas  |  | Hasil |
|  | Frekuensi | % |
| 1.  | Jenis Kelamin | Laki-laki | 6 | 40.0 |
|  |  | Perempuan | 9 | 60.0 |
| 2 | Usia | 20-29 tahun | 3 | 20.0 |
|  |  | 30-39 tahun | 4 | 26.7 |
|  |  | 40-49 tahun | 5 | 33.3 |
|  |  | 50-59 tahun | 1 | 6.67 |
|  |  | 60-69 tahun | 2 | 13.3 |
| 3 | Pendidikan | Tidak Sekolah | 4 | 26.7 |
|  |  | Tamat SD | 11 | 73.3 |
|  | Jumlah  | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (60%) yang berumur 40-49 tahun (33.3%) dan tamat pendidikan Sekolah Dasar (73.3%).

**2) Data Umum Informan/Keluarga**

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Identitas Informan /Keluarga Responden Gangguan Jiwa Post Pasung di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Tahun 2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Identitas  |  | Hasil |
|  | Frekuensi | % |
| 1.  | Jenis Kelamin | Laki-laki | 6 | 40.0 |
|  |  | Perempuan | 9 | 60.0 |
| 2. | Usia | 30-39 tahun | 2 | 13.3 |
|  |  | 40-49 tahun | 2 | 13.3 |
|  |  | 50-59 tahun | 3 | 20.0 |
|  |  | 60-69 tahun | 8 | 53.3 |
| 3 | Pendidikan | Tidak Sekolah | 7 | 46.7 |
|  |  | Tamat SD | 8 | 53.3 |
| 4.  | Pekerjaan | Tani | 2 | 13.3 |
|  |  | Buruh Tani | 12 | 80.0 |
|  |  | Sopir | 1 | 6.7 |
| 5. | Hubungan keluarga sebagai | Ibu Kandung | 6 | 40.0 |
|  |  | Bapak Kandung | 2 | 13.3 |
|  |  | Anak Kandung | 1 | 6.7 |
|  |  | Adik/Kakak | 4 | 26.6 |
|  |  | Istri | 1 | 6.7 |
|  |  | Bibi | 1 | 6.7 |
|  | Jumlah  | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar informan keluarga responden gangguan jiwa post pasung adalah perempuan (60%) berumur 60-69 tahun (53.3%0, tamatan Sekolah Dasar (53.3%) yang bekerja sebagai buruh tani (80%) dan merupakan ibu kandung responden (40%)

1. **Riwayat Kesehatan Jiwa Responden**

Tabel 4.3 Informasi riwayat Kesehatan Jiwa Responden Gangguan Jiwa Post Pasung di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Tahun 2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Identitas  |  | Hasil |
|  | Frekuensi | % |
| 1.  | Umur pertama kali gangguan Jiwa | <10 tahun | 1 | 6.7 |
|  |  | 10-19 tahun | 9 | 60.0 |
|  |  | 20-29 tahun | 3 | 13.3 |
|  |  | 30-39 tahun | 0 | 0 |
|  |  | 40-49 tahun | 2 | 13.3 |
| 2. | Lama menderita gangguan jiwa | <10 tahun | 2 | 13.3 |
|  |  | 10-19 tahun | 7 | 46.7 |
|  |  | 20-29 tahun | 3 | 13.3 |
|  |  | 30-39 tahun | 3 | 13.3 |
| 3 | Penyebab di pasung | Ngamuk, merusak lingkungan, berulangkali dirawat di RSJ, kambuh, kehabisan biaya, putus asa dengan kondisi klien |
|  |  |  |  |  |
| 4.  | Lama di pasung | 1 tahun | 1 | 6.7 |
|  |  | 2 tahun | 5 | 33.3 |
|  |  | 4 tahun | 1 | 6.7 |
|  |  | 10 tahun | 3 | 13.3 |
|  |  | 11 tahun | 1 | 6.7 |
|  |  | 13 tahun | 1 | 6.7 |
|  |  | 14 tahun | 1 | 6.7 |
| 5. | Kemampuan setelah lepas pasung | Merawat diri | 15 | 100.0 |
|  |  | Membantu pekerjaan rumah | 2 | 13.3 |
|  |  | Produktif/ kerja | 8 | 53.3 |
| 6. | Jenis produktifitas/pekerjaan | Cari rumput | 3 | 13.3 |
|  |  | Kerja di ladang | 5 | 33.3 |
|  | **Catatan:**  |  |  |  |
|  | Jika putus obat klien masih sering kambuh |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa umur pertama kali gangguan jiwa adalah < 10 Tahun (9 tahun) 1 orang (6.7%) dan yang tertua adalah 40-49 tahun (13.3%). Lama menderita gangguan jiwa mayoritas 10-19 tahun (46.7%), adapun lama dipasung mayoritas 2 tahun (33.3%) dan yang terlama adalah 14 tahun di pasung. Adapun penyebab dipasung mayoritas adalah mengamuk, merusak lingkungan, berulangkali dirawat di RSJ, kambuh, kehabisan biaya, keluarga putus asa dengan kondisi klien. Kondisi setelah pasung dilepas semua klien sudah dapat mengurus diri sendiri (makan, minum, mandi, gosok gigi, keramas) sehingga penampilan klien relative adekuat. Dari 15 orang klien, hanya sebagian yang produktif, yaitu mencari rumput (13.3%) dan bekerja di ladang (33.3%)

**4.1.4 Data Khusus**

1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Kemampuan Melakukan Hubungan Sosial Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Tabel 4.4 Kemampuan Melakukan Hubungan Sosial Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Hubungan Sosial | Pre Test | Post Test |
| Frekuensi | % | Frekuensi | % |
| 1.  | Baik | 2 | 13.3 | 6 | 40.0 |
| 2. | Cukup | 13 | 86.7 | 8 | 53.3 |
| 3. | Kurang | 1 | 6.7 | 1 | 6.7 |
| 4. | Tidak baik/buruk | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jumlah  | 15 | 100 | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar kemampuan melakukan hubungan sosial saat sebelum perlakuan Milieu Therapy atau pre test adalah cukup (86.7%), dan pada saat post test mayoritas cukup (53.3%) dan ada peningkatan menjadi baik 40% dari yang sebelumnya hanya 13.3%

Hasil analisis deskriptif tersebut nampaknya tidak didukung oleh hasil analisis inferensial. Analisis inferensial dilakukan dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.179 yang artinya tidak ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Jadi meskipun secara deskriptif telah terjadi peningkatan kemampuan hubungan sosial namun kenaikan hasil tersebut belum menunjukkan angka kenaikan yang significan untuk uji hipotesis.

Hasil wawancara kepada klien (responden) baik pre test dan post test didapatkan bahwa rata-rata hubungan sosial dilakukan dengan keluarga se rumah saja, tidak mempunyai teman dekat di luar rumah, namun klien merasa senang bahkan sangat senang pada kondisi post test disaat berkumpul dan bergaul dengan keluarga, klien dapat menyebutkan manfaat bergaul dan kerugian apabila menyendiri. Klien mengatakan manfaat bergaul adalah bisa ngobrol dan bertukar pikiran. Kerugian kalau tidak bergaul adalah sepi, tidak ada teman ngobrol, jadi melamun. Hasil wawancara ini sejalan dengan analisis deskriptif tentang hubungan sosial klien.

1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Kemampuan Melakukan Aktifitas Sehari-hari (ADL) Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Tabel 4.5 Kemampuan Melakukan Aktifitas Sehari-hari (ADL) Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Kemampuan ADL | Pre Test | Post Test |
| Frekuensi | % | Frekuensi | % |
| 1.  | Mandiri | 14 | 93.3 | 15 | 100% |
| 2. | Cukup | 1 | 6.7 | 0 | 0 |
| 3. | Kurang | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. | Tidak Mandiri | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jumlah  | 15 | 100 | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari (ADL) responden sebelum milieu therapy adalah mandiri (93.3%) namun setelah Milieu Therapy menjadi mandiri semua (100%).

Hasil analisis inferensial dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.095 yang artinya tidak ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari (ADL) pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Jadi meskipun semua klien menjadi mandiri namun hasil uji hipotesis belum menunjukkan nilai yang signifikan.

Hasil wawancara kepada klien (responden) didapatkan bahwa rata-rata aktifitas sehari hari yang bisa dilakukan klien adalah merawat diri sendiri yang meliputi makan, minum, mandi, gosok gigi, berpakaian, berhias serta melakukan aktifitas membantu kegiatan di rumah yaitu membersihkan/menyapu rumah dan halaman, membantu memasak di dapur. Adapun sebagian responden ada yang sudah produktif mengisi waktunya dengan kegiatan mencari rumput dan bekerja di lading, bahkan ada yang terlibat dalam pembuatan batik ikat di bawah bimbingan kader kesehatan jiwa setempat.

1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Penerimaan Masyarakat Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Tabel 4.6 Penerimaan Masyarakat Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Penerimaan Masyarakat | Pre Test | Post Test |
| Frekuensi | % | Frekuensi | % |
| 1.  | Baik | 10 | 66.7 | 13 | 86.7 |
| 2. | Cukup | 5 | 33.3 | 1 | 6.7 |
| 3. | Kurang | 0 | 0 | 1 | 6.7 |
| 4. | Tidak baik/buruk | 0 | 00 | 0 | 0 |
| Jumlah  | 15 | 100 | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa sebagian besar penerimaan masyarakat sebelum milieu therapy adalah baik (66.7%) dan setelah Milieu Therapy terjadi peningkatan jumlah menjadi baik (86.7%).

Hasil analisis inferensial dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.035 yang artinya ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Hal ini ditunjang oleh hasil wawancara pada klien saat penelitian.

Hasil wawancara kepada klien (responden) didapatkan bahwa rata-rata mengatakan bahwa dia tidak merasa dikucikan, masyarakat tidak melarang klien untuk ikut dalam kegiatan kemasyarakatan bahkan sudah ada yang bekerja layaknya orang lain yang tidak pernah mengalami gangguan jiwa. Klien juga merasa senang bahkan ada yang sangat senang dengan penerimaan masyarakat atas kehadirannya di tengah-tengah masyarakat Bantur.

Dibawah ini disajikan tabel hasil analisis dari ketiga uji hipotesis tersebut:

Tabel 4.7. Hasil analisis t paired test

****

**4.2 Pembahasan**

Berikut ini disajikan pembahasan yang merupakan keterkaitan antara hasil dan kajian pustaka. Pembahasan akan disajikan secara urut sesuai dengan tujuan penelitian

* + 1. **Kearifan Lokal Masyarakat Setempat Untuk Diaplikasikan Dalam Milieu Terapi Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Kearifan lokal sangat diperlukan dalam aplikasi kegiatan Milieu Therapy untuk klien gangguan jiwa agar sesuai dengan budaya setempat. Kearifan lokal atau sering disebut lokal wisdom dapat dipahami sebagai usaha manusia dengan menggunakan akal budi (kognisi) untuk bertindak dan bersikap terhadap sesuatu, objek, atau peristiwa yang terjadi dalam ruang tertentu Ridwan (2007:2).

Hasil FGD menunjukkan bahwa pemahaman tentang gangguan jiwa di masyarakat Bantur sebagian masih ada pendapat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk halus, klien menjadi marah-marah, suka bicara sendiri, tersenyum sendiri, mengganggu lingkungan, penampilan kurang bersih. Segala upaya telah dilakukan keluarga termasuk membawa ke “orang pintar” sesuai keyakinan keluarga maupun ke pengobatan medis (RS Jiwa), namun hasil yang didapatkan dirasa kurang optimal sehingga muncullah tindakan pasung oleh keluarga klien. Permasalahan pasung terjadi karena keluarga putus asa dengan kondisi klien, sudah berkali-kali berobat tidak sembuh, biaya sudah habis, klien marah-marah, mengganggu lingkungan, merusak barang-barang/rumah, keluyuran takut hilang.

Adanya gerakan pembebasan dari pemasungan yang digagas oleh Ns. Subagiyono, S.Kep. M.MKes membawa dampak positif bagi klien dan keluarga. Masalah yang dialami klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung: sudah membaik, tidak lagi marah-marah dan mengganggu lingkungan. Keluarga/masyarakat di sekitar klien gangguan jiwa setelah lepas dari pasung mempunyai tanggung jawab untuk mendampingi dan mengontrol kondisi pasien, menerima klien dengan baik, melibatkan dalam kegiatan sehari-hari sesuai dengan kemampuan dan kondisi klien serta memotivasi untuk minum obat atau control teratur agar tidak kambuh lagi.

Keinginan masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut: masyarakat sangat perhatian untuk membantu mengatasi masalah klien gangguan jiwa. Beberapa pemikiran/ alternatif untuk penanganan masalah pasung yang muncul saat FGD antara lain: 1) Perlu keterlibatan seluruh pihak selain petugas kesehatan (dokter, penanggung jawab program jiwa, perawat desa), yaitu: mulai dari aparat desa, kader, tetangga dan keluarga; 2) Keluarga perlu didukung dalam merawat klien; 3) Pengobatan dari pihak puskesmas sangat diperlukan untuk penyediaan obat. Adapun untuk kegiatan Milieu Therapy, masukan yang diberikan adalah: 1) Penataan lingkungan rumah: a) Pemilihan warna cat diserahkan pada klien untuk memilih sendiri warna yang disukai; b) Pengecatan melibatkan klien sesuai dengan kemampuannya; c) Kegiatan mengecat rumah didampingi oleh keluarga, pemuka desa, kader dan tim peneliti; d) Cat yang tersedia terbatas sehingga diutamakan untuk kamar klien, jika lebih baru untuk bagian rumah yang lain. 2) Pelibatan klien dalam menanam tanaman: a) Daerah Bantur saat penelitian banyak yang kekeringan karena kemarau panjang sehingga tanaman yang disarankan yang ditanam di pot/volley bag yang tidak membutuhkan banyak air; b) Tanaman yang disarankan oleh pihak pertanian: bibit sawi, lombok, terong; c) Menanam dan merawat tanaman dilakukan oleh klien dengan didampingi keluarga.

Sumberdaya yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan penanganan masalah tersebut adalah terutama SDM Kader kesehatan jiwa yang sangat rajin dan komitmen membantu mengatasi masalah gangguan jiwa di Bantur tanpa pamrih serta aparat desa sangat mendukung program ini. Melalui langkah-langkah pelaksanaan penyelesaian masalah yang telah disusun dan disepakati bersama pada saat FGD maka kegiatan Milieu therapy dapat berjalan dengan lancar.

* + 1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Kemampuan Melakukan Hubungan Sosial Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Terapi lingkungan bertujuan membantu Individu untuk mengembangkan rasa harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat. Menurut Stuart dan Sundeen (1998), tujuan terapi lingkungan adalah: 1)Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga diri; 2) Meningkatkan kemampuan untuk berhubungan denagan orang lain; 3) Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain; 4) Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat, dan; 5) Mencapai perubahan yang positif

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar kemampuan melakukan hubungan sosial saat sebelum perlakuan Milieu Therapy atau pre test adalah cukup (86.7%), dan pada saat post test mayoritas cukup (53.3%) dan ada peningkatan menjadi baik 40% dari yang sebelumnya hanya 13.3%. Hasil analisis deskriptif tersebut nampaknya tidak didukung oleh hasil analisis inferensial. Analisis inferensial dilakukan dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.179 yang artinya tidak ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Jadi meskipun secara deskriptif telah terjadi peningkatan kemampuan hubungan sosial namun kenaikan hasil tersebut belum menunjukkan angka kenaikan yang significan untuk uji hipotesis.

Hasil wawancara kepada klien (responden) baik pre test dan post test didapatkan bahwa rata-rata hubungan sosial dilakukan dengan keluarga se rumah saja, tidak mempunyai teman dekat di luar rumah, namun klien merasa senang bahkan sangat senang pada kondisi post test disaat berkumpul dan bergaul dengan keluarga, klien dapat menyebutkan manfaat bergaul dan kerugian apabila menyendiri. Klien mengatakan manfaat bergaul adalah bisa ngobrol dan bertukar pikiran. Kerugian kalau tidak bergaul adalah sepi, tidak ada teman ngobrol, jadi melamun. Hasil wawancara ini sejalan dengan analisis deskriptif tentang hubungan sosial klien. Hal ini terjadi karena ada beberapa factor yang mempengaruhi, antara lain:

1. Kemampuan klien berinteraksi dengan orang lain, baik komunikasi verbal maupun non verbal pada klien gangguan jiwa kronis lebih sulit dilakukan. Sementara diketahui bahwa rata-rata klien gangguan jiwa yang post pasung tergolong dalam gangguan jiwa yang kronis. Oleh karena itu perubahan yang relative kecil menjadi sangat berarti meskipun apabila diuji secara statistic inferensial menunjukkan hasil yang kurang bermakna.
2. Perlu waktu yang lebih lama dalam pelaksanaan intervensi milieu therapy, serta intervensi ini harus ditambah yang sifatnya lingkungan sosial dan bukan hanya yang sifatnya fisik bangungan atau kegiatan saja.
3. Kondisi perasaan dan pikiran dapat sangat berfluktuasi pada klien gangguan jiwa. Hal ini bisa menjadi perancu (confounding factor) pada saat intervensi milieu therapy
4. Stressor eksternal lain misalnya kurangnya kedekatan klien dengan orang-orang sekitarnya pada kehidupan sehari-hari akibat terlalu lamanya dipasung dapat menjadi masalah yang mengganggu. Diketahui bahwa klien ada yang dipasung selama 14 tahun yang berarti selama itu klien terisolasi dari kehidupan sosialnya. Bukan hanya terisolasi dari masyarakat sekitarnya, bahkan keluarga pun jarang berinteraksi dengan klien saat dipasung. Hal ini dapat menurunkan kemampuan klien dalam berinteraksi dengan orang-orang di sekitarnya.

Perubahan positif yang terjadi sekecil apapun dari dampak intervensi milieu therapy tetap mempunyai makna dalam meningkatkan kemampuan berhubungan sosial dengan masyarakat sekitarnya bagi klien gangguan jiwa yang terbukti dari hasil wawancara dan statistic deskriptifnya. Kemampuan kemandirian klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari sangat berarti bagi klien dan keluarga, oleh karenanya harus tetap dipertahankan. Tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan diharapkan akan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan.

* + 1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Kemampuan Melakukan Aktifitas Sehari-Hari Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari (ADL) responden sebelum milieu therapy adalah mandiri (93.3%) dan setelah Milieu Therapy menjadi mandiri semua (100%). Namun hasil analisis inferensial dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.095 yang artinya tidak ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari (ADL) pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Jadi meskipun semua klien menjadi mandiri namun hasil uji hipotesis belum menunjukkan nilai yang signifikan. Adapun hasil wawancara kepada klien (responden) didapatkan bahwa rata-rata aktifitas sehari hari yang bisa dilakukan klien adalah merawat diri sendiri yang meliputi makan, minum, mandi, gosok gigi, berpakaian, berhias serta melakukan aktifitas membantu kegiatan di rumah yaitu membersihkan/menyapu rumah dan halaman, membantu memasak di dapur. Adapun sebagian responden ada yang sudah produktif mengisi waktunya dengan kegiatan mencari rumput dan bekerja di ladang, bahkan ada yang terlibat dalam pembuatan batik ikat di bawah bimbingan kader kesehatan jiwa setempat.

Hal ini terjadi karena ada beberapa factor yang mempengaruhi, antara lain:

1. Klien gangguan jiwa yang post pasung tergolong dalam gangguan jiwa yang kronis sehingga perubahan yang terjadi relative kecil, yang apabila diuji secara statistic inferensial menunjukkan hasil yang kurang bermakna.
2. Intervensi milieu therapy yang dilakukan hanya sekitar 1 bulan yang kemungkinan terlalu singkat untuk dapat memberikan hasil yang signifikan
3. Kondisi perasaan, mood dan pikiran dapat sangat berfluktuasi pada klien gangguan jiwa. Hal ini bisa menjadi perancu (confounding factor) pada saat intervensi milieu therapy
4. Stressor eksternal lain misalnya kurangnya pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari dapat menjadi masalah yang mengganggu. Diketahui bahwa hamper semua keluarga klien berasal dari keluarga yang relative kurang mampu dimana kondisi keuangan telah banyak terkuras untuk kepentingan pengobatan klien.

Seberapapun kecilnya perubahan yang terjadi, namun milieu therapy tetap mempunyai makna dalam meningkatkan kemampuan beraktifitas sehari-hari bagi klien gangguan jiwa yang terbukti dari hasil wawancara dan statistic deskriptifnya. Kemampuan kemandirian klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari sangat berarti bagi klien dan keluarga, oleh karenanya harus tetap dipertahankan. Melalui milieu therapy penataan lingkungan dan keterlibatan klien dalam memelihara tanaman diharapkan mampu membangkitkan motivasi klien untuk lebih mandiri. Terapi Lingkungan *(Milieu Therapy) b*erasal dari bahasa Perancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik atau mendukung kesembuhan. Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsure-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan.

* + 1. **Pengaruh Milieu Terapi Berbasis Kearifan Lokal Terhadap Penerimaan Masyarakat Pada Klien Gangguan Jiwa Post Pasung Di Rumah**

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa sebagian besar penerimaan masyarakat sebelum milieu therapy adalah baik (66.7%) dan setelah Milieu Therapy terjadi peningkatan jumlah menjadi baik (86.7%).

Hasil analisis inferensial dengan uji t-paired test dengan alpha 0.05 didapatkan nilai p =0.035 yang artinya ada pengaruh milieu terapi berbasis kearifan lokal terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah. Hal ini ditunjang oleh hasil wawancara pada klien saat penelitian dimana didapatkan bahwa rata-rata mengatakan bahwa dia tidak merasa dikucikan, masyarakat tidak melarang klien untuk ikut dalam kegiatan kemasyarakatan bahkan sudah ada yang bekerja layaknya orang lain yang tidak pernah mengalami gangguan jiwa. Klien juga merasa senang bahkan ada yang sangat senang dengan penerimaan masyarakat atas kehadirannya di tengah-tengah masyarakat Bantur.

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan Stuart & Sundeen (2006) bahwa lingkungan yang bersifat terapeutik adalah yang dapat mendorong terjadi proses penyembuhan. Lingkungan tersebut harus memiliki karakteristik antara lain klien merasa senang/nyaman dan tidak merasa takut dengan lingkungannya, menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stress, mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku yang baru. Jadi klien merasakan keakraban dengan lingkungan, merasa senang, nyaman, aman, dan tidak merasa takut baik dari ancaman psikologis maupun ancaman fisik (Murray Z., 1985).

**BAB 5**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**5.1 KESIMPULAN**

1. Kearifan local masyarakat Bantur yang diaplikasikan dalam milleu therapy pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah yaitu 1) Penataan lingkungan rumah: a) Pemilihan warna cat oleh responden sesuai warna yang disukai; b) Pengecatan melibatkan klien didampingi oleh keluarga; 2) Kegiatan menanam tanaman: disarankan menggunakan pot/*volley bag* sehingga tidak membutuhkan banyak lahan dan air; b) Tanaman yang disarankan adalah bibit sawi, lombok, terong; c) Perawatan tanaman dilakukan klien didampingi keluarga.
2. Tidak ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan hubungan sosial pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah dengan nilai p 0.179 > alpha 0.05, namun hasil deskriptif menunjukkan adanya peningkatan kemampuan berhubungan social menjadi baik 40% dari yang sebelumnya hanya 13.3%.
3. Tidak ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari (ADL) pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah dengan nilai p 0.095 > alpha 0.05, namun hasil deskriptif menunjukkan adanya peningkatan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari dari yang mandiri hanya 93.3% menjadi 100%.
4. Ada pengaruh milleu terapi berbasis kearifan local terhadap penerimaan masyarakat pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah dengan nilai p 0.035 < alpha 0.05

**5.2 SARAN**

Kepada keluarga disarankan untuk:

1. Selalu memberikan dukungan penerapan milleu therapy pada klien gangguan jiwa post pasung di rumah yaitu mempertahankan penataan lingkungan rumah dan kegiatan menanam tanaman klien dapat meningkatkan kemampuan bersosialisasi dan kemandiriannya dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari

Kepada kader kesehatan jiwa disarankan

* + - 1. Tetap semangat dan ikhlas dalam menjalankan tugas, terutama untuk kegiatan pendampingan kegiatan milleu therapy
			2. Monitor dan evaluasi perubahan kesehatan jiwa klien post pasung

Kepada Puskesmas disarankan:

Mempertahankan prestasi yang telah diraih dalam program bebas pasung, terus monitor dan evaluasi kondisi kesehatan jiwa klien post pasung serta selalu menjaga ketersediaan obat psikotropika bagi kiien gangguan jiwa

Tetap melanjutkan kegiatan milleu therapy sebagai modalitas terapi keperawatan jiwa bagi klien gangguan jiwa di wilayah kerja puskesmas Bantur.