

SKRIPSI
HUBUNGAN STRESSS KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING
PADA KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA



Disusun Oleh :

YONA BAGUS PRADANA

NIM. 17631627

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2022

SKRIPSI
HUBUNGAN STRESSS KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING
PADA KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA

Diajukan kepada Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo
untuk memperoleh gelar S1 Keperawatan (S.Kep)



Disusun Oleh :

YONA BAGUS PRADANA

NIM. 17631627

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

2022

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yona Bagus Pradana

NIM : 17631627

Instansi : Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Menyatakan bahwa yang berjudul “Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia” adalah bukan Skripsi orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Ponorogo, 05 Agustus 2022



Yona Bagus Pradana
NIM.17631627

LEMBAR PENGESAHAN

Hubungan Stresss Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita
Skizofrenia

Oleh :
Yona Bagus Pradana

Skripsi ini telah disetujui pada tanggal 1 Agustus 2022

Oleh :
Pembimbing I



Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 0731038002

Pembimbing II



Sulistyo Andarmoyo, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 0715127903

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Sulistyo Andarmoyo, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN 0715127903

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Skripsi ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo
Pada Tanggal 26 Januari 2022

PANITIA PENGUJI

Ketua : Laily isro'in, S.kep.,Ns.,M.kep

()

Anggota : 1.Saiful Nurhidayat, S.kep.,Ns.,M.kep

()

2. Sulistyo Andarmoyo, S.Kep, Ns, M.Kes (

)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Ponorogo


Sulistyo Andarmoyo, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0715127903

ABSTRAK

Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo

Yona Bagus Pradana
NIM. 17631627

Stress dapat timbul pada keluarga dengan anggota keluarga penderita skizofrenia karena dipengaruhi oleh kondisi kelelahan, gangguan fisik, psikologis, serta ketidakberdayaan keluarga dalam menghadapi kondisi stress. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan stress keluarga penderita skizofrenia dengan mekanisme koping di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini kuantitatif dengan desain *cross sectional* dengan pendekatan deskriptif korelatif. Sampel yang digunakan sejumlah 62 anggota keluarga penderita skizofrenia yang diperoleh melalui metode *purposive sampling*. Data dikumpulkan menggunakan instrumen kuesioner untuk kemudian dianalisis menggunakan uji *chi-square* dengan $\alpha < 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat stress keluarga pada keluarga penderita skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo diketahui bahwa responden yang mempunyai tingkat stress parah yaitu sebanyak 28 orang (46,7%), mekanisme koping keluarga pada keluarga penderita skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo diketahui bahwa responden dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 57 orang (95%). Kesimpulan dalam penelitian yaitu berdasarkan uji *chi-square* diperoleh *pvalue* $0,001 < 0,05$, sehingga H_a diterima yang diartikan sebagai berarti terdapat hubungan antara stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.

Kata Kunci: Stress Keluarga, Mekanisme Koping, Skizofrenia

ABSTRACT

Relationship of Family Stress with Coping Mechanisms in Families of Schizophrenia Patients in Paringan Village, Jenangan District, Ponorogo

Yona Bagus Pradana
NIM. 17631627

Stress can arise in families with family members with schizophrenia because it is influenced by fatigue conditions, physical, psychological disorders, and the powerlessness of the family in dealing with stressful conditions. This study aims to identify the relationship of family stress with schizophrenia with coping mechanisms in Paringan Village, Jenangan District, Ponorogo.

The method used in this research is quantitative with a cross sectional design with a descriptive correlative approach. The sample used was 62 family members with schizophrenia obtained through purposive sampling method. Data were collected using a questionnaire instrument and then analyzed using the chi-square test with < 0.05 .

The results showed that the level of family stress in families of schizophrenic patients at the Paringan Health Center, Jenangan, Ponorogo, it was known that the respondents who had severe stress levels were 28 people (46.7%), family coping mechanisms in the families of schizophrenic patients at the Paringan Public Health Center, Jenangan, Ponorogo found that respondents with adaptive coping mechanisms were 57 people (95%). The conclusion in the study, based on the chi-square test, obtained p-value $0.001 < 0.05$, so H_a is accepted which means that there is a relationship between family stress and coping mechanisms in families with schizophrenia.

Keywords: Family Stress, Coping Mechanisms, Schizophrenia

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan dengan judul “Hubungan stresss keluarga dengan mekanisme coping pada keluarga penderita skizofrenia”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Happy Susanto, M.A, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Ponorogo yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan.
2. Sulisty Andarmoyo, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
3. Saiful Nurhidayat, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo yang telah memberikan dan ijin dalam menyusun dan menyelesaikan skripsi ini.
4. Dr. Sugeng Mashudi, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikiran serta memberikan masukan yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir.
5. Sulisty Andarmoyo, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Pembimbing II yang juga telah banyak membantu memberikan kritik dan saran serta masukan dalam penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir.

6. Kepala Puskesmas Paringan Jenangan Ponorogo yang telah membantu memfasilitasi tempat untuk penelitian.
7. Seluruh keluarga kedua orangtua saya dan teman yang telah memberikan banyak motivasi serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat waktu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Ponorogo, 1 Agustus 2022

Yona Bagus Pradana
NIM. 17631627



DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR	i
SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Stresss	10
2.1.1 Pengertian Stresss	10
2.1.2 Jenis-jenis Stresss	11
2.1.3 Dampak Stresss	12
2.1.4 Faktor-faktor yang Menyebabkan Stresss.....	14
2.1.5 Alat Ukur Tingkat Stresss	17
2.2 Konsep Keluarga.....	18
2.2.1 Definisi Keluarga.....	18
2.2.2 Konsep Peran Keluarga.....	19
2.2.3 Fungsi Keluarga.....	21
2.2.4 Tipe Keluarga	21
2.3 Konsep Skizofrenia	23
2.3.1 Pengertian Skizofrenia	23
2.3.2 Jenis-jenis Skizofrenia	24
2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia	26
2.3.4 Penatalaksanaan Skizofrenia	26
2.4 Mekanisme Koping	27
2.4.1 Pengertian Mekanisme Koping	27
2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping ...	28
2.4.3 Strategi Koping.....	30
2.4.4 Penggolongan Mekanisme Koping.....	30
2.4.5 Pengkajian Mekanisme Koping.....	32
2.5 Kerangka Teori	37

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	39
3.1 Kerangka Konseptual	39
3.2 Hipotesis Penelitian.....	41
BAB 4 METODE PENELITIAN	42
4.1 Metode dan Desain Penelitian	42
4.1.1 Metode Penelitian	42
4.1.2 Desain Penelitian	42
4.2 Kerangka Operasional	43
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	44
4.3.1 Populasi.....	44
4.3.2 Sampel.....	44
4.3.3 Sampling	44
4.4 Variabel Penelitian.....	45
4.4.1 Variabel Dependen	45
4.4.2 Variabel Independen	45
4.5 Definisi Operasional Variabel	46
4.6 Instrumen Penelitian.....	47
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian	47
4.7.1 Lokasi Penelitian	47
4.7.2 Waktu Penelitian.....	47
4.8 Prosedur Pengumpulan Data dan Analisa Data	47
4.8.1 Prosedur Pengumpulan Data	47
4.8.2 Metode Pengumpulan Data	49
4.8.3 Analisa Data	49

4.9 Etika Penelitian	55
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	57
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	57
5.2 Keterbatasan Penelitian	57
5.3 Hasil Penelitian	58
5.3.1 Data Umum	58
5.3.2 Data Khusus	61
5.4 Pembahasan	63
5.4.1 Tingkat Stress Keluarga pada Keluarga Penderita Skizofrenia	63
5.4.2 Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia	77
5.4.3 Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia	87
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	92
6.1 Kesimpulan.....	92
6.2 Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kuesioner DASS-42	18
Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel.....	46



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	37
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	40
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informed Consent</i>	100
Lampiran 2. Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	101
Lampiran 3. Kuesioner Mekanisme Koping	102
Lampiran 4. Kuesioner DASS	104
Lampiran 5. Surat Permohonan Data Awal	105
Lampiran 6. Surat Rekomendasi Penelitian Bangkesbang	106
Lampiran 7. Hasil Uji Plagiasi	108
Lampiran 8. Surat Uji Etik	109
Lampiran 9. Tabulasi Data	110
Lampiran 10. Hasil Uji Statistika	118



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu penyakit otak yang ditimbulkan oleh adanya ketidakseimbangan pada dopamin yang merupakan salah satu sel kimia dalam otak (Masriadi, 2016). Skizofrenia dapat dialami oleh siapa saja dengan latar belakang apa saja. Adanya salah satu anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dapat menimbulkan stresss pada keluarga. Stress dapat ditimbulkan oleh beberapa faktor seperti stresssor keluarga, sumber coping dan persepsi terhadap stresssor keluarga, sumber coping dan persepsi terhadap stresssor. Dampak stress yang dialami keluarga dapat berlanjut pada kondisi kelelahan, gangguan fisik, psikologis, serta ketidakberdayaan keluarga dalam menghadapi kondisi stresss tersebut.

Prevalensi kejadian stress cukup tinggi dimana hampir lebih dari 350 juta penduduk dunia mengalami stress dan merupakan penyakit dengan peringkat ke-4 di dunia menurut WHO (2017). Berdasarkan studi yang dilakukan oleh fondasi kesehatan mental dunia di tahun 2018 terdapat 74% orang yang menderita stress yang tidak ditangani. Di Indonesia, prevalensi penderita stress berada di angka 13,4 dari seluruh penduduk jiwa (Pusdatin Kemenkes RI, 2017). Data Dinas Kesehatan Ponorogo menyatakan jumlah penderita stress di Ponorogo pada tahun 2020 sebanyak 2.301 orang, dan pada tahun 2014 penderita skizofrenia mencapai 2561 jiwa, di dalam data tersebut yang paling banyak memiliki penderita skizofrenia terbanyak terdapat di wilayah

kecamatan Sukorejo hingga mencapai 202 jiwa, kemudian kedua di wilayah jambon berjumlah 177 jiwa dan disusul kecamatan balong 164 jiwa.

Seseorang yang menderita gangguan jiwa (skizofrenia) melakukan perawatan di pelayanan kesehatan maupun di rumah. Pada saat perawatan di rumah, penderita skizofrenia seringkali tidak mampu menjalankan peran di keluarga akibat penyakit yang dideritanya sehingga terjadi perubahan pola peran dan tanggung jawab dalam keluarga yang merawat (WHO,2017). Bertambahnya peran dan tanggungjawab pada anggota keluarga yang lain berdampak pada berbagai aspek, diantaranya ekonomi, sosial, dan emosional yang turut berpengaruh terhadap penderita skizofrenia tersebut (Ae-Ngibise,.2015). Selain itu, keluarga dapat mengalami gangguan kesehatan, emosional dan finansial karena perilaku pasien yang sering berubah-ubah. Ketidakmampuan pasien untuk menghidupi dirinya sendiri dan disfungsi sosial pasien, stigma dan terganggunya pola tidur mereka (Magana et al.2019). Semua perubahan peran, tanggung jawab dan proses perawatan ini menyebabkan stresss pada anggota keluarga yang tinggal dengan pasien dan mengurangi kemampuan mereka dalam perawatan dan dukungan untuk keluarga lainnya (Urizar, 2016)

Seseorang yang menderita skizofrenia dapat menggunakan sumber daya yang dimiliki berupa dukungan sosial dari kerabat, teman terdekat, atau bahkan komunitasnya agar mampu beradaptasi dengan baik terhadap kondisi yang dialaminya. Selain itu, keluarga dengan kemampuan ketahanannya yang digunakan untuk keseimbangan keluarga sehingga dapat disebut resilien (Apostelina, 2012). Menurut Sills dan Steins (2007) resiliensi merupakan

adaptasi yang positif dalam menghadapi stres dan trauma. Resiliensi adalah pola pikir yang memungkinkan individu untuk mencari pengalaman baru dan untuk melihat kehidupannya sebagai suatu pekerjaan yang mengalami kemajuan. Keluarga yang religius sangat memberikan kontribusi untuk kesejahteraan pada anggota keluarga terutama pada individu yang mengalami gangguan jiwa (Zauszniewski Bekhet, & Suresky, 2010). Adanya penderita di tengah keluarga memunculkan beban secara fisik dan psikis untuk setiap anggota keluarga lain yang ada di dalamnya, terutama yang paling mendapatkan dampak adalah orang tua (Poegoeh & Hamidah, 2016).

Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa turut merasakan dampak yang berupa stress, mengalami kesulitan, dan kurangnya bantuan dari pelayanan kesehatan mental sehingga memicu terganggunya hubungan kekeluargaan (Poegoeh & Hamidah, 2016). Hubungan keluarga yang terganggu terjadi karena adanya perilaku negatif dan pola komunikasi yang tidak terjalin baik sehingga mempengaruhi proses kesembuhan anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Terganggunya hubungan keluarga selain disebabkan oleh perilaku penderita skizofrenia, dapat juga disebabkan oleh sikap anggota keluarga yang acuh tal acuh dan negatif yang kemudian memicu perilaku negatif pada penderita gangguan jiwa.

Pasien skizofrenia membutuhkan dukungan keluarga yang mampu memberikan perawatan secara optimal. Tetapi keluarga sebagai system pendukung utama sering mengalami beban yang tidak ringan dalam memberikan perawatan selama pasien dirawat di rumah sakit maupun setelah Kembali dari rumah. Beban tersebut bisa berupa financial dalam biaya

pengobatan, beban mental dalam menghadapi perilaku pasien dan beban sosial terutama menghadapi stigma dari masyarakat tentang anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Dampak dari beban yang dirasakan keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien. Jika keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien. Jika keluarga terbebani kemungkinan keluarga tidak mampu merawat pasien dengan baik (Nuraenah,2012).

Mekanisme koping adalah usaha yang diarahkan pada manajemen stress dan dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Mekanisme koping yang penanganannya konstruktif, saat kecemasan diperlukan sebagai sinyal peringatan dan individu tersebut menerima tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping penanganan destruktif destruktif menangkalkan kegelisahan tanpa menyelesaikan konflik, dengan menggunakan penghindaran (Stuart, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia. Dengan penelitian ini diharapkan keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia dapat mengontrol emosionalnya sehingga dapat mendukung dan mengoptimalkan dalam perawatan penderita skizofrenia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah bagaimana hubungan stress keluarga penderita skizofrenia dengan mekanisme koping?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan stress keluarga penderita skizofrenia dengan mekanisme koping di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tentang stress keluarga penderita skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo
2. Mengidentifikasi mekanisme koping penderita skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo
3. Menganalisis hubungan stress keluarga pada penderita skizofrenia dengan mekanisme koping di Desa Paringan Kecamatan Jenangan, Ponorogo

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan dan pengetahuan dalam hubungan stresss keluarga penderita skizofrenia dengan mekanisme koping. Serta dapat digunakan sebagai bahan acuan dalam upaya pencegahan yang efektif terhadap terjadinya stress keluarga, sehingga akan berdampak pada menurunnya stress keluarga.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien dan masyarakat

Pasien dapat lebih mendapatkan perhatian dari pihak keluarga dan masyarakat dan lebih di hargai, sehingga pasien dengan gangguan

jiwa skizofrenia lebih mendapat perawatan dalam proses penyembuhannya agar lebih cepat. Dan juga keluarga lebih bisa memmanagement stresssnya dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia

2. Bagi profesi

Sebagai bahan masukan tenaga medis/ perawat dalam memberi dukungan sosial yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa

3. Bagi institusi

Bagi dunia Pendidikan keperawatan khususnya institusi prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo untuk pengembangan ilmu dan teori keperawatan khususnya mata kuliah jiwa

4. Bagi peneliti

Mengetahui tentang hubungan dukungan sosial keluarga terhadap penderita gangguan jiwa skizofrenia, dan sebagai dasar untuk melakukan penelitian berbasis android secara lebih lanjut dalam mengembangkan profesi keperawatan dimasa mendatang tentang ilmu jiwa.

1.5 Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang telah dilakukan terkait “Hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia “ adalah sebagai berikut : Mirza Mirza, Raihan Rihan, Hendra Kurniawan, 2015. Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan kejiwaan kronik. Perawatan yang

lama terhadap pasien skizofrenia umumnya akan menimbulkan stress kepada keluarga terkait tingginya beban yang mereka tanggung. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara lamanya perawatan pasien skizofrenia dengan tingkat stress keluarga. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan desain *cross sectional survey*. Pengambilan sampel dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Aceh dengan menggunakan metode *accidental sampling* yang dilakukan pada 27 oktober – 27 november 2014. Jumlah responden adalah 34 orang. Seluruh responden diminta untuk mengisi kuesioner yang berisi identitas dan melakukan wawancara terpimpin dengan menggunakan kuesioner DASS yang telah dimodifikasi. Data diuji dengan uji *fisher* dengan signifikan $\alpha = 0,05$ atau 95%. Dari 34 responden terdapat 29 responden yang tidak mengalami stress (85,3%) dan 5 responden mengalami stress ringan (14,7%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga pasien skizofrenia tidak mengalami stress/normal meskipun membutuhkan waktu yang lama untuk merawat merawat pasien ($p=0,591 > 0,05$).

Perbedaannya penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variable lamanya perawatan sedangkan penelitian yang akan dilakukan adalah hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia persamaanya sama-sama menggunakan variabel stresss keluarga.

2. “Mekanisme koping dan dukungan sosial keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di ruang Wijaya Kusuma rumah sakit jiwa menur Surabaya” Dya Sustrami, Nur Chabibah, Muh Zul Azhri Rustam, 2019.

Keluarga terdapat berbagai permasalahan yang harus diselesaikan oleh anggota keluarga, agar tidak menimbulkan konflik dalam hubungan keluarga yang dapat meningkatkan mekanisme koping keluarga tersebut. Keluarga yang memiliki mekanisme koping negatif (maladaptif) akan memunculkan sikap seperti marah-marah dan merasa terbebani. Dalam pemberian asuhan keperawatan, dukungan keluarga ikut berperan untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional. Sampel penelitian ini adalah pasien yang dirawat di ruang wijaya kusuma Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sejumlah 25 Orang dengan teknik simple random sampling. Hasil penelitian ini terdapat hubungan mekanisme koping dan dukungan keluarga terhadap tingkat kekambuhan pasien Skizofrenia. beberapa penyebab kemampuan personal kurang baik sehingga menyebabkan strategi koping maladaptive dikarenakan ketidakmampuan pasien untuk selalu fokus dalam menerima informasi. dan dukungan keluarga yang diperoleh menggambarkan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia tidak bisa maksimal dan akan mempengaruhi tingkat kekambuhan pasien dikarenakan yakni pendidikan, usia, pendapatan, dan tempat tinggal keluarga. Jauhnya tempat tinggal pasien dengan rumah sakit membuat keluarga jarang untuk datang berkunjung.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan adalah lokasi tempat penelitian sedangkan tempat penelitian yang akan dilakukan adalah di Ponorogo. sedangkan persamaan penelitian ini dengan penelitian

yang akan dilakukan adalah sama-sama menggunakan variabel mekanisme koping.

3. “Hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan Riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012” oleh Nuraenah Nuraenah, Mustikasari Mustikasari, Yossie Susanti Eka Putri, Dukungan keluarga merupakan support system yang penting, diberikan oleh keluarga untuk mencegah dari gangguan mental dalam mengatasi beban keluarga. Tujuan penelitian mengidentifikasi “hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan”. Desain penelitian kuantitatif berupa descriptive correlational dengan rancangan cross sectional, dengan sampel yang berjumlah 50 orang. Instrumen dukungan keluarga dan beban keluarga dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian) dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Penelitian ini merekomendasikan pentingnya program pendidikan kesehatan jiwa pada keluarga yang merawat pasien dengan riwayat perilaku kekerasan dalam rangka meningkatkan.

Perbedaan penelitian ini dengan oleh penelitian yang dilakukan adalah wilayah atau tempat yang akan diteliti, jika penelitian pada jurnal ini dilakukan di kota Jakarta Timur maka penelitian yang akan dilakukan di Kota Ponorogo, kec Jenangan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stresss

2.1.1 Pengertian Stresss

Stress adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan (Vincent cornelli, dalam Donsu, 2017). Menurut (Spielberger, 2017) menyebutkan stress adalah tuntutan eksternal yang mengenai seseorang misalnya objek dalam lingkungan atau suatu stimulus yang secara obyektif adalah berbahaya. Stress juga bias diartikan sebagai tekanan, ketegangan, gangguan yang tidak menyenangkan yang berasal dari luar diri seseorang (donsu, 2017). Menyatakan bahwa stress adalah kondisi organic seseorang pada saat ini ia menyadari bahwa keberadaan atau integritas diri dalam keadaan bahaya, dan ia harus meningkatkan diri untuk melindungi diri (Donsu, 2017). Menyebutkan stress sebagai reaksi-reaksi fisikologis dan psikologis yang terjadi jika orang mempresepsi suatu ketidakseimbangan antara tingkat tuntutan yang dibebankan kepadanya dan kemampuannya untuk memenuhi tuntutan itu (Donsu,2017).

Stress didefinisikan sebagai ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental,fisik, emosional, dan spiritual manusia tersebut. Stress dapat dipandang dalam dua acara, sebagai stress baik dan stress buruk (*distress*). Stress yang baik disebut stress positif sedangkan stress yang buruk disebut stress negative.). Stress

adalah reaksi/respon tubuh terhadap stressor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan (Priyoto, 2014).

2.1.2 Jenis-jenis Stresss

Menurut Donsu (2017) secara umum stress dibagi menjadi dua yaitu:

1. Stress akut

Stress yang dikenal juga dengan *fight or flight response*. Stress akut adalah respons stress akut yang segera di intensif di beberapa keadaan dapat menimbulkan gemetar.

2. Stress kronis

Stress kronis adalah stress yang lebih sulit dipisahkan atau diatasi dan efeknya lebih Panjang dan lebih.

Menurut Priyoto (2014) menurut gejalanya stress dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Stress Ringan

Stress ringan adalah stressor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti banyak tidur, kemacetan lalu lintas, kritikan dari atasan, situasi stress ringan berlangsung beberapa menit atau jam saja.

Ciri-ciri stress ringan yaitu semangat meningkat, penglihatan tajam, energy meningkat namun cadangan energynya menurun, kemampuan menyelesaikan pelajaran meningkat, sering merasa lebih tanpa sebab kadang terdapat gangguan system seperti pencernaan otak , perasaan tidak santai. Stress ringan berguna

karena dapat memacu seseorang seseorang untuk berpikir dan berusaha lebih Tangguh menghadapi tantangan hidup.

2. Stress sedang

Stress sedang berlangsung lebih lama dari pada stress ringan. Penyebab stress sedang yaitu situasi yang tidak terselesaikan dengan rekan anak yang sakit atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga . Ciri ciri stress sedang yaitu sakit perut, mules, otot-otot terasa tegang, perasaan tegang, gangguan tidur, badan terasa ringan.

3. Stress Berat

Stress berat adalah situasi yang lama dirasakan oleh seorang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan, seperti perselisihan perkawinan secara terus menerus, kesulitan financial yang berlangsung lama karena tiidak ada perbaikan, berpisah dengan keluarga, berpindah tempat tinggal mempunyai penyakit kronis dan termasuk perubahan fisik, psikologis sosial pada usia lanjut.

Ciri-ciri stress berat yaitu sulit beraktifitas, gangguan hubungan sosial, sulit tidur, negatific, penurunan konsentrasi, takut tidak jelas, kelelahan meningkat, tidak mampu melakukan pekerjaan sederhana, gangguan sistim meningkat, perasaan takut meningkat

2.1.3 Dampak Stresss

Stress pada dosis dapat berdampak positif bagi individu. Hal ini dapat memotivasi dan memberikan semangat untuk menghadapi

tantangan. Sedangkan stress pada level seangkan stress pada level yang tinggi dapat menyebabkan depresi, penyakit kardiovaskuler, penurunan respon imun, dan kanker (Donsu, 2017).

Menurut Priyoto (2014) dampak stress dibedakan menjadi 3 kategori, yaitu :

1. Dampak Fisiologik

a. Gangguan pada organ tubuh hiperaktif dalam salah satu sistem tertentu

- 1) *Muscle nyopathy* : otot tertentu mengencang atau melemah
- 2) Tekanan darah naik : kerusakan jantung dan arteri
- 3) Sistem pencernaan : maag dan diare

b. Gangguan sistem reproduksi

- 1) Amenorrhea : tertahannya menstruasi
- 2) Kegagalam ovulasi pada wanita, impotensi pada pria, kurang produksi semen pada pria
- 3) Kehilangan gairah sex

2. Dampak Psikologik

a. Kelebihan emosi jenuh, penghayatan ini merupakan tanda pertama dan punya peran sentral bagi terjadinya burn-out.

b. Kewalahan/keletihan emosi.

c. Pencapaian pribadi menurun, sehingga berakibat menurunnya rasa kompeten dan sukses

3. Dampak Perilaku

- a. Manakah stress menjadi distress, prestasi belajar menurun dan sering terjadi tingkah laku yang tidak diterima oleh masyarakat.
- b. level stress yang cukup tinggi berdampak negatif pada kemampuan mengingat informasi, mengambil keputusan, mengambil langkah tepat.
- c. Stress yang berat seringkali banyak membolos atau tidak aktif mengikuti kegiatan pembelajaran

2.1.4 Faktor-faktor yang Menyebabkan Stress

Wahjono, Senot Imam (2010) menyatakan bahwa beberapa terdapat beberapa faktor yang menyebabkan stress antara lain :

1. Faktor lingkungan

Ketidakpastian lingkungan mempengaruhi rancangan struktur organisasi. Bentuk-bentuk ketidakpastian lingkungan ini antara lain ketidakpastian ekonomi berpengaruh terhadap seberapa pendapatan yang diterima oleh karyawan maupun reward yang diterima karyawan, ketidakpastian politik berpengaruh terhadap keadaan dan kelancaran organisasi dalam penggunaan teknologinya, dan ketidakpastian keamanan berpengaruh terhadap posisi dan peran organisasinya

2. Faktor organisasi

Beberapa faktor organisasi yang menjadi potensi sumber stress antara lain:

- a. Tuntutan tugas dalam hal desain pekerjaan individu, kondisi kerja, dan tata letak kerja fisik.
- b. Tuntutan peran yang berhubungan dengan tekanan yang diberikan pada seseorang sebagai fungsi dari peran tertentu yang dimainkan dalam sebuah organisasi termasuk beban kerja yang diterima individu.
- c. Tuntutan antar pribadi, yang merupakan tekanan yang diciptakan oleh karyawan lain seperti kurangnya dukungan sosial dan buruknya hubungan antar pribadi para karyawan
- d. Struktur organisasi yang menentukan tingkat diferensiasi dalam organisasi, tingkat aturan dan peraturan, dan dimana keputusan diambil. Aturan yang berlebihan dan kurangnya partisipasi individu dalam pengambilan keputusan merupakan potensi sumber stress
- e. Kepemimpinan organisasi yang terkait dengan gaya kepemimpinan dapat menciptakan budaya yang menjadi sumber stress

3. Faktor individu

Faktor individu menyangkut dengan faktor-faktor dalam kehidupan pribadi individu. Faktor tersebut antara lain persoalan keluarga, masalah ekonomi pribadi, dan karakteristik kepribadian bawaan. Menurut Robbins (2016) Setiap individu memiliki tingkat stress yang berbeda meskipun diasumsikan berada dalam faktor-faktor pendorong stress yang ada. Secara teoritis faktor perbedaan individu

ini dapat dimasukkan sebagai variabel *intervening*. Ada lima yang dapat menjadi variabel atau indikator yang dapat digunakan dalam mengukur kemampuan individu dalam menentukan tingkat stress yaitu pengalaman kerja merupakan pengalaman individu dalam suatu pekerjaan dan pendidikan yang ditekuninya, dukungan sosial merupakan dukungan dari diri sendiri atau orang lain dalam menghadapi masalah yang dialami termasuk bagaimana motivasi dari dalam diri individu maupun luar individu, ruang (*locus*) kendali merupakan cara dari seorang individu mengendalikan diri untuk menghadapi masalah yang ada, keefektifan dan tingkat kepribadian orang dalam menyikapi permusuhan dan kemarahan.

Tingkat stress juga terkait dengan penerapannya pengelolaan stress di dalam sebuah organisasi. Pendekatan pengelolaan stress ini dapat dijadikan variabel penelitian, untuk melihat pengaruh penerapan pendekatan ini terhadap tingkat stress pada organisasi. Dua pendekatan dan indikatornya sebagai berikut (Robbins, 2016) :

1. Pendekatan individu

Penerapan pendekatan ini dalam sebuah perusahaan dapat dilihat dari beberapa indikator yaitu pelaksanaan teknik manajemen waktu efektif dan efisien, adanya latihan fisik dan kompetitif seperti jogging, aerobik, berenang, adanya kegiatan pelatihan pengenduran (relaksasi) seperti meditasi, hipnotis dan *biofeedback* dan adanya perluasan jaringan dukungan sosial.

2. Pendekatan organisasi

Penerapan pendekatan ini dalam sebuah perusahaan dapat dilihat dari beberapa indikator yaitu adanya perbaikan mekanisme seleksi personil dan penempatan kerja, penggunaan penempatan dapat memberikan karyawan kendali yang besar dalam pekerjaan yang mereka tekuni, adanya peningkatan keterlibatan karyawan dalam pengambilan keputusan, adanya perbaikan komunikasi organisasi yang dapat mengurangi ambiguitas peran dan konflik peran, dan penegakan program kesejahteraan perusahaan yang memusatkan perhatian pada keseluruhan kondisi fisik dan mental karyawan.

2.1.5 Alat Ukur Tingkat Stresss

Alat ukur yang digunakan dalam pengukuran tingkat stresss dalam penelitian ini yaitu Kuesioner DASS-42 yang didalamnya terdapat 42 aspek penilaian dengan 3 skala yang diukur yaitu skala depresi, kecemasan, dan stresss. Dalam penelitian ini yang mengukur tingkat stresss, aspek pertanyaan yang digunakan dari kuesioner DASS-42 yaitu nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 7, 29, 32, 33, 35, dan 39 (Tabel kuesioner terlampir). *Self assesment* yang dilakukan dengan cara mengisi nilai 0: tidak terjadi, 1: jarang terjadi, 2: kadang-kadang terjadi, atau 3: sering terjadi pada setiap item. Skor akhir pada kuesioner DASS-42 dihitung berdasarkan total nilai akhir pada setiap gangguan sehingga maksimal total skor untuk setiap gangguan adalah sebesar $3 \times 14 = 42$. Tingkat keparahan setiap gangguan dapat dilihat dalam tabel berikut (Kusumadewi, 2020) :

Tabel 2.1 Kuesioner DASS

Tingkat	Tingkat Stresss
Normal	0-14
Ringan	15-18
Sedang	19-25
Parah	26-33
Sangat parah	>34

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari dalam masyarakat , keluarga di definisikan dengan istilah kekerabatan dimana suatu individu bersatu dalam ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga adalah mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dengan memberikan dukungan dan menjalankan kewajiban yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014)

Menurut Duval keluarga adalah sekumpulan orang yang berada dalam ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran bertujuan menciptakan dan mempertahankan upaya yang umum, mengingat perkembangan fisik, mental emosional, dan sosial dalam anggota keluarga (Harnilawati, 2013). Menurut keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan erat.

Keluarga adalah dua atau lebih induvidu yang tergabung karena hubungan darah , hubungan perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup dalam rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan erat.

Pada pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga yaitu dua manusia atau lebih yang dihubungkan dengan ikatan perkawinan, adopsi dan tinggal dalam satu rumah.

2.2.2 Konsep Peran Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari dalam masyarakat , keluarga di definisikan dengan istilah kekerabatan dimana suatu individu bersatu dalam ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga adalah mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dengan memberikan dukungan dan menjalankan kewajiban yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014).

Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran informal bersifat tidak tampak dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional keluarga dan memelihara keseimbangan keluarga. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah :

1. Peran formal

Peran parental dan pernikahan, diidentifikasi menjadi delapan peran yaitu peran sebagai provider (penyedia), peran sebagai pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (*kindship*), peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif), dan peran seksual

2. Peran informal

Terdapat berbagai peran informal yaitu peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

Sedangkan Effendi (2012) membagi peran keluarga sebagai berikut :

1. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anaknya, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberian rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota keluarga masyarakat dari lingkungannya.

2. Peranan ibu

Ibu sebagai istri dari suami dan anak-anaknya. Mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peran anak

Anak-anaknya melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, sosial, dan spiritual

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga terbagi atas :

1. Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan persepsi keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan individu sebagai hasil dari adanya interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial, fungsi ini melatih agar beradaptasi dengan kehidupan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menjaga kelangsungan hidup suatu keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

2.2.4 Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

1. Tipe keluarga tradisional

- a. *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak
- b. *Dyad family* adalah keluarga yang terdiri dari suami dan istri tapi tidak memiliki anak

- c. *Single parent* adalah keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak akibat kematian atau perceraian
 - d. *Single adult* yaitu kondisi dalam rumah tangga terdiri dari suatu orang dewasa yang tidak menikah
 - e. *Extended family* yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lainnya
 - f. *Middle-aged or elderly couple* adalah yaitu orang tua tinggal dirumah sendiri karena anak-anaknya sudah memiliki rumah tangga sendiri
 - g. *Kit-network family* keluarga besar yang tinggal bersama dan menggunakan pelayanan bersama
2. Tipe keluarga non tradisional
- a. *Unmarried parent and child family* adalah suatu keluarga yang di dalamnya terdiri dari orangtua dan anak tanpa adanya pernikahan
 - b. *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal dalam satu rumah tanpa adanya ikatan
 - c. *Gay and lesbian family* yaitu seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin yang tinggal dalam satu rumah seperti suami istri
 - d. *Nonmarital Heterosexual Cohabiting family* yaitu keluarga yang hidup bersama tanpa ikatan pernikahan dan berganti-ganti pasangan

- e. *Faster family* yaitu keluarga bisa menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara (Widagdo, 2016).

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Pengertian Skizofrenia

Keluarga adalah unit terkecil dari dalam masyarakat, keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana suatu individu bersatu dalam ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga adalah mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dengan memberikan dukungan dan menjalankan kewajiban yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014).

Skizhofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku, (Depkes RI, 2015).

Stuart (2016) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan penyakit otak yang persisten dan juga serius yang bisa mengakibatkan perilaku psikotik, kesulitan dalam memproses informasi yang masuk, kesulitan dalam hubungan *interpersonal*, kesulitan dalam memecahkan suatu masalah.

2.3.2 Jenis-jenis Skizofrenia

1. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pada pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat, jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi “pengemis” atau “penjahat” (Maramis, 2009).

2. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2009) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja, antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersolisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali

3. Skizofrenia katatonik

Menurut Maramis (2009), skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan

biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

- a. Stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba penderita bisa perlahan penderita keluar dari keadaan stupor dan mulai berbicara dan bergerak
- b. Gaduh gelisah katatonik terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi dengan rangsangan dari luar.

4. Skizofrenia paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan (Maranis, 2009).

5. Episode paranoid akut

Gejala skizofrenia ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan koma. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya (Maramis, 2009).

6. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini muncul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia (Maramis, 2009)

7. Skizofrenia skizoafektif

Disamping gejala-gejala depresi atau gejala mania. Jenis ini cenderung unruk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi juga mungkin timbul serangan (Maramis, 2009)

2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler dalam Maramis (2009) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Gejala primer, gejala 29 primer terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme.
2. Gejala sekunder, gangguan sekunder terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotorik lain

2.3.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

Ada beberapa macam terapi yang bisa kita lakukan dan berikan pada skizofrenia. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dan dengan jangka waktu yang relatif cukup lama. Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi, dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi : teraoi individu, terapi

kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan ketrampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2009).

WHO merekomendasikan sistem 4 level untuk penanganan masalah gangguan jiwa, baik berbasis masyarakat maupun pada tatanan kebijakan seperti puskesmas dan rumah sakit :

1. Level keempat adalah penanganan kesehatan jiwa keluarga
2. Level ketiga adalah dukungan dan penanganan kesehatan jiwa di masyarakat
3. Level kedua adalah penanganan kesehatan jiwa melalui puskesmas
4. Level pertama adalah pelayanan kesehatan jiwa komunitas

2.4 Mekanisme Koping

2.4.1 Pengertian Mekanisme Koping

Koping adalah Tindakan mental dan fisik untuk mengontrol, mengurangi atau membuat pengaruh stress baik dari eksternal dan internal (Rice, 1992). Koping merupakan usaha suatu individu untuk melakukan perubahan kognitif dan perilaku tetap dalam upaya dalam mengatur kebutuhan khusus eksternal dan internal yang dinilai mengganggu atau melalui sumber-sumber yang dilalui individu (Folkman, 1986).

Menurut Ahyar (2010) mekanisme koping adalah usaha individu untuk mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima tubuh dan beban tersebut menimbulkan respon tubuh yang sifatnya nonspesifik yaitu stress. Apabila mekanisme koping ini berhasil seseorang akan berhasil beradaptasi terhadap perubahan atau beban

tersebut. Mekanisme koping merupakan bentuk usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan individu untuk mengatur tuntutan eksternal dan internal yang timbul dari hubungan individu dan lingkungannya. Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat, yang dimulai sejak awal timbulnya stressor tersebut. Kemampuan belajar tergantung pada kondisi internal dan eksternal, sehingga yang berperan bukan hanya lingkungan membentuk stressor tetapi juga kondisi tempramen individu, persepsi, serta kognisi terhadap stressor tersebut (Kumboyono, Prima Yusifa Mega Adfan Pragawati dan Utami, 2014). Jadi yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Cara individu dalam menanggulangi stress tergantung pada sumber koping yang tersedia misalnya , asset, ekonomi, bakat dan kemampuan, tehnik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Individu yang sama dapat berkoping secara berbeda dari suatu waktu ke waktu yang lain

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping yaitu (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam (Nasir, Abdul dan Muhith, 2011) :

1. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengalami stress individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakina menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan atau nasib (*external locus of control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tiper : *problem solving focused coping*.

3. Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif Tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan suatu Tindakan yang tepat.

4. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertindak laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.

5. Dukungan Sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Aspek-aspek koping terhadap stress : keaktifan diri, perencanaan, control diri, mencari dukungan sosial, mengingkari, penerimaan, religiulitas.

2.4.3 Strategi Koping

Menurut Mooss (1984) yang dikutip oleh (Jannah, 2017) koping yang negatif :

1. Penyangkalan (*avoidance*) Penyangkalan meliputi penolakan untuk menerima dan menghargai keseriusan penyakit.
2. Menyalahkan diri sendiri (*self-blame*) Koping ini muncul sebagai reaksi terhadap suatu keputusan. Seseorang merasa bersalah dan semua yang terjadi akibat dari perbuatannya.
3. Pasrah (*Wishfull thinking*) Seseorang merasa pasrah terhadap masalah yang menimpanya, tanpa adanya usaha dan motivasi untuk menghadapi

2.4.4 Penggolongan Mekanisme Koping

Menurut Stuart and Sunden (1995) dalam (Nasir, Abdul dan Muhith, 2011) berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi dua yaitu :

1. Mekanisme Koping Adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif. Mekanisme koping adaptif antara lain adalah berbicara dengan orang lain dan mencari informasi tentang masalah yang dihadapi, disamping usaha juga berdoa, melakukan latihan fisik untuk mengurangi ketegangan masalah, membuat berbagai alternatif tindakan untuk mengurangi situasi, dan merasa yakin

bahwa semua akan kembali stabil, mengambil pelajaran dari peristiwa atau pengalaman masa lalu.

2. Mekanisme Koping Maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan, menghindar. Perilaku mekanisme koping maladaptif antara lain perilaku agresi dan menarik diri. Perilaku agresi (menyerang) terhadap sasaran atau berupa benda, barang atau orang atau bahkan dirinya sendiri. Adapun perilaku menarik diri yang dilakukan adalah menggunakan alkohol, obat-obatan, melamun dan fantasi, banyak tidur, menangis, beralih pada aktifitas lain.

Mekanisme koping dibedakan menjadi 2 tipe (Juniati, 2017) :

1. Mekanisme koping berfokus pada masalah (problem focused coping) meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi, dan meminta nasehat.
2. Mekanisme koping berfokus pada emosi (emotional focused coping) meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Koping ini dilakukan bila individu tidak mampu mengubah kondisi yang penuh stress, individu akan cenderung mengatur emosinya. Strategi yang digunakan yaitu : kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif,

menerima tanggung jawab dan penghindaran. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang merasa lebih baik

2.4.5 Pengkajian Mekanisme Koping

Koping yang dikaji melalui berbagai aspek, salah satunya adalah aspek psikososial Keliat, (1999) dalam penelitian (Lestari, 2018) yaitu :

1. Reaksi Orientasi Tugas Berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistis, dapat berupa konstruktif atau destruktif. Misal :
 - a. Perilaku menyerang (agresif) biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk memuaskan kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber-sumber baik secara fisik atau psikologis.
 - c. Perilaku kompromi digunakan untuk merubah cara melakukan, merubah tujuan atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang.
2. Mekanisme Pertahanan Ego bertujuan untuk mengatur tekanan emosional dan memberikan perlindungan dari kecemasan dan stress. Mekanisme pertahanan ego membantu individu beradaptasi dengan stress secara tidak langsung. Mekanisme pertahanan ego, yang sering disebut mekanisme pertahanan mental. Menurut (Yusuf, Ah dan PK, 2015) mekanisme pertahanan ego, yaitu sebagai berikut :

a. Fantasi

Keinginan yang tidak terakumulasi dipuaskan dalam imajinasi, mengkhayal seolah-olah menjadi seperti yang diinginkan.

b. Penyangkalan (denial)

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah paling sederhana dan primitif.

c. Represi

Secara tidak sadar menekan pikiran yang berbahaya dan menyedihkan dari alam sadar ke alam tidak sadar, semacam penyingkiran.

d. Supresi

Individu secara sadar menolak pikirannya keluar dari alam sadarnya dan memikirkan hal yang lain. Supresi tidak begitu berbahaya karena dilakukan secara sengaja dan individu mengetahui apa yang dibuatnya.

e. Identifikasi (*identification*)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.

f. Sublimasi

Mencari pemuasan atau menghilangkan keinginan seksual dalam kegiatan nonseksual. Nafsu yang tidak terpenuhi

(terutama seksual) 20 disalurkan kepada kegiatan lain yang dapat diterima oleh masyarakat.

g. Introjeksi (*intrijection*)

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani.

h. Isolasi

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.

i. Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau implus pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan, perasaan emosional, dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi.

j. Rasionalisasi

Mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk menghalalkan/membenarkan implus, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima.

k. Reaksi formasi

Pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari, yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin lakukan.

l. Simpatisme

Berusaha mendapat simpati dengan cara menceritakan berbagai kesukarannya, misal penyakit atau kesusahan orang lain.

m. Memberontak

Mengurangi kecemasan yang dibangkitkan oleh berbagai keinginan yang terlarang dengan membiarkan ekspresinya dan melakukannya.

n. Penyekatan emosional

Mengurangi keterlibatan ego dan menarik diri menjadi pasif untuk melindungi diri sendiri dari kesakitan atau kekecewaan.

o. Pelepasan atau penebusan (*undoing*)

Meniadakan atau membatalkan suatu pikiran. Kecenderungan atau tindakan yang tidak disetujui / tidak bermoral. Bentuk pelepasan/penebusan antara lain meminta maaf, menyesalkan, memberi pilihan, atau melakukan penitensi dan menjalani hukuman.

p. Pemindahan Emosi atau fantasi terhadap seseorang atau benda

dicurahkan kepada seseorang/benda lain yang biasanya lebih kurang berbahaya dari semula.

q. Kompensasi

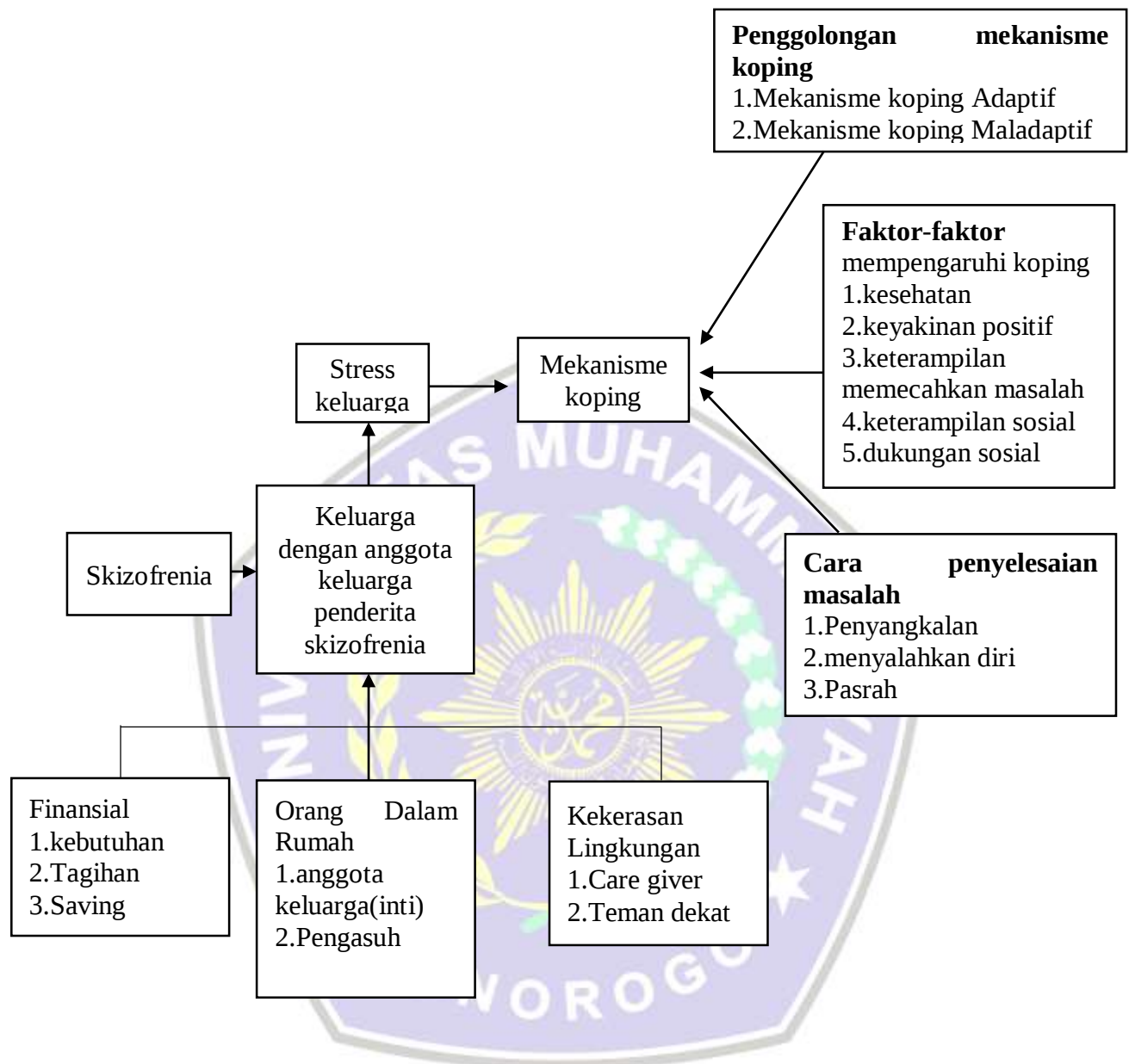
Menutupi kelemahan dengan menonjolkan sifat yang baik atau frustrasi terhadap satu bidang, bisa juga mencari kepuasan secara berlebihan dalam bidang ini.

r. Regresi

Mundur ketingkat perkembangan yang lebih rendah, dengan respons yang kurang matang dan biasanya dengan aspirasi yang kurang



2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Teori Green, L)

1. Finansial, ketegangan keuangan keluarga didefinisikan sebagai ketidakmampuan ibu untuk memenuhi kewajiban keuangan
2. Orang dalam rumah, para ibu melaporkan jumlah orang dewasa yang tinggal serumah dengan mereka berisi keluarga inti (ayah, ibu, anak) dan

pengasuh yang beratrti orang terdekat yang bertanggung jawab mengasuh anggota keluarga yang stress

3. Kekerasan Lingkungan, di konteks ini diartikan bahwa kekerasan lingkungan seperti omongan dari tetangga dan teman dekat juga berpengaruh mengakibatkan stress bagi penderita



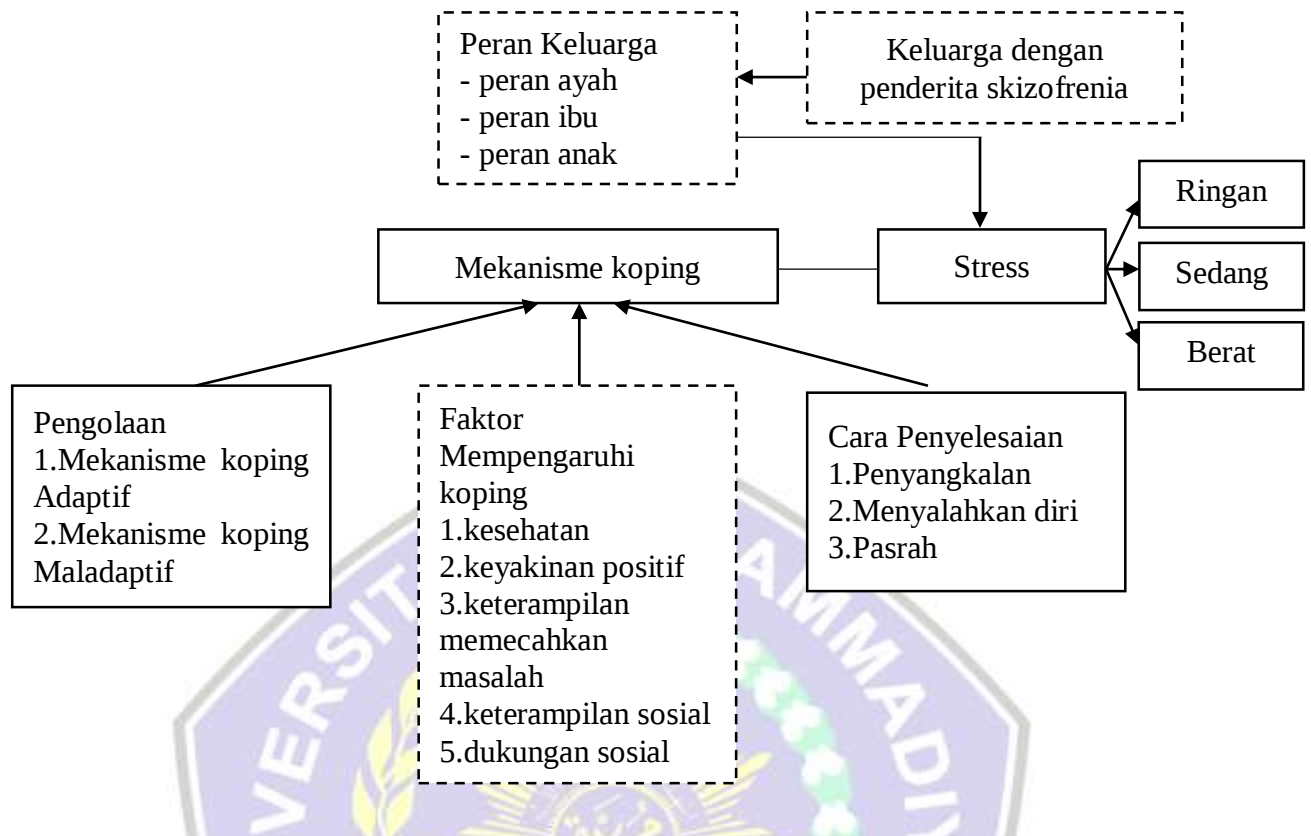
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

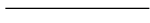
Kerangka konsep adalah suatu hubungan yang akan menghubungkan secara teoritis antara variabel-variabel penelitian, yaitu antara variabel independent dan variabel dependen yang akan diamati dan diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Sugiono, 2014). Berdasarkan kerangka teori, maka disusun kerangka konsep mengenai pengukuran stresss keluarga penderota skizofrenia sebagai berikut :





Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Keterangan

-  : diteliti
 : tidak diteliti
 : berpengaruh
 : berhubungan

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk pernyataan (Sugiyono, 2016). Berdasarkan konsep diatas penelitian menggunakan hipotesis sebagai berikut :

- H0 : Tidak ada hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia
- H1 : Ada hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Metode dan Desain Penelitian

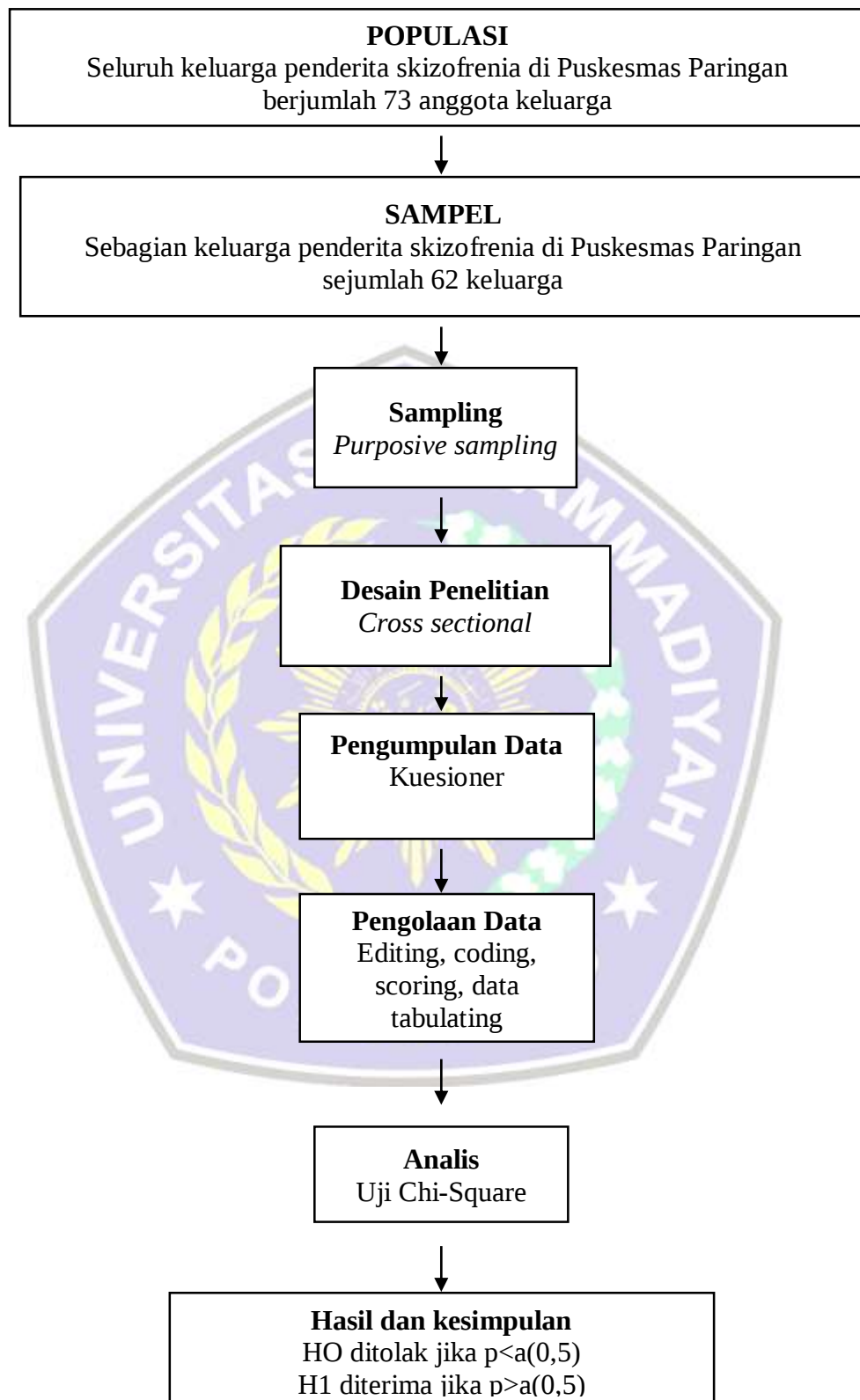
4.1.1 Metode Penelitian

Metodologi penelitian merupakan cara untuk memecahkan masalah menurut metode keilmuan. Dalam menyusun, metode penelitian harus diuraikan secara rinci antara lain: desain penelitian, variable penelitian, kerangka, kerja, populasi, sampel, dan sampling penelitian, analisa data, lokasi, dan waktu penelitian.

4.1.2 Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian ini merupakan strategi yang digunakan untuk mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data serta digunakan dalam mengidentifikasi struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2006). Jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan desain penelitian *cross sectional* dengan pendekatan deskriptif korelatif. Penelitian ini bertujuan untuk : Hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.

4.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Hubungan Stresss Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variable yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam, 2006). Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh pasien gangguan jiwa di puskesmas pembantu paringan kecamatan Jenangan 73 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2016). Sampel pada penelitian ini adalah keluarga pasien gangguan jiwa yang ada di wilayah Kabupaten Ponorogo yaitu 62 responden. Penentuan jumlah sampel responden menggunakan rumus (*slovin*).

$$N = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

$$N = \frac{73}{1 + 73 (0,05)^2}$$

$$N = \frac{73}{1 + 73 (0,0025)}$$

$$N = \frac{73}{1 + 0,1825}$$

$$N = \frac{73}{1,1825}$$

$$N = 61,75 \approx 62$$

4.3.3 Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Teknik sampling merupakan cara yang

digunakan dalam pengambilan sampel agar memperoleh yang sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2016). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah Simple Random Sampling, yang merupakan suatu tehnik pengambilan sampel secara acak dimana setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk terpilih menjadi sampel.

4.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Variabel juga diartikan sebagai konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2016).

4.4.1 Variabel Dependen

Variabel dependen disebut juga sebagai variabel terikat, dimana variabel ini dipengaruhi / memperoleh pengaruh dari variabel bebas (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini, variabel dependen yaitu mekanisme koping.

4.4.2 Variabel Independen

Variabel independen merupakan variabel bebas yang memberikan pengaruh atau menimbulkan sebab pada variabel terikat (Sugiyono, 2016). Yang dimaksud variabel independen dalam penelitian ini yaitu stresss keluarga.

4.5 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Stresss keluarga	Gangguan pada tubuh dan pikiran yang dialami keluarga	Stress keluarga	Kuesioner DASS	Nominal	Normal (0,14), ringan (15-18), sedang (19-25) Berat (26-33) Sangat berat (>34)
Mekanisme koping	Tindakan menyesuaikan diri dari Tindakan	1. Meminta dukungan pada individu lain 2. Melihat sesuatu dari segi positifnya 3. Cenderung realistis 4. Menjauhi permasalahan dengan menyibukan diri 5. Menarik diri 6. Cenderung bersifat emosional	Kuisisioner	Ordinal	Kategori ; 1. >50= maladaptive 2. <50=adaptive

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial / variabel penelitian yang diamati (Sugiyono, 2016). Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, dalam hal ini kuesioner untuk mekanisme koping dan kuesioner DASS 42 untuk stress.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini berada di wilayah kerja puskesmas Paringan. Pemilihan lokasi penelitian dikarenakan rekomendasi dari pembimbing

4.7.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada:

Penyusunan	: Agustus-Oktober 2021
Seminar	: Desember 2021
Pengumpulan data penelitian	: Januari-Maret 2022
Penyusunan laporan penelitian	: Maret-Juni 2022
Pengujian hasil penelitian	: Agustus 2022

4.8 Prosedur Pengumpulan Data dan Analisa Data

4.8.1 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian prosedur yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Peneliti mengurus ijin pengambilan data awal dengan membawa surat dari FK Universitas Muhammadiyah Ponorogo kepada kepala Dinas Kesehatan Ponorogo

2. Mengurus ijin peneilitian dengan membawa surat dari FK Universitas Muhamamdiyah Ponorogo
3. Mengurus surat ijin penelitian yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Ponorogo ke tempat penelitian, yaitu diwilayah kerja Puskesmas Paringan
4. Setelah peneliti selesai mengurus perihal perijinan, peneliti menentukan jadwal dalam melakukan pengambilan responden di wilayah kerja Puskesmas Paringan
5. Dari responden, ditentukan sampel yang berjumlah responden. Kemudian peneliti menentukan jadwal penelitian
6. Peneliti memperkenalkan diri dan memberi memberikan penjelasan kepada calon responden dan bila bersedia menjadi responden dipersilakan untuk menandatangani *inform consest*
7. Apabila calon responden menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti tidak boleh memaksa
8. Peneliti melakukan penelitian dengan memberikan kuesioner mekanisme koping dan kuesioner DASS kepada responden.
9. Responden mengisi kuesioner sesuai dengan petunjuk yang tertera dalam lembar kuesioner.
10. Kuesioner yang telah diisi dengan lengkap kemudian dikumpulkan kembali kepada peneliti.
11. Peneliti melakukan pemeriksaan kelengkapan kuesioner yang telah terkumpul.

12. Peneliti melakukan pengolahan data, dan kemudian data yang telah terkumpul dianalisa.

4.8.2 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode kuesioner.

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang efisien jika peneliti mengerti dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan oleh responden (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini, kuesioner yang digunakan yaitu kuesioner DASS 42 untuk mengukur tingkat stresss pada keluarga dengan anggota keluarga menderita skizofrenia. Kuesioner DASS 42 untuk mengukur tingkat stresss ini terdiri atas 14 butir pernyataan. Selain itu, kuesioner dalam penelitian ini juga digunakan untuk mengukur nilai coping yang terdiri atas 12 butir pernyataan.

4.8.3 Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah seluruh informasi terkumpul dari masing-masing responden. Menurut Sugiyono (2016), analisa data merupakan kegiatan mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, melakukan tabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, menghitung data yang ada guna menjawab rumusan masalah, dan

melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan. Analisis data dimulai dengan pengolahan data terlebih dahulu, yang meliputi proses-proses yaitu :

1. Penyuntingan (*Editing*)

Merupakan kegiatan memeriksa kelengkapan serta kejelasan data yang diperoleh dari responden. Data yang telah terkumpul melalui lembar observasi dan kuesioner diseleksi berdasarkan kriteria sampel (Notoadmodjo, 2012).

2. Pengodean (*Coding*)

Merupakan proses identifikasi dan klasifikasi data dengan menggunakan beberapa tanda atau simbol pada tiap jawaban responden berdasarkan variabel yang diteliti (Notoadmodjo, 2012).

Tahapan ini berfungsi untuk memudahkan penyimpanan arsip data.

Kode yang diberikan pada penelitian ini yaitu :

a. Nama responden : inisial

b. Jenis Kelamin

Laki-laki : 1

Perempuan : 2

c. Usia

20-30 tahun : 1

31-40 tahun : 2

41-50 tahun : 3

>51 tahun : 4

d. Pendidikan

Tidak sekolah	: 1
SD	: 2
SMP	: 3
SMA	: 4
Perguruan Tinggi	: 5

e. Pekerjaan

Wiraswasta	: 1
Pedagang	: 2
Petani	: 3
PNS	: 4
Lain-lain	: 5

f. Karakteristik lingkungan

Perkotaan	: 1
Pedesaan	: 2

g. Status Perkawinan

Lajang	: 1
Kawin	: 2
Cerai	: 3

h. Hubungan kekeluargaan

Keluarga inti	: 1
Keluarga dekat	: 2

3. Tabulasi

Merupakan tahapan terakhir dimana data yang kita dapat disusun, dihitung berdasarkan kode yang tertera sebelumnya (Notoadmodjo, 2012).

4. Memasukkan data pada program penghitung statistika

Dengan memasukkan data pada program penghitung statistika, dalam penelitian ini menggunakan program SPSS. Hasil pada penelitian dimunculkan dalam bentuk tabel analisis yang berisi tentang hubungan dua variabel yang telah dianalisis

Setelah data diolah kemudian dilakukan analisis berdasarkan pengelompokan data, yaitu data umum dan data khusus. Analisis yang dilakukan pada penelitian ini yaitu :

1. Analisis univariat

Analisa univariat adalah Analisa yang digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel bebas (independent) dan variabel terikat (dependen). Peneliti menggunakan Analisa univariat dengan tujuan untuk menganalisis data umum yang mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel. Hasil analisis ini diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Data akan dianalisa dibuat prosentase dengan rumus :

$$P = \frac{\sum f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : prosentase

N : jumlah sampel

f : frekuensi jawaban

Pengolahan data memberikan hasil yang dapat diinterpretasikan menggunakan skala :

- 100% : seluruhnya
- 75% - 99% : hampir seluruh ya
- 51%- 74% : Sebagian besar,
- 50% : Setengahnya
- 25%-49% : Hampir Setengahnya
- 1%-24% : Sebagian Kecil
- 0% : Tidak Satupun

Setelahnya merupakan tahapan memberikan skor atau nilai pada hasil pengukuran variabel pada responden dengan memberi nilai. Pada penelitian ini, skor variabel stresss keluarga berdasarkan kuesioner DASS-42 dinyatakan sebagai berikut :

- a. Normal 0-14
- b. Ringan 15-18
- c. Sedang 19-25
- d. Parah 26-33
- e. Sangat parah >34

Sedangkan pada variabel mekanisme koping dinyatakan dengan skor sebagai berikut :

- a. Koping adaptif : >50
- b. Koping maladaptif : ≤50

2. Analisis bivariat

Analisa bivariat dapat diartikan berupa analisa hasil dari variabel independent dan variabel dependent. Analisa yang digunakan adalah tabulasi silang. Untuk menguji hipotesa dilakukan pengujian Analisa statistic menggunakan metode *chi square* dengan taraf kepercayaan sebesar 95% (0,05) supaya dapat diketahui ada tidaknya hubungan yang bermakna secara statistic dibantu dengan menggunakan program SPSS. Data masing-masing sub variabel dimasukan dalam tabel setelahnya dibandingkan antara nilai Pvalue dengan nilai alpha (0,05) dengan ketentuan. H_a diterima jika nilai Pvalue $< 0,05$ artinya ada hubungan antara variabel independent dan variabel dependen. H_0 ditolak jika nilai Pvalue $\geq 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan antara variabel independent dengan variabel dependen.

3. Uji Chi-Square

Uji Chi-square atau qai-kuadrat digunakan untuk melihat ketergantungan antara variabel bebas dan variabel tergantung berskala nominal atau ordinal. Prosedur uji chi-square menabulasi satu atau variabel ke dalam kategori-kategori dan menghitung angka statistik chi-square. Untuk satu variabel dikenal sebagai uji keselarasan atau *goodness of fit test* yang berfungsi untuk membandingkan frekuensi yang diamati (f_o) dengan frekuensi yang diharapkan (f_e). Jika terdiri dari 2 variabel dikenal sebagai uji independensi yang berfungsi untuk hubungan dua variabel. Seperti sifatnya, prosedur uji chi-square dikelompokkan kedalam statistik uji non-parametrik. Semua variabel yang akan dianalisa harus bersifat numerik

kategorikal atau nominal dan dapat juga berskala ordinal. Prosedur ini didasarkan pada asumsi bahwa uji nonparametrik tidak membutuhkan asumsi bentuk distribusi yang mendasarinya. Data diasumsikan berasal dari sampel acak. Frekuensi yang diharapkan (f_e) untuk masing-masing kategori harus setidaknya : Tidak boleh lebih dari dua puluh (20%) dari kategori mempunyai frekuensi yang diharapkan kurang dari 5. Jika hal diatas tersebut terjadi dan tabel silang 2x2 maka gunakan uji "Fisher Exact" (Riyanto, 2010).

4.9 Etika Penelitian

Etika merupakan gambaran dari aspek-aspek etik yang dipergunakan untuk menjadi pertimbangan asuhan keperawatan bagi pasien sampai dengan proses dokumentasi yang dilakukan. Penelitian dalam ilmu keperawatan memiliki subjek 90% yang digunakan adalah manusia, sehingga peneliti harus memahami prinsip – prinsip dalam etika penelitian (Nursalam, 2016).

Pada penelitian ini, kelayakan etik diterbitkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Jember dengan nomor etik 4162/B.1/KEPK-FKUMS/IV/2022. Dalam melakukan penelitian terdapat etika yang harus diperhatikan, menurut (Winarno, 2018) sebagai berikut :

1. *Informed consent*

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden sebelum penelitian dilakukan dengan memberi lembar persetujuan untuk bersedia menjadi responden.

2. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang telah didapatkan selama pelaksanaan berlangsung

3. *Anonymity*

Tidak mencatumkan nama responden pada lembar observasi, hanya menuliskan inisial nama pada pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan hasil analisis dan pembahasan berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Kabupaten Ponorogo dengan judul penelitian yaitu “Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia” dan responden sejumlah 60 orang.

Bab ini berisi tentang gambaran umum lokasi penelitian, keterbatasan penelitian, hasil penelitian, serta pembahasan berdasarkan hasil penelitian tersebut. Berikut merupakan pembahasan terkait poin-poin tersebut.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas pembantu (Pustu) Kesehatan Jiwa yang dibangun di lahan Desa Paringan, Kecamatan Jenangan, Kabupaten Ponorogo. Puskesmas Pembantu (Pustu) Paringan memiliki fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dengan kapasitas 16 pasien, dimana unit rehabilitasi dikhususkan untuk pemulihan pascapasien gangguan jiwa menjalani perawatan di rumah sakit, serta dilengkapi dengan unit rehabilitasi jiwa 24 jam. Di fasilitas Pustu Paringan itu ada dua ruangan terpisah antara perempuan dan laki-laki. Selain itu, ada ruangan dapur, tempat makan, dan aula untuk tempat pasien berkreasi. Di bagian depan Pustu juga dilengkapi dengan tempat pendaftaran, dalam pelaksanaannya Pustu Paringan menjadi akomodir untuk rehabilitasi ODGJ setelah dari Rumah Sakit.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini belum optimal, karena peneliti menyadari masih terdapat kekurangan dan keterbatasan diantaranya terkait faktor- faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi dukungan keluarga dan stress karena

peneliti tidak mengikutsertakan faktor-faktor tersebut dalam penelitian, sehingga bisa dijadikan perhitungan dalam penelitian selanjutnya untuk bisa meneliti faktor-faktor yang mempengaruhinya.

5.3 Hasil Penelitian

5.3.1 Data Umum

Data umum terkait dengan demografi responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan.

1. Karakteristik Responden berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
31-40 tahun	12
41-50 tahun	18
>51 tahun	30
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.1 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden mempunyai rentang usia yang berbeda, yaitu rentang usia 31-40 tahun sebanyak 12 responden sedangkan rentang usia >50 tahun sebanyak 30 responden.

2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Laki-laki	30
Perempuan	30
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.2 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 30 responden (50%) atau setengah dari jumlah responden, dan jenis kelamin perempuan sebanyak 30 responden (50%).

3. Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
SMP	24
SMA	36
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.3 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar mempunyai latar belakang pendidikan SMA yaitu sebanyak 36 responden (60%), sedangkan responden dengan Pendidikan SMP sebanyak 24 (40%).

4. Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Karakteristik Responden berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Wiraswasta	27
Pedagang	5
Petani	16
IRT	12
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.4 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar bekerja sebagai Wiraswasta yaitu sebanyak 27 responden (45%) dan presentase terkecil yaitu bekerja sebagai pedagang yaitu sebanyak 5 responden (8,3%).

5. Karakteristik Responden berdasarkan Karakteristik Lingkungan

Tabel 5.5 Karakteristik Responden berdasarkan Karakteristik Lingkungan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Pedesaan	60
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.5 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden (100%) keseluruhan berkarakteristik lingkungan di pedesaan.

6. Karakteristik Responden berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.6 Karakteristik Responden berdasarkan Status Perkawinan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Kawin	56
Cerai	4
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.6 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar mempunyai status perkawinan (kawin) yaitu sebanyak 56 orang (93,3%), sedangkan responden dengan status perkawinan (cerai) sebanyak 4 orang (6,7%).

7. Karakteristik Responden berdasarkan Hubungan Kekeluargaan

Tabel 5.7 Karakteristik Responden berdasarkan Hubungan Kekeluargaan di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Keluarga Inti	51
Keluarga Dekat	9
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.7 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar mempunyai hubungan kekeluargaan inti sebanyak 51 orang (85%), sedangkan responden dengan hubungan kekeluargaan dekat sebanyak 9 orang (15%)

5.3.2 Data Khusus

1. Tingkat Stress Keluarga pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Tabel 5.8 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Stress Keluarga pada Keluarga Penderita Skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Ringan	8
Sedang	24
Parah	28
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.8 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar mempunyai tingkat stress parah yaitu sebanyak 28 orang (46,7%) sedangkan presentase terendah yaitu responden dengan tingkat stress rendah sebanyak 8 orang (13,3%).

2. Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Tabel 5.9 Karakteristik Responden berdasarkan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo (n=60)

Keterangan	Jumlah
Adaptif	57
Maladaptif	3
Total	60

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.9 tersebut diatas, diketahui bahwa dari 60 responden sebagian besar mempunyai mekanisme koping adaptif sebanyak 57 orang (95%) sedangkan responden dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 3 orang (5%).

3. Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Tabel 5.10 Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia (n=60)

Keterangan Tingkat Stress	Mekanisme Koping				Total	
	Koping Adaptif		Koping Maladaptif		N	F
	N	F	N	F		
Ringan	5	8,3	3	5,0	8	13,3
Sedang	24	40,0	0	0,0	24	40,0
Parah	28	46,7	0	0,0	28	46,7
Total	57	95,0	3	5,0	60	100,0
Pvalue					0,001	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.10 dapat diketahui bahwa dari 60 responden didapatkan 8 responden dengan tingkat stress ringan sebanyak 5 responden (8,3%) dengan mekanisme koping adaptif, 3 responden (5%) dengan mekanisme koping maladaptif. Sedangkan dari 60 responden juga didapatkan 24 responden dengan tingkat stress sedang, sebanyak 24 responden (40%) dengan mekanisme koping adaptif. Selanjutnya dari 60 responden didapatkan 28 responden dengan tingkat stress parah, sebanyak 28 responden (28%). Sehingga dari 60 responden didapatkan 57 responden dengan mekanisme koping adaptif, sebanyak 5 responden (8,3%) dengan tingkat stress ringan, 24 responden (40%) dengan tingkat stress sedang, 28 responden (46,7%) dengan tingkat stress parah.

Sedangkan 3 responden dengan mekanisme koping maladaptif, sebanyak 3 responden (5%) dengan tingkat stress ringan.

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia ditunjukkan dengan hasil perhitungan *Chi-Square* dengan menggunakan SPSS didapatkan *p value* 0,001 dengan alpha 0,05. Kesimpulan pada penelitian ini adalah $p \text{ value } (0,005) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat hubungan antara stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.

5.4 Pembahasan

5.4.1 Tingkat Stress Keluarga pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Dari hasil analisis data khusus pada tabel 5.8 tingkat stress keluarga pada keluarga penderita skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo diketahui bahwa responden yang mempunyai tingkat stress parah yaitu sebanyak 28 orang (46,7%), dan responden dengan tingkat stress sedang sebanyak 24 orang (40%), sedangkan presentase terendah yaitu responden dengan tingkat stress rendah sebanyak 8 orang (13,3%). Stres merupakan istilah yang membingungkan karena adanya pendapat-pendapat yang sangat beranekaragam. Dalam arti umum stres merupakan pola reaksi serta adaptasi umum, dalam arti pola reaksi menghadapi stresor, yang dapat berasal dari dalam maupun luar individu yang bersangkutan, dapat nyata maupun tidak nyata sifatnya. Stres sendiri dapat berbentuk

bermacam-macam tergantung dan ciri-ciri individu yang bersangkutan, kemampuan untuk menghadapi (*coping skills*) dan sifat stresor yang dihadapinya (Musradinur, 2016). Stres merupakan keadaan dimana seseorang mengalami tekanan yang berlebihan, tekanan yang dirasakan ini biasanya muncul karena tidak seimbangnya pemenuhan kebutuhan atau keinginan seseorang. Stres bisa dirasakan siapa saja dan dimana saja, entah itu stress yang terjadi pada individu, keluarga atau kelompok. Stres yang dihadapi keluarga dengan adanya pasien gangguan jiwa ditunjukan dengan perubahan dalam waktu istirahat, perubahan nafsu makan, hilangnya ketertarikan dalam menjalani hiburan yang dulu menyenangkan, dan terganggu dalam melakukan ibadah. Oleh karena itu, keluarga perlu mendapat pertolongan untuk mencegah stres berlanjut, karena keluarga merupakan populasi yang berisiko mempunyai masalah kejiwaan (Tololiu et al., 2019).

Keluarga menjadi unit terkecil dalam lingkup masyarakat yang memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap suatu kondisi. Dalam ruang lingkup keluarga terdapat sistem-sistem yang menyeluruh dalam menjalankan fungsi-fungsinya, karena keluarga merupakan kesatuan yang utuh yang akan menciptakan dinamisasi dalam berinteraksi, memberikan keputusan, dan pemecahan masalah. Jika dalam satu keluarga mengalami stress keluarga maka akan mempengaruhi sistem yang terdapat dalam keluarga tersebut (Maryam, 2017). Keluarga yang tinggal bersama dengan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa akan sering menghadapi masalah dari lingkungan

sosialnya sehingga cenderung untuk melakukan isolasi sosial. Selain itu keluarga juga mengalami perasaan marah, sedih, kehilangan libido, kehilangan nafsu makan dan depresi. Perasaan takut, bersalah, stigma dan stres terkait dengan tanggung jawab keuangan dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa (Nasriati, 2020). Peneliti berpendapat bahwa stress yang terjadi pada keluarga merupakan suatu keadaan tertekan karena terjadinya perubahan pada keluarga yang menuntut adanya penyesuaian dengan keadaan yang dialami.

Faktor-faktor yang mempengaruhi stress diantaranya yaitu usia. Berdasarkan pengelompokan tabulasi rentang usia didapatkan hasil usia 31-40 tahun mengalami stress ringan sebanyak 2 orang, stress sedang 3 orang, dan stress parah 7 orang. Selain itu rentang usia 41-50 tahun mengalami stress ringan sebanyak 3 orang, stress sedang 7 orang, dan stress parah 8 orang. Sedangkan rentang usia >51 tahun mengalami stress ringan 3 orang, stress sedang 14 orang, stress parah 13 orang. Dengan demikian disimpulkan bahwa kebanyakan stress ditemukan pada rentang usia >51 tahun, hal ini sejalan dengan penelitian oleh Tololiu *et al.*, (2019) bahwa pada rentang umur >45 tahun mempunyai resiko mengalami stress lebih besar. Tingkat stress pada keluarga, beberapa masalah yang teridentifikasi yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa yaitu meningkatnya stress dan kecemasan keluarga, sesama keluarga saling menyalahkan, kesulitan pemahaman (kurangnya pengetahuan keluarga) dalam menerima sakit yang diderita

oleh anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan pengaturan sejumlah waktu dan energi keluarga dalam menjaga serta merawat penderita gangguan jiwa dan keuangan yang akan dihabiskan pada penderita gangguan jiwa (M. Fatkhul Mubin, 2013). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sius, Rusdi and Kholifah, (2021) menyatakan bahwa tahapan umur dewasa berkontribusi terhadap terjadinya stres terkait dengan tugas perkembangan yang kompleks. Pada tahap masa dewasa ini individu mempunyai tanggung jawab kemandirian yang tinggi terkait dengan sosial ekonomi, sumber dukungan, dan kemampuan mengatasi masalah dalam menghadapi stres kehidupan dibanding dengan tahap kehidupan yang lain. Peneliti berpendapat bahwa usia >51 tahun mengalami tekanan yang beragam dari faktor luar sehingga menjadi usia yang paling sering mengalami stress.

Faktor lainnya yang mempengaruhi tingkat stress keluarga yaitu jenis kelamin. Berdasarkan jenis kelamin, dari tabulasi silang didapatkan bahwa pada pengujian tingkat stress pada laki-laki yang mengalami stress ringan sebanyak 5 orang, stress sedang sebanyak 11 orang, sedangkan stress 14 orang. Sedangkan pada responden perempuan didapatkan hasil 3 orang mengalami stress ringan, 13 orang mengalami stress sedang, sedangkan 14 orang mengalami stress parah. Dapat disimpulkan bahwa presentase berdasarkan jenis kelamin yang mengalami stress sedang terbanyak adalah perempuan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Sius et al., 2021) menyatakan

bahwa laki-laki tidak mudah mengalami stress dibandingkan dengan perempuan. Hal ini karena laki-laki yang dituntut untuk lebih kuat dari pada wanita, sehingga laki-laki lebih menggunakan akalanya dari pada perasaannya sedangkan wanita lebih menggunakan perasaannya dalam menghadapi suatu masalah. Laki-laki sejak dulu dipaksa oleh keadaan untuk siap menghadapi masalah sehingga untuk meningkatkan keselamatan dirinya pria mempunyai respon *fight or flight* (suatu proses dimana organisme akan menilai ancaman yang sedang dihadapinya), hal ini berguna untuk menyelamatkan diri pria dalam melawan stress. Penelitian lain menunjukkan Berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa responden yang mengalami stress sedang adalah berjenis kelamin perempuan. Dijelaskan juga bahwa menopause terjadi karena meningkatnya kadar *Follicular stimulating hormone* (FSH), *hormone* perangsang folikel telur dan *luteinizing hormone* (LH). Berikut ini beberapa gejala emosi menopause yang disebabkan banyaknya FSH dan LH yang sering dialami wanita menjelang menopause antara lain, suasana hati yang berubah-ubah, mudah marah dan mudah sedih tanpa sebab yang jelas, depresi, saling cemas dan gelisah tanpa sebab yang jelas, alergi meningkat dan sulit tertidur pulas (Tololiu et al., 2019).

Penelitian lain menyebutkan responden perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki sehingga respon tingkat stres lebih tinggi dialami oleh perempuan, hal ini dikarenakan perempuan lebih peka terhadap lingkungan sehingga perempuan dapat mengalami tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (Wilda

Mahera & Aiyub, 2020). Peneliti berpendapat bahwa stress yang dialami perempuan lebih besar karena seorang mengalami tekanan yang besar dari internal dan eksternal dibandingkan dengan laki-laki, sehingga perempuan mudah mengalami stress.

Selain itu, pendidikan seseorang turut mempengaruhi tingkat stress. Berdasarkan analisis tabulasi silang pada pendidikan terakhir responden terhadap tingkat stressnya, didapatkan hasil penelitian mengenai hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat stress didapatkan bahwa responden dengan pendidikan terakhir SMP mengalami stress ringan sebanyak 3 orang, stress sedang sebanyak 10 orang, dan stress parah sebanyak 11 orang. Sedangkan responden dengan Pendidikan terakhir SMA mengalami stress ringan sebanyak 5 orang, stress sedang 14 orang, dan stress parah 17 orang. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa kebanyakan responden yang mengalami stress berlatar pendidikan SMA, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sius, Rusdi and Kholifah, (2021) bahwa pengetahuan berhubungan dengan segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Asumsi peneliti berdasarkan hasil penelitian dan teori, Semakin tingginya pendidikan anggota keluarga semakin banyak pengetahuan keluarga penderita gangguan jiwa, jika keluarga memiliki pengetahuan tentang gangguan jiwa, klien gangguan jiwa akan mendapatkan perawatan yang maksimal sehingga klien gangguan jiwa mendapatkan pelayanan yang cepat dan tepat. Keluarga yang

mempunyai Pendidikan yang cukup dapat mengidentifikasi faktor penyebab kekambuhan adalah pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa. Keluarga perlu mempunyai sikap menerima pasien, memberikan respon positif, menghargai pasien sebagai anggota keluarga dan menumbuhkan sikap tanggung jawab kepada pasien sehingga keseimbangan hidup dalam keluarga dapat terjadi (Maryam, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Nasriati, (2020) menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tingkat stress. Peneliti berpendapat bahwa pendidikan akan membantu kita untuk menjadi individu yang lebih baik yang dapat mengontrol diri untuk kehidupan stabil dan terarah.

Faktor lain dapat meningkatkan kondisi stress pada individu yaitu pekerjaan. Berdasarkan hasil tabulasi silang pada pekerjaan dengan tingkat stress didapatkan bahwa hasil penelitian responden yang bekerja sebagai wiraswasta mengalami stress ringan sebanyak 3 orang, stress sedang 13 orang, dan stress parah 11 orang. Responden yang bekerja sebagai pedagang mengalami stress ringan sebanyak 2 orang, stress sedang 2 orang, dan stress parah 2 orang. Selain itu responden yang bekerja sebagai Petani yang mengalami stress ringan sebanyak 3 orang, stress sedang sebanyak 6 orang, dan stress parah sebanyak 8 orang. Sedangkan tidak terdapat responden yang bekerja sebagai IRT

mengalami stress ringan, stress sedang sebanyak 4 orang, dan stress parah 8 orang. Dalam pekerjaan wiraswasta sering ditemukan tekanan dari diri sendiri untuk mengembangkan usaha, sehingga sering terjadi pikiran yang terlalu berlebihan dimana kemudian akan berakibat pada stress. Karyawan merupakan suatu aset penting bagi perusahaan, karena produktivitas perusahaan tergantung pada mereka. Oleh karena itu perusahaan harus mengelola karyawan dengan sangat baik agar karyawan merasa nyaman. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Christy and Amalia, (2018) mengatakan bahwa “stres kerja adalah kondisi yang muncul dari interaksi antara manusia dan pekerjaan serta dikarakterisasikan oleh perubahan manusia yang memaksa mereka untuk menyimpang dari fungsi normal mereka”. Stress kerja didefinisikan sebagai sebagai suatu tanggapan penyesuaian diperantarai oleh perbedaan-perbedaan individu dan atau proses psikologis yang merupakan suatu konsekuensi dari setiap tindakan dari luar (lingkungan) kerja, situasi atau peristiwa yang menetapkan permintaan psikologis dan atau fisik berlebihan kepada seseorang” (Hakim & Sugiyanto, 2017).

Pedagang mengalami banyak beban pekerjaan sementara waktu yang tersedia sempit, hasil penelitian oleh Hakim and Sugiyanto, (2017) menyatakan bahwa organisasional: (1) regenerasi yang sulit, (2) pengusaha belum bisa menerapkan profesionalisme, (3) kondisi keuangannya tidak terlalu mendukung perubahan,(4) ketakutan pada proses perubahan, (5) beberapa perilaku pengusaha yang sulit menerima

pada proses perubahan, (6) tidak adanya organisasi yang dapat menyampaikan aspirasi karyawan, (7) adanya struktur organisasi yang kurang jelas, (8) budaya organisasi yang lemah, (9) kepemimpinan yang tidak memotivasi. Stres kerja pengusaha dinamika kelompok, stres kerja yang terjadi karena sebab kelompok dalam perusahaan atau kelompok perusahaan, yaitu disebabkan menurunnya motivasi perubahan, Dari terjadinya resistensi atau penolakan terhadap perubahan dan beraneka ragam pemikiran pengusaha.

Petani mempunyai resiko mengalami stress karena penggunaan mesin-mesin dan alat-alat berat seperti traktor, mesin permanen, alat tanam dan sebagainya di sektor pertanian merupakan sumber bahaya yang dapat mengakibatkan cedera dan kecelakaan kerja yang fatal. Selain itu, penggunaan pestisida dapat menyebabkan keracunan atau penyakit yang serius, serta debu binatang dan tumbuhan yang mengakibatkan alergi dan penyakit pernafasan. Faktor lain yang memicu terjadinya kecelakaan kerja di bidang pertanian adalah terbatasnya waktu yang tersedia untuk menyelesaikan suatu pekerjaan yang diakibatkan oleh batasan iklim sehingga petani cenderung bekerja terburu-buru tanpa memperhatikan keselamatan dirinya (Sulistiyono & Tristiana, 2019). Sedangkan stress pada IRT dialami akibat dari pekerjaan rumah tangga itu sendiri merupakan pekerjaan yang monoton karena melakukan pekerjaan yang sama setiap hari dan sebagian besar dilakukan di dalam rumah. Keadaan ini dapat memicu terjadinya situasi

terisolasi pada ibu rumah tangga dan cenderung mengarah kepada stresor bagi ibu rumah tangga tersebut (Putri & Sudhana, 2013).

Dapat disimpulkan bahwa responden yang bekerja sebagai wiraswata lebih sering mengalami stress. Hal ini diakibatkan oleh tuntutan kerja dari perusahaan, serta Persaingan dunia usaha yang semakin ketat membuat karyawan dituntut bekerja dengan performa yang baik. Tidak jarang dunia pekerjaan akan membuat karyawan merasa stres karena tuntutan perusahaan agar terus meningkatkan kinerja semaksimal mungkin. Rasa was-was, tegang, dan stres mungkin telah menjadi bagian dari karyawan dalam menjalani aktivitas perusahaan untuk memenuhi tanggung jawab mereka terhadap tugas-tugas yang harus dijalankan. Stres kerja merupakan kondisi yang dialami oleh pekerja atas interaksinya dengan pekerjaannya, biasanya stres terjadi karena adanya ketidaksesuaian antara pekerjaan dengan karyawan sehingga menimbulkan ketegangan dan rasa cemas (Utaminingtias et al., 2015). Hal serupa juga disampaikan oleh Setiyo Utomo, (2019) bahwa beban kerja dapat mempengaruhi karyawan mengalami stress, beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekelilingnya, untuk itu perlu dilakukan upaya penyesuaian antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja agar, sehingga diperoleh produktivitas kerja yang optimal. Peneliti berpendapat bahwa

pekerjaan sebagai wiraswasta atau karyawan perlu mendapatkan perhatian khusus terhadap kesehatan mental yang diakibatkan oleh tekanan pekerjaan dari perusahaan.

Faktor lain yang mempengaruhi dapat meningkatkan kondisi stress pada individu yaitu karakteristik lingkungan. Berdasarkan hasil tabulasi yang telah dilakukan didapatkan data seluruh responden mempunyai karakteristik lingkungan yang sama yaitu di pedesaan, responden yang mengalami stress ringan sebanyak 8 orang, stress sedang sebanyak 24 orang, sedangkan responden yang mengalami stress parah sebanyak 28 orang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa seluruh responden mempunyai karakteristik lingkungan yang sama yaitu pedesaan. Hal ini diungkapkan oleh Sriningsih, (2015) pembangunan masyarakat pedesaan yang mengangkat permasalahan kesenjangan pembangunan dan dampak negatifnya bagi masyarakat pedesaan ini ke permukaan. Kenyataan sesungguhnya memperlihatkan bahwa petani tetap miskin, sebab persoalan yang berkaitan dengan kapasitas sumber daya manusia, modal, dan kebijakan tetap sama dari tahun ke tahun walaupun bentuknya berbeda. Penelitian serupa juga dijelaskan oleh Kurniawaty Ginting, Ginting and Manullang, (2021) menyatakan bahwa individu yang di pedesaan merasa tersingkir dan menimbulkan permasalahan-permasalahan sosial, seperti pengangguran, agresivitas dengan kekerasan, penyalahgunaan substansi psikoaktif, peningkatan jumlah hunian kumuh, dan penyimpangan perilaku seksual menjadi fenomena di kota besar yang

disandang oleh pendatang pendatang dari desa yang gagal meraih sukses di kota. Hal serupa dijabarkan oleh Renaldo and Suryani, (2020) masyarakat desa cenderung mengalami stress akibat dari berbagai faktor sosiodemografik yang mempengaruhinya seperti jenis kelamin, usia, pendidikan rendah, bertempat tinggal di desa, maupun hambatan lain yang berada di daerah terpencil atau tertinggal. Peneliti berpendapat bahwa lingkungan pedesaan yang tidak mendukung secara mental justru akan mengakibatkan masyarakat mengalami stress.

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi dapat meningkatkan kondisi stress pada individu adalah status perkawinan. Berdasarkan hasil tabulasi yang telah dilakukan didapatkan data responden dengan status perkawinan (kawin) yang mengalami stress ringan sebanyak 8 orang, stress sedang sebanyak 21 orang, dan stress parah sebanyak 27 orang. Sedangkan tidak terdapat responden dengan status perkawinan (cerai) mengalami stress ringan, namun terdapat 3 orang mengalami stress sedang dan 1 orang mengalami stress parah. Dengan demikian maka responden dengan status perkawinan (kawin) beresiko mengalami stress. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Soetomo, (2019) individu dengan status perkawinan (kawin) beresiko mengalami stress yang lebih besar dibanding dengan status perkawinan yang lain, karena dalam rumah tangga terdapat tekanan yang dirasakan individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Hal serupa diungkapkan oleh Yunita, (2017) menyatakan bahwa individu yang menikah mempunyai stressor yang besar dibandingkan dengan individu

yang belum menikah, hal ini diakibatkan dalam menjalankan rumah tangga individu dituntut untuk bisa menjalankan peran sebagaimana mestinya. Peneliti berpendapat bahwa status perkawinan mempengaruhi tingkat stress pada keluarga dengan skizofrenia, hal ini diakibatkan oleh tekanan yang dirasakan keluarga baik secara internal maupun eksternal.

Faktor selanjutnya adalah hubungan kekeluargaan pada tingkat stress keluarga. Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan data bahwa keluarga inti mengalami stress ringan sebanyak 8 orang, stress sedang 18 orang, sedangkan stress parah sebanyak 25 orang. Selain itu tidak terdapat hubungan keluarga dekat yang mengalami stress ringan, stress sedang sebanyak 6 orang, dan stress parah sebanyak 3 orang. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa hubungan keluarga inti mengalami stress yang kompleks mulai dari ringan sampai dengan parah. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Nasriati, (2020) Stresor penyebab stres yang dialami oleh keluarga ODGJ meliputi stresor utama berasal dari kebutuhan pasien sementara stresor sekunder melibatkan ketegangan peran, yang berhubungan dengan peran keluarga secara langsung dan peran yang berhubungan dengan kegiatan di luar situasi pemberian perawatan. Ketegangan peran keluarga disebabkan oleh pengurangan pendapatan rumah tangga, peningkatan pengeluaran yang berkaitan dengan perawatan dan pengobatan pasien, dan apakah pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan bulanan keluarga. Beberapa kondisi diatas yang dapat memunculkan gejala

depresi pada keluarga. Penolakan dari lingkungan atau komunitas juga berhubungan dengan tekanan psikologis yang dialami oleh keluarga. Hal ini didukung juga oleh (Sius et al., 2021) Keluarga penderita gangguan jiwa mengalami stigma negatif. Persepsi stigma yang negatif juga menjadi salah satu prediktor tekanan psikologis yang dialami oleh keluarga dan memunculkan gejala depresi. Stigma yang melekat pada penyakit mental dapat mempersulit pemberian perawatan untuk keluarga karena menyebabkan peningkatan isolasi sosial dari keluarga, kesulitan keuangan, kesulitan akses pendidikan atau pekerjaan anggota keluarga, meningkatnya kecemasan dan perasaan tidak berdaya, berkurangnya aktivitas waktu luang dan gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini juga disampaikan oleh Rinawati and Sucipto, (2017) Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan ODGJ. Walaupun keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan jiwa, tetapi mereka paling sering menjadi bagian penting dalam proses penyembuhan Stres adalah perasaan yang paling umum dialami oleh keluarga yang memiliki ODGJ. Stres keluarga yang muncul bisa berupa malu, isolasi sosial, dan juga rasa kebingungan dalam pemenuhan kebutuhan treatment anggota keluarga yang sakit dan harus dilakukan secara terus-menerus. Peneliti berpendapat bahwa keluarga inti pasien dengan skizofrenia mengalami stress mulai dari ringan sampai dengan parah, hal ini dikarenakan pada keluarga inti mengalami stigma negatif langsung dari masyarakat dibandingkan dengan keluarga dekat.

Berdasarkan hasil analisis dan teori yang telah dipaparkan di atas, peneliti berpendapat bahwa tingkat stress dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi stress.

5.4.2 Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Hasil dari analisa tabulasi mekanisme koping yaitu berdasarkan usia didapatkan rentang usia 31-40 tahun dengan koping adaptif sebanyak 12 orang, sedangkan tidak terdapat responden dengan koping maladaptif. Pada rentang usia 41-50 tahun dengan koping adaptif sebanyak 18, sedangkan tidak terdapat responden dengan koping maladaptif. Rentang usia >51 tahun dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 27 orang, sedangkan responden dengan mekanisme maladaptif sebanyak 3 orang. Mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol individu sebagai suatu sistem adaptasi. Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang optimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkatan rangsangan di mana individu dapat merespons secara positif (Yunita, 2017), hal serupa disampaikan oleh Rachmah and Rahmawati, (2019) mekanisme koping dibagi menjadi 2; 1) Mekanisme koping adaptif yang dilakukan berupa kompromi dengan cara bermusyawarah atau negosiasi. Koping adaptif akan membantu individu dalam menyelesaikan masalah dan membuat individu mencapai keadaan seimbang antara tingkat fungsi memelihara dan memperkuat kesehatan fisik dan psikologi. 2) Mekanisme koping maladaptif dapat

menimbulkan respon negatif dengan munculnya reaksi mekanisme pertahanan tubuh dan respon verbal. Bentuk mekanisme koping maladaptif berupa perilaku agresi dan menarik diri. Pada rentang usia >51 tahun mengalami respon mekanisme koping maladaptif, hal ini sesuai dengan yang dijabarkan oleh Kurniawaty Ginting, Ginting and Manullang, (2021) menyatakan bahwa bahwa pada rentang umur >45 tahun mempunyai resiko mengalami stress lebih besar. Tingkat stress pada keluarga, beberapa masalah yang teridentifikasi yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa yaitu meningkatnya stress dan kecemasan keluarga, sesama keluarga saling menyalahkan, kesulitan pemahaman (kurangnya pengetahuan keluarga) dalam menerima sakit yang diderita oleh anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan pengaturan sejumlah waktu dan energi keluarga dalam menjaga serta merawat penderita gangguan jiwa dan keuangan yang akan dihabiskan pada penderita gangguan jiwa. Peneliti berpendapat bahwa usia mempengaruhi mekanisme koping keluarga, hal ini karena semakin bertambah usia maka akan terjadi penurunan mekanisme koping, hal ini terdapat pada rentang usia >51 tahun seperti yang telah dijabarkan diatas.

Hasil tabulasi silang mekanisme koping berdasarkan jenis kelamin didapatkan data bahwa jenis kelamin laki-laki dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 28 orang, sedangkan dengan mekanisme koping maladaptif 2 orang. Pada jenis kelamin perempuan dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 29 orang, sedangkan

dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 1 orang. Dengan demikian maka jenis kelamin perempuan mempunyai koping mekanisme yang lebih baik dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini didukung oleh penelitian (Musradinur, 2016) mengungkapkan bahwa laki-laki cenderung kurang berespon terhadap situasi stres dan mengancam dibandingkan perempuan. Perempuan biasanya memiliki koping yang lebih baik terhadap perubahan yang terjadi di sekelilingnya jika dibandingkan dengan perempuan. Perempuan lebih sering menggunakan koping yang berfokus pada masalah, sedangkan perempuan lebih sering mencari dukungan sosial dan perempuan juga lebih sering menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada emosi (Musradinur, 2016). Hal serupa juga diungkapkan oleh Maryam, (2017) perempuan biasanya memiliki daya tahan yang lebih baik terhadap stresor dibanding dengan pria terutama wanita-wanita di usia produktif karena hormon-hormon masih bekerja secara normal, Jenis kelamin berperan terhadap terjadinya stres. Ada perbedaan respon antara laki-laki dan perempuan saat menghadapi konflik. Otak perempuan memiliki kewaspadaan yang negatif terhadap adanya konflik dan stres, pada perempuan konflik memicu hormon negatif sehingga memunculkan stres, gelisah, dan rasa takut. Sedangkan laki-laki umumnya menikmati adanya konflik dan persaingan, bahkan menganggap bahwa konflik dapat memberikan dorongan yang positif. Dengan kata lain, ketika perempuan mendapat tekanan, maka umumnya akan lebih mudah mengalami stres. Penelitian yang dilakukan oleh

Ardyani and Putri, (2021) Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan suatu masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi serta respon terhadap masalah dan situasi yang mengancam. Individu dapat mengatasi masalah dengan menggerakkan sumber koping yang ada di lingkungannya. Peneliti berpendapat bahwa jenis kelamin perempuan lebih bisa menggunakan mekanisme koping apatif dengan baik dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki.

Hasil tabulasi silang pada meknisme koping berdasarkan pendidikan didapatkan hasil responden berpendidikan terakhir SMP dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 22 orang, sedangkan dengan koping maladaptif sebanyak 2 orang. Pada responden dengan Pendidikan terakhir SMA dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 35 orang, sedangkan dengan mekanisme maladaptif sebanyak 1 orang. Dengan demikian maka responden dengan Pendidikan terakhir SMA mempunyai mekanisme koping yang lebih baik dibandingkan dengan responden dengan Pendidikan SMP. Hal ini dibuktikan oleh Ardyani and Putri, (2021) Pendidikan merupakan proses hasil belajar yang berlangsung di suatu lembaga pendidikan atau instusi dengan berbagai jenjang. Individu yang mempunyai pendidikan tinggi akan tinggi pula perkembangan kognitifnya yaitu dengan adanya pengalaman-pengalaman bersama dan pengembangan cara-cara pemikiran baru mengenai masalah umur atau kelompok diri sendiri yang dilakukan dengan penelitian yang lebih realistis dan efektif. Hal ini dapat

meningkatkan ketrampilan coping individu sehingga mampu menggunakan coping adaptif. Didukung oleh Fijianto, Rejeki and Aryati, (2021) tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, semakin banyak informasi dapat mempengaruhi atau menambah pengetahuan seseorang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hal serupa juga disampaikan oleh Mustikasari, (2016) bahwa Hal ini berkaitan dengan Pendidikan seseorang dapat berpengaruh terhadap kecemasan yang dirasakan, seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mendapatkan ilmu yang tinggi juga. Semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki maka semakin tinggi daya serap untuk memahami dengan baik informasi yang didapatkan, dimana Pendidikan adalah salah satu bentuk pengembangan kepribadian dan kemampuan yang berlangsung sepanjang hidup. Pendidikan menjadi faktor yang penting dalam pengaruh dan penanganan kecemasan, seseorang yang memiliki pendidikan rendah akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibandingkan dengan mereka yang memiliki pendidikan tinggi. Responden dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi dan menggunakan coping yang efektif. Peneliti berpendapat bahwa semakin tinggi Pendidikan seseorang maka mekanisme coping yang dilakukan akan lebih baik dan adaptif.

Hasil analisa tabulasi silang pada mekanisme coping berdasarkan pekerjaan didapatkan hasil responden yang bekerja sebagai wiraswasta mempunyai mekanisme coping adaptif sebanyak 25 orang,

sedangkan responden dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 2 orang. Responden yang bekerja sebagai pedagang dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 5 orang serta tidak terdapat responden dengan mekanisme maladaptif. Selain itu responden yang bekerja sebagai petani mempunyai mekanisme koping adaptif sebanyak 16 orang dan tidak terdapat responden yang mempunyai mekanisme koping maladaptif. Sedangkan responden yang bekerja sebagai IRT mempunyai mekanisme koping adaptif sebanyak 11 orang, dan responden dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 1 orang. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa responden yang bekerja sebagai wiraswasta mempunyai mekanisme koping yang kurang baik, hal ini didukung oleh Ramadhani and Etikariena, (2018) mendefinisikan stres kerja sebagai respon fisik dan emosional yang berbahaya yang terjadi saat peran (pekerjaan) tidak sesuai dengan kemampuan, sumber daya, dan kebutuhan pekerja. Hal serupa juga dijabarkan oleh Kusumajati, (2020) mengatakan stres kerja dapat terjadi diberbagai situasi kerja bahkan dapat menjadi lebih buruk stres kerja dapat terjadi diberbagai situasi kerja bahkan dapat menjadi lebih buruk saat pekerja merasa kurang mendapatkan dukungan dari supervisor dan rekan kerja serta saat kontrol atas proses kerja sedikit. Stres dapat digambarkan dengan dalam cara yang berbeda dilihat dari tingkat tekanan, yaitu (1) hypo-stress, tekanan yang terlalu sedikit atau kebosanan bisa menjadi sumber stres, sering mengambil bentuk emosi terpendam, frustrasi, atau apatis dan depresi; (2) eu-stress, pada tekanan

optimal, individu berkembang dan memaksimalkan kinerja. Hal ini adalah sisi untuk merangsang stres, kadang-kadang disebut sebagai rangsangan stres, memungkinkan orang untuk mengakses kemampuan mental dan fisik tersembunyi; (3) hyper-stress, tekanan yang menjadi berlebihan, pengalaman hyper-stress individu. Ketiak stimulus menjadi hyper-stress akan bervariasi dari orang ke orang dan bahkan untuk orang yang sama, dari situasi ke situasi. Pada tahap ini, orang akan merasa lepas kendali atau dalam keadaan panik dan tidak mampu mengatasi; (4) distress – setelah stres berkepanjangan, individu memiliki pengalaman distress. Hal tersebut akan menjadi biaya individu tersebut dan perusahaan. Individu mungkin menderita masalah kesehatan dan memiliki keinginan untuk keluar dari situasi tersebut dan beristirahat panjang. Peneliti berpendapat bahwa pekerjaan wiraswasta mempunyai resiko lebih tinggi dalam mekanisme coping.

Hasil tabulasi mekanisme coping berdasarkan karakteristik lingkungan didapatkan hasil sebanyak 57 orang dengan mekanisme coping adaptif sedangkan sebanyak 3 orang dengan mekanisme coping maladaptif. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa masyarakat yang tinggal dipedesaan mempunyai mekanisme coping yang lebih baik. Hal ini didukung oleh penelitian Triyono, Aprillia Anggraeni; Ambarwati, (2018) Kondisi fisik lingkungan khususnya tempat tinggal juga mempunyai standar kesehatan, dimana di pedesaan kualitas kehidupan terjamin karena kepadatan penduduk yang masih kurang mengakibatkan masyarakat desa lebih tenang dalam menjalani

kehidupan sehari-hari. Hal serupa disampaikan oleh Ardyani and Putri, (2021) masyarakat desa selalu memiliki ciri-ciri atau dalam hidup bermasyarakat, biasanya tampak dalam perilaku keseharian mereka. Pada situasi dan kondisi tertentu, sebagian karakteristik dapat digeneralisasikan pada kehidupan masyarakat desa di daerah tertentu. Masyarakat desa juga ditandai dengan pemilikan ikatan perasaan batin yang kuat sesama warga desa, yaitu perasaan setiap warga/anggota masyarakat yang amat kuat dan pada hakekatnya bahwa seseorang merasa merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari masyarakat itu sendiri dimanapun ia hidup dicintainya serta mempunyai perasaan bersedia untuk berkorban setiap waktu demi masyarakatnya atau anggota-anggota masyarakat, karena beranggapan sama-sama sebagai masyarakat yang saling mencintai saling menghormati, mempunyai hak tanggung jawab yang sama terhadap keselamatan dan kebahagiaan bersama di dalam masyarakat sehingga hal ini mempengaruhi hasil koping. Selain itu hal yang sama disampaikan oleh Sriningsih, (2015) Yang menjadi ciri masyarakat pedesaan antara lain; pertama, di dalam masyarakat pedesaan di antara warganya mempunyai hubungan yang lebih mendalam dan erat bila dibandingkan dengan masyarakat pedesaan lainnya di luar batas wilayahnya. Kedua, sistem kehidupan umumnya berkelompok dengan dasar kekeluargaan. Ketiga, sebagian besar warga masyarakat pedesaan hidup dari pertanian. Keempat, masyarakat tersebut homogen, seperti dalam hal mata pencaharian, agama, adat istiadat, dan sebagainya, hal ini juga mempengaruhi hasil

mekanisme koping. Peneliti berpendapat bahwa masyarakat pedesaan memiliki mekanisme koping yang baik dikarenakan kehidupan bermasyarakat mereka yang lebih dekat.

Hasil tabulasi silang mekanisme koping berdasarkan status perkawinan didapatkan responden dengan status perkawinan (kawin) mekanisme koping adaptif sebanyak 54 orang, sedangkan dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 2 orang. Pada responden dengan status perkawinan (cerai) mekanisme koping adaptif sebanyak 3 orang, sedangkan dengan mekanisme koping maladaptif sebanyak 1 orang. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa responden dengan status perkawinan (kawin) mempunyai koping mekanisme yang kurang. Hal ini didukung oleh Soetomo, (2019) individu dengan status perkawinan (kawin) beresiko mengalami stress yang lebih besar dibanding dengan status perkawinan yang lain, karena dalam berumah tangga terdapat tekanan yang dirasakan individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Hal serupa disampaikan oleh Lusia Nasrani and Susy Purnawati, (2021) status pernikahan berhubungan dengan kejadian stres, dimana hubungan pernikahan yang harmonis membantu seseorang untuk mencegah atau mengurangi stres karena keterlibatan salah satu pasangan atau keluarga dalam memberikan dukungan yang tinggi, sehingga efek negatif dari pekerjaan dapat ditolerir. Peneliti berpendapat bahwa status perkawinan dapat mempengaruhi mekanisme koping pada keluarga.

Hasil analisis tabulasi silang mekanisme koping berdasarkan hubungan kekeluargaan didapatkan keluarga inti dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 48 orang, sedangkan mekanisme koping maladaptif sebanyak 3 orang. Pada responden dengan hubungan kekeluargaan keluarga dekat mempunyai mekanisme koping adaptif sebanyak 9 orang, sedangkan tidak terdapat mekanisme koping maladaptif. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa hubungan keluarga inti mengalami stress yang kompleks mulai dari ringan sampai dengan parah. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Nasriati, (2020) Stresor penyebab stres yang dialami oleh keluarga ODGJ meliputi stresor utama berasal dari kebutuhan pasien sementara stresor sekunder melibatkan ketegangan peran, yang berhubungan dengan peran keluarga secara langsung dan peran yang berhubungan dengan kegiatan di luar situasi pemberian perawatan. Ketegangan peran keluarga disebabkan oleh pengurangan pendapatan rumah tangga, peningkatan pengeluaran yang berkaitan dengan perawatan dan pengobatan pasien, dan apakah pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan bulanan keluarga. Hal serupa disampaikan oleh Cahyono, (2022) menunjukkan bahwa keluarga akan mengalami stress jika sebuah keluarga mempunyai anggota yang mengalami gangguan jiwa (ODGJ), rentang stressnya antara sedang ke berat sebanyak 89,9% yang artinya hampir seluruhnya. Jika stress keluarga ini tidak dikelola dengan baik maka dukungan keluarga kepada anggota yang mengalami gangguan jiwa menjadi tidak optimal. Hal ini juga

disampaikan oleh Rinawati and Sucipto, (2017) Keluarga sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan ODGJ. Walaupun keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan jiwa, tetapi mereka paling sering menjadi bagian penting dalam proses penyembuhan. Stres adalah perasaan yang paling umum dialami oleh keluarga yang memiliki ODGJ. Stres keluarga yang muncul bisa berupa malu, isolasi sosial, dan juga rasa kebingungan dalam pemenuhan kebutuhan treatment anggota keluarga yang sakit dan harus dilakukan secara terus-menerus. Peneliti berpendapat bahwa keluarga inti pasien dengan skizofrenia mengalami stress mulai dari ringan sampai dengan parah, hal ini dikarenakan pada keluarga inti mengalami stigma negatif langsung dari masyarakat dibandingkan dengan keluarga dekat.

Berdasarkan hasil analisis dan teori yang telah dipaparkan di atas, peneliti berpendapat bahwa mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Yaitu usia, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, karakteristik lingkungan, status perkawinan, dan hubungan kekeluargaan sehingga setiap faktor saling berkaitan satu sama lain, dimana tidak bisa berlandaskan pada suatu faktor tertentu.

5.4.3 Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia

Berdasarkan hasil analisis tabulasi silang yang dilakukan pada hubungan stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia didapatkan hasil tingkat stress keluarga ringan

dengan koping adaptif sebanyak 5 orang, sedangkan koping maladaptif sebanyak 3 orang. Pada tingkat stress keluarga sedang dengan koping adaptif sebanyak 24 orang, sedangkan pada tidak terdapat koping maladaptif. Pada tingkat stress keluarga parah didapatkan mekanisme koping adaptif sebanyak 28 orang, dan tidak terdapat responden dengan mekanisme koping maladaptif.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia yang ditunjukkan dengan hasil perhitungan *Chi-Square* dengan menggunakan SPSS didapatkan *p value* 0,001 dengan alpha 0,05. Kesimpulan pada penelitian ini adalah $p \text{ value } (0,005) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat hubungan antara stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia. Berdasarkan teori yang mendukung menurut penelitian oleh (raya, (2018) variabel mekanisme koping responden terbanyak adalah Adaptif (56%) dan Maladaptif (43%). Dari hasil analisa bivariate, hubungan tingkat stress dengan mekanisme koping diperoleh bahwa pada koping adaptif dengan stress ringan sebanyak 37.1%, stress sedang sebanyak 25.9%, stress berat sebanyak 5.1%. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna tingkat stress dengan mekanisme koping pada keluarga pasien di poli klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, Menurut peneliti peningkatan stress terjadi jika seseorang tidak mempunyai mekanisme koping yang baik rentang mengalami stress. Begitu pula sebaliknya jika

ia mempunyai mekanisme koping yang baik maka ia tidak akan mengalami yang namanya stress.

Sedangkan menurut teori penelitian Novita Sari, (2018), berdasarkan variabel mekanisme koping yang digunakan keluarga dalam merawat klien skizofrenia diperoleh hasil bahwa sebagian besar koping adaptif sebanyak 56,2% dan koping maladaptif sebanyak 43,8%. Analisa univariat didapatkan variabel beban keluarga diperoleh hasil bahwa sebagian besar memiliki beban keluarga sebanyak 64,5%, Analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,000$ ($<0,05$) dan disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Hasil penelitian diatas juga dibuktikan dengan tabel 5.10 bahwa dari 60 responden didapatkan 8 responden dengan tingkat stress ringan sebanyak 5 responden (8,3%) dengan mekanisme koping adaptif, 3 responden (5%) dengan mekanisme koping maladaptif. Sedangkan dari 60 responden juga didapatkan 24 responden dengan tingkat stress sedang, sebanyak 24 responden (40%) dengan mekanisme koping adaptif. Selanjutnya dari 60 responden didapatkan 28 responden dengan tingkat stress parah, sebanyak 28 responden (28%). Sehingga dari 60 responden didapatkan 57 responden dengan mekanisme koping adaptif, sebanyak 5 responden (8,3%) dengan tingkat stress ringan, 24 responden (40%) dengan tingkat stress sedang, 28 responden (46,7%) dengan tingkat stress parah. Sedangkan 3 responden dengan mekanisme

koping maladaptif, sebanyak 3 responden (5%) dengan tingkat stress ringan. Menurut Rachmah and Rahmawati, (2019) mekanisme koping dibagi menjadi 2; 1) Mekanisme koping adaptif yang dilakukan berupa kompromi dengan cara bermusyawarah atau negosiasi. Koping adaptif akan membantu individu dalam menyelesaikan masalah dan membuat individu mencapai keadaan seimbang antara tingkat fungsi memelihara dan memperkuat kesehatan fisik dan psikologi. 2) Mekanisme koping maladaptif dapat menimbulkan respon negatif dengan munculnya reaksi mekanisme pertahanan tubuh dan respon verbal. Mekanisme koping keluarga memiliki peranan penting dalam interaksi antara situasi yang menekan dan adaptasi. Mekanisme koping yang dilakukan keluarga selama merawat penderita skizofrenia dalam penelitian ini cukup menyebar (Manurung & Dalimunthe, 2019). Hal ini dikarenakan koping dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Seperti lama merawat pasien dan hubungan dengan pasien. Sejalan dengan penelitian Retno Yuli Hastuti, (2017) Berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa lama keluarga merawat penderita gangguan jiwa akan meningkatkan pemahaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit, sehingga keluarga akan berusaha melakukan pengobatan, keadaan ini dapat menekan terjadinya kekambuhan sehingga mampu memberikan perawatan kepada penderita yang mengalami gangguan jiwa dan keluarga mendapatkan suatu perkembangan pengobatan yang baik pula, tentunya akan membuat keluarga dengan kedekatan hubungan tersebut merasakan sudah mampu memberikan perawatan.

Maka dari itu peneliti berasumsi bahwa mekanisme koping keluarga adaptif sangat diperlukan dalam merawat pasien Skizofrenia dalam mendukung proses penyembuhan pasien. Namun masih ada keluarga yang memiliki mekanisme koping maladaptif, ini dikarenakan beberapa faktor seperti karakteristik lingkungan yang merupakan pedesaan.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang terdapat di bab sebelumnya, peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat stress keluarga pada keluarga penderita skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo diketahui bahwa responden yang mempunyai tingkat stress parah yaitu sebanyak 28 orang (46,7%) dan responden dengan tingkat stress sedang sebanyak 24 orang (40%).
2. Mekanisme koping keluarga pada keluarga penderita skizofrenia di Puskesmas Paringan, Jenangan, Ponorogo diketahui bahwa responden dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 57 orang (95%).
3. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia yang ditunjukkan dengan hasil perhitungan *Chi-Square* dengan menggunakan SPSS didapatkan *p value* 0,001 dengan alpha 0,05. Kesimpulan pada penelitian ini adalah $p \text{ value } (0,005) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat hubungan antara stress keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.

6.2 Saran

1. Bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita skizofrenia
Responden selaku keluarga dari penderita skizofrenia diharapkan dapat manajemen stress yang dihadapi dengan melakukan mekanisme koping

dengan baik sehingga dapat melakukan perawatan terhadap penderita skizofrenia.

2. Bagi lokasi penelitian

Puskesmas Paringan sebagai puskesmas yang menaungi pasien dengan gangguan jiwa diharapkan dapat meningkatkan edukasi terhadap keluarga pasien skizofrenia sehingga dapat membantu memberikan perawatan penderita skizofrenia dengan baik dan sesuai arahan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian tentang stress keluarga maupun mekanisme koping keluarga penderita skizofrenia



DAFTAR PUSTAKA

- Ae-Ngibise, et al. (2015). The Experience of Caregivers of People Living with Serious Mental Disorders: a Study From Rural Ghana. *Global Health Action* Vol. 8 No. 1
- Ahyar, W. (2010). *Konsep Diri dan Mekanisme Koping dalam Proses Keperawatan*. <http://ahyarwahyudi.wordpress.com/2010/02/11/konsepdiri-dan-mekanisme-koping-dalam-keperawatan>
- Apostelina, E. (2012). Resiliensi Keluarga pada Keluarga yang Memiliki Anak Autis. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi*. Vol. 1 No. 1
- Ardyani, B., & Putri, G. K. (2021). Mekanisme Koping Pada Remaja Di Desa Ragajaya Kecamatan Bojong Gede Kabupaten Bogor. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 1(1), 43–50.
- Cahyono, B. (2022). Jurnal Ilmu Keperawatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Christy, N. A., & Amalia, S. (2018). Pengaruh Stres Kerja Terhadap Kinerja Karyawan The Influence of Job Stress on Employees Job Performance. *Jurnal Riset Bisnis Dan Investasi*, 3(2), 74. <https://doi.org/10.35697/jrbi.v3i2.935>
- Depkes RI. (2015). *Buku Pendoman Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Depatemen kesehatan Republik Indonesia
- Dinas Kesehatan Ponorogo. (2020). *Data Penderita Gangguan Jiwa di Ponorogo*.
- Donsu, Jenita DT. (2017). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Fijianto, D., Rejeki, H., & Aryati, D. P. (2021). Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Strategi Koping Warga Binaan Pemasyarakatan di Lapas Kelas II B Brebes. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(1), 31–36. <https://doi.org/10.30651/jkm.v6i1.7155>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta: EGC

Hakim, L., & Sugiyanto, E. (2017). Manajemen Stres Kerja Pengusaha. *Journals.Ums.Ac.Id*, 2(1), 45–61.

Harnilawati. (2013). *Konsep dan proses Keperawatann Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam

Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI.

<https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-stress>

Iraya. (2018). Hubungan Tingkat Stres Dengan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia Di Poli Klinik Rsjd Atma Husada Mahakam Samarinda. *Biomass Chem Eng*, 3(2), ٣٠٣-٣١٣.

Jannah, E. U. (2017). *Mekanisme Koping Lansia dalam Menghadapi Aging Process di Posyandu Lansia Kelurahan Kauman Kabupaten Ponorogo*. Ponorogo. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Juniati, A. S. (2017). *Hubungan Tingkat Stresss dengan Strategi Koping yang Digunakan pada Santri Remaja di Pondok Pesantren Nurul Alimah Kudus*. 20

Kumboyono, Prima Yusifa Mega Adfan Pragawati dan Utami, Yulian Wiji. (2014). *Huungan Antara Tingkat Dukungan Sosial Teman Sebaya dengan Jenis Mekanisme Koping terhadap Stresss pada Remaja di SMAN 8 Malang*.

Kurniawaty Ginting, M. N., Ginting, D., & Manullang, H. F. (2021). Perbedaan Respon Psikologis (Kecemasan dan Stress) Pada Lansia di Pedesaan Dan Perkotaan di Masa Pandemi Covid-19. *BEST Journal (Biology Education, Sains and Technology)*, 4(2), 268–273. <https://doi.org/10.30743/best.v4i2.4570>

Kusumadewi, Sri, & Hepi Wahyuningsih. (2020). Model Sistem Pendukung Keputusan Kelompok untuk Penilaian Gangguan Depresi, Kecemasan, dan Stress Berdasarkan DASS-42. *Jurnal Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer (JTIK)*. Vol. 7 No. 2 Hlm. 219-228.

Kusumajati, D. A. (2020). Sumber-Sumber Stres Kerja. *Psychology*, 1(45), 792–800.

Lestari, R. A. T. (2018). *Mekanisme Koping Keluarga dengan Anggota Keluarga Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Nambangrejo dan Desa Gandukepuh, Kecamatan Sukorejo, Kabupaten Ponorogo*. Ponorogo. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

- Lusia Nasrani and Susy Purnawati. (2021). *Perbedaan Tingkat Stres Antara Laki-Laki Dan Perempuan Pada Peserta Yoga Di Kota Denpasar*.
- M. Fatkhul Mubin, T. A. (2013). *Gambaran Tingkat Stres Pada Keluarga Yang Memiliki Penderita Gangguan Jiwa Di Rsud Dr. H. Soewondo Kendal*. 299–302.
- Magana, et al., (2019). Parents Taking Action: Reducing Disparities Through a Culturally Informed Intervention for Latinx Parents of Children with Autism. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*. Vol. 28 No. 2 https://www.researchgate.net/publication/330891064_Parents_Taking_Action_Reducing_disparities_through_a_culturally_informed_intervention_for_Latinx_parents_of_children_with_autism
- Manurung, R. T. A., & Dalimunthe, D. Y. (2019). Hubungan Mekanisme Koping Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2019. *Poltekkes Kemenkes Medan*, 38.
- Maramis, W. F., & Maramis, A.A. (2009). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga.
- Maryam, S. (2017). Stres Keluarga: Model Dan Pengukurannya. *Psikoislamedia : Jurnal Psikologi*, 1(2), 335–343. <https://doi.org/10.22373/psikoislamedia.v1i2.920>
- Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Trans Info Media.
- Musradinur. (2016). Stres Dan Cara Mengatasinya Dalam Perspektif Psikologi. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 2(2), 183. <https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- Mustikasari. (2016). *Koping Sebelum Dan Sesudah Pemberian Rumah Sakit Jiwa*. 10(2), 48–53.
- Nasir, Abdul dan Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasriati, R. (2020). Tingkat Stres dan Perilaku Manajemen Stres Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.20527/dk.v8i1.5907>
- Notoadmodjo. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Novita Sari. (2018). Hubungan Beban Keluarga Dengan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia Di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. *Biomass Chem Eng*, 3(2), ٣٠٣-٣٠٩.
- Nursalam. (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Poegoeh, Daisy P., Hamidah. (2016). Peran Dukungan Keluarga Sosial dan Regulasi Emosi terhadap Resiliensi Keluarga Penderita Skizofrenia. *Insan*. Vol. 1 No. 1.
- Priyoto. (2014). *Konsep Manajemen Stress*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pusdatin Kemenkes RI. (2017). *Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Kemenkes RI.
- Putri, K. A. K., & Sudhana, H. (2013). Perbedaan Tingkat Stres Pada Ibu Rumah Tangga yang Menggunakan dan Tidak Menggunakan Pembantu Rumah Tangga. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 94–105. <https://doi.org/10.24843/jpu.2013.v01.i01.p10>
- Rachmah, E., & Rahmawati, T. (2019). Hubungan Pengetahuan Stress Dengan Mekanisme Koping Remaja. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(2), 595–608. <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i2.517>
- Ramadhani, D., & Etikariena, A. (2018). Tuntutan Kerja dan Stres Kerja pada Karyawan Swasta: Peran Mediasi Motivasi Kerja. *INQUIRY Jurnal Ilmiah Psikologi*, 9(2), 110–124.
- Renaldo, E., & Suryani, E. (2020). Gambaran gangguan mental emosional pada penduduk Desa Banfanu, Timor Tengah Utara, Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Biomedika Dan Kesehatan*, 3(2), 49–57. <https://doi.org/10.18051/jbiomedkes.2020.v3.49-57>
- Retno Yuli Hastuti, A. K. V. (2017). *Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Personal Hygiene The Relationship Between Family Knowledge Of Personal Hygiene And Family Capability In Nursing The Member Of Family With Mental Disorder At Manisrenggo District , Klaten Retno Yuli Hastuti , Adik Kris*. 14, 70–76.
- Rice, James. (1992). *Fault stresss states, pore pressure distributions and the weakening of the San Andreas fault, in Fault Mechanics and the Transport Properties of Rocks: A Festschrift in Honor of W. F. Brace*. 51. <http://www.loc.gov/catdir/toc/els032/93115514.html>

- Rinawati, F., & Sucipto, S. (2017). Pengaruh Beban Terhadap Stres yang Dialami Keluarga Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.32831/jik.v6i1.150>
- Riyanto,A. (2010). *Pengolahan Dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Robbins, Stephen P, and Mary Coulter. (2016). *Manajemen, Jilid 1 Edisi 13. Alih Bahasa: Bob Sabran dan Devri Bardani P*. Jakarta: Erlangga
- Setiyo Utomo. (2019). Pengaruh Beban Kerja Dan Stres Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Pada Pt. Mega Auto Central Finance Cabang Di Langsa. *Parameter*, 4(2), 670–678. <https://doi.org/10.37751/parameter.v4i2.37>
- Sius, S., Rusdi, R., & Kholifah, S. (2021). Gambaran Tingkat Stres Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Kutai Barat. *Jurnal Keperawatan Wiyata*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.35728/jkw.v2i1.424>
- Soetomo, R. (2019). GAMBARAN Keberfungsian Keluarga Penderita Gangguan Jiwa. *Jurnala Keperawatan Jiwa*, 1(2), 57–63.
- Spielberger, Charles D. (2017). *State-trait Anxiety Inventory and State-trait Anger Expression Inventory*. In M.E. Maruish)Ed.), *The Use of Psychological Tests for Treatment Planning and Outcome Assessment*. https://www.researchgate.net/publication/309311724_State-trait_anxiety_inventory_and_State-trait_anger_expression_inventory_In_M_E_Maruish_Ed_The_use_of_psychological_tests_for_treatment_planning_and_outcome_assessment
- Sriningsih. (2015). Problem Kesehatan Mental Masyarakat Pedesaan. *F. Psikologi*, 1–11.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Buku 1 Edisi Indonesia*. Elseive.
- Stuart,G.W.,Sundden, S. J. (2014). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (5th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.

- Sulistiyono, R. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Caring Perawat Kesehatan Agrikultural Di Komunitas : Review LiteratuR (farmers mental health problem and caring roles of agricultural health nurses in community setting : A Literature Review)*. April 2020, 1–18. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14717.72160>
- Tololiu, T. A., Kanine, E., Mamuko, S., Tololiu, T. A., Kanine, E., & Mamuko, S. (2019). Faktor Pendukung Stres Pada Keluarga Yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj). *JUIPERDO Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 7(2), 146–153.
- Triyono, Aprillia Anggraeni; Ambarwati, K. D. (2018). Jurnal Ilmiah Psikohumanika. *Jurnal Psikohumanika*, 10(2), 69–82.
- Utaminingtias, W., Ishartono, I., & Hidayat, E. N. (2015). Coping Stres Karyawan Dalam Menghadapi Stres Kerja. *Share : Social Work Journal*, 5(1), 190–200. <https://doi.org/10.24198/share.v5i1.13123>
- Widagdo, W & Kholifah, Siti Nur. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Wilda Mahera & Aiyub. (2020). *Tingkat Stres Keluarga Dalam Melakukan Rujukan Pasien Dengan Gangguan JiWA Wilda*. 1–6.
- Winarno, M.E. (2018). *Metodologi Penelitian dalam Pendidikan Jasmani*. Malang: UM Press.
- Yunita, F. C. (2017). Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Pasca Pasung. *Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga*, 164.
- Yusuf, AH, et al. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zauszniewski, J.A., Bekhet, A.K. and Suresky, M.J. (2010) Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *Nursing Clinics of North America*, 45, 613-626. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.007>

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai pelaksanaan penelitian yang dilakukan oleh Yona Bagus Pradana dengan judul “Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada pemberian intervensi keperawatan ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama pemberian intervensi keperawatan ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ponorogo, 2022

Saksi

Yang Memberi Persetujuan

.....
Penulis

(Yona Bagus Pradana)
NIM. 17631627

Lampiran 2. Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah mahasiswa yang berasal dari institusi / fakultas / program studi Universitas Muhammadiyah Ponorogo Fakultas Ilmu Kesehatan Sarjana Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian hubungan stresss keluarga dengan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.
2. Tujuan dari pemberian intervensi keperawatan ini adalah untuk mengkaji, menganalisis, merencanakan tindakan, melakukan tindakan dan melakukan evaluasi yang dapat memberikan manfaat berupa memberi edukasi mengenai manajemen stresss keluarga menggunakan mekanisme koping pada keluarga penderita skizofrenia.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan pengisian kuesioner.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan intervensi/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor HP: 0812-1980-2948

Penulis

Yona Bagus Pradana

NIM. 17631627

Lampiran 3. Kuesioner Mekanisme Koping

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Nama : _____

Umur : tahun

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Suku : ☐ Jawa ☐ Dayak
☐ Bugis ☐ Toraja
☐ Makassar ☐ Lain-lain _____

Pendidikan : ☐ SD-Sederajat ☐ SMA-Sederajat
☐ SMP-Sederajat ☐ D3/S1/S2
☐ Tidak sekolah

Pekerjaan : ☐ Wiraswasta ☐ Petani
☐ Pedagang ☐ Lain-lain _____
☐ PNS

Karakteristik Lingkungan : ☐ Perkotaan ☐ Pedesaan

Status Perkawinan : ☐ Lajang ☐ Kawin ☐ Cerai

Hubungan Kekeluargaan : ☐ Keluarga Inti (Ayah, Ibu, Kakak, Adik)
☐ Keluarga Dekat (Kakek, Paman, Sepupu)

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya membicarakan masalah salah satu anggota keluarga saya yang menderita skizofrenia dengan keluarga yang lainnya				
2.	Saya membicarakan masalah salah satu anggota keluarga saya yang menderita skizofrenia dengan orang yang lebih profesional seperti dokter ataupun perawat				
3.	Saya mengambil hikmah dari permasalahan anggota keluarga saya saat ini yang sedang dihadapi				
4.	Saya berdoa dan bertawakkal atas kejadian yang menimpa anggota keluarga saya				
5.	Saya berfikir masalah ini wajar terjadi karena apa yang sudah dilakukan di masa lalu				
6.	Saya yakin bahwa setiap masalah yang terjadi pasti ada jalan keluarnya				
7.	Saya menggunakan alkohol atau obat karena masalah yang terjadi di anggota keluarga saya saat ini				
8.	Saya melakukan sesuatu yang berbahaya yang belum pernah dilakukan seperti mencoba bunuh diri				
9.	Saya mengurung diri saat menghadapi masalah yang menimpa anggota keluarga saya saat ini				
10.	Saya merahasiaakan kondisi sakit yang dialami anggota keluarga saya kepada orang lain				
11.	Saya marah dan menyalahkan orang lain atas masalah yang terjadi pada anggota keluarga saya saat ini				
12.	Saya merasa mudah marah sejak merawat anggota keluarga saya yang mengalami skizofrenia				

Lampiran 4. Kuesioner DASS

Kuesioner DASS

Depression Anxiety Stresss Scales

Keterangan

0 : tidak ada atau tidak pernah

1 : sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu atau kadang-kadang

2 : sering

3 : sangat sesuai dengan yang dialami atau hampir setiap saat

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1	Menjadi marah karena hal-hal kecil/sepele				
2	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
3	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
4	Mudah merasa kesal				
5	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
6	Tidak sabaran				
7	Mudah tersinggung				
8	Sulit untuk beristirahat				
9	Mudah marah				
10	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
11	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
12	Berada pada keadaan tegang				
13	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan				
14	Mudah gelisah				

Indikator Penilaian

Tingkat	Skala stresss
Normal	0-14
Ringan	15-18
Sedang	19-25
Parah	26-33
Sangat parah	>34

Lampiran 5. Surat Permohonan Data Awal

 **UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO**
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Jl. Budi Utomo No. 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
Telepon: (0352) 481174, Faksimile: (0352) 481796, email: akademik@uampono.ac.id website: www.uampono.ac.id
Akreditasi Institusi oleh BAN-PT : B
(SK Nomor 2754/Dit-PT/Ak-PP/PT/V/2020)

Nomor : 477/IV.6/PN/2020
Hal : Permohonan Data Awal
30 November 2020

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Ponorogo
Di
PONOROGO

Assalamu'alaikum w. w.

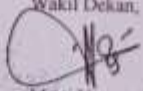
Disampaikan dengan hormat bahwa sebagai rangkaian pelaksanaan Ujian Akhir Program (UAP) Mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo Tahun Akademik 2020/2021, maka mahasiswa / mahasiswi diwajibkan untuk menyusun Skripsi lingkup Keperawatan.

Maka bersama ini mengharap bantuan dan kerjasama Bapak / Ibu dapatnya memberikan kemudahan dalam melaksanakan izin pada pengambilan data awal penelitian, dengan pokok permasalahan : **Angka Kejadian Skizofrenia di Ponorogo**. Adapun nama mahasiswa/mahasiswi sebagai berikut :

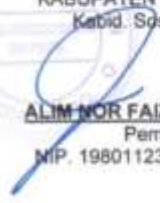
Nama : Yona Bagus Pradana
NIM : 17631627
Jurusan : Keperawatan S-1

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum w. w.

An. Dekan
Wakil Dekan,

Metti Verawati, S.Kep, Ns. M.Kes
NIK. 19800520 200302 12

Lampiran 6. Surat Rekomendasi Penelitian Bangkesbang

	BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jl. Aloun-aloun Utara Nomor 6 Telepon (0352) 483852, Kode Pos 63413 PONOROGO
REKOMENDASI Nomor : 072/448/405.28/2022	
Berdasarkan surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tanggal 5 Juli 2022, Nomor: 070/4472/405.09/2022, perihal Rekomendasi Ijin Penelitian.	
Dengan ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo memberikan Rekomendasi kepada :	
Nama Peneliti	: YONA BAGUS PRADANA
Alamat	: Jl. Sri Manis 002/001, Desa Gupolo, Kec. Babadan, Kab. Ponorogo
Tema / Acara Survey / Research / PKL / Pengumpulan data / Magang	: Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia
Daerah / Tempat dilakukan PKN / Survey / Pengumpulan Data	: Wilayah Kerja Puskesmas Jenangan
Tujuan Penelitian	: Kuesioner, wawancara, dokumentasi, dll
Waktu / Lama Penelitian	: 3 (tiga) bulan; menyesuaikan jadwal puskesmas
Bidang Penelitian	: Keperawatan
Status Penelitian	: Baru
Peserta Peneliti	: -
Nama Penanggungjawab / Koordinator Penelitian	: Sulisty Andarmoyo, S.Kep.Ns., M.Kes. Dekan Fak. Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Ponorogo
Nama Lembaga	: Universitas Muhammadiyah Ponorogo
<u>Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:</u>	
1. Melaksanakan protokol kesehatan Covid-19 (menggunakan masker dengan benar, mencuci tangan, menjaga jarak, menjauhi kerumunan dan membatasi mobilitas); 2. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba di tempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Pejabat Pemerintah setempat; 3. Menjalani ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat; 4. Menjaga tata tertib, kesmahan, kedisiplinan dan kesucian serta menghindari pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk; 5. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan seperti tersebut diatas; 6. Setelah berakhirnya dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Survey / Research / PKL, sebelum meninggalkan daerah tempat Survey / Research / PKL; 7. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo; 8. Rekomendasi ini akan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.	
Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.	
Ponorogo, 07 Juli 2022	
a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN PONOROGO, Kabid. Sosial Politik,	
 ALIM NOR FAIZIN, S.IP., M.Si. Pembina NIP. 19801123 200604 1 019	
<u>Tembusan :</u> Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ponorogo; 2. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Ponorogo.	



BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Aloun-aloun Utara Nomor 6 Telepon (0352) 483852, Kode Pos 63413
PONOROGO

REKOMENDASI

Nomor : 072/448/405.28/2022

Berdasarkan surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tanggal 5 Juli 2022, Nomor: 070/4472/405.09/2022, perihal Rekomendasi Ijin Penelitian.

Dengan ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo memberikan Rekomendasi kepada :

Nama Peneliti	: YONA BAGUS PRADANA
Alamat	: Jl. Sri Manis 002/001, Desa Gupolo, Kec. Babadan, Kab. Ponorogo
Tema / Acara Survey / Research / PKL / Pengumpulan data / Magang	: Hubungan Stress Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Keluarga Penderita Skizofrenia
Daerah / Tempat dilakukan PKN / Survey / Pengumpulan Data	: Wilayah Kerja Puskesmas Jenangan
Tujuan Penelitian	: Kuesioner, wawancara, dokumentasi, dll
Waktu / Lama Penelitian	: 3 (tiga) bulan, menyesuaikan jadwal puskesmas
Bidang Penelitian	: Keperawatan
Status Penelitian	: Baru
Peserta Penelitian	: -
Nama Penanggungjawab / Koordinator Penelitian	: Sulisty Andarmoyo, S.Kep.Ns., M.Kes., Dekan Fak. Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Ponorogo
Nama Lembaga	: Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

1. Melaksanakan protokol kesehatan Covid-19 (menggunakan masker dengan benar, mencuci tangan, menjaga jarak, menjauhi kerumunan dan membatasi mobilitas);
2. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba di tempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Pejabat Pemerintah setempat;
3. Menjalankan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat;
4. Menjaga tata tertib, keamanan, kedisiplinan dan kesucian serta menghindari pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk;
5. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan seperti tersebut diatas;
6. Setelah berakhirnya dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Survey / Research / PKL, sebelum meninggalkan daerah tempat Survey / Research / PKL;
7. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo;
8. Rekomendasi ini akan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.

Ponorogo, 07 Juli 2022

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN PONOROGO,
Kabid. Sosial Politik,

ALIM NOR FAIZIN, S.IP., M.Si.
Pembina
NIP. 19801123 200604 1 019

Tembusan:

- Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ponorogo;
2. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Ponorogo.

Lampiran 7. Hasil Uji Plagiasi



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
LEMBAGA LAYANAN PERPUSTAKAAN
Jalan Budi Utomo 10 Ponorogo 63471 Jawa Timur Indonesia
Telp (0352) 481124, 487662 Fax (0352) 461796,
Website: library.umpo.ac.id
TERAKREDITASI A
(SK Nomor 00137/LAP.PT/III.2020)

SURAT KETERANGAN
HASIL SIMILARITY CHECK KARYA ILMIAH MAHASISWA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

Dengan ini kami nyatakan bahwa karya ilmiah dengan rincian sebagai berikut:

Nama : Yona Bagus Pradana

NIM : 17631627

Prodi : S1 keperawatan

Judul : Hubungan stres keluarga dengan mekanisme coping pada keluarga penderita skizofrenia

Dosen pembimbing :

1. Dr.sugeng mashudi, S.kep.,Ns.,M.kes

2. Sulisty Andarmoyo., S.kep.,Ns.,M.,kes

Telah dilakukan check plagiasi berupa Skripsi di L2P Universitas Muhammadiyah Ponorogo dengan prosentase kesamaan sebesar 24 %

Demikian keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 8 Agustus 2022

Petugas pemeriksa



(Mohamad Ulil Albab, SIP)
NIK.1989092720150322

Nb: Dosen pembimbing dimohon untuk mengecek kembali keaslian soft file karya ilmiah yang telah diperiksa melalui Turnitin perpustakaan

Lampiran 8. Surat Uji Etik

 UMS Universitas Muhammadiyah Surakarta	Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) <i>Health Research Ethics Committee</i> Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta <i>Faculty of Medicine Universitas Muhammadiyah Surakarta</i> Komplek Kampus 4 UMS, Gondan, Kartasura, Sukoharjo, Jawa Tengah 57169 Telp. +62271717417 psw. 4113, Fax. 0271-724883 Website: https://es.kemdiknas.go.id E-mail: kepk@ums.ac.id
ETHICAL CLEARANCE LETTER Surat Kelainan Etik No. 4162/B.1/KEPK-FKUMS/IV/2022	
Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) FK UMS, setelah menelaah rancangan penelitian yang diusulkan menyatakan bahwa: <i>Health Research Ethics Committee Faculty of medicine of Universitas Muhammadiyah Surakarta, after reviewing the research design, state that:</i>	
Penelitian dengan judul: <i>The research proposal with topic:</i>	
HUBUNGAN STRESS KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING PADA KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA	
Peneliti: <i>The researcher:</i>	
Nama/ Name : YONA BAGUS PRADANA	
Alamat/ Address : Jl. Srimanis RT 002 Rw 001 Ds Gupolo Kec. Babadan Kab. Ponorogo	
Institusi/ Institution : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo	
Telah memenuhi deklarasi Helsinki 1975, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) dan World Health Organization (WHO) 2016 <i>Has met the declaration of Helsinki 1975, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) and World Health Organization (WHO) 2016</i>	
dan dinyatakan lolos etik <i>and ethically approved</i>	
Surakarta, 05 April 2022 Ketua/Chairman,  Prof. Dr. dr. EM. Sutrisna, M.Kes.	

Lampiran 9. Tabulasi Data

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Karakteristik Lingkungan	Status Perkawinan	Hubungan Kekeluargaan
1	Suratin	45	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
2	Yono	52	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
3	Iin	32	Perempuan	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
4	Yakup	43	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
5	Agus	39	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
6	Sadad	44	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
7	Miskun	60	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Cerai	Keluarga Dekat
8	Ipah	53	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
9	Sukati	47	Perempuan	SMP	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
10	Sinik	55	Perempuan	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
11	Mutmainah	63	Perempuan	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
12	kolan	44	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
13	Toinah	56	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
14	Herlina	35	Perempuan	SMA	Pedagang	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
15	Sariyah	42	Perempuan	SMA	Pedagang	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
16	Umi	38	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
17	Sukirah	41	Perempuan	SMP	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
18	Tipah	34	Perempuan	SMP	Pedagang	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
19	Marsinah	44	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
20	Suti fadilah	59	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
21	Siti Hartati	48	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
22	Sujarno	39	Laki Laki	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
23	Jono	40	Laki Laki	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti

24	Parmi	41	Laki Laki	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
25	Misratun	46	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
26	Lamikun	63	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
27	Bibit	32	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
28	Muhreman	60	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
29	Nuri	47	Laki Laki	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
30	Nariyah	58	Perempuan	SMP	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
31	Darmi	52	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
32	Kuyur	43	Laki Laki	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
33	Dasun	36	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
34	Muh rizal	41	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
35	Slamet Riyadi	35	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
36	Rebo	44	Laki Laki	SMP	Pedagang	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
37	Hanifa	56	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
38	Darti	54	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
39	Sumini	55	Perempuan	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
40	Ismi	62	Perempuan	SMA	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
41	Misman	45	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
42	Lilik	54	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
43	RIA	32	Perempuan	SMA	Pedagang	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
44	Sajonah	54	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
45	Musman	55	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
46	Yasin	56	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
47	Samsudin	47	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
48	Toykun	69	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Cerai	Keluarga Dekat
49	Misirah	66	Laki Laki	SMP	Petani	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
50	Riyem	56	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti

51	Tantina	54	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
52	Penin	45	Perempuan	SMA	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
53	Adit	34	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
54	Simar	58	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Dekat
55	Sriwahyuni	55	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
56	Katiyem	71	Perempuan	SMP	IRT	Pedesaan	Cerai	Keluarga Inti
57	Parti	56	Perempuan	SMP	IRT	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
58	Sarni	67	Perempuan	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti
59	Tukiran	77	Laki Laki	SMP	Wiraswasta	Pedesaan	Cerai	Keluarga Dekat
60	Sumarni	71	Laki Laki	SMA	Wiraswasta	Pedesaan	Kawin	Keluarga Inti

Kuesioner Mekanisme Koping

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Total
4	4	3	3	2	4	4	4	3	2	2	1	39
4	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	1	41
4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	3	1	42
4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	3	1	41
4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	3	1	42
4	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	1	41
4	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	1	42
4	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	1	42
4	4	4	3	4	4	4	4	3	2	4	1	45
4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	1	42
4	4	4	3	3	4	4	4	4	2	4	1	44
4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	4	48

3	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	42
4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	2	1	42
3	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	1	39
3	4	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	42
3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	2	2	44
3	4	4	4	3	4	4	4	3	2	2	2	43
3	4	4	4	2	4	4	4	3	3	2	2	43
3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	2	2	43
3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	2	1	40
3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	1	1	42
3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	1	1	39
3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	1	1	41
3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	1	1	41
4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	1	2	44
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	46
3	4	4	4	3	4	4	4	3	2	1	2	41
4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	1	2	43
3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	1	2	41
3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	1	43
3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	1	1	42
3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	1	42
3	4	4	4	3	4	4	4	3	2	1	1	41
3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	1	1	41
4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	1	1	42
4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	1	1	44
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	45
4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	1	1	41

4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	1	4	45
4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	1	3	44
3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	1	3	44
4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	1	3	45
3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	44
3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	1	40
3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	1	1	40
3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	1	1	43
3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	1	1	43
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	43
2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	23
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	46
3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	1	2	43
3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	1	2	41
3	4	3	4	4	4	4	4	2	4	1	1	42
3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	2	42
2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	3	23
4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	1	1	43
3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	1	40
3	4	4	3	4	4	4	4	3	2	1	2	41
1	1	2	2	1	2	3	2	1	1	1	3	24

Kuesioner DASS

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Total
2	0	1	1	1	0	2	3	2	1	2	2	0	2	20
1	2	3	2	2	1	0	0	2	3	1	1	2	2	23
0	0	0	2	0	3	3	3	1	2	3	3	3	3	27
2	1	1	1	2	2	3	2	1	0	3	2	1	2	24
1	2	1	2	2	2	0	0	3	2	1	1	0	1	19
3	0	1	1	1	3	2	3	1	0	3	2	2	2	25
3	1	1	0	0	0	1	2	1	2	2	2	1	1	19
2	3	2	3	3	3	1	0	3	2	2	2	2	0	29
1	2	2	2	2	2	2	0	2	3	3	1	3	3	29
1	2	1	0	0	0	3	1	0	2	1	1	2	1	16
2	1	3	2	1	0	2	3	1	0	3	3	0	0	23
1	0	0	3	2	1	1	2	2	3	3	3	3	3	28
3	3	3	2	2	0	2	2	0	2	1	1	2	2	26
3	2	2	1	1	2	2	3	1	0	3	3	0	0	24
1	0	0	2	2	2	0	0	3	0	2	1	0	3	17
3	0	1	2	1	1	3	3	2	1	3	3	1	2	27
3	1	2	0	0	0	2	3	2	3	4	2	3	0	26
2	3	3	3	3	1	0	0	2	2	3	2	2	1	28
2	1	3	2	2	1	3	3	1	2	1	0	2	2	26
1	0	0	0	0	3	3	2	1	3	2	1	3	2	22
0	3	3	3	1	1	0	0	3	0	0	0	0	3	18
3	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	30
2	0	0	3	3	2	1	2	1	0	0	0	0	2	17
1	0	3	1	2	3	1	0	3	3	3	3	3	2	29

1	1	0	2	2	2	1	3	1	2	2	1	1	3	23
3	2	1	1	1	1	0	0	2	3	0	0	0	0	15
3	3	2	1	2	2	3	1	2	0	3	3	3	1	31
0	2	0	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	20
1	2	2	1	0	2	1	1	2	1	3	2	1	1	21
2	1	0	3	3	3	2	1	2	1	3	3	2	1	28
0	2	3	2	2	0	1	2	1	1	3	0	1	2	21
3	2	3	0	0	1	1	2	3	2	1	1	1	2	24
4	1	0	3	3	1	2	2	3	2	1	1	2	1	27



Lampiran 10. Hasil Uji Statistika

Statistics

		umur	jenis kelamin	pendidikan	pekerjaan	karakteristik lingkungan	status perkawinan
N	Valid	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		hubungan keluarga	tingkat stress keluarga	mekanisme koping
N	Valid	60	60	60
	Missing	0	0	0

Frequency Table

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31-40 tahun	12	20.0	20.0	20.0
	41-50 tahun	18	30.0	30.0	50.0
	>51 tahun	30	50.0	50.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	30	50.0	50.0	50.0
	perempuan	30	50.0	50.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	24	40.0	40.0	40.0
	SMA	36	60.0	60.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wiraswasta	27	45.0	45.0	45.0
	pedagang	5	8.3	8.3	53.3
	petani	16	26.7	26.7	80.0
	IRT	12	20.0	20.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

karakteristik lingkungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pedesaan	60	100.0	100.0	100.0

status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	56	93.3	93.3	93.3
	cerai	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

hubungan kekeluargaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keluarga inti	51	85.0	85.0	85.0
	keluarga dekat	9	15.0	15.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

tingkat stress keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	8	13.3	13.3	13.3
	sedang	24	40.0	40.0	53.3
	parah	28	46.7	46.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

mekanisme koping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	koping adaptif	57	95.0	95.0	95.0
	koping maladaptif	3	5.0	5.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

umur * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
umur	31-40 tahun	2	3	7	12
	41-50 tahun	3	7	8	18
	>51 tahun	3	14	13	30
	Total	8	24	28	60

umur * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
umur	31-40 tahun	12	0	12
	41-50 tahun	18	0	18
	>51 tahun	27	3	30
Total		57	3	60

jenis kelamin * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
jenis kelamin	laki-laki	5	11	14	30
	perempuan	3	13	14	30
Total		8	24	28	60

jenis kelamin * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
jenis kelamin	laki-laki	28	2	30
	perempuan	29	1	30
Total		57	3	60

pendidikan * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
pendidikan	SMP	3	10	11	24
	SMA	5	14	17	36
Total		8	24	28	60

pendidikan * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
pendidikan	SMP	22	2	24
	SMA	35	1	36
Total		57	3	60

pekerjaan * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
pekerjaan	wiraswasta	3	13	11	27
	pedagang	2	1	2	5
	petani	3	6	7	16
	IRT	0	4	8	12
Total		8	24	28	60

pekerjaan * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
pekerjaan	wiraswasta	25	2	27
	pedagang	5	0	5
	petani	16	0	16
	IRT	11	1	12
Total		57	3	60

karakteristik lingkungan * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
karakteristik lingkungan	pedesaan	8	24	28	60
Total		8	24	28	60

karakteristik lingkungan * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
karakteristik lingkungan	pedesaan	57	3	60
Total		57	3	60

status perkawinan * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
status perkawinan	kawin	8	21	27	56
	cerai	0	3	1	4
Total		8	24	28	60

status perkawinan * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
status perkawinan	kawin	54	2	56
	cerai	3	1	4
Total		57	3	60

hubungan kekeluargaan * tingkat stress keluarga Crosstabulation

Count

		tingkat stress keluarga			Total
		ringan	sedang	parah	
hubungan kekeluargaan	keluarga inti	8	18	25	51
	keluarga dekat	0	6	3	9
Total		8	24	28	60

hubungan kekeluargaan * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
hubungan kekeluargaan	keluarga inti	48	3	51
	keluarga dekat	9	0	9
Total		57	3	60

tingkat stress keluarga * mekanisme koping Crosstabulation

Count

		mekanisme koping		Total
		koping adaptif	koping maladaptif	
tingkat stress keluarga	ringan	5	3	8
	sedang	24	0	24
	parah	28	0	28
Total		57	3	60

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	20.526 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	13.237	2	.001
Linear-by-Linear Association	11.292	1	.001
N of Valid Cases	60		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.