



**HUBUNGAN *SELF COMPASSION* DENGAN STRES *FAMILY CAREGIVER* ORANG DENGAN SKIZOFRENIA (ODS)  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Juwarti**  
**NIM 142310101007**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2018**



**HUBUNGAN *SELF COMPASSION* DENGAN STRES *FAMILY CAREGIVER* ORANG DENGAN SKIZOFRENIA (ODS)  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S1)  
di Fakultas Keperawatan Universitas Jember

oleh  
**Juwarti**  
**NIM 142310101007**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2018**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN *SELF COMPASSION* DENGAN STRES *FAMILY CAREGIVER* ORANG DENGAN SKIZOFRENIA (ODS)  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

oleh  
**Juwarti**  
**NIM 142310101007**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp. Kep.J

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak Masuri, Ibu Sulastri, Kakak saya Titik Wulandari dan Yuliana, Adik saya Alya Arisanti, dan seluruh keluarga besar saya yang senantiasa menjadi motivator terbesar dalam menyelesaikan tugas akhir ini sebagai syarat pencapaian gelas sarjana saya, dan yang tidak pernah lelah mendoakan kesuksesan saya serta senantiasa memberikan dukungan moril dan materiil;

**MOTTO**

“ Jangan sekali-kali engkau mengatakan terhadap sesuatu, “ Aku pasti akan  
melakukan itu besok pagi ”

(Al-Kahf: 23)

*“A moment of self compassion can change your entire day. A string of such  
moments can change the course of your life”*

(Christopher K. Germer)

“ Berani Bermimpi, harus berani mewujudkan”

(Anonim)

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2007. *Al-Quran dan Terjemahannya*.  
Jakarta:Sygma Creative Media Corp.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Juwarti

NIM : 142310101007

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember” yang saya buat benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi yang disebutkan sumbernya. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini adalah plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan atau tekanan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Jember, Februari 2018

Yang Menyatakan

Juwarti

NIM 142310101007

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Selasa, 6 Februari 2018

tempat : Ruang Sidang Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Erti Wuri W., M.Kep, Sp.Kep.J  
NIP. 19850511 200812 2 005

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep  
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I

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

Penguji II

Ns. Kushariyadi, M.Kep  
NIP. 760015697

Mengesahkan

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember



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

**Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember (*The Relationship Between Self Compassion and Stress of Schizophrenia Family Caregiver in Public Health Care Serving of Mumbulsari Jember*)**

Juwarti

*Faculty of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*Schizophrenia is a mental illness shows psychological disorder, violent behavior, and inability self care. This has created a burden for family caregiver, financially, social, and psychological. The purpose of this study to identified the relationship between self compassion and stress of schizophrenis family caregiver in Puskesmas (PHC) Mumbulsari Jember. The study used correlation study with the cross sectional approach. The sampling was counted 35 family caregiver using total sampling. The instrument used self compassion scale ( $\alpha=0,89$ ) and stres in family ( $\alpha=0,977$ ). The result showed that the average self compassion of family caregiver was 71.31(26-104). While the average stress of family caregiver was 18,74 (0-28). Bivariate analysis using pearson test showed that there was no correlation between self compassion and stress of schizophrenia family caregiver in Puskesmas (PHC) Mumbulsari Jember. There was no correlation between stress of schizophrenia family caregiver and gender, age, education level, profession, relationship with schizophrenia patient, and long tending of family caregiver. This has showed that family caregiver covered stress and showed a positive self acceptance. Actually, family caregiver showed that noncompliance of patient recovery, many of them was not accompanying schizophrenia patient to public health, and neglecting schizophrenia patient. Counseling and health promotion should be enhanced psychological health of family caregiver in treating schizophrenia patient in community through public health care serving.*

**Keywords:** *Schizophrenia, stress family caregiver, self compassion*

**RINGKASAN**

**Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember:** Juwarti, 142310101007: 2018: xx+166 halaman: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang menunjukkan tanda dan gejala seperti gangguan pikiran, perasaan, perilaku kekerasan, dan gangguan perawatan diri. Kondisi tersebut menempatkan *family caregiver* berada pada kerentanan yang tinggi terhadap beban finansial, sosial, dan psikologis. Stresor ini dikeluhkan *family caregiver* sebagai bentuk pengalaman tekanan psikologis keluarga dalam merawat ODS. Stres terjadi karena sumber dan strategi koping keluarga yang tidak adaptif terhadap berbagai ancaman yang dialami keluarga. *family caregiver* seharusnya keluarga memanfaatkan strategi koping internal dalam menghadapi stres, yang meliputi strategi kognitif dan strategi komunikasi. Dalam hal ini, strategi koping tersebut berasal dari dalam diri individu yang berkaitan dengan kemampuan suatu individu melakukan manajemen diri terhadap stressor, optimisme, kemampuan memahami diri sendiri, serta kemampuan mengelola dan penataan emosi (*self compassion*) sehingga *family caregiver* terhindar dari kondisi tekanan psikologis (stres) dalam merawat ODS.

Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja

Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian studi analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Terdapat dua variabel yang akan diukur dalam penelitian ini yaitu variabel independen yaitu *self compassion* dan variabel dependen yaitu stres *family caregiver* ODS. Penelitian ini menggunakan teknik sampling yaitu total sampling dengan jumlah sampel sebanyak 35 orang *family caregiver* ODS yang berada di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

Hasil analisis dari penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata *self compassion family caregiver* ODS yaitu sebesar 71,31 (26-104). Nilai rata-rata stres *family caregiver* ODS yaitu sebesar 18,74 (0-28). Hasil uji analisis bivariat dengan menggunakan uji *pearson* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. *Self compassion* yang baik mampu stres psikologis meskipun hanya berkorelasi dengan kondisi stres psikologis rendah. Hal ini terjadi karena cenderung menutupi kondisi stres yang dialaminya dan berusaha menunjukkan sikap penerimaan diri yang positif. Namun, faktanya menunjukkan hal sebaliknya ketika dilakukan observasi langsung kepada *family caregiver* ODS, banyak dari mereka yang tidak mendampingi ODS melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan secara rutin, tidak patuh pengobatan, dan cenderung melakukan pengabaian terhadap ODS. Program konseling dan promosi kesehatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan psikologis yang sudah baik dari *family caregiver* ODS.

Hasil Analisis bivariat antara karakteristik responden dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember dilakukan dengan menggunakan uji statistik *T test* (jenis kelamin), dan *One Way Anova Test* (usia, pekerjaan, pendidikan, hubungan dengan ODS, dan lama merawat ODS). Hasil uji analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan ODS, dan lama merawat ODS dengan stres *family caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

Saran yang dapat dilakukan adalah meningkatkan pencarian dan penemuan kasus baru sehingga ODS lebih cepat dan ditangani lebih awal. Institusi pelayanan kesehatan diharapkan tidak hanya memperhatikan pasien ODS, tetapi juga keluarganya. Dalam hal ini, penguatan dukungan moril dan peningkatan pengetahuan bagi *family caregiver* sangat dibutuhkan dengan melakukan berbagai bentuk program konseling, penyuluhan, dan *screening* stres *family caregiver* sebagai dampak merawat ODS yang dapat dilakukan secara berkala terkait dengan perawatan ODS yang benar serta manajemen stres yang dialami *family caregiver* dalam merawat ODS di rumah.

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah S.W.T yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “**Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember**”. Penyelesaian penyusunan skripsi ini tentunya tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp. Kep.,J selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing penulis demi penyempurnaan penyusunan skripsi penelitian ini;
3. Ns. Muhamad Zulfatul A’la., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing penulis selama melakukan penyusunan skripsi;
4. Ns. Erti Ikhiarini Dewi, M.Kep., Sp. Kep.,J selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
5. Ns. Erti I. Dewi, M.Kep, Sp.Kep.J dan Ns. Kushariyadi, M.Kep selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan masukan terkait dengan kesempurnaan skripsi ini;
6. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan bantuan;

7. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, Dinas Kesehatan Jember, Kepala Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember beserta seluruh jajaran, yang telah membantu dalam hal perizinan studi pendahuluandan penelitian skripsi ini;
  8. Orang tuaku tersayang Bapak Masuri dan Ibu Sulatri yang telah membesarkan dan mendidik penulis hingga saat ini, beserta seluruh keluarga besar yang turut mendukung peneliti menempuh pendidikan sarjana;
  9. Kalpatholic, kampfer leistung, dan masyarakat rumah kost merak barat yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat;
  10. Teman-teman angkatan 2014 khususnya kelas C yang telah memberikan saran, bantuan, semangat selama proses penyusunan skripsi ini;
  11. Serta semua pihak yang turut terlibat dalam proses penyusunan skripsi ini;
- Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga penelitian ini memberikan banyak manfaat bagi perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan keperawatan bagi kita semua.

Jember, Februari 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>HALAMAN ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>HALAMAN RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xx</b>
<b>BAB 1. BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan</b> .....	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>6</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>6</b>
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>7</b>
1.4.1 Bagi Peneliti.....	<b>7</b>
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	<b>7</b>
1.4.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan .....	<b>8</b>
1.4.4 Bagi Keilmuan Keperawatan .....	<b>8</b>
1.4.5 Bagi Keluarga ODS .....	<b>9</b>
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>9</b>

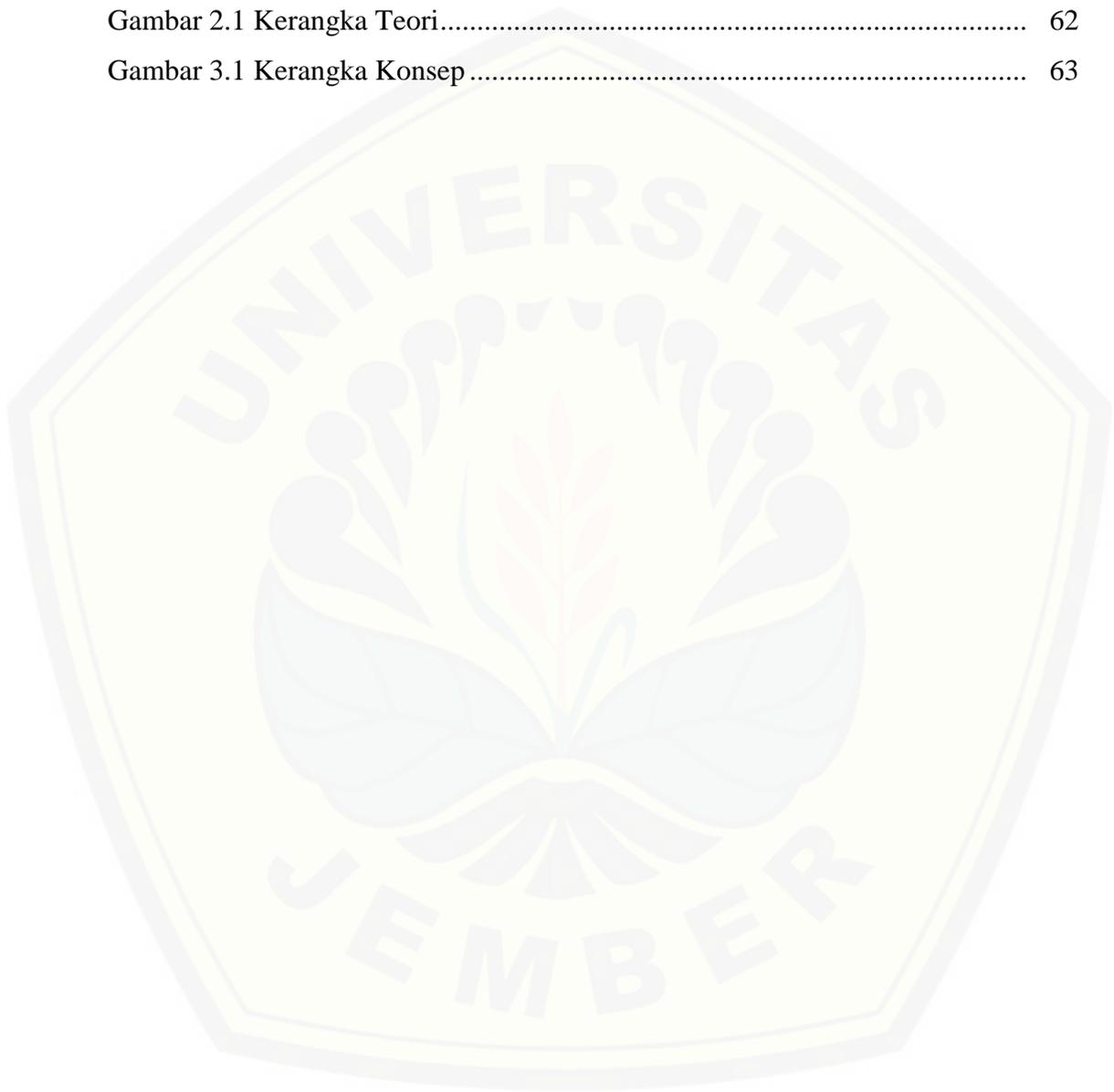
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Skizofrenia.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Definisi.....	13
2.1.2 Penyebab.....	14
2.1.3 Patofisiologi.....	16
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	17
2.1.5 Klasifikasi.....	20
2.1.6 Penatalaksanaan.....	22
<b>2.2 Konsep Keluarga.....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Definisi Keluarga.....	25
2.2.2 Fungsi Keluarga.....	26
2.2.3 Tugas Kesehatan Keluarga.....	27
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Keluarga.....	29
<b>2.3 Stres Keluarga.....</b>	<b>32</b>
2.3.1 Definisi.....	32
2.3.2 Stressor Keluarga.....	33
2.3.3 Faktor-faktor Penyebab Stres.....	38
2.3.4 Fase Stres Keluarga.....	40
2.3.5 Reaksi Terhadap Stres.....	42
<b>2.4 Koping Keluarga.....</b>	<b>46</b>
2.4.1 Sumber Koping Keluarga.....	46
2.4.2 Strategi Koping Keluarga.....	48
<b>2.5 Dampak Stres <i>Family Caregiver</i> terhadap ODS.....</b>	<b>59</b>
<b>2.6 Hubungan <i>Self Compassion</i> dengan Tingkat Stres Keluarga...60</b>	<b>60</b>
<b>2.7 Kerangka Teori.....</b>	<b>62</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep.....</b>	<b>63</b>
<b>3.2 Hipotesis.....</b>	<b>64</b>
<b>BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Desain Penelitian.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>65</b>

4.2.1 Populasi Penelitian .....	65
4.2.2 Teknik Pengambilan Sampel .....	66
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian .....	66
<b>4.3 Lokasi Penelitian.....</b>	<b>67</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian.....</b>	<b>68</b>
<b>4.5 Definisi Operasional.....</b>	<b>68</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data.....</b>	<b>71</b>
4.6.1 Sumber Data .....	71
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	71
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	75
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	76
<b>4.7 Pengolahan Data .....</b>	<b>77</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	77
4.7.2 <i>Coding</i> .....	78
4.7.3 <i>Entry</i> .....	80
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	80
<b>4.8 Analisis data .....</b>	<b>80</b>
4.8.1 Uji Normalitas Data .....	80
4.8.2 Analisis Univariat .....	81
4.8.3 Analisis Bivariat .....	82
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>82</b>
4.9.1 Asas Lembar Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	83
4.9.2 Asas Tanpa Nama ( <i>Anonymity</i> ) .....	83
4.9.3 Asas Kemanfaatan ( <i>Beneficience</i> ) .....	84
4.9.4 Asas Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	84
4.9.5 Asas Keadilan ( <i>Right to Justice</i> ).....	85
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>86</b>
<b>5.1 Gambaran UPT Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .</b>	<b>86</b>
<b>5.2 Hasil Penelitian.....</b>	<b>87</b>
5.2.1 <i>Self Compassion Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.....	87

5.2.1	Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	87
5.2.3	Hubungan <i>Self Compassion</i> dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	88
5.2.4	Hubungan Karakteristik <i>Family Caregiver</i> dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	90
<b>5.3</b>	<b>Pembahasan.....</b>	<b>93</b>
5.3.1	<i>Self Compassion</i> <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.....	93
5.3.2	Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	96
5.3.3	Hubungan <i>Self Compassion</i> dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	98
5.3.4	Hubungan Karakteristik <i>Family Caregiver</i> dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember .....	101
<b>5.4</b>	<b>Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>111</b>
<b>BAB 6.</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>113</b>
6.1	Simpulan .....	113
6.2	Saran .....	113
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>117</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>127</b>

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	62
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	63



**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian dengan Penelitian Satu Topik.....	12
Tabel 2.1 Stresor dalam keluarga dengan subskala menggunakan FILE.....	37
Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	69
Tabel 5.1 Distribusi Data <i>Self Compassion Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember (n=35).....	87
Tabel 5.2 Distribusi Data Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember (n=35).....	88
Tabel 5.3 Hasil Uji Normalitas Data <i>Self Compassion</i> dan Data Stres <i>Family Caregiver</i> ODS (n=35).....	89
Tabel 5.4 Analisis Hubungan <i>Self Compassion</i> dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember (n=35).....	89
Tabel 5.5 Hasil Uji Statistik Hubungan Karakteristik <i>Family Caregiver</i> ODS dengan Stres <i>Family Caregiver</i> ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember (n=35).....	91

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> .....	128
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i> .....	130
Lampiran 3. Data Responden .....	131
Lampiran 4. Kuesioner <i>Self Compassion</i> .....	132
Lampiran 5. Kuesioner Stres <i>Family Caregiver</i> .....	136
Lampiran 6. Hasil Penelitian.....	138
Lampiran 7. Dokumentasi Kegiatan Penelitian .....	149
Lampiran 8. Surat Ijin Studi Pendahuluan .....	151
Lampiran 9. Surat Keterangan Selesai Studi Pendahuluan.....	154
Lampiran 10.Surat Ijin Penelitian .....	155
Lampiran 11.Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	158
Lampiran 12.Lembar Bimbingan Konsultasi Skripsi .....	159
Lampiran 13.Lembar Bukti Penggunaan Kuesioner.....	165

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Stres *family caregiver* merupakan suatu kondisi ketegangan yang dialami seseorang atau sistem sosial (keluarga) yang menyebabkan terjadinya suatu respon terhadap reaksi yang menimbulkan ketegangan. Menurut Friedman *et al* (2010) stres merupakan suatu kondisi krisis dalam keluarga yang terjadi karena sumber dan strategi koping keluarga yang tidak adaptif terhadap berbagai ancaman yang dialami keluarga. Stresor yang dimaksud dapat berupa perawatan keluarga untuk anggota keluarga ODS. Kondisi stres *family caregiver* ODS dimanifestasikan dalam bentuk ketegangan fisik, kebosanan, keputusasaan, cemas, peningkatan rasa malu yang berlebihan kepada masyarakat sekitar, isolasi sosial, sedih berkepanjangan, bahkan frustrasi mencari pengobatan ODS (Hoening dan Hamilton dalam Kaakinen *et al*, 2010; Wardani, 2009; Cabral *et al*, 2014). Masalah tersebut dikeluhkan *family caregiver* sebagai bentuk tekanan psikologis, dan seringkali terjadi pada *family caregiver*.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2017 menunjukkan data bahwa dari 50 Puskesmas seluruh Kabupaten Jember sekitar 1.526 orang yang terdiri dari 899 laki-laki, 627 wanita, jumlah kasus baru 434 orang, 825 orang kasus lama, dan 161 orang dirujuk. Laporan data tersebut menunjukkan bahwa Kecamatan Mumbulsari menjadi wilayah dengan ODS terbanyak yaitu 35 orang ODS yang berada di Kecamatan Mumbulsari Kabupaten Jember. Studi pendahuluan kemudian dilakukan dengan wawancara kepada *family caregiver*

ODS terkait dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari dan didapatkan hasil, yaitu 3 dari 4 *family caregiver* mengatakan keluarga terkadang mengalami kebosanan dan keputusasaan dalam merawat dan mengusahakan pengobatan untuk ODS.

Masalah kebosanan dan keputusasaan yang muncul dikeluhkan *family caregiver* sebagai bentuk pengalaman tekanan psikologis keluarga dalam merawat ODS, yaitu stres *family caregiver* ODS. Hal serupa juga dikatakan oleh Mubin dan Andriani (2013) dalam penelitian tentang tingkat stress pada keluarga yang memiliki penderita gangguan jiwa di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal dengan hasil persentase tertinggi yaitu stress sedang sebanyak 52 orang (66,7), sedangkan persentase terendah yaitu stress ringan sebanyak 8 orang (10,3%). Jadi dapat disimpulkan bahwa rata-rata keluarga yang merawat ODS mengalami stress sedang. Hasil penelitian lain mengungkapkan bahwa dari 34 keluarga dengan ODS sebagai responden menunjukkan bahwa 29 orang (85%) mengalami stress normal, dan sebanyak 5 orang (15%) mengalami stress ringan (Mirza *et al*, 2015). Hal serupa juga diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Wulandari *et al* (2016) bahwa sebanyak 18 orang (56,25%) keluarga yang merawat ODS yang memiliki tingkat stress sedikit rendah dari rata-rata.

Stres *family caregiver* terjadi karena ODS membutuhkan proses perawatan dan pengobatan yang panjang, jangka waktu yang lama, dan pengobatan yang teratur (Ambarsari dalam Sefrina dan Latipun, 2016), dan keluarga dalam hal ini menjadi sistem pendukung utama dalam perawatan kesehatan ODS (Hardiyandi *et al*, 2016; Herminsih *et al*, 2017). *Family caregiver* memiliki banyak peran dalam

melakukan perawatan sehari-hari untuk ODS yang meliputi, pengawasan kepatuhan minum obat, mengantarkan ke fasilitas pelayanan kesehatan, memfasilitasi kebutuhan dasar, dan mencari sumber pendapatan untuk kebutuhan keluarga dan kebutuhan perawatan ODS (Chadda, 2014). Kondisi ini menempatkan *family caregiver* berada pada kerentanan yang tinggi terhadap stres, frustrasi, ansietas, isolasi sosial, dan depresi (Adeosun, 2013; Cabral *et al*, 2014). Selain itu, stres *family caregiver* juga berhubungan dengan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga ODS, beban finansial, dan stigma negatif yang terus-menerus dari lingkungan sekitar turut berkontribusi menjadi sumber tekanan psikologis *family caregiver* (Yusuf *et al*, 2012; Mirza *et al*, 2015; Puspitosari *et al*, 2015; Potts *et al*, 2015).

Menurut Robins dalam Maryam (2016) stres *family caregiver* terjadi karena strategi koping keluarga yang tidak adaptif secara efektif dalam mengatasi berbagai bentuk ancaman stressor. *Family caregiver* tidak mampu mengelola emosi yang pada akhirnya membawa keluarga berada dalam kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dalam upaya beradaptasi terhadap tuntutan peran keluarga sebagai *caregiver* ODS (Nasriati, 2017; Puspitosari *et al*, 2015; Nihayati, 2016). Stres *family caregiver* sangat berdampak buruk bagi *family caregiver* dan ODS. Bagi *family caregiver*, dampak buruk yang kemungkinan akan terjadi yaitu saling menyalahkan antar anggota keluarga, resisten terhadap berbagai informasi terkait perawatan dan pengobatan ODS, pengaturan waktu dan tenaga dalam melakukan perawatan terhadap ODS, penurunan motivasi pencarian pengobatan untuk ODS, pengabaian ODS, serta pengaturan sumber keuangan yang

dibutuhkan untuk perawatan dan pengobatan ODS (Mubin dan Andriani, 2013). Dampak secara signifikan tentunya juga dialami oleh ODS, seperti berbagai bentuk pelanggaran hak asasi ODS, yaitu penyiksaan, pengurungan (pasung), diskriminasi dan tindakan lainnya (Sari, 2009). Selain itu, meningkatnya risiko kekambuhan ODS dan memperburuk prognosis (Sadock dan Sadock dalam Hermingsih *et al*, 2017).

Friedman *et al* (2010) mengatakan seharusnya keluarga memanfaatkan strategi koping internal dalam menghadapi stres, yang meliputi strategi kognitif dan strategi komunikasi. Terkait dengan strategi kognitif, berkaitan dengan normalisasi dan pengendalian makna masalah dengan membingkai ulang penilaian pasif terhadap kondisi stres dan depresi. Dalam hal ini, strategi koping tersebut berasal dari dalam diri individu yang berkaitan dengan kemampuan suatu individu melakukan manajemen diri terhadap stressor, optimisme, kemampuan memahami diri sendiri, serta kemampuan mengelola dan penataan emosi (*self compassion*) (Wardaningsih *et al*, 2010; Kristiana, 2017).

*Family caregiver* ODS dengan *self compassion* yang rendah akan mengalami kecenderungan tidak mampu mengontrol emosi negatif (Neff dan Germer, 2013), karena Neff (2003) mengatakan bahwa *self compassion* berhubungan dengan negatif dengan *self-criticism*, depresi, cemas, stres, perasaan tertekan, perasaan merenungi nasib, dan *neurotic perfectionism*, akan tetapi berhubungan positif dengan kepuasan dalam hidup dan keterkaitan sosial. Hal ini juga diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan pada 177 orang mahasiswa psikologi di Universitas Southwestern dengan menggunakan pengukuran *self*

*report* menunjukkan bahwa *Self compassion* berhubungan dengan perasaan kebahagiaan, perasaan positif, optimisme, inisiatif pribadi keterbukaan, dan kesadaran (Neff, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan *self compassion* dalam diri individu menentukan karakteristik koping positif atau negatif.

*Family caregiver* yang menggunakan *self compassion* dalam menghadapi kekurangan dan kegagalan terhadap peristiwa dalam hidupnya akan mempermudah individu meningkatkan motivasi diri, meningkatkan kebijaksanaan, menurunkan tingkat depresi dan stres, pencapaian optimisme, kebahagiaan dan kepuasan dalam hidup, lebih menyayangi diri sendiri, mengenal diri, serta menjadikan individu untuk berani mengungkapkan dan menceritakan masalah yang dihadapi kepada orang lain, sehingga individu dengan mudah membentuk hubungan yang bermakna dengan orang lain disekitarnya (Ramadhani dan Nurdibyanandaru, 2014; Hidayati dan Hasanah, 2016; Kristiana, 2017; Neff dan Germer, 2013). Oleh karena itu, intervensi psikologis yang tepat seharusnya dilakukan untuk meningkatkan strategi koping *family caregiver* ODS guna menurunkan atau mencegah terjadinya stres *family caregiver*.

Beberapa intervensi seperti, *Multiple family Therapy* (MFT) dapat menurunkan tingkat beban keluarga pendamping skizofrenia (Avriyanti *et al*, 2016), relaksasi otot progresif untuk menurunkan stres, psikoedukasi untuk *family caregiver* yang terbukti dapat menjadi salah satu alternatif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan *family caregiver* dalam melaksanakan peran dan fungsi perawatan kesehatan keluarga ODS (Sasono dan Rohmi, 2017), dan *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) untuk meningkatkan

pengetahuan dan strategi koping *family caregiver*. Dukungan sosial keluarga juga sangat diperlukan untuk menghadapi stresor dan kemungkinan terjadinya stres serta konsekuensi negatif lainnya (Vania dan Dewi, 2014).

Berdasarkan permasalahan yang muncul pada *family caregiver*, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember ?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui bagaimana hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini, antara lain:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden di Kabupaten Jember: usia, jenis kelamin, lama merawat ODS, pekerjaan, tingkat pendidikan, hubungan *family caregiver* dengan ODS.
- b. Mengidentifikasi *self compassion family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember;
- c. Mengidentifikasi stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember;
- d. Menganalisis hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember;
- e. Menganalisis hubungan karakteristik responden dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan tentang proses-proses penelitian, menambah pengetahuan terkait ODS, stres *family caregiver*, dan mengetahui faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi *self compassion dan stres family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

### 1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi bagi mahasiswa dan akademika yang lain terutama pada Departemen Jiwa dan Komunitas dalam mengembangkan penelitian atau

pengabdian kepada masyarakat melalui pengoptimalan fungsi dan peran keluarga dalam bentuk meningkatkan *self compassion family caregiver* dan menurunkan stres *family caregiver* ODS, serta aspek-aspek lain yang terkait dengan klien ODS dan *family caregiver*.

#### 1.4.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Data dan hasil penelitian dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan masukan untuk melakukan rencana tindak lanjut terkait dengan pengoptimalan program kesehatan. Institusi pelayanan kesehatan dapat melakukan kolaborasi dengan berbagai tenaga kesehatan untuk melakukan program pelayanan kesehatan seperti melakukan pendidikan kesehatan, intervensi terapi teknik relaksasi untuk mengurangi tingkat stres, dan terapi modalitas lainnya. Selain itu, juga dapat membentuk kader kesehatan jiwa, memaksimalkan program Desa Sehat Jiwa yang bertujuan untuk mendukung keberhasilan pengobatan ODS, tetapi juga untuk meningkatkan derajat kesehatan *family caregiver* ODS khususnya di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

#### 1.4.4 Bagi Keilmuan Keperawatan

Manfaat bagi keilmuan keperawatan adalah sebagai pertimbangan untuk melakukan suatu intervensi atau pengelolaan klien ODS dan keluarga yang juga memperhatikan aspek psikologis keluarga untuk mendukung proses perawatan dan pengobatan ODS. Pelayanan Keperawatan dapat dilakukan melalui berbagai

bentuk intervensi seperti pendidikan kesehatan, terapi relaksasi, terapi humor, dan psikoedukasi untuk menurunkan tingkat stres *family caregiver*. Sedangkan untuk meningkatkan *self compassion* yaitu dengan melakukan pendidikan kesehatan secara terapeutik, memberikan konseling untuk keluarga, memotivasi keluarga, dan menggali sumber kemampuan keluarga, dan lain-lain. Serta melakukan berbagai program kesehatan pemberdayaan yang melibatkan peran keluarga sebagai salah satu subjek yang paling dekat dan berpengaruh terhadap kesembuhan ODS, serta aspek-aspek lain yang turut mendukung kesembuhan dan pengobatan ODS di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

#### 1.4.5 Bagi Keluarga

Hasil penelitian dapat menambah informasi untuk memberikan motivasi dan dukungan kepada keluarga dan semua anggotanya untuk meningkatkan *self compassion* diri sebagai salah satu bentuk mekanisme koping keluarga untuk menghindari terjadinya stres *family caregiver* ODS dalam kehidupan sehari-hari, agar tidak terjadi ketegangan dan perubahan peran dalam keluarga.

### 1.5 Keaslian Penelitian

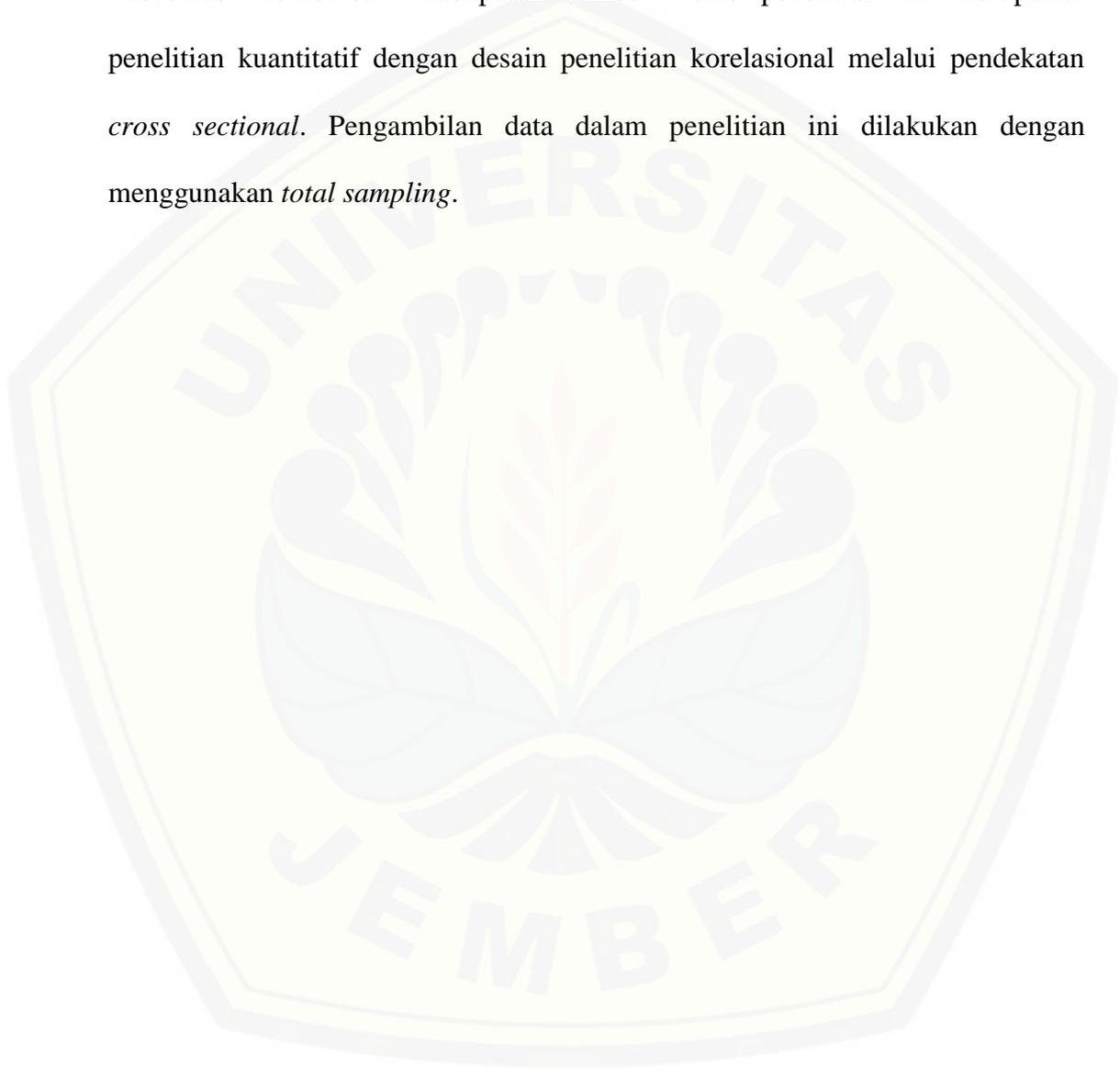
Penelitian yang mendukung penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Ika Febrian Kristiana yang berjudul “*Self Compassion* dan Stres Pengasuhan Ibu yang Memiliki Anak dengan Hambatan Kognitif” pada tahun 2017. Variabel bebas pada penelitian tersebut adalah *self compassion* dan variabel terikatnya

adalah stres pengasuhan ibu. Penelitian ini bertujuan untuk menguji secara empiris hubungan antara *self compassion* dengan stres pengasuhan ibu yang memiliki anak dengan hambatan kognitif. Penelitian ini merupakan penelitian korelasional. Jumlah sampel sebanyak 65 ibu atau orang tua yang memiliki anak dengan hambatan kognitif. Metode pengambilan sampel dilakukan dengan *random sampling* dan pengumpulan data menggunakan 2 skala psikologi berbentuk likert yaitu skala *self compassion* dan skala stres pengasuhan ibu yang dianalisis dengan menggunakan analisis regresi untuk menguji hipotesis dan melihat seberapa besar pengaruh variabel X terhadap variabel Y.

Hasil penelitian berdasarkan analisis regresi menunjukkan bahwa nilai  $R = -.503$  ( $P = .00$ ) yang artinya bahwa terdapat hubungan negatif yang signifikan antara *self compassion* dengan stres pengasuhan ibu yang memiliki anak dengan hambatan kognitif di SLB X di Kota Semarang. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin rendah *self compassion* yang dimiliki ibu maka semakin tinggi stres pengasuhan ibu yang memiliki anak dengan hambatan kognitif, begitu pula sebaliknya. *Self compassion* memberikan sumbangan secara efektif sebesar 25,3% dalam mempengaruhi stres pengasuhan ibu yang memiliki anak dengan hambatan kognitif. Persentase sumbangsi *self compassion* sebagai faktor yang mempengaruhi stres pengasuhan masih tergolong dalam jumlah yang kecil, dan masih ada faktor yang lebih besar turut mempengaruhi stres pengasuhan ibu yang memiliki anak dengan hambatan kognitif.

Penelitian saat ini dilakukan oleh Juwarti berjudul “Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di

Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi adanya hubungan antara *self compassion* dengan stres *family caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian korelasional melalui pendekatan *cross sectional*. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *total sampling*.



Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	<i>Self Compassion</i> dan Stres Pengasuhan Ibu yang Memiliki Anak dengan Hambatan Kognitif	Hubungan <i>Self Compassion</i> dengan Tingkat Stres <i>Family caregiver</i> Orang Dengan SKizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember
Tempat Penelitian	SLB X Kota Semarang	Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember
Tahun Penelitian	2017	2018
Peneliti	Ika Ferdian Kristiana	Juwarti
Variabel Dependen	Stres pengasuhan ibu	Stres <i>family caregiver</i> ODS
Variabel Independen	<i>Self Compassion</i>	<i>Self Compassion</i>
Teknik Sampling	Simple Random Sampling	Total sampling/sampel jenuh
Desain Penelitian	Korelasional	Korelasional
Instrumen Penelitian	Kuesioner <i>self compassion</i> yang terdiri dari <i>self kindness</i> , <i>common humanity</i> dan <i>mindfulness</i> . Dan kuesioner stres pengasuhan yang terdiri dari tiga komponen yaitu ranah orang tua, ranah anak, dan ranah hubungan antara orang tua dan anak. Kuesioner diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang sudah ada dari penelitian sebelumnya	Kuesioner <i>self compassion</i> yang terdiri dari <i>self kindness</i> , <i>common humanity</i> dan <i>mindfulness</i> . Dan kuesioner stres Keluarga dengan komponen perubahan fisik, perubahan afektif dan perilaku. Kuesioner diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang sudah ada dari penelitian sebelumnya
Uji Statistik	Uji analisis regresi	Uji Pearson

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Skizofrenia

#### 2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Schizein* yang berarti membagi, dan *phren* yang berarti pikiran. Skizofrenia mengacu pada kepribadian ganda, dimana identitas secara terpisah dan terjadi perpecahan atau gangguan antara aspek kepribadian yang terdiri dari kognitif dan emosional (Stuart, 2013). Skizofrenia juga disebut sebagai penyakit gangguan jiwa akibat kerusakan otak neurobiologis yang berat dan terus-menerus sehingga mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat. Menurut Keltner *et al* (1999) skizofrenia merupakan gangguan kepribadian yang berhubungan dengan gangguan neurologis atau multipel gangguan jiwa. Seseorang skizofrenia digambarkan dengan gangguan psikosis berat dan gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan persepsi sensoris (halusinasi dan delusi), kerusakan proses pikir yang ditandai dengan gangguan fungsi psikososial.

Skizofrenia sebagai suatu bentuk gangguan psikotik kronik, mereda, namun sering terjadi hilang timbul dengan manifestasi klinis yang luas dan bervariasi (Caplan dalam Lisa dan Sutrisna, 2013). Menurut Kartono (2009) mengatakan bahwa skizofrenia mengalami disintegrasikan pribadi dan perpecahan kepribadian yang ditunjukkan dengan melarikan diri dari kenyataan hidup dan hidup dengan fantasi dunianya sendiri sehingga mengakibatkan individu tersebut berpola pikir meloncat-loncat (*flight ideas*). Berdasarkan beberapa pendapat para ahli dapat

disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan sindrom gangguan jiwa yang ditunjukkan dengan gangguan disintegrasi pikiran, perasaan, depersonalisasi, dan gangguan kepribadian lainnya, sehingga mengganggu proses fungsi dalam kehidupan pribadi, keluarga, dan hubungan dengan masyarakat disekitarnya.

### 2.1.2 Penyebab Skizofrenia

Terdapat beberapa faktor yang menjadi faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa skizofrenia faktor yaitu:

a. Faktor genetik atau keturunan

Faktor genetik memiliki peran dalam terjadinya skizofrenia. Hubungan keturunan atau genetik orang tua yang memiliki keluarga dengan skizofrenia berpotensi lebih besar mengalami skizofrenia dibanding dengan orang tua normal. Pada dasarnya, skizofrenia disebabkan berbagai mekanisme genetik, biologi, lingkungan, dan pengalaman. Dari faktor predisposisi genetik pada anak dengan kembar identik yang terbagi dalam 100% gen skizofrenia dilakukan penelitian untuk penurunan gen skizofrenia dan pengaruh faktor lingkungan didapatkan 50 % mengalami gangguan skizofrenia (Stuart, 2013).

b. Faktor biologis

Faktor biologis yang menyebabkan skizofrenia berkaitan dengan keabnormalan anatomi fisiologi otak. Menurut Arnsten dalam Stuart (2013) mengatakan penurunan volume otak menjadi faktor yang paling konsisten, dimana pada bagian otak gray matter dan white matter mengalami kerusakan mielinisasi yang terjadi pada usia anak-anak atau keabnormalan pada usia remaja. Faktor

biologikal menjelaskan banyak aspek, termasuk biokimia, struktur neurologi, genetik, faktor risiko prenatal, dan faktor lainnya (Keltner, 1999).

c. Faktor neurobiologi

Perilaku psikotik memungkinkan terjadi akibat lesi pada otak di bagian frontal, temporal, dan limbik yang diregulasi oleh sistem neurotransmitter di daerah ini. menurut Stuart (2013) mengatakan bahwa ODS mengalami penurunan regulasi neurotransmitter secara terus-menerus yang berfungsi dalam melakukan pengaturan homeostasis neuromodulator sehingga neurotransmisi tidak stabil atau tidak menentu. Neurotransmitter yang dimaksud di fokuskan pada dopamin dan serotonin, yang yang terbaru yaitu glutamat.

d. Faktor virus dan infeksi

Infeksi virus yang dimaksud disini adalah infeksi influenza yang terjadi pada janin di awal kehamilan. Infeksi ini yang kemungkinan terjadi komplikasi kehamilan yang menyebabkan gangguan perkembangan dan pertumbuhan jani, yang tidak menutup kemungkinan mengakibatkan kerusakan pada struktur otak (Keltner, 1999).

e. Faktor psikososial

Faktor yang berhubungan dengan kejadian traumatik pada kanak-kanak, deprivasi parental, hubungan orang tua dan anak atau antar anggota keluarga yang tidak harmonis dan cenderung patologis, masalah dengan finansial, pekerjaan, dan pengalaman stres berkepanjangan dan tidak tertangani dengan baik.

f. Faktor sosiokultural

Berhubungan dengan tuntutan nilai, norma, dan budaya yang diterapkan oleh masyarakat sehingga membuat timbulnya tekanan pada individu. Faktor sosiokultural sebagai suatu bentuk keadaan objektif dalam masyarakat yang diyakini sehingga menimbulkan masalah bagi individu yang berupa tuntutan dan tekanan yang selanjutnya menyebabkan berbagai bentuk gangguan kejiwaan bagi individu tersebut (Coeleman et al dalam Baihaqi *et al*, 2005).

### 2.1.3 Patofisiologi Skizofrenia

Perjalanan penyakit skizofrenia pada dasarnya berbeda setiap individu. Menurut Halgin dan Whitbourne (2010) mengatakan bahwa perjalanan penyakit terjadi secara perlahan-lahan dengan melewati beberapa fase, yaitu:

a. Fase prodormal

Fase prodormal ditandai dengan tidak adanya perubahan fungsi kehidupan individu sebelum terjadinya fase aktif dari gangguan. Pada fase ini individu paling tidak mengalami dua gangguan kejiwaan, yaitu kemunduran dalam fungsi kehidupan secara mendasar seperti gangguan tidur, berkurang konsentrasi, defisit perilaku, dan gejala dasar lainnya. Skizofrenia dapat terjadi pada dasarnya telah melewati banyak tahapan terutama dinilai ketika individu telah merasakan ketidaktertarikan terhadap hubungan sosial dengan masyarakat (Halgin dan whitbourne, 2010). Pada akhir fase prodormal gejala gangguan fungsi kehidupan ditandai dengan adanya paranoid pada individu hingga mendekati fase aktif.

b. Fase aktif

Menurut Prabowo (2007) mengatakan bahwa pada fase ini gangguan jiwa ditandai kesenjangan antara perilaku ODS dengan lingkungan semakin jelas dengan ditunjukkan pada tanda dan gejala skizofrenia. Pada umumnya, gangguan ini ditandai dengan gejala perubahan perilaku, halusinasi, gangguan sensorik, gangguan bicara, dan gejala negatif lainnya. (Halqin dan Whitbourne, 2010).

c. Fase residual

Fase residual terjadi setelah fase aktif tertangani. Namun, pada fase ini ODS tetap menunjukkan gangguan perilaku yang menetap paling tidak dua gejala yang apabila tidak terkontrol kembali akan menyebabkan kekambuhan ODS, gejala yang bersifat menetap dan bukan disebabkan oleh akibat gangguan afek atau akibat penggunaan zat (Prabowo, 2007).

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Stuart (2013) mengatakan bahwa pada dasarnya ODS akan menunjukkan dua tanda gejala utama yaitu perilaku yang berlebihan (gejala positif) dan berkurangnya perilaku (gejala negatif). Namun, terdapat lima sistem yang menjadi inti dari gangguan yang tampakkan ODS yang menggabungkan gejala positif dan gejala negatif, meliputi:

a. Gangguan kognitif

Kognitif berhubungan dengan pengolahan informasi yang melibatkan organisasi input sensorik oleh proses otak untuk merespon, menyediakan akurasi, penyimpanan, dan pengambilan keputusan. Pada ODS seringkali tidak dapat

menghasilkan pemikiran yang logis dan kompleks karena kerusakan otak atau gangguan neurotransmitter (Stuart, 2013). Terdapat beberapa gejala yang menunjukkan gangguan kognitif pada ODS, yaitu:

1) Gangguan daya ingat (*memory*)

Terjadinya retensi atau gangguan penyimpanan informasi yang dapat mencakup lupa, ketidaktertarikan, gangguan belajar, dan berkurangnya kepatuhan.

2) Perhatian (*attention*)

Gangguan dalam kemampuan untuk berkonsentrasi dan fokus terhadap sesuatu kegiatan, yang mencakup kesulitan dalam menyelesaikan tugas-tugas, kesulitan melakukan pekerjaan, dan mudah terdistraksi terhadap berbagai situasi.

3) Gangguan bicara

Gangguan dalam hal berkomunikasi yang berhubungan dengan masalah bentuk dan organisasi bicara, asosiasi longgar, tangensial, irasional, sirkumtansial, *pressured speech*, miskin berbicara, *distractible speech*, dan *changing*.

4) Gangguan isi pikir

Gangguan penilaian kognitif yang berhubungan dengan masalah isi pikir termasuk adanya waham pada ODS. Kondisi ini terjadi karena ketidakmampuan otak melakukan proses pikir secara akurat sehingga memunculkan waham paranoid, grandiose, nihilistik dan somatik.

5) Gangguan pengambilan keputusan

Masalah yang mempengaruhi pengambilan keputusan yang mempengaruhi *insight*, penilaian, logika, perencanaan, kemampuan seseorang mengambil keputusan, dan berpikir abstrak.

b. Gangguan persepsi

Gangguan identifikasi dan interpretasi stimulus yang diterima melalui pendengaran, penglihatan, sentuhan, penciuman, suara, dan rasa. Salah satu gangguan persepsi yang dialami ODS adalah halusianasi. Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif. Pada ODS yang mengalami halusinasi, pada dasarnya tidak ada stimulus dari lingkungan internal dan eksternal tetapi diinterpretasikan layaknya ada stimulus.

c. Gangguan emosi

Berhubungan dengan suasana hati dan afek. Afek berkaitan dengan afek datar, tumpul, luas, terbatas, dan tidak pantas. Masalah gangguan emosi yang seringkali dialami oleh ODS, yaitu:

- 1) Alexitimia: Kesulitan dalam melakukan penamaan dalam menggambarkan emosi.
- 2) Anhedonia: ketidakmampuan dalam merasakan kebahagiaan, kesenangan, keintiman, dan kedekatan.
- 3) Apatitis: kurangnya emosi, perasaan, minat dan kekhawatiran.

d. Gangguan perilaku dan gerakan

Respon maladaptif neurobiologis menyebabkan perilaku dan gerakan, membingungkan, disfungsi, dan sulit untuk dikelola. ODS tidak selalu menunjukkan perilaku kekerasan dan juga berkaitan dengan penampilan yang buruk, *avolidation*, perilaku berulang atau stereotip, agresi, agitasi, dan negativisme.

e. Gangguan sosialisasi

Pada ODS yang mengalami gangguan sosialisasi perilaku langsung yang ditunjukkan dengan ketidakmampuan untuk melakukan komunikasi koheren, hilangnya ketertarikan melakukan hubungan sosial, penurunan keterampilan sosial, kebersihan pribadi yang buruk dan paranoid.

f. Kesehatan fisik

ODS memiliki morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan penyakit fisik. Pemendekan rentang hidup ODS rata-rata sekitar 20 tahun. Hal ini terjadi karena gaya hidup yang berisiko tinggi, termasuk juga efek samping obat.

### 2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Halgin dan Whitbourne (2010) menggolongkan skizofrenia sesuai dengan DSM IV menjadi beberapa tipe yaitu:

a. Skizofrenia Paranoid

Preokupasi dengan munculnya satu atau lebih delusi dan halusinasi yang terjadi secara berulang-ulang, dan juga disertai dengan pembicaraan yang tidak terorganisir atau terintegrasi, perilaku katatonik, dan afek datar dan tidak sesuai (Halgin dan Whitbourne, 2010).

b. Skizofrenia Hebefrenia

Pada tipe ini terdapat beberapa tanda dan gejala yang khas yaitu seperti komunikasi yang inkoheren, perilaku yang tidak terorganisir dengan baik, afek

datar dan tidak sesuai (Halgin dan Whitbourne, 2010). Selain itu, munculnya perilaku regresi, senyum-senyum sendiri, dan menyeringai aneh (Maslim, 2013).

c. Skizofrenia Katatonik

Banyak tanda dan gejala yang ditunjukkan pada jenis ini. Namun, tetap akan dikatakan sebagai skizofrenia katatonik apabila paling sedikit muncul dua tanda gejala dari sekian banyak tanda gejala. Berikut tanda gejala yang pada umumnya muncul, yaitu:

- 1) Aktivitas motorik yang berlebihan yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh berbagai stimulus.
- 2) Negativisme, yaitu perilaku yang tidak menunjukkan adanya kebahagiaan dan tetap mempertahankan postur tubuh yang kaku dan tidak berkomunikasi.
- 3) Ekolalia, yaitu menunjukkan perilaku berulang dan tidak bermakna, seperti melakukan pengulangan terhadap apa yang orang lain katakan, dan gerakan-gerakan yang tidak terkendali lainnya.

d. Skizofrenia Tak Tergolongkan

Menurut Sadock (2010) mengatakan bahwa tipe skizofrenia ini tidak memenuhi atau tidak mempunyai kriteria seperti jenis paranoid, katatonik, dan hebefrenik. Namun, yang lebih menonjol adalah tanda dan gejala berupa ketidaklogisan perilaku disertai dengan delusi dan halusinasi.

e. Skizofrenia Residual

Menurut halgin dan Whitbourne (2010) mengungkapkan bahwa skizofrenia jenis ini menonjolkan gejala halusinasi, delusi, pembicaraan yang tidak

terorganisir, serta perilaku katatonik. Selain itu juga disertai dengan keyakinan yang aneh, persepsi aneh dan tidak lazim, gangguan emosional dan isolasi sosial.

#### 2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Stuart (2013) penatalaksanaan gangguan skizofrenia terdiri dari beberapa, yaitu:

##### a. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi dilakukan dengan menggunakan obat-obatan dalam proses penatalaksanaan ODS, karena obat yang diberikan akan langsung bekerja pada sistem saraf pusat atau otak yang mengalami gangguan (Baihaqi *et al*, 2005).

Terdapat beberapa jenis obat yang digunakan dalam pengobatan ODS, yaitu:

##### 1) Antipsikotik

Terapi medis yang dilakukan pada ODS untuk mengobati gejala psikosis yang muncul, dan biasanya digunakan pada awal gejala psikosis. Obat yang tergolong dalam antipsikosis, seperti taxilan, leponex, anatensol, dan lain sebagainya.

##### 2) Stimulan

Obat stimulan biasanya digunakan pada gangguan hiperaktivitas atau defisit aktivitas perhatian yang banyak dialami oleh anak-anak hingga remaja. Contoh obat yang tergolong dalam stimulan adalah etilfenidad, pemolin, dan deksroamfitamin.

### 3) Antidepresan

Obat yang digunakan pada pasien dengan gangguan depresi, ansietas, bipolar, dan psikotik lainnya. Beberapa obat yang tergolong dalam antidepresan yaitu tofranil, marplan, lithium karbonal, triptanol, dan obat lain sebagainya.

### 4) Anti Ansietas

Obat anti ansietas yang digunakan untuk mengatasi kondisi ansietas, insomnia, OCD, dan gangguan paracitrauma. Contoh jenis obat ini adalah benzodiazepin, adalah obat yang dianggap paling efektif dalam mengurangi atau mengatasi gejala ansietas.

#### b. Terapi Non-Farmakologi

Menurut Stuart (2013) mengatakan bahwa terdapat beberapa jenis terapi nonfarmakologi yang dapat dilakukan untuk ODS, yaitu:

##### 1) Terapi Somatik

Terdapat beberapa terapi somatik yang dapat dilakukan yaitu:

###### a) Terapi ECT (*Electro Convulsif Therapy*)

Terapi ini dilakukan dengan cara mengalirkan arus listrik pada tubuh ODS, sehingga menimbulkan kejang. Terapi ini saat ini jarang digunakan karena berefek negatif terhadap fungsi sistem tubuh, terutama pada sistem kardiovaskuler dan pernafasan (Riyadi dan Purwanto, 2009).

###### b) Restrain

Terapi yang dilakukan dengan melakukan pengikatan pada ODS yang bertujuan untuk mengurangi mobilitas fisik ODS, sehingga kemungkinan

ODS untuk menyakiti diri dan lingkungan sekitarnya dapat terhindarkan (Riyadi dan Purwanto, 2009).

c) Pasung (seklusi)

Menurut Riyadi dan Purwanto (2009) menyebut seklusi sebagai bentuk pengurangan ODS dalam ruangan khusus, dan terkadang juga dilakukan restrain untuk mencegah perilaku kekerasan terhadap dirinya sendiri.

2) Terapi Komplementer dan Alternatif

a) Terapi Kelompok Terapeutik

Terapi kelompok dilakukan dengan mengumpulkan atau mengelompokkan ODS dalam suatu tempat dengan rancangan kegiatan, waktu, dan fasilitator dalam terapi (Riyadi dan Purwanto, 2009). Terapi ini bertujuan untuk membantu ODS dapat melakukan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya melalui kegiatan yang melibatkan komunikasi dan *feed back* dalam setiap sesi terapi.

b) Terapi Okupasi

Terapi ini memfokuskan pada kemampuan yang masih ada dalam suatu keluarga ODS untuk meningkatkan kemandirian ODS dalam melakukan fungsi aktifitas harian (ADL).

c) Terapi Lingkungan Keluarga

Terapi yang difokuskan pada anggota keluarga ODS untuk mendukung proses perawatan dan pengobatan terhadap ODS (Baihaqi *et al*, 2005).

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas individu yang bergabung atau tinggal bersama dalam suatu rumah tangga yang sama dengan ikatan pernikahan, darah, atau adopsi (Friedman *et al*, 2010). Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga tersebut. Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat, lembaga sosial, dan memiliki pengaruh sangat besar terhadap anggotanya. Keluarga dipandang sebagai suatu lingkup yang paling dan berpengaruh terhadap tumbuh kembang yang sehat bagi anggotanya, dan penting dalam pembantuan identitas dan percaya diri seseorang.

Keluarga mempunyai tujuan dasar yang bersifat ganda, yaitu memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai bagiannya, dan memenuhi kebutuhan individu yang menjadi bagian dari keluarga. Fungsi-fungsi ini merupakan sifat dasar bagi keluarga untuk beradaptasi, tidak dapat dipenuhi secara terpisah, dan kedua fungsi tersebut harus ada dalam suatu keluarga. Berdasarkan pendapat beberapa ahli dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang tinggal bersama atas dasar ikatan pernikahan, darah, adopsi, kebersamaan dan ikatan kesekatan emosional antar seluruh anggota keluarga yang mempunyai peranan penting dalam membentuk budaya keluarga dan perilaku kesehatan.

### 2.2.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman *et al* (2010) fungsi keluarga secara umum adalah sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif yaitu fungsi utama keluarga untuk mempersiapkan anggota keluarga dalam berhubungan dengan orang lain. Fungsi afektif berhubungan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan sosioemosional anggota keluarga, dimana pemenuhan kebutuhan tersebut difokuskan pada kebutuhan anggota keluarga terhadap kasih sayang dan cinta kasih.

b. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan salah satu fungsi dasar keluarga dan masih mendominasi sebagai fungsi primer keluarga yaitu untuk menjamin kontinuitas atau keberlanjutan generasi keluarga dan masyarakat dengan menyediakan anggota keluarga untuk masyarakat.

c. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Fungsi sosialisasi dan status sosial merujuk pada fungsi pemberian pemahaman atau belajar yang diberikan oleh keluarga untuk anggota keluarganya terkait dengan fungsi dan peran dalam hubungan sosial dimasyarakat. Sedangkan status sosial, yaitu pemberian status kepada individu oleh keluarga terkait dengan mewariskan tradisi, nilai, dan hak keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga yaitu fungsi yang melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup, finansial, ruang, materi, dan alokasinya sesuai

dengan proses pengambilan keputusan. Pengalokasian sumber daya disesuaikan dengan kemampuan keluarga guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan papan, serta perawatan kesehatan yang adekuat.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan sandang, pangan dan papan, perawatan kesehatan keluarga, dan perlindungan keluarga terhadap bahaya, serta menyangkut pelayanan dan praktik kesehatan yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual.

### 2.2.3 Tugas Kesehatan Keluarga

Keluarga melakukan praktik asuhan keperawatan untuk anggota keluarganya guna mencegah terjadinya masalah atau gangguan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit. Dalam melakukan fungsi tersebut, tingkat pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam melakukan tugas kesehatan keluarga sangat mempengaruhi. Menurut Mubarak *et al* (2009) mengatakan bahwa tugas kesehatan keluarga meliputi:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kebutuhan kesehatan keluarga tidak dapat diabaikan, karena setiap perubahan kesehatan yang terjadi anggota keluarga secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga. Perubahan sekecil apapun yang terjadi pada anggota keluarga, keluarga yang lain harus menyadari perubahan tersebut, mencatatnya terkait dengan perubahan yang terjadi, kapan terjadinya, dan sejauh mana atau sebesar apa perubahan tersebut terjadi dan mempengaruhi kesehatan keluarga.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Memilih salah satu anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan yang akan dilakukan anggota keluarga untuk berupaya mencari pertolongan yang tepat dan sesuai dengan masalah kesehatan keluarga yang sedang dialami. Upaya pencarian pertolongan disesuaikan dengan kemampuan keluarga dengan berbagai macam pertimbangan dengan harapan masalah kesehatan dapat dikurangi atau diatasi.

c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Pada dasarnya keluarga telah melakukan suatu tindakan kesehatan yang tepat sebagai bentuk pertolongan pertama terhadap anggota keluarga. Namun, ketika keluarga mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga perlu memperoleh tindakan perawatan kesehatan lanjutan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan yang semakin parah. tindakan perawatan kesehatan keluarga dapat diperoleh dari institusi pelayanan kesehatan yang ada di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan pertolongan pertama, juga termasuk keluarga dengan ODS. ODS yang tinggal di rumah bersama keluarga, secara otomatis semua perawatan kesehatan dan aktivitas harian ODS dibantu sepenuhnya oleh keluarga selaku pendukung atau *caregiver* primer bagia ODS.

d. Mempertahankan lingkungan rumah yang sehat

Keluarga mempertahankan kondisi dan suasana rumah yang sehat, aman, damai, dan menetralkan. Kondisi lingkungan rumah yang demikian akan menunjang peningkatan derajat kesehatan keluarga.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat untuk meminta bantuan tenaga kesehatan melakukan tindakan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit. Dengan fasilitas kesehatan tersebut, keluarga dapat berkonsultasi terkait dengan pemecahan masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya, sehingga keluarga terbebas dari berbagai macam gangguan atau masalah kesehatan. Termasuk keluarga yang merawat ODS. Keluarga dapat memanfaatkan puskesmas dan berbagai bentuk pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat untuk mendukung dan membantu dalam mencari pengobatan ODS.

#### 2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Keluarga

Menurut Setiawati dan Dermawan (2008) kesehatan keluarga dipengaruhi banyak faktor, yaitu meliputi:

a. Faktor fisik

Faktor ini memberikan gambaran kondisi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan kesehatan fisik lainnya. Dalam hal ini, misalnya kebiasaan makan-makanan dalam suatu keluarga yang akan menentukan kesehatan anggota keluarga.

b. Faktor psikologis

Berhubungan dengan kondisi psikologis keluarga. Keluarga yang terbentuk dengan perasaan saling memiliki, memperhatikan, memberikan kasih sayang dan cinta kasih, penguatan satu sama lain, dan dukungan psikologis lainnya akan mendukung peningkatan kesehatan semua anggota keluarga.

c. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya meliputi:

1) Faktor keyakinan

Kesehatan keluarga sangat dipengaruhi oleh keyakinan dan nilai yang dibawa dan diyakini keluarga.

2) Faktor praktik kesehatan

Berhubungan dengan keyakinan yang dianut keluarga dan menimbulkan konflik terkait dengan fungsi perawatan kesehatan yang digunakan keluarga.

3) Finansial keluarga

Berhubungan dengan tingkat pendapatan keluarga. Semakin tinggi pendapatan keluarga, maka taraf kehidupan kesehatan keluarga akan semakin baik. Kondisi ini berkebalikan dengan keluarga dengan kondisi ekonomi rendah, dimana keluarga akan lebih memprioritaskan kepentingan kebutuhan dasar mereka dibandingkan dengan memaksimalkan fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga.

4) Peran keluarga

Perubahan fungsi, peran, dan kekuatan keluarga akan mempengaruhi kondisi kesehatan keluarga. Termasuk pada peran keluarga dalam merawat ODS dirumah. Keluarga dengan ODS mempunyai banyak peran dalam menentukan cara atau asuhan dalam merawat ODS yang berada dirumah (Wanti *et al*, 2016), seperti mendampingi aktivitas sehari-hari ODS (Medika, 2010), pengawasan kepatuhan minum obat, mengantarkan ke fasilitas pelayanan kesehatan,

memfasilitasi kebutuhan dasar, dan mencari sumber pendapatan untuk kebutuhan keluarga dan kebutuhan perawatan ODS (Chadda, 2014).

5) Nilai keluarga

Berkaitan dengan nilai yang dimiliki oleh keluarga dalam menjaga kesehatan keluarga, misalnya keluarga merasa bahwa tanpa melakukan apapun kesehatan keluarga tetap akan terjaga dengan baik.

6) Peran dan komunikasi keluarga

Peran dan pola komunikasi berbeda setiap keluarga, dimana perubahan budaya di lingkungan akan mempengaruhi pergeseran peran, fungsi dan komunikasi dalam sebuah keluarga.

7) Koping keluarga

Berhubungan dengan respon keluarga terhadap masalah yang menimpanya, dimana koping keluarga dapat berfokus pada masalah, kognitif, emosi, dan perilaku atau psikomotor untuk mengendalikan masalah dan beradaptasi terhadap perubahan yang ada. Pada keluarga ODS, Menurut Robins dalam Maryam (2016) stres *family caregiver* terjadi karena strategi koping keluarga yang tidak adaptif secara efektif dalam mengatasi berbagai bentuk ancaman stressor. *Family caregiver* tidak mampu mengelola emosi yang pada akhirnya membawa keluarga berada dalam kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dalam upaya beradaptasi terhadap tuntutan peran keluarga sebagai *caregiver* ODS (Nasriati, 2017; Puspitosari *et al*, 2015; Nihayati, 2016). Menurut Friedman *et al* (2010) mengatakan bahwa keluarga memanfaatkan strategi koping internal dalam menghadapi stres, yang meliputi strategi kognitif dan strategi komunikasi. Terkait

dengan strategi kognitif, berkaitan dengan normalisasi dan pengendalian makna masalah dengan membingkai ulang penilaian pasif terhadap kondisi stres dan depresi.

## **2.3 Stres Keluarga**

### **2.3.1 Definisi stres**

Menurut Potter dan Perry (2005) stres merupakan suatu kondisi dimana tuntutan non spesifik yang mengharuskan seorang individu untuk melakukan respon atau tindakan, baik secara fisiologis atau psikologis. Stres yang dialami seseorang dapat menyebabkan munculnya suatu perasaan atau pemikiran negatif atau perasaan berlawanan dengan apa yang diinginkan individu, atau bahkan dapat mengancam kesejahteraan emosional. Stres merupakan suatu kondisi ketegangan yang dialami seseorang atau sistem sosial (keluarga) yang menyebabkan terjadinya suatu respon terhadap reaksi yang menimbulkan ketegangan (Burgess dalam Friedman, 2010). Stres disebabkan oleh adanya stressor yang mengancam dan tidak teratasi, sehingga menjadi kondisi yang menuntut dan menekan (Antonovsky dalam Friedman *et al*, 2010).

Stres merupakan suatu reaksi atau respon tubuh terhadap stressor psikososial yang berupa tekanan jiwa akibat beban kehidupan sehingga menimbulkan suatu kondisi ketegangan dalam diri seseorang (Sunaryo, 2013). Stres dapat mengganggu seseorang dalam berbagai hal dikehidupannya, seperti penerapan dalam memandang realitas kehidupan, memecahkan masalah, berpikir secara umum, perubahan persepsi terhadap suatu perubahan, dan berhubungan

dengan orang lain disekitarnya. Semua kondisi tersebut disebabkan oleh faktor pencetus yang disebut sebagai stresor.

Menurut Potter dan Perry (2005) mengatakan bahwa stresor dapat berupa kebutuhan yang tidak terpenuhi, yang meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial budaya, lingkungan, perkembangan, dan spiritual. Secara umum stresor dapat dibedakan menjadi 2, yaitu stresor eksternal dan internal. Stresor internal adalah stresor yang berasal dari dalam diri individu, seperti kebutuhan fisiologis, perubahan psikologis, dan penyakit. Stresor eksternal merupakan stresor yang berasal dari luar diri individu, seperti perubahan lingkungan dan perubahan peran dan fungsi dalam kehidupan sosial keluarga. Berdasarkan beberapa pendapat para ahli tentang pengertian stres, maka dapat disimpulkan bahwa stres merupakan suatu kondisi yang menegangkan bagi suatu individu atau keluarga yang disebabkan oleh tekanan dari diri individu atau dari luar individu sehingga menyebabkan gangguan pada individu dalam melihat kondisi yang realistis dan dalam memecahkan masalah dalam kehidupannya.

### 2.3.2 Stresor keluarga

Kondisi stres tidak hanya akan terjadi pada individu saja, melainkan juga berpotensi pada suatu keluarga akibat faktor-faktor pencetus stres keluarga. Menurut Friedman *et al* (2010) mengatakan bahwa stres keluarga merupakan salah satu akumulasi stresor dalam kehidupan keluarga yang terjadi akibat suatu peristiwa perkembangan yang diharapkan dan situasional yang tidak diharapkan sehingga menimbulkan suatu ketegangan atau tekanan dalam hubungan diantara

anggota keluarga. Peristiwa yang dianggap sebagai suatu stresor yaitu kejadian dalam kehidupan keluarga yang mengancam dan membebani keluarga karena melewati batas kapasitas adaptif keluarga. Stres keluarga terjadi karena adanya stresor atau agen yang memprakarsai terjadinya stres. Stresor dalam keluarga adalah agen presipitasi atau pencetus yang mengaktifkan stres keluarga yang berupa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan keluarga dan cukup kuat untuk menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga (Hill dalam Friedman *et al*, 2010). Seperti halnya stres yang dialami oleh keluarga yang mempunyai pengalaman merawat ODS. Menurut Reknoningsih *et al* (2014) dalam hasil penelitian kualitatif didapatkan 5 tema besar dari pengalaman keluarga merawat ODS paska pasung, yaitu:

a. Kelelahan fisik dan pergolakan emosi sebagai dampak merawat

Kelelahan fisik yang dialami keluarga dapat berupa keletihan merawat yang berdampak pada munculnya keluhan pusing, tekanan darah menurun, lemas, dan bahkan diikuti dengan penurunan berat badan. Kelelahan fisik yang dialami keluarga menggambarkan bahwa dalam merawat ODS memerlukan suatu tenaga yang cukup banyak, dimana ketika suatu keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan tersebut akan memicu munculnya keluhan tersebut. Sedangkan pergolakan emosi terjadi sebagai gambaran dari keberagaman emosi keluarga yang merawat ODS yang pada umumnya berupa marah, bosan, jengkel, dan merasa malu.

b. Kesulitan keluarga dalam manajemen beban

Munculnya kesulitan keluarga dalam manajemen beban tampak dari keterbatasan keluarga dalam merawat ODS, serta resiko pada ODS apabila tidak ada yang mengawasi mereka. Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab kebosanan yaitu faktor dari diri keluarga, dari ODS, dan dari lingkungan (Rufiyah dan Sutharangsee, 2011). Faktor keluarga disini terjadi karena kebutuhan merawat ODS setiap hari (*spent per day*). Faktor ODS, yaitu berhubungan dengan gejala klinis ODS dan ketidakmampuan ODS dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Sedangkan faktor lingkungan, yaitu berhubungan dengan keberadaan anggota keluarga lain yang turut membantu melakukan perawatan untuk ODS secara bergantian (Reknoningsih et al, 2014).

c. Perilaku agresif sebagai alasan pemasangan ulang

Perilaku ODS menjadi salah satu masalah yang mengganggu keluarga dan lingkungan sekitar. Banyak hal yang turut mendukung keluarga melakukan pemasangan ulang terhadap ODS, yaitu kurangnya pengetahuan keluarga terkait dengan cara perawatan ODS, merasa malu, beban penyakit yang tidak kunjung sembuh, serta tidak adanya biaya pengobatan ODS.

d. Bentuk dukungan internal dan eksternal pada keluarga dalam merawat

Dukungan internal dan eksternal yang dimaksud yaitu terkait dengan dukungan dana dan dukungan lingkungan. Dukungan dana yang dimaksud yaitu bantuan pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan gratis untuk kepentingan pengobatan dan kontrol ulang pasien ODS. Adanya berbagai bentuk

dukungan dari internal dan eksternal keluarga berhubungan dengan dukungan emosional, penghargaan, materi dan informasi (Friedman *et al*, 2010).

e. Peningkatan pemahaman spiritualitas sebagai hikmah merawat

Keluarga yang merawat ODS mendapatkan hikmah dengan meningkatnya pemahaman spiritualitas yang ditunjukkan dengan sikap penerimaan terhadap kondisi keluarga, kedekatan keluarga dengan Tuhan, serta berhubungan dengan keluarga dan lingkungan. Sebagian besar pengalaman yang dirasakan keluarga yaitu keluarga menjadi lebih baik dan menerima kondisi ODS, lebih sabar, tidak mudah marah, dan merasa banyak mendapatkan berkah dibalik masalah ini (Reknoningsih *et al*, 2014).

Stres keluarga yang terus menerus menimpa dan dialami keluarga akan membawa pada kondisi krisis keluarga. Krisis terjadi karena sumber strategi adaptif keluarga yang tidak efektif dalam mengatasi stresor. Krisis keluarga merupakan suatu kondisi kekacauan, ketidakberaturan, dan tidakmampuan dalam sistem keluarga yang berlangsung terus-menerus (Burr, 1973; McCubbin dan McCubbin, 1993, dalam Friedman *et al*, 2010). Stres dalam keluarga seringkali sulit untuk diukur, sehingga banyak dari peneliti yang menyamakan dengan stresor pada umumnya dalam proses pengkajian. Oleh karena itu, banyak peneliti yang melakukan pengembangan pengkajian terhadap perubahan kehidupan keluarga yang menyebabkan stres, yaitu *Family Inventory of Live Events and Changes* (FILE) (McCubbin, Patterson, dan Wilson, 1983 dalam Friedman *et al*, 2010).

Tabel 2.1 Stresor dalam keluarga dengan subskala menggunakan FILE

<b>Perubahan kehidupan keluarga</b>	<b>Nilai</b>
<b>Kehilangan</b>	
Kematian seorang anak	99
Kematian salah satu orang tua atau pasangan	98
Anak laki-laki atau perempuan yang sudah menikah kemudian berpisah/bercerai	58
<b>Ketegangan dalam pernikahan</b>	
Pasangan atau orang tua berpisah/bercerai	79
Pasangan atau orang tua “berselingkuh”	68
Peningkatan kesulitan dengan hubungan seksual antara suami dan istri	58
<b>Pelanggaran hukum dalam keluarga</b>	
Penganiyaan fisik atau seksual atau kekerasan dalam keluarga	76
Seorang anggota keluarga dimasukkan ke penjara atau tahanan anak	68
Seorang anggota keluarga lari dari rumah	61
<b>Penyakit dan ketegangan “perawatan” keluarga</b>	
Seorang anggota keluarga mengalami cacat fisik atau sakit kronik	73
Peningkatan kesulitan dalam mengelola anggota keluarga yang sakit kronik atau cacat	58
Peningkatan tanggung jawab untuk memberikan bantuan asuhan langsung /finansial kepada orang tua suami/istri	47
<b>Ketegangan intra keluarga</b>	
Salah satu anggota keluarga tampak tergantung pada alkohol atau obat-obatan	66
Seorang anggota keluarga tampak memiliki masalah emosional	58
Peningkatan kesulitan mengatur anak remaja	55
<b>Ketegangan dalam kehamilan dan kelahiran anak</b>	
Kehamilan seorang anggota keluarga yang belum menikah	65
Seorang anggota keluarga melahirkan anak atau mengadopsi anak	50
Seorang anggota keluarga mengalami keguguran	50
<b>Transisi dan ketegangan kerja keluarga</b>	
Seorang anggota kehilangan atau berhenti dari pekerjaannya	55
Seorang anggota berhenti bekerja selama periode waktu yang lama	51
Seorang anggota keluarga pensiun dari pekerjaannya	48
<b>Ketegangan finansial dan usaha</b>	
Mencari tunjangan kesejahteraan	55
Seorang anggota memulai sebuah usaha baru	50
Perubahan pasar agrikultur atau pasar saham yang mengganggu penghasilan keluarga	43
<b>Transisi “masuk dan keluar”</b>	
Anggota dewasa muda keluar dari rumah	43
Seorang anggota menikah	42
Seorang anggota pindah kembali ke rumah atau orang baru pindah ke dalam rumah tangga	42

Sumber: Diambil dari McCubbin, Patterson, Wilson (1983) dalam Friedman *et al* (2010).

### 2.3.3 Faktor-Faktor Penyebab Stres

Menurut Stuart (2013) mengatakan terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya stres, meliputi:

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko atau faktor protektif yang dapat mempengaruhi jenis dan sumber stres yang dapat terjadi. faktor predisposisi terdiri dari:

- 1) Faktor biologis, faktor yang berhubungan dengan latar belakang genetik, nutrisi, kepekaan biologis, dan kesehatan secara umum.
- 2) Faktor psikologis, faktor psikologis berhubungan dengan intelegensi, ketrampilan verbal, moral dan kepribadian, pengalaman masa lalu, motivasi, konsep diri, pertahanan psikologis diri, dan pengendalian masalah atau konflik diri.
- 3) Faktor sosial budaya, faktor ini berhubungan dengan usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan agama, pengalaman sosialisasi, dan tingkat integritas sosial.

b. Faktor stresor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor yang berhubungan dengan stimulus yang mengancam dan menuntut individu, kondisi ini membuat mereka membutuhkan energi lebih besar untuk menghadapi stimulus tersebut, sehingga mengakibatkan suatu ketegangan dan stres. Stimulus tersebut dapat berasal dari lingkungan internal atau lingkungan eksternal. Namun, kekuatan stresor tersebut juga dipengaruhi oleh waktu munculnya stresor dan jumlah stresor (Stuart, 2013).

c. Peristiwa kehidupan

Menurut Stuart (2013) Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres berhubungan dengan penyebab, onset, dan sekuensi. Berikut perubahan dalam kehidupan yang terjadi dalam kehidupan yang dapat menyebabkan stres:

- 1) Melalui kegiatan sosial, hal ini meliputi krisis keluarga, pekerjaan, kesehatan, pendidikan sosial, legal dan hubungan dengan komunitas.
- 2) Melalui lahan sosial, peristiwa ini lebih dikenal dengan istilah pintu keluar dan pintu masuk. Pintu masuk berawal dari pengenalan individu atau keluarga kadalam lingkungan sosial yang baru. Sedangkan pintu keluar, yaitu pembnerangkatan seseorang dari dunia sosial tersebut keluar lingkungan lain.
- 3) Melalui keinginan sosial, hal ini berhubungan dengan nilai dan norma sosial yang diharapkan dapat dilakukan dan diterapkan dalam kehidupan sosial. meliputi, peristiwa menyenangkan (pernikahan, pertunangan), dan peristiwa tidak menyenangkan (kematian, masalah finansial, dan perceraian). Pada dasarnya, peristiwa dalam kehidupan yang menyebabkan stres tersebut menjadi peristiwa yang membaut individu atau keluarga menjadi lebih rentan, mengurangi resisitensi, menurunkan strategi koping individu/keluarga, sehingga membuat individu/keluarga lebih mudah mengalami distress atau gangguan jiwa (Stuart,2013).

d. Ketegangan dan kesulitan hidup

Menurut Stuart (2013) peristiwa ini berhubungan dengan pandangan tentang perubahan dalam merespon berbagai peristiwa yang terjadi dalam

kehidupan. ketegangan dan kesulitan yang terjadi setiap hari dalam hidup lebih berpotensi dan berpengaruh lebih besar terhadap suasana hati dan kesehatan seseorang atau keluarga. Stres akan timbul dalam skala kecil, namun dapat pula berupa skala kronik apabila terjadi akibat ketegangan keluarga, seperti kondisi ketidaksepakatan, kekecewaan, dan kejadian tidak menyenangkan lainnya.

#### 2.3.4 Fase Stres keluarga

Menurut Friedman *et al*(2010) mengatakan bahwa terdapat beberapa fase stres keluarga, dimana dari setiap fase dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bentuk pengembangan strategi koping keluarga.

##### a. Periode Antrestres

Periode ini merupakan periode sebelum benar-benar melawan stresor. Terdapat kesadaran dari individu atau keluarga terhadap bahaya stresor yang mengancam atau situasi ancaman yang mengancam. Apabila terdapat keluarga atau individu mampu membantu melakukan identifikasi stresor yang kemungkinan akan datang, sehingga ansipasi pencegahan serta strategi koping keluarga dapat dicari dan dilakukan untuk memperlemah atau mengurangi dampak stresor yang datang.

##### b. Periode Stres Aktual

Strategi koping keluarga selama periode ini pada dasarnya berbeda, sesuai dengan intensitas dan jenisnya dari strategi yang digunakan sebelumnya pada stresor dan stres. Menurut Reiss *et al* (1993) (dalam Friedman *et al*, 2010) Strategi defensif akan kembali digunakan dalam periode ini apabila stres yang dialami

keluarga sangat berat. Sebagai salah satu contoh, saat keluarga secara total mengatur kehidupan dan perawatan keluarganya yang mengalami sakit kronik. Dalam situasi ini, keluarga dapat secara disfungsional sepanjang waktu dibutuhkan anggota yang sehat tidak terpenuhi dan perkembangan perjalanan keluarga yang mengalami gangguan.

c. Periode Pascastres

Strategi koping yang digunakan setelah periode stres akut, dimana strategi ini digunakan untuk mengembalikan keluarga pada kondisi homeostasis atau seimbang, meningkatkan kesejahteraan kesehatan keluarga. Pada periode ini keluarga harus bekerja sama, saling mengungkapkan perasaan, memecahkan masalah, serta mencari dan memanfaatkan dukungan keluarga dan sosial sebagai salah satu bentuk memperbaiki situasi keluarga yang penuh dengan stresor. Menurut Mereder dan Hill (1983) (dalam Friedman *et al*, 2010) mengatakan bahwa terdapat empat kemungkinan hasil akhir dari periode pascastres, meliputi, keluarga berfungsi pada tingkat yang lebih tinggi dibandingkan pada situasi sebelumnya, keluarga berada pada tingkat kondisi yang sama pada periode prestres, keluarga berfungsi pada tingkat yang lebih rendah dibandingkan dengan kondisi sebelumnya, dan terjadi perpecahan keluarga. Pada kondisi terendah, keluarga pada umumnya membutuhkan bantuan tenaga profesional untuk meningkatkan atau mengembalikan strategi koping keluarga yang efektif dan mendukung kesejahteraan fungsi keluarga.

### 2.3.5 Reaksi Terhadap Stres

Reaksi terhadap stres merupakan dampak dari situasi atau peristiwa stres yang dialami oleh individu atau keluarga. Sedangkan penilaian terhadap stres merupakan pemaknaan atau cara pandang individu dalam melihat dan mengevaluasi peristiwa yang menyebabkan stres (Stuart, 2013). Terdapat beberapa respon sebagai bentuk reaksi dan penilaian terhadap stres, yaitu:

#### a. Respon fisik

Menurut Hawari (2013) mengatakan bahwa terdapat beberapa perubahan fisik yang terjadi sebagai respon dari reaksi stres yang dialami, yaitu:

##### 1) Rambut

Rontok yang berlebihan dan perubahan warna rambut seringkali terjadi, sebagai contoh rambut menjadi beruban sebelum waktunya atau rambut kering, rusak dan tampak tidak sehat.

##### 2) Telinga

Stres membuat seseorang mengalami gangguan pendengaran, berdengung menjadi salah satu kondisi yang seringkali terjadi.

##### 3) Kemampuan pikir

Penurunan kemampuan berpikir, penurunan ingatan dan penurunan konsentrasi cenderung terjadi pada individu yang mengalami stres. Penurunan kemampuan tersebut pada umumnya disertai dengan frekuensi sakit kepala.

##### 4) Ekspresi wajah

Perubahan ekspresi wajah seperti wajah tampak tegang, mimik wajah datar dan tampak selalu serius, tidak santai dan sukar untuk tersenyum.

5) Mulut

Perubahan fisik berupa mulut kering sering terjadi dan termanifestasi dari kondisi stres yang dialami seseorang.

6) Kulit

Perubahan berupa panas dingin dan berkeringat berlebih termanifestasikan ketika dalam kondisi stres.

7) Sistem kardiovaskuler

Kompensasi emosi dapat terjadi dengan meningkatnya frekuensi detak jantung, perubahan sistem sirkulasi seperti dingin pada daerah ekstremitas, kesemutan, dan pucat.

8) Sistem pernafasan

Perubahan terjadinya penyempitan jalan nafas seperti sesak dan nafas menjadi berat sringkali terjadi pada kondisi stres.

9) Sistem endokrin

Tubuh secara alami bereaksi terhadap stres yang dialami, dimana respon fisiologis dalam tubuh direfleksikan dalam bentuk perubahan neuroendokrin yang melibatkan banyak hormon dalam tubuh, seperti kortisol, ACTH, vasopresin, insulin, dan hormon lainnya. respon fisiologis *fight or flight* menstimulasi saraf simpatetik dalam meningkatkan aktivitas pituitari dan adrenal. Selain itu, banyak penelitian yang telah membuktikan bahwa tingkat stres sangat mempengaruhi sistem imunitas tubuh (Stuart, 2013).

10) Sistem perkemihan

Frekuensi buang air kecil dan buang air besar secara fisiologis mengalami peningkatan ketikan dalam kondisi stres.

11) Sistem muskuloskeletal

Kondisi stres menyebabkan otot menjadi tegang. Kondisi ini menyebabkan individu seringkali mengalami pegal-pegal, tengkuk tegang, dan sakit terasa seperti ditusuk-tusuk.

12) Sistem pencernaan

Gangguan seperti diare atau konstipasi yang disertai dengan perut mulas, gangguan lambung yang ditunjukkan dengan peningkatan asam lambung, mual dan pedih seringkali terjadi ketika stres.

13) Seksualitas

Berhubungan dengan libido atau kegairahan dalam hubungan seksual. Baik terjadi peningkatan atau penurunan.

b. Respon Afektif atau Perilaku stres

Menurut Potter dan Perry (2005) kondisi stres menyebabkan terjadinya perubahan afektif atau perilaku dari individu, diantaranya:

1) Ansietas

Ansietas merupakan suatu kondisi ketidaknyamanan yang disertai dengan respon otonom (seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh suatu individu). Perasaan ansietas atau gelisah terjadi sebagai tanda peringatan bahaya atau kondisi yang membuat individu terancam (NANDA, 2014).

2) Depresi

Gangguan mood yang ditandai dengan adanya perasaan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga menyebabkan penurunan atau bahkan hilangnya gairah hidup (Hawari, 2013).

3) Kepenatan

Kondisi jenuh dengan kondisi, situasi, dan aktivitas yang menjadi kegiatan individu dalam kehidupan sehari-hari.

4) Perasaan yang tidak adekuat

Menurut Hawari (2013) mengatakan bahwa ini menunjukkan perasaan seseorang yang tidak adekuat, dan mengalami kesulitan dalam melakukan pengambilan keputusan dalam kehidupan, yang pada mulanya sebenarnya mampu dan percaya diri.

5) Perubahan pola makan, tidur dan aktivitas

Terjadi perubahan pola tidur, yaitu insomnia atau kesulitan tidur sering terjadi. Perubahan pola makan seperti penurunan nafsu makan atau peningkatan frekuensi makan (Hawari, 2013).

6) Kehilangan harga diri

Perubahan dalam bersikap seperti sikap terbuka, kejujuran, dan mengabaikan nilai dan moral (Hawari, 2013).

7) Penurunan produktivitas kerja

Menurut Hawari (2013) mengatakan bahwa perubahan produktivitas kerja seringkali ditunjukkan dengan banyak melakukan kesalahan berbagai hal dalam

pekerjaannya, padahal semula seseorang tersebut dipercaya, mampu, dan teliti dalam setiap pekerjaannya.

8) Ledakan emosi

Ledakan emosi sebagai akibat dari gangguan perasaan yang mudah tersinggung, marah dan terlalu reaktif dalam merespon berbagai permasalahan yang dihadapi (Hawari, 2013).

9) Kecenderungan membuat kesalahan

Seseorang seringkali menghindar dari tanggung jawab dan tugasnya atau seringkali melakukan kesalahan atau kekeliruan dalam melakukan tugas (Hawari, 2013).

10) Preokupasi

Ditandai dengan mimpi buruk disiang hari sehingga menyebabkan gangguan tidur dan kegelisahan (Hawari, 2013).

11) Penggunaan zat-zat kimia

Penggunaan zat-zat narkotika dan psikotropika seringkali menjadi bentuk perilaku pelampiasan atau pengalihan dari kondisi atau masalah yang dihadapi seseorang.

## **2.4 Koping Keluarga**

### **2.4.1 Sumber Koping Keluarga**

Koping merupakan faktor pelindung atau penguat individu atau keluarga dalam menghadapi berbagai masalah dalam kehidupan yang menimbulkan stres.

Menurut Stuart (2013) mengatakan bahwa koping berdasarkan pada :

a. Sumber koping

Sumber koping merupakan faktor yang menjadi pelindung, termasuk pilihan-pilihan strategi yang dapat digunakan untuk menentukan koping yang efektif. Hal yang termasuk ke dalam sumber koping yang turut berkontribusi dalam menyelesaikan masalah, yaitu:

- 1) Keyakinan spiritual, berkaitan dengan keyakinan yang dapat digunakan untuk sumber harapan demi mempertahankan seseorang dalam kondisi koping yang baik (Stuart, 2013).
- 2) Keterampilan menyelesaikan masalah, keterampilan ini diperoleh dari beberapa aktivitas yang mendukung, seperti mencari informasi terkait dengan masalah, mengidentifikasi masalah, dan memikirkan alternatif solusi yang kemungkinan dapat diimplementasikan dalam penyelesaian masalah dari kehidupan (Stuart, 2013)
- 3) Keterampilan sosial, melibatkan orang lain dalam menyelesaikan masalah, meningkatkan kerjasama dengan orang lain untuk mencari dukungan dan kontrol sosial yang lebih luas dalam menghadapi masalah (Stuart, 2013).
- 4) Modal material, berhubungan dengan kondisi finansial yang akan mendukung individu dalam memilih koping untuk menghadapi masalah atau stres (Stuart, 2013).
- 5) Pengetahuan dan intelegensi, merupakan sumber koping yang terpenting bagi individu yang menyangkut kemampuan dalam mengidentifikasi masalah serta bentuk pengendalian stres dengan caranya sendiri yang berbeda dengan orang lain (Stuart, 2013).

- 6) Identitas ego yang kuat, komitmen pada sistem sosial, stabilitas budaya, sistem nilai, dan keyakinan yang stabil, serta berorientasi pada kesehatan psikis untuk mencegah terjadinya stres dan meningkatkan sumber koping lainnya (Stuart, 2013).

#### 2.4.2 Strategi koping keluarga

Dalam strategi keluarga, terdapat strategi koping internal dan eksternal yang umum dibahas, yaitu:

- a. Strategi koping internal

Menurut Friedman (2010) mengatakan strategi koping internal keluarga terdiri dari tiga jenis yang umum dibahas, yaitu:

1. Strategi hubungan

- a) Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga yang mengalami masalah atau stres cenderung bergantung pada sumber dari diri mereka sendiri. Keluarga cenderung berhasil menangani masalah dengan membentuk organisasi dan struktur yang lebih besar di rumah dan di keluarga. Hal tersebut dilakukan untuk mengendalikan yang lebih besar terhadap kehidupan keluarga.

- b) Memperkuat kohesi keluarga

Berbagi perasaan, pemikiran, dan melibatkan pengalaman serta aktivitas keluarga membuat keluarga semakin membentuk hubungan yang erat dalam memelihara dan mengelola stres dan masalah yang dialami

keluarga. Kohesi keluarga terbukti sangat bermanfaat dalam mengurangi tingkat ketegangan yang terjadi pada keluarga.

c) Fleksibilitas peran

Masalah dalam keluarga cenderung mengakibatkan perubahan yang cepat dalam keluarga, sehingga perubahan peran dengan cepat dan pervasif keluarga akan mampu menyeimbangkan kembali fungsi dan peran keluarga.

2. Strategi kognitif

a) Normalisasi berhubungan dengan coping fungsional keluarga yaitu kecenderungan bagi keluarga dalam menormalisasikan kembali sesuatu sebanyak mungkin untuk mengatasi berbagai stresor yang mengganggu kehidupan keluarga dalam rumah tangga.

b) Pengendalian makna masalah dengan membingkai ulang penilaian pasif yaitu strategi coping kognitif untuk memperbaiki secara kognitif terkait dengan menetralkan stimulus yang mengancam dalam hidup. Dalam kesehatan jiwa keluarga menyebutkan bahwa pembingkai ulang penilaian kognitif dilakukan dengan mengendalikan makna stresor dengan keyakinan yang positif.

3. *Self Compassion*

*Self Compassion* merupakan suatu bentuk penerimaan dan keterbukaan diri individu dalam memahami, bertahan, dan memaknai dari suatu peristiwa atau situasi yang dialami seseorang (Hidayati dan Maharani, 2013; Rey dan Moningga, 2013; Germer dalam Kristiana, 2017). Menurut Neff (2003) mengatakan bahwa *Self Compassion* merupakan suatu bentuk perasaan terbuka terhadap penderitaan

diri sendiri, memberikan kepedulian terhadap diri sendiri, tidak menghakimi terhadap kekurangan dan kegagalan yang dialami diri sendiri, dan senantiasa memberikan pengertian dan pemahaman, serta menjadikan peristiwa yang terjadi dalam hidupnya sbagai suatu pengalaman yang dialami oleh semua orang.

Menurut Hidayati (2015) mengatakan bahwa *self compassion* merupakan suatu bahasan terkait dengan bagaimana suatu individu mampu bertahan, memahami, menyadari dan memaknai dari sebuah kesulitan dalam hidupnya sebagai suatu hal yang positif. *Self compassion* adalah strategi individu dalam beradaptasi dengan melakukan penataan emosi dengan cara menurunkan emosi negatif dan meningkatkan emosi positif berupa kebaikan dan hubungan. *Self compassion* berhubungan secara negatif dengan *self criticism*, depresi, stres, kecemasan, supresi pikiran dan perasaan, serta berkorelasi positif dengan hubungan sosial, kecerdasan emosional, identifikasi diri, dan *submissive behaviour* (Akin, 2010).

Menurut Germer (2009) menjelaskan bahwa *self compassion* merupakan suatu bentuk penerimaan diri suatu individu dalam bentuk penerimaan secara kognitif dan emosional terhadap peristiwa yang terjadi dalam hidupnya, seperti penderitaan, kegagalan, ketidakmampuan diri melakukan sesuatu, dan pengalaman tidak menyenangkan lainnya. *Self compassion* seringkali disinggung memiliki kesamaan terhadap *self esteem*. Namun, *Self compassion* tidak sama dengan *self esteem* (harga diri), dengan kata lain bahwa *self compassion* adalah sikap berbelas kasih, menyayangi, memahami dengan baik terhadap diri sendiri sebagaimana individu tersebut mampu untuk berbelas kasih kepada orang lain.

*Self esteem* dan *self compassion* memiliki persamaan pada orientasinya, yaitu pada penerimaan diri yang baik (Breiness dan Chen, 2012).

Berdasarkan beberapa pendapat dari para ahli terkait definisi *self compassion*, maka dapat disimpulkan bahwa *self compassion* merupakan strategi adaptasi individu untuk menata emosi dan perasaan dengan cara menurunkan emosi negatif dan meningkatkan emosi positif, sehingga individu tersebut mampu bertahan, memahami, dan menyadari kemampuan diri dalam menghadapi bebrbagai kesulitan sebagai suatu hal yang positif meski dalam kondisi terburuk.

*Self Compassion* berfungsi sebagai suatu bentuk strategi adaptasi bagi suatu individu yang melibatkan penataan emosi, yaitu dengan cara menurunkan emosi negatif dan meningkatkan emosi positif dengan penuh kesadaran dan kebaikan (*kindness*) (Akin, 2010; Kristiana, 2017). Menurut Hidayati dan Rananto (2017) mengatakan bahwa *self compassion* akan membentuk individu dengan kekuatan psikologis yang terkait dengan psikologi atau emosi positif yang akan menimbulkan kondisi seperti, kebahagiaan, optimisme yang tinggi, kebijaksanaan, keingintahuan, motivasi yang tinggi, mampu mengeksplorasi perasaan, inisiatif pribadi, dan emosi positif lainnya.

Individu yang menggunakan *self compassion* dalam menghadapi kekurangan dan kegagalan terhadap peristiwa dalam hidupnya akan mempermudah individu meningkatkan motivasi diri, meningkatkan kebijaksanaan, menurunkan tingkat depresi, pencapaian optimisme, kebahagiaan dan kepuasan dalam hidup, lebih menyayangi diri sendiri, mengenal diri, serta menjadikan individu untuk berani mengungkapkan dan menceritakan masalah

yang dihadapi kepada orang lain, sehingga individu dengan mudah membentuk hubungan yang bermakna dengan orang lain disekitarnya (Ramadhani dan Nurdibyanandaru, 2014; Hidayati dan Hasanah, 2016; Kristiana, 2017). Ketika hubungan yang bermakna tersebut telah terbentuk dan terjalin dengan baik, maka individu tersebut akan terhindar dari perasaan terasingkan dari lingkungan sekitar. *Self compassion* mampu membentuk pribadi dengan strategi koping yang adaptif terhadap berbagai masalah atau peristiwa yang dialami dalam hidupnya melalui penerimaan diri dengan baik. Terdapat komponen-komponen *Self Compassion* yaitu sebagai berikut:

a) *Self Kindness vs Self Judgement*

Kemampuan diri individu untuk memahami kebaikan diri, tidak menyakiti atau menghakimi diri, dan memberikan kelembutan dengan apa adanya. *Self kindness* dari diri individu akan mendorong individu untuk terus berperilaku atau bertindak positif baik terhadap diri maupun orang lain sehingga mampu memberikan manfaat bagi individu lainnya. Individu dengan *self kindness* merupakan individu dengan afirmasi positif yang akan menerima bahwa dirinya pantas untuk mendapatkan kebahagiaan, cinta dan kasih sayang, dan kenyamanan meskipun dalam kondisi terburuk (Hidayati dan Hasanah, 2016).

Apabila *self kindness* tidak terbentuk dalam suatu individu, *self judgment* akan mendominasi emosi dan perasaan. *Self judgment* merupakan suatu bentuk oposisi emosi dan perasaan dari *self kindness* yang apabila menyerang suatu individu akan membuat individu menghakimi diri, menyalahkan diri, dan

memarahi diri, merendahkan dirinya, dan mengkritisi segala aspek yang ada di dalam diri mereka.

b) *Common Humanity vs Isolation*

Komponen diri terkait dengan kebaikan diri yang menerangkan sejauh mana seseorang mampu menghargai, memaknai segala bentuk pemikiran, perasaan, dan tingkah laku dari orang lain yang penuh dengan keberagaman. Melalui *Common Humanity* seseorang akan mampu menyadari dan bersikap bahwa semua masalah atau kegagalan yang terjadi dalam hidupnya semata-mata bukan karena kesalahannya sendiri melainkan memang telah sewajarnya terjadi dalam hidupnya yang kemungkinan juga bahkan dialami oleh orang lain (Hidayati, 2015). Kondisi sebaliknya apabila seseorang tidak mempunyai komponen koping tersebut dalam dirinya akan muncul suatu sikap yaitu isolasi diri.

Isolasi diri berkebalikan dengan *common humanity*. Pada kondisi ini, seseorang yang mengalami kegagalan dan masalah dalam hidupnya akan berpikir bahwa hanya dirinya yang mengalami hal tersebut sehingga dirinyalah yang harus bertanggung jawab atas semua yang menyimpannya. Akibatnya, memunculkan suatu perilaku yang cenderung menyalahkan diri, merasa malu terhadap lingkungan sekitar, dan berusaha untuk mengisolasi dirinya (Hidayati dan Maharani, 2013).

c) *Mindfulness vs Over Identification*

Menurut Germer dan Neff (2013) mengatakan bahwa *Mindfulness* (sikap kesadaran penuh atas kondisi saat ini) merupakan suatu bentuk kemampuan dari individu dalam menyeimbangkan pikiran dan sikap ketika dirinya tengah mengalami suatu kondisi tertekan atau menimbulkan suatu masalah. *Mindfulness*

adalah konsep dasar dari individu melakukan segala sesuatu dengan apa adanya tanpa ada yang dilebih-lebihkan ataupun dikurangi sehingga respon yang positif, objektif dan efektif tercipta dengan baik (Neff, 2011). *Mindfulness* berkebalikan dengan kondisi *over identification*. *over identification* merupakan suatu kondisi yang cenderung individu tidak mampu melakukan kontrol terhadap emosi.

Menurut Rey dan Moningka (2013) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi *self compassion* adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor biologis
  - a) Jenis kelamin, menurut penelitian yang dilakukan Yarnell dan Stafford dalam Neff (2003) mengatakan bahwa perbedaan gender mempengaruhi tingkat *self compassion*, dimana seorang laki-laki memiliki tingkat *self compassion* yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita.
  - b) Usia, berdasarkan masa perkembangannya, *self compassion* tumbuh dan berkembang berdasarkan kematangan penataan emosional dari suatu individu. Pada usia remaja *self compassion* individu menjadi titik terendah karena masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Kondisi ini sangat dipengaruhi oleh kepekaan individu terhadap perubahan sosial masyarakat.
- 2) Faktor psikologis
  - a) Motivasi, motivasi merupakan suatu pengungkapan yang menunjukkan proses gerakan, termasuk situasi yang mendorong individu melakukan suatu tindakan yang bersal dan bersumber dari diri individu (Sarwono dalam Sunaryo, 2013)

- b) Kepribadian, menurut Maramis dalam Sunaryo (2013) menyatakan bahwa kepribadian berhubungan dengan keseluruhan perasaan, pola pikir, dan perilaku yang seringkali digunakan sebagai suatu usaha adaptasi terhadap berbagai kondisi yang terjadi terus-menerus dalam hidupnya. Menurut Astuti (2015) kepribadian turut berpengaruh terhadap peningkatan *self compassion* dalam diri individu. Tipe kepribadian *agreeableness*, *extraversion*, dan *conscientiousness* menjadi faktor yang berkorelasi dengan *self compassion*. Kepribadian *agreeableness* berkaitan dengan kepribadian untuk menjadi akrab dengan orang lain. Kepribadian *extraversion* menggambarkan individu aktif berinteraksi dengan orang lain.
- c) Kecerdasan emosional, kecerdasan emosional berpengaruh terhadap tingkat *self compassion* dalam diri suatu individu. Berdasarkan pendapat Maslow yang menyatakan bahwa *self compassion* di dukung oleh kematangan emosional individu yang dimunculkan dari penerimaan kasih sayang, tanpa penilaian, dan penuh dengan sikap pemaaf terhadap diri sendiri dan orang lain (Hidayati, 2013).
- d) Kepercayaan diri, kepercayaan diri berkaitan erat dengan kepribadian, dimana sikap ini menunjukkan bagaimana seseorang tampil dan memberikan kesan baik terhadap dirinya dan orang lain disekitarnya.
- 3) Faktor sosial budaya
- a) Peran Keluarga, meliputi alokasi waktu yang digunakan keluarga dalam mengatur waktu untuk pekerjaan dan keluarga, tekanan keluarga,

hubungan antar anggota keluarga, dukungan sosial keluarga dalam berbagai hal dalam melakukan perawatan terhadap ODS (Hidayati, 2015). Ketika suatu keluarga mengalami suatu masalah atau kegagalan dalam hidup, maka cara individu memperlakukan dirinya kemungkinan besar akan sama dengan apa yang dilakukan oleh orang tuanya dalam menghadapi kondisi tersebut.

- b) Budaya, menurut Neff (2003) mengatakan bahwa self compassion berkaitan dengan budaya *interdependent sense of self* yang membuktikan bahwa menurut penelitiannya orang barat lebih memiliki tingkat *self compassion* yang lebih tinggi dibandingkan orang Asia.
  - c) Ekonomi, sumber finansial keluarga dalam mendukung segala kebutuhan keluarga juga mempunyai pengaruh penting dalam pembentukan self compassion dan coping keluarga terhadap masalah yang dialaminya. Dalam hal ini, kondisi ekonomi berhubungan dengan pekerjaan dan tingkat pendidikan individu.
  - d) Pendidikan, menurut Nasriati (2017) peningkatan stres dan mekanisme coping keluarga berhubungan dengan tingkat pendidikan, dimana resiko depresi keluarga merawat ODS dipengaruhi oleh stigma yang didukung dengan tingkat pendidikan keluarga yang tergolong rendah.
- 4) Faktor lingkungan, tekanan dari luar keluarga ODS dapat berupa stigma dari masyarakat tentang penyakit gangguan jiwa. Stigma yang tinggi terhadap keluarga dan ODS membuat kondisi psikologis keluarga akan mengalami peningkatan. Bahkan, resiko depresi juga akan dialami oleh keluarga

(Nasriati, 2017). Berkaitan dengan pengasuhan orang tua yang pertama kali. Model pengasuhan orang tua sangat mempengaruhi tingkat *self compassion* anak atau keluarga sejak masa kanak-kanak bahkan hingga dia dewasa. Misal, orang tua cenderung melakukan kritisi terhadap berbagai tindakan anak, maka anak cenderung akan memiliki tingkat *self compassion* yang rendah (Neff, 2003).

4. Pemecahan masalah bersama

Strategi koping kognitif keluarga yang berfokus pada pemecahan masalah yang dilakukan bersama dalam keluarga dengan mendiskusikan masalah dengan segera, mencari pemecahan yang didasarkan pada logika, dan mencapai kesepakatan mengenai apa yang akan dilakukan berdasarkan sekumpulan isyarat, persepsi dan saran dari seluruh anggota keluarga.

5. Mendapatkan informasi dan pengetahuan

Respon keluarga dengan melakukan pencarian terhadap berbagai informasi dan pengetahuan berkenaan dengan stresor yang sedang dialaminya. Proses ini dilakukan untuk mengurangi rasa takut terhadap stresor, mengendalikan stres, membantu keluarga untuk menilai stresor, dan membantu keluarga dalam mengambil keputusan melakukan tindakan yang tepat.

6. Strategi komunikasi

a) Terbuka dan jujur

Komunikasi sangat penting dalam keluarga. Kondisi ini akan lebih penting dilakukan dalam fungsi keluarga. Anggota keluarga yang menunjukkan keterbukaan, kejujuran, pesan yang jelas, perasaan serta afeksi dalam keluarga

terkait dengan masalah yang dialami, maka anggota keluarga yang lain akan berusaha memfasilitasi penanganan masalah yang kemungkinan dapat dilakukan.

b) Menggunakan humor dan tawa

Menurut Wooten dalam Friedman (2010) mengatakan bahwa humor dan tawa menjadi salah satu yang dipandang sebagai alat perawatan diri terhadap stres karena kemampuan untuk tertawa akan memiliki kekuatan terhadap situasi. Selain itu, humor dan tawa menjadi penyokog sikap positif dan harapan bukan perasaan ketidakberdayaan.

b. Strategi koping eksternal

Strategi koping eksternal terdiri dari:

1) Memelihara jalinan aktif dengan komunitas

Strategi ini merujuk pada upaya koping keluarga yang terus-menerus dan dalam jangka waktu yang panjang. keluarga sebagai anggota aktif dalam komunitas. Hubungan yang aktif dan kreatif antara keluarga dengan komunitas akan mampu memenuhi kebutuhan keluarga yang tidak dapat dipenuhi sendiri oleh anggota keluarga.

2) Memanfaatkan dukungan sosial

Strategi ini sangat penting untuk mendukung koping keluarga. Selain keluarga besar, jaringan sosial seperti layanan profesional, ahli, dan organisasi yang terdapat di lingkungan sosial akan mendukung keluarga dalam mengatasi masalah yang terjadi.

3) Kelompok saling bantu

Disebut dengan kelompok swa bantu, yaitu kelompok (teman sebaya atau kelompok lainnya) yang saling mendukung secara bersama-sama dalam mengatasi atau mengurangi masalah yang terjadi.

4) Dukungan spiritual

Keyakinan dan psiritualitas individu dan keluarga merupakan inti dari semua coping individu dan keluarga. Keyakinan akan meningkatkan resiliensi keluarga dalam mengatasi stres atau masalah. Penggunaan coping spiritual berbeda dan bervariasi tergantung dengan kehidupan keluarga.

## 2.5 Dampak Stres *Family Caregiver* terhadap ODS

Peran *family caregiver* untuk memenuhi semua kebutuhan ODS hingga bahkan selama 24 jam lamanya cenderung menempatkan *family caregiver* berada pada kerentanan yang tinggi terhadap stres, frustrasi, ansietas, isolasi sosial, dan depresi (Adeosun, 2013; Cabral *et al*, 2014). Kondisi stres yang seringkali terjadi sebagai bentuk peningkatan beban psikologis keluarga. Stres *family caregiver* sangat berdampak buruk terhadap ODS terkait dengan keberlangsungan dan keberlanjutan proses perawatan ODS. Berikut dampak buruk yang dapat dialami ODS dari kondisi stres *family caregiver* :

- a. Meningkatnya risiko kekambuhan ODS dan memperburuk prognosis, kondisi ini kemungkinan akan terjadi apabila keluarga telah mengalami tekanan psikologis yang tidak teratasi yang menyebabkan keluarga resisten terhadap berbagai bentuk informasi terkait dengan perawatan dan

pengobatan ODS di rumah dan ditatanan klinis (Sadock dan Sadock dalam Herminsih *et al*, 2017; Kurnia, 2015).

- b. Berbagai bentuk pelanggaran hak asasi ODS, yaitu penyiksaan, pengurungan (pasung), dan diskriminasi (Sari, 2009). Tindakan ini menjadi salah satu pilihan terakhir keluarga yang telah mengalami keputusan dari berbagai usaha pengobatan yang telah ditempuh selama ini. Kondisi ini turut mendukung dan meningkatkan tingkat kekambuhan ODS dan memperburuk kondisi psikologis ODS (Sasono dan Rohmi, 2017).
- c. Mengabaikan ODS dan menghindari kontak langsung dengan ODS karena keluarga cenderung merasa takut, gelisah, dan cemas berada didekat ODS, sehingga memilih menghindari untuk berhubungan dan memenuhi kebutuhan ODS (Herminsih *et al*, 2017).
- d. Stigmatisasi negatif seperti diolok-olok dan perilaku kekerasan yang kemungkinan akan dilakukan oleh keluarga atau masyarakat sekitar terhadap ODS (Puspitasari dalam Sasono dan Rohmi, 2017).
- e. Penolakan atau kurangnya penerimaan keluarga terhadap ODS (Wardhani, 2013).

## 2.6 Hubungan *Self compassion* dengan Tingkat Stres Keluarga

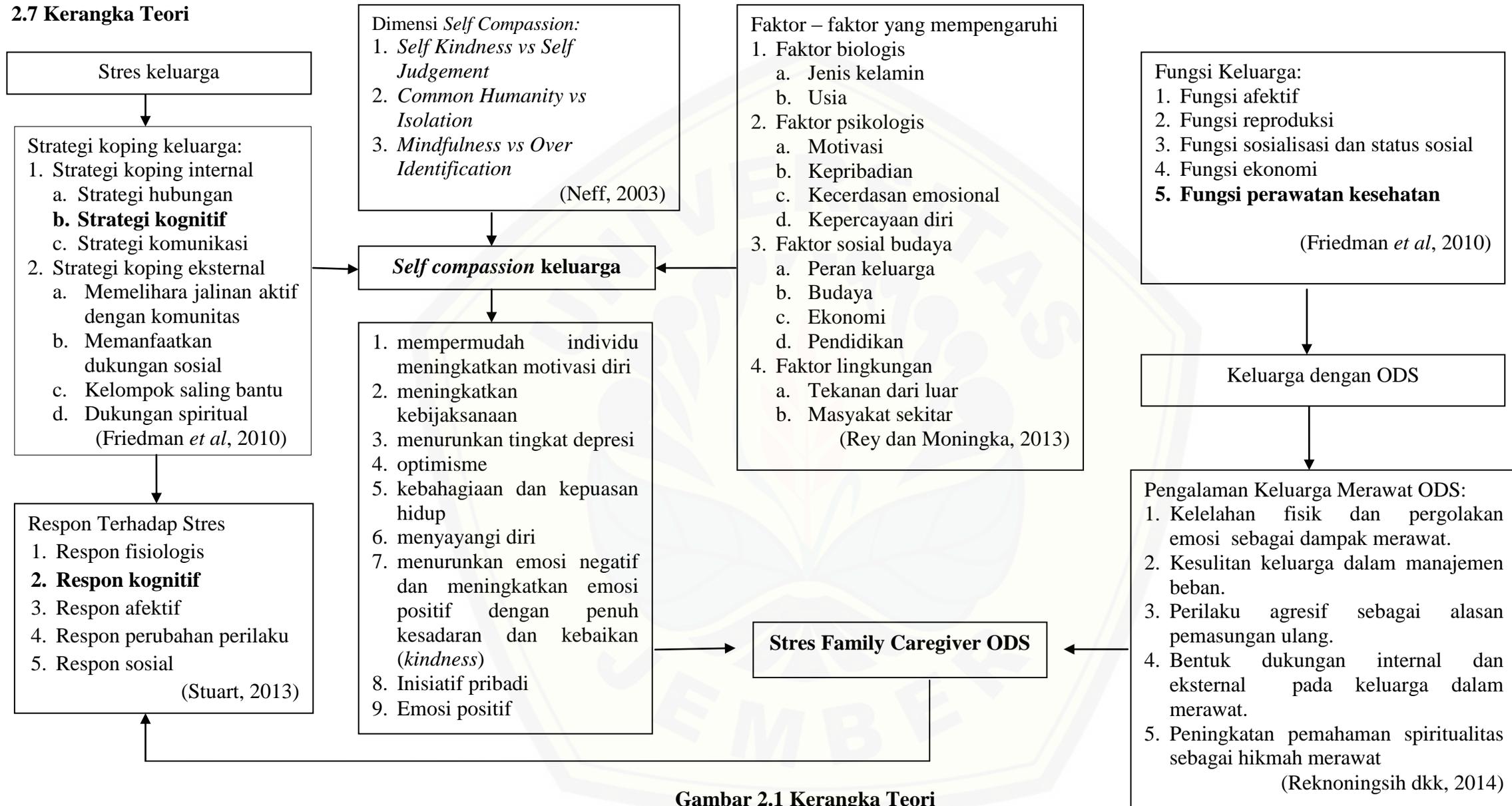
*Self compassion* adalah strategi individu dalam beradaptasi dengan melakukan penataan emosi dengan cara menurunkan emosi negatif dan meningkatkan emosi positif berupa kebaikan dan hubungan. *Self compassion* berhubungan secara negatif dengan *self criticism*, depresi, stres, kecemasan, supresi

pikiran dan perasaan, serta berkorelasi positif dengan hubungan sosial, kecerdasan emosional, identifikasi diri, dan *submissive behaviour* (Akin, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa *Self compassion* menjadi salah satu komponen mekanisme koping dalam diri individu atau keluarga dalam menghadapi masalah atau stresor yang terjadi dalam hidupnya.

Berdasarkan penelitian penelitian yang dilakukan pada 177 orang mahasiswa psikologi di Universitas Southwestern dengan menggunakan pengukuran *sel report* menunjukkan bahwa *Self compassion* berhubungan dengan perasaan kebahagiaan, perasaan positif, optimisme, inisiatif pribadi keterbukan, dan kesadaran (Neff, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan *Self compassion* dalam diri individu menentukan karakteristik koping positif atau negatif. Fungsi *Self compassion* secara psikologi dapat dijadikan sebagai bentuk koping yang akan menghindarkan individu atau keluarga ke dalam kondisi krisis atau gangguan mental seperti depresi, stres, dan ansietas (Astuti, 2015). Kondisi ini dapat terjadi pada keluarga yang merawat ODS.

Keluarga yang merawat ODS akan mengalami peningkatan stressor yang berkelanjutan yang berakibat menimbulkan konflik yang kompleks akibat beban yang ditanggungnya, baik terhadap penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, beban finansial, dan stigma negatif yang terus-menerus dari lingkungan sekitar (Yusuf *et al*, 2012). Kondisi tersebut membuktikan bahwa keluarga tidak hanya akan mengalami gangguan terhadap kesehatan fisik tetapi juga masalah psikologis, terutama stres keluarga yang berkepanjangan.

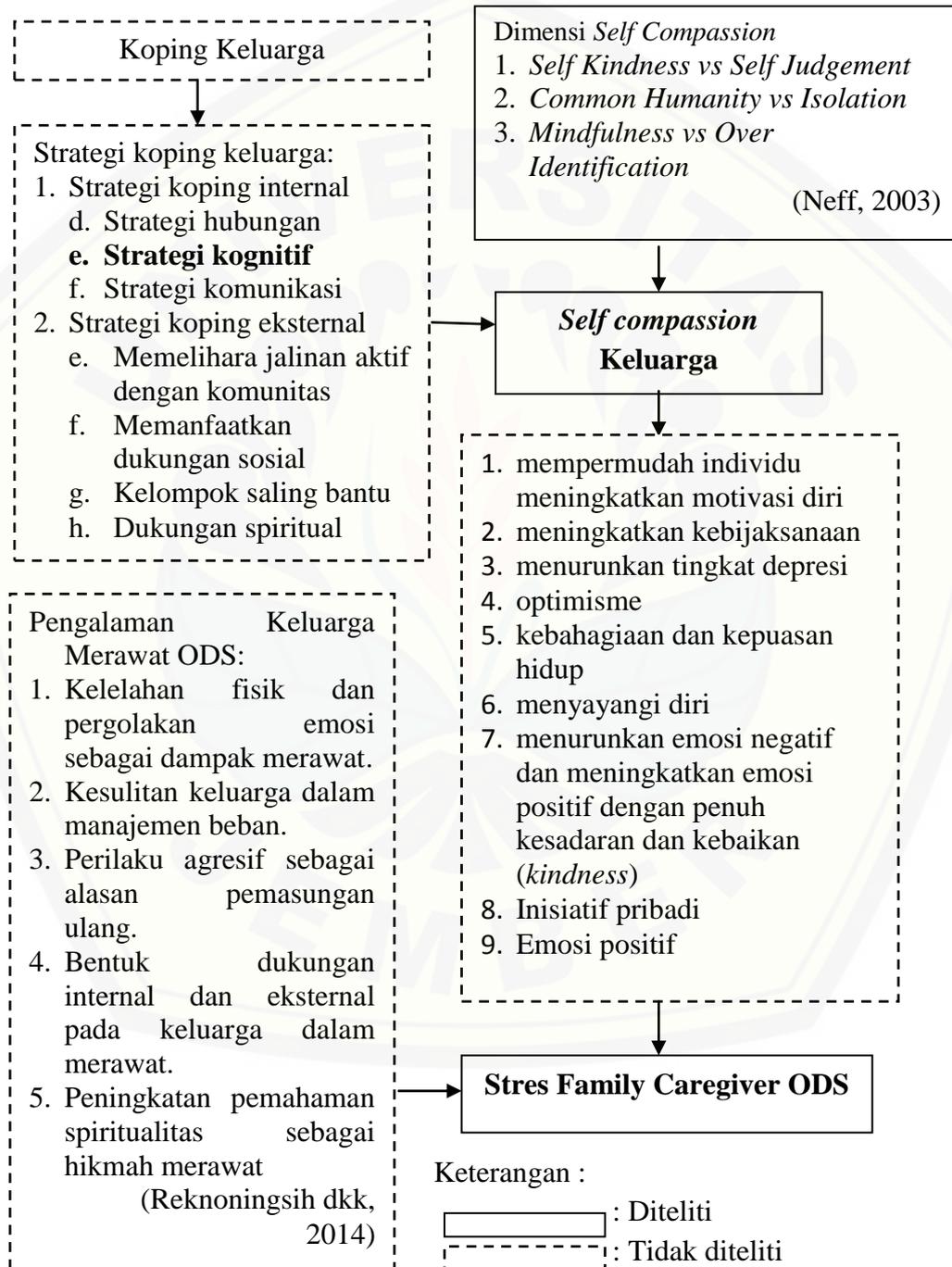
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

**BAB 3. KERANGKA KONSEP**

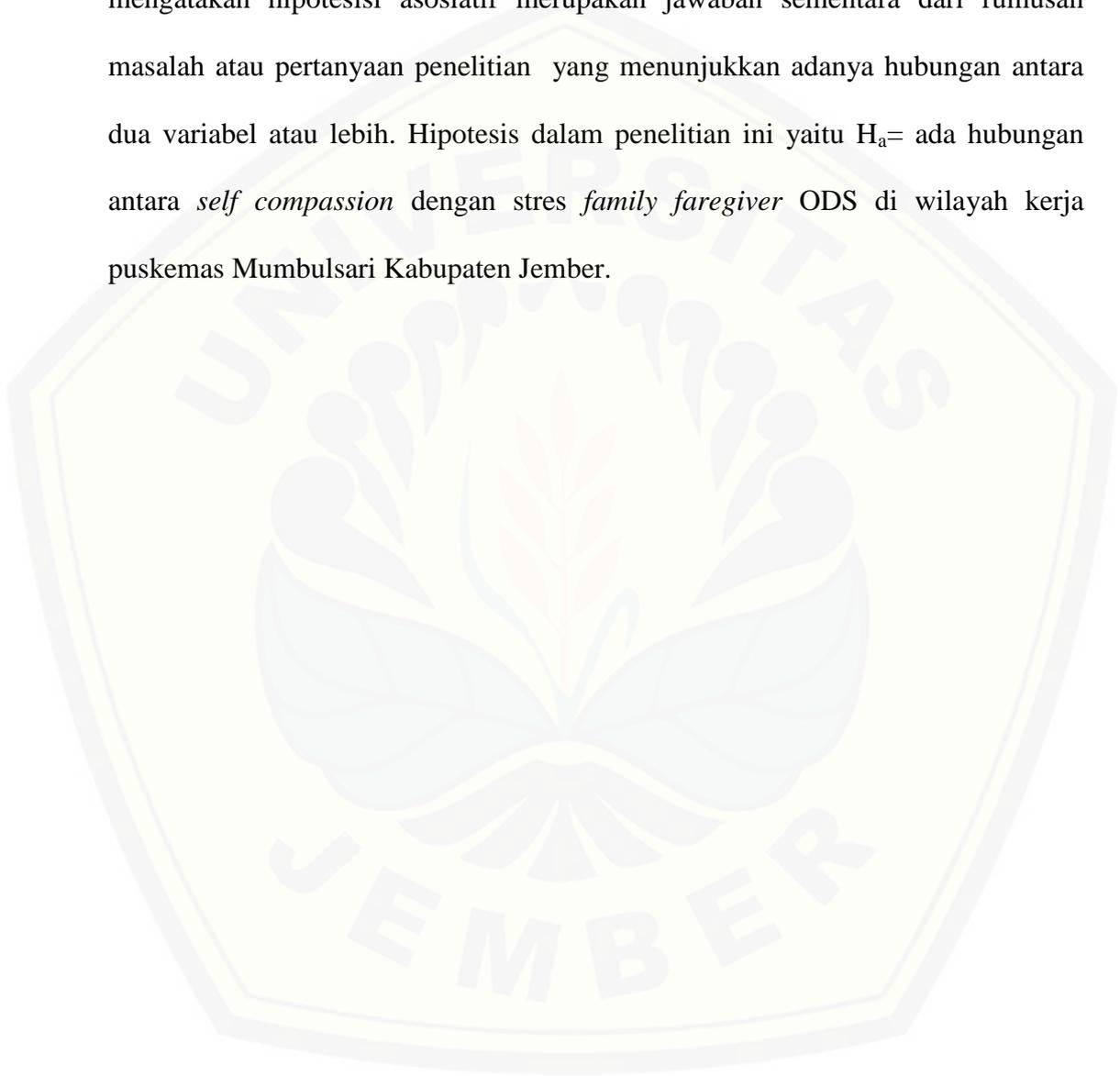
**3.1 Kerangka Konsep**



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2014). Menurut Sugiyono (2015) mengatakan hipotesis asosiatif merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara dua variabel atau lebih. Hipotesis dalam penelitian ini yaitu  $H_a =$  ada hubungan antara *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.



## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian observasional analitik korelasi dengan metode *cross sectional*. Penelitian dengan metode *cross sectional* merupakan penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen dengan hanya satu kali pada suatu saat serta tidak ada tindak lanjut (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini meneliti terkait dengan variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu *self compassion* dan variabel dependen yaitu stres *family caregiver* ODS. Penelitian ini juga melakukan analisis hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* orang dengan skizofrenia (ODS) di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari, berdasarkan data sekunder jumlah ODS yang tercatat di Puskesmas Jember yaitu diketahui sebanyak 35 orang ODS.

#### 4.2.2 Teknik pengambilan sampel

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan *non probability sampling*, yaitu total sampling. total sampling merupakan teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih semua anggota populasi sebagai sampel penelitian, yang dikarenakan jumlah populasi penelitian yang relatif kecil (Setiadi, 2007). Menurut Sugiyono (2011) ukuran sampel yang layak digunakan dalam suatu penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500 sampel.

Sampel dalam penelitian ini *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Jumlah sampel yang digunakan oleh peneliti adalah 35 orang *family caregiver* ODS yang ada di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Dalam penelitian ini, jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yang langsung diperoleh dari *family caregiver* ODS. *Family caregiver* ODS adalah seorang yang secara sukarela merawat dan memfasilitasi kebutuhan ODS sehari-hari di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember, umumnya adalah keluarga, yaitu pasangan, orang tua, anak, menantu, cucu, atau saudara yang lain yang tinggal dalam satu rumah dengan ODS.

#### 4.2.3 Kriteria sampel penelitian

Peneliti menentukan beberapa kriteria sampel yang harus dimiliki oleh setiap responden. Kriteria sampel penelitian terdiri dari beberapa kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, yaitu sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dari *family caregiver* ODS yaitu:

- 1) Bersedia menjadi responden dan mengisi lembar *informed consent* serta kuesioner yang telah disediakan peneliti sebagai tanda persetujuan sebagai responden penelitian;
- 2) Tinggal dalam satu rumah dengan klien ODS;
- 3) Berusia 17 keatas, dengan catatan responden berusia diatas 65 tahun dilakukan pengukuran dengan menggunakan MMSE;
- 4) Menjadi *family caregiver* ODS minimal 6 bulan.

b. Kriteria eksklusi

Tidak ada kriteria eksklusi yang ditetapkan dalam penelitian ini.

### 4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari terdiri dari Desa Mumbulsari, Desa Lampeji, Desa Karang Kedawung, Desa Kawang Rejo, Desa Dawuhan, Desa Tamansari, Desa Lengkong, dan Desa Suco. Alasan pemilihan lokasi penelitian tersebut dikarenakan Kecamatan Mumbulsari merupakan wilayah dengan jumlah ODS terbanyak di Kabupaten Jember. Pengambilan data dilakukan dengan mendatangi tempat tinggal ODS dan *family caregiver* yang dijadikan sampel dari rumah ke rumah (*door to door*) di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini diawali dengan pembuatan proposal penelitian yang dimulai pada bulan Oktober - Desember 2017. Waktu untuk penelitian hingga publikasi hasil penelitian yaitu bulan Desember 2017 – Februari 2018.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu *self compassion*, dan variabel dependen yaitu stres *family caregiver* ODS. Penjabaran terkait dengan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.1 Definisi Operasional *Self Compassion* dengan *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

No	Variabel	Definisi	Indikator/Parameter	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	<b>Variabel independen: self compassion</b>	<i>self compassion</i> merupakan strategi adaptasi individu untuk menata emosi dan perasaan dengan cara menurunkan emosi negatif dan meningkatkan emosi positif, sehingga individu tersebut mampu bertahan, memahami, dan menyadari kemampuan diri dalam menghadapi bebrbagai kesulitan sebagai suatu hal yang positif meski dalam kondisi terburuk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Self kindness</i></li> <li>2. <i>Self judgment</i></li> <li>3. <i>Common humanity</i></li> <li>4. <i>Isolasi</i></li> <li>5. <i>Mindfulness</i></li> <li>6. <i>Over identified</i></li> </ol> (Neff, 2003)	Kuesioner	Interval	Penilaian dari setiap butir pertanyaan dalam kuesioner <i>self compassion</i> : a) Sangat setuju = 1 b) Setuju = 2 c) Tidak Setuju = 3 d) Sangat Tidak Setuju = 4 Penilaian kuesioner dengan rentang nilai 26-104. Dengan nilai : Minimal : 26 Maksimal : 104
2.	<b>Variabel dependen: stres Family Caregiver ODS</b>	Stres merupakan suatu kondisi yang menegangkan bagi suatu individu atau keluarga yang disebabkan oleh tekanan dari diri individu atau dari luar individu sehingga menyebabkan gangguan pada individu dalam melihat kondisi yang realistis serta dalam memecahkan masalah dalam kehidupannya.	Perubahan fisik: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mata</li> <li>2. Telinga</li> <li>3. Daya pikir</li> <li>4. Ekspresi wajah</li> <li>5. Mulut</li> <li>6. Kulit</li> <li>7. Sistem pernafasan</li> <li>8. Sistem kardiovaskuler</li> <li>9. Sistem pencernaan</li> <li>10. Sistem perkemihan</li> </ol> (Hawari, 2013) Perubahan afektif dan	Kuesioner	Interval	Penilaian dari setiap pertanyaan kuesioner stres keluarga yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya = 0</li> <li>2. Tidak = 1</li> </ol> Penilaian kuesioner dengan rentang nilai 0-28. Dengan nilai : Minimal : 0 Maksimal : 28

No	Variabel	Definisi	Indikator/Parameter	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
			perilaku (Potter dan Perry, 2005): <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ansietas</li><li>2. Depresi</li><li>3. Kehilangan harga diri</li><li>4. Peningkatan kepekaan</li><li>5. Kehilangan motivasi</li><li>6. Ledakan emosional dan menangis</li><li>7. Penurunan produktivitas dan kualitas kinerja pekerjaan</li><li>8. Kehilangan perhatian terhadap hal-hal yang rinci</li><li>9. Kehilangan minat</li></ol>			

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data Primer

Pengumpulan data primer merupakan data yang didapatkan atau diperoleh langsung oleh peneliti sendiri yang dilakukan berdasarkan hasil pengukuran, pengamatan, atau survey. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pendataan terkait karakteristik responden mulai dari jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan ODS, dan lama merawat ODS. Kemudian pengukuran dengan menggunakan kuesioner *self compassion* dan kuesioner stres dalam keluarga. Lembar penelitian berisi beberapa pernyataan yang akan digunakan untuk penilaian.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh peneliti yang berasal dari data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah data kasus ODS di seluruh kecamatan di Jember tahun 2017. Data dari Puskesmas Mumbulsari tahun 2017. Data yang didapat digunakan untuk menentukan populasi dan sampel untuk penelitian.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti merupakan proses memperoleh data untuk penelitian. Peneliti melihat data kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terkait dengan wilayah atau kecamatan yang mempunyai jumlah ODS terbanyak se-Kabupaten Jember. Selain itu, peneliti

melakukan wawancara dan melihat data klien ODS yang tercatat di puskesmas Mumbulsari, serta melanjutkan melakukan wawancara keluarga dengan klien ODS di komunitas.

Peneliti memilih responden saat menentukan sampel berdasarkan *family caregiver* ODS sesuai data ODS yang terdaftar di Puskesmas Mumbulsari. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan memberikan lembar *informed consent* kepada responden. Skala yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan *skala likert* yang terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang akan disajikan dalam tingkatan pertanyaan positif dan negatif. Tingkatan tersebut sesuai dengan *skala likert* dengan empat pilihan jawaban masing-masing skala dari kuesioner *self compassion*, yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Sedangkan skala stres *Family Caregiver* menggunakan *close ended question* yaitu *dichotomy question* dengan dua pilihan jawaban masing-masing pertanyaan dari kuesioner stres keluarga yaitu, ya dan tidak.

Berikut adalah langkah-langkah yang dilakukan untuk mengumpulkan data kuesioner yaitu:

- a. Tahap persiapan
  - 1) Peneliti mengurus administrasi dengan pengajuan surat penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Surat tersebut diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mendapatkan surat izin dan rekomendasi melakukan penelitian.
  - 2) Peneliti yang telah mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember untuk

mendata ODS yang terdaftar di Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

- 3) Peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara mendatangi klien ODS dari rumah ke rumah atau *door to door*.
  - 4) Peneliti memberikan penjelasan kepada *family caregiver* ODS tentang tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilakukan, serta proses dari pengisian kuesioner.
  - 5) Peneliti meminta *family caregiver* ODS untuk membaca dan menandatangani atau peneliti membacakan untuk *family caregiver* ODS yang tidak bisa baca tulis lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai tanda kesediaan untuk menjadi subjek penelitian dengan jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan.
- b. Tahap pengumpulan data
- 1) Peneliti mendatangi kediaman ODS sesuai dengan alamat yang tertera di data Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember;
  - 2) Peneliti memperkenalkan diri kepada keluarga, kemudian melakukan pengkajian terkait dengan kondisi ODS saat ini, mulai dari pengobatan rutin yang dilakukan, kepemilikan JKN, kekambuhan ODS, kemudian menanyakan kondisi kesehatan keluarga selama merawat ODS.
  - 3) Peneliti memberikan lembar *informed consent* kepada *family caregiver* ODS dan membiarkan responden membaca dan memahami maksud dari penelitian yang peneliti lakukan. Apabila responden tidak bisa membaca dan menulis, peneliti membacakan lembar *informed consent* tersebut, kemudian meminta persetujuan responden.

- 4) Apabila *family caregiver* ODS berusia lebih dari 65 tahun dilakukan pengukuran MMSE untuk memastikan kondisi mental *family caregiver* ODS yang menjadi responden.
- 5) Peneliti memberikan instrumen A yang berisi karakteristik data *family caregiver* ODS yang meliputi data demografi. Pengisian kuesioner dilakukan oleh *family caregiver* ODS dan didampingi oleh peneliti untuk memfasilitasi *family caregiver* ODS apabila tidak mengerti tentang pernyataan yang ada di kuesioner. Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner setelah diisi oleh *family caregiver* ODS untuk diperiksa kelengkapan pengisian kuesioner.
- 6) Peneliti memberikan instrumen B dan C yang berisi tentang *self compassion* dan stres *family caregiver* ODS. Cara pengisian kuesioner diisi sendiri oleh *family caregiver* ODS dengan didampingi oleh peneliti untuk memfasilitasi *family caregiver* ODS apabila tidak mengerti tentang pernyataan yang ada di kuesioner. Kuesioner yang telah diisi oleh *family caregiver* ODS akan dikumpulkan dan diperiksa kembali pengisiannya oleh peneliti. Waktu yang disediakan sekitar 20-30 menit untuk responden (*family caregiver* ODS) yang bersedia mengisi lembar kuesioner *self compassion* dan stres *Family Caregiver*.
- 7) Data yang telah diperoleh akan dikumpulkan untuk dilakukan pengolahan data dan analisis data.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner mengenai variabel independen dan variabel dependen. Berikut kuesioner yang digunakan dalam pengumpulan data:

##### a. Karakteristik *Family Caregiver* ODS

Instrumen yang diberikan yaitu kuesioner A yaitu instrumen karakteristik *family caregiver* ODS yang dibuat sendiri oleh peneliti. Kuesioner A untuk mendapatkan gambaran karakteristik *family caregiver* ODS. Karakteristik *family caregiver* ODS meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga yang merawat ODS, dan lama merawat ODS. Kuesioner A disusun dalam bentuk pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup. Bentuk pertanyaan terbuka yaitu meliputi nama, usia, pekerjaan, hubungan keluarga dengan ODS, dan lama merawat ODS. Sedangkan pertanyaan tertutup meliputi, jenis kelamin dan pendidikan.

##### b. Kuesioner *Self Compassion*

Instrumen yang digunakan untuk mengukur *self compassion* yaitu kuesioner B. Instrumen ini digunakan untuk mengukur variabel *self compassion* pada *family caregiver* ODS dengan menggunakan *Self Compassion Scale* (SCS). Kuesioner B berisi 26 pertanyaan dengan pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Penilaian dari kuesioner ini yaitu, rentang skor yang diberikan antara 26-104. Total skor tertinggi menunjukkan semakin besar *self compassion* dalam diri responden.

c. Kuesioner Stres *Family Caregiver*

Kuesioner C adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel stres *family caregiver* ODS dengan menggunakan stres dalam keluarga. Kuesioner C berisi 28 pertanyaan yang memiliki 2 pilihan jawaban yaitu ya dan tidak. Rentang skor yang digunakan yaitu 0-28. Semakin rendah skor yang didapatkan maka semakin tinggi stres *family caregiver* ODS.

#### 4.6.4 Uji validitas dan Reliabilitas

Setiap kuesioner yang disusun dan akan digunakan dalam penelitian harus melewati uji validitas, karena tidak semua kuesioner yang disusun tidak dapat secara langsung digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Dalam uji validitas dan reliabilitas, responden yang akan dilakukan uji coba sebaiknya memiliki karakteristik yang sama dengan responden dari tempat dimana penelitian akan dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010).

a. Uji Validitas

Alat ukur kuesioner dikatakan benar-benar valid apabila telah melalui uji validitas dengan menguji korelasi antara nilai tiap pertanyaan dan nilai total dari skor total kuesioner. Pada penelitian ini, kuesioner *self compassion* dan stres keluarga yang digunakan mengadopsi dari yang telah disusun oleh para ahli sebelumnya dan telah memenuhi syarat sehingga kuesioner yang digunakan telah valid dan tidak lagi melalui uji validitas. Uji validitas kuesioner *self compassion* dalam penelitian ini menggunakan *Pearson's Product Moment* (Kristiana, 2017). Uji validitas untuk kuesioner stres keluarga memperlihatkan bahwa dari 40

pertanyaan terdapat 28 pertanyaan yang dinyatakan valid karena memiliki  $r$  hitung  $> r$  tabel, sedangkan yang tidak valid memiliki  $r$  hitung  $< r$  tabel ( $r$  tabel = 0,444).

b. Uji Reliabilitas

Nilai uji reliabilitas yang digunakan adalah *alpha cronbach*, dimana instrumen penelitian dikatakan reliabel apabila nilai *alpha cronbach*  $> 0,6$ . Pada kuesioner *self compassion* didapatkan nilai  $r$  *alpha* = 0,89 ( $\alpha = 0,05$ ). Sedangkan kuesioner stres keluarga uji reliabilitas yang digunakan adalah *alpha cronbach*, apabila  $r$  *alpha*  $> r$  tabel maka dinyatakan reliabel (Riyanto, 2013). Kuesioner stres dalam keluarga didapatkan nilai  $r$  *alpha* = 0,977 ( $\alpha = 0,05$ ) sehingga semua pernyataan pada instrumen stres dalam keluarga dinyatakan reliabel (Riskika, 2015).

#### 4.7 Pengolahan Data

Menurut Nursalam (2010) mengatakan bahwa pengolahan data hasil penelitian terdiri dari *editing, coding, entry, dan cleaning*.

##### 4.7.1 Editing

*Editing* dilakukan dengan tindakan menyuntingan hasil observasi, pengamatan, dan pengukuran variabel dari lapangan. Data pengisian kuesioner yang tidak lengkap akan dilakukan pengambilan data ulang untuk melengkapi data kuesioner. Proses *editing* dilakukan oleh peneliti sendiri.

#### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan proses pengubahan data yang berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan, sehingga dapat mempermudah peneliti dalam melakukan proses penghitungan data (Notoatmojo, 2012). Pemberian kode pada penelitian ini yaitu:

- 1) Jenis kelamin *Family Caregiver*
  - a) Laki-laki           diberi kode 1
  - b) Perempuan         diberi kode 2
- 2) Pendidikan *Family Caregiver*
  - a) Tidak sekolah     diberi kode 1
  - b) SD                   diberi kode 2
  - c) SMP                 diberi kode 3
  - d) SMA                 diberi kode 4
  - e) PT                   diberi kode 5
- 3) Pekerjaan *Family Caregiver*
  - a) Tidak bekerja/IRT   diberi kode 1
  - b) PNS                 diberi kode 2
  - c) Wiraswasta         diberi kode 3
  - d) Petani              diberi kode 4
  - e) Pedagang           diberi kode 5
  - f) Lain-lain            diberi kode 6
- 4) Hubungan dengan ODS
  - a) Orangtua            diberi kode 1

- b) Istri Suami           diberi kode 2
  - c) Anak                   diberi kode 3
  - d) Saudara/lain-lain   diberi kode 4
- 5) Usia (tahun)
- a) 17-25                   diberi kode 1
  - b) 26-35                   diberi kode 2
  - c) 36-45                   diberi kode 3
  - d) 46-55                   diberi kode 4
  - e) 56-65                   diberi kode 5
  - f) >65                    diberi kode 6
- 6) Lama Merawat
- a) 1-4 tahun              diberi kode 1
  - b) 5-10 tahun             diberi kode 2
  - c) > 10 tahun            diberi kode 3
- 7) Kode Variabel Independen (*self compassion*) berdasarkan penilaian dari setiap butir pertanyaan dalam kuesioner
- a) Sangat Setuju         diberi kode 1
  - b) Setuju                 diberi kode 2
  - c) Tidak Setuju         diberi kode 3
  - d) Sangat Tidak Setuju   diberi kode 4
- 8) Kode variabel dependen (tingkat stres *Family Caregiver* ODS) berdasarkan penilaian setiap butir pertanyaan kuesioner
- a) Ya                      diberi kode 0

- b) Tidak diberi kode 1

#### 4.7.3 *Entry Data*

*Entry* dilakukan dengan memasukkan data yang telah dilakukan pengkodean kedalam program pengolahan data di komputer melalui program SPSS 20 yang ada di komputer peneliti.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* dilakukan dengan melakukan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk tujuan melihat kemungkinan adanya suatu kesalahan pada saat pengkodean, ketidaklengkapan data, dan kesalahan lainnya yang kemudian akan dilakukan koreksi (Notoatmojo, 2012). Dengan proses *cleaning*, peneliti dapat mengetahui data yang hilang atau *missing data*, mengetahui variasi data dan konsistensi data.

### 4.8 **Analisa Data**

Analisis data bertujuan untuk menyusun data secara bermakna sehingga mudah dipahami. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi uji normalitas data, analisis univariat dan bivariat.

#### 4.1.1 Uji Normalitas Data

Menurut Sudijono (2006) mengatakan bahwa uji normalitas data merupakan uji yang digunakan untuk mengetahui sampel yang akan digunakan dalam

penelitian normal atau tidak. Peneliti melakukan uji normalitas data yaitu uji *Shapiro Wilk* untuk mengetahui sifat data berdistribusi normal atau tidak berdistribusi normal karena jumlah sampel kurang dari 50 orang (Riwidikdo, 2007). Uji dasar pengambilan keputusan berdasarkan data distribusi normal jika nilai  $\alpha > 0,05$  dan data dikatakan tidak normal jika nilai  $\alpha < 0,05$ . Hasil uji normalitas yang dilakukan pada penelitian ini yaitu menunjukkan nilai  $p$  value pada variabel *self compassion* yaitu 0.908 ( $> 0,05$ ) dan variabel stres *family caregiver* yaitu 0.138 ( $> 0,05$ ). Kedua nilai hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data variabel tersebut memiliki nilai lebih dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua data tersebut berdistribusi normal.

#### 4.1.2 Analisis Univariat

Menurut Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa analisis univariat mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel dalam penelitian sehingga menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel penelitian. Penelitian ini melakukan uji univariat data *self compassion family caregiver* ODS, data stres *family caregiver* ODS, dan karakteristik *family caregiver* ODS. Karakteristik responden pada penelitian ini yaitu terdiri dari karakteristik responden yaitu, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan ODS, usia, dan lama Merawat.

#### 4.1.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk memperkirakan antara dua variabel yang dimungkinkan memiliki hubungan atau korelasi (Notoatmojo, 2012). Analisis data bivariat pada penelitian ini dilakukan pada penelitian hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS. Penelitian ini menggunakan uji statistik parametrik, karena uji normalitas data penelitian ini menunjukkan distribusi normal. Uji statistik parametrik yang digunakan *pearson* untuk mengetahui korelasi antara variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha=0.05$ ). Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan bantuan program komputer SPSS 2.0. Hasil uji dilihat dengan membandingkan nilai *p value*  $< (\alpha=0.05)$  yang berarti  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

Analisis data penelitian ini juga dilakukan uji analisis bivariat antara karakteristik responden dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Uji bivariat karakteristik responden jenis kelamin menggunakan *T test* dan menggunakan *One Way Anova test* untuk karakteristik usia, pekerjaan, pendidikan, hubungan dengan ODS, dan lama merawat ODS.

#### 4.9 Etika Penelitian

Potter dan Perry (2005) mengatakan bahwa semua pertimbangan etika penelitian sebagai objek yang sangat erat kaitannya dengan semua penelitian yang

berkaitan dengan manusia. Etika penelitian mencakup perilaku peneliti terhadap subjek atau responden serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi masyarakat luas (Notoatmodjo, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan seringkali mengalami masalah etik. Oleh karena itu, sangat diperlukan suatu etika penelitian yaitu sebagai berikut:

#### 4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

*Informed Consent* berisi tentang surat pernyataan kesediaan untuk mengikuti kegiatan dalam penelitian yang dilakukan. Dalam surat pernyataan ini harus berisi terkait dengan penjelasan hak-hak dan tanggung jawab peneliti dan responden. Peneliti juga berkewajiban untuk menjelaskan berbagai informasi tentang kegiatan, keuntungan, tujuan, hak responden untuk menerima atau menolak menjadi responden dalam penelitian, dan sekaligus bahaya yang kemungkinan akan terjadi (Nursalam, 2014).

#### 4.9.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas dari responden dengan tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data, tetapi hanya diberi kode tertentu. Pada identitas responden akan diubah ke dalam bentuk kode nomor yang hanya diketahui oleh peneliti.

#### 4.9.3 Asas Kemanfaatan (*Beneficience*)

Peneliti mengetahui manfaat dan resiko yang mungkin dapat terjadi pada responden dari penelitian yang dilakukan. Penelitian dilakukan oleh peneliti apabila manfaat yang didapatkan jauh lebih besar dibandingkan dengan dampak negatif yang dapat ditimbulkan. Oleh karena itu, peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang telah dianjurkan agar tidak membahayakan responden sehingga manfaat yang didapatkan semaksimal mungkin (Nursalam, 2014).

#### 4.9.4 Asas Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan responden harus tetap dijaga, peneliti harus menjaga informasi apapun terkait responden, dan informasi tersebut hanya peneliti dan responden yang mengetahuinya. Subjek penelitian berhak meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan (Nursalam, 2014). Peneliti menjamin bahwa informasi yang berkaitan dengan responden *Family Caregiver* ODS tidak akan dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin dapat diakses oleh pihak manapun (Potter dan Perry, 2005).

#### 4.9.5 Asas Keadilan (*Right to Justice*)

Semua responden memiliki hak dan perlakuan yang sama dari peneliti dalam kegiatan penelitian. Hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, atau sesudah penelitian dilakukan (Nursalam, 2014). Peneliti

menjelaskan langkah- langkah yang harus dilakukan oleh *family caregiver* ODS dan menjelaskan bahwa perlakuan yang diberikan kepada *family caregiver* ODS adalah sama tanpa ada perbedaan (Notoadmodjo, 2010).



## BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember dapat disimpulkan bahwa nilai *self compassion family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember cenderung tinggi. Stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember yaitu cenderung rendah. Hasil uji korelasi *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS menunjukkan bahwa tidak ada hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* ODS di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Sedangkan uji korelasi antara karakteristik *family caregiver* ODS dengan stres *family caregiver* ODS menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik responden (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan ODS, dan lama merawat ODS) dengan stres *family caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

### 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti terkait dengan hasil penelitian adalah sebagai berikut.

#### a. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya yang dapat dilakukan yaitu untuk mengetahui faktor-faktor lain yang menyebabkan stres *family caregiver* ODS yaitu diantaranya:

- 1) Penggunaan wawancara terstruktur dalam penelitian dengan responden yang sebagian besar berpendidikan rendah, terkait dengan struktur bahasa kuesioner *self compassion* yang kompleks dan sulit untuk dipahami oleh responden dengan berpendidikan rendah;
- 2) Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi stres *family caregiver* ODS dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif di lokasi penelitian yang sama atau di lokasi yang berbeda;
- 3) Hubungan stres *family caregiver* dengan beban *family caregiver* ODS dengan metode penelitian kuantitatif, dan waktu penelitian yang relatif lebih panjang (melalui pendekatan penelitian studi kohort).

b. Bagi Institusi Pendidikan

Pengembangan terkait dengan penelitian stres *family caregiver* seharusnya dilakukan untuk dijadikan bahan acuan atau dasar untuk melakukan intervensi keperawatan, untuk mempertahankan dan meningkatkan nilai *self compassion family caregiver* ODS yang sudah baik saat ini dengan menggali dan memanfaatkan berbagai faktor-faktor yang menjadi sumber *self compassion family caregiver* ODS. Mendukung *family caregiver* dalam merawat ODS. Selain itu, untuk mencegah terjadinya kebosanan keluarga yang dapat berakibat pada ketidakpatuhan pengobatan untuk ODS. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan hal berikut:

- 1) Bekerjasama dengan institusi lain untuk melakukan kegiatan meningkatkan kualitas psikologis *family caregiver* ODS dan memberikan dukungan moriil

kepada *family caregiver* terhadap masalah yang dialami dalam merawat ODS;

- 2) Melakukan penelitian terkait dengan pengembangan instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur stres *family caregiver* secara spesifik;
- 3) Melakukan pengembangan penelitian lain yang terkait dengan pengalaman *family caregiver* dalam merawat ODS.

c. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Dinas Kesehatan dan Puskesmas Mumbulsari diharapkan tidak hanya memperhatikan pasien ODS, tetapi juga keluarganya yaitu diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan nilai *self compassion family caregiver* ODS yang sudah baik saat ini dengan menggali dan memanfaatkan berbagai faktor-faktor yang menjadi sumber *self compassion family caregiver* ODS. Dalam hal ini, penguatan dukungan moril dan peningkatan pengetahuan bagi *family caregiver* sangat dibutuhkan dengan melakukan berbagai bentuk program konseling, penyuluhan, dan screening stres *family caregiver* sebagai dampak merawat ODS yang dapat dilakukan secara berkala terkait dengan perawatan ODS yang benar serta manajemen stres yang dialami *family caregiver* dalam merawat ODS di rumah.

d. Bagi Masyarakat

Masyarakat sekitar ODS dan keluarga pada khususnya dan masyarakat pada umumnya diharapkan memberikan dukungan moril bagi keluarga dan ODS dalam melakukan pengobatan, serta mampu mengembangkan potensi diri yang

dapat mendukung peningkatan *self compassion* dalam diri *family caregiver* ODS, serta meminimalkan stres yang kemungkinan dialami oleh *family caregiver* ODS.

e. Bagi Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan untuk melakukan suatu intervensi atau pengelolaan klien ODS dan keluarga yang juga memperhatikan aspek psikologis keluarga untuk mendukung proses perawatan dan pengobatan ODS. Pelayanan Keperawatan dapat dilakukan melalui berbagai bentuk intervensi seperti pendidikan kesehatan, terapi relaksasi, terapi humor, dan psikoedukasi untuk mempertahankan dan menghilangkan tingkat stres *family caregiver* ODS yang saat ini sudah menunjukkan nilai yang rendah.

Mengoptimalkan faktor-faktor yang menjadi sumber *self compassion family caregiver* ODS yang saat telah menunjukkan nilai yang baik. Melakukan pendidikan kesehatan secara terapeutik, memberikan konseling untuk keluarga, memotivasi keluarga, dan menggali sumber kemampuan keluarga, dan lain-lain. Serta melakukan berbagai program kesehatan pemberdayaan yang melibatkan peran keluarga sebagai salah satu subjek yang paling dekat dan berpengaruh terhadap kesembuhan ODS, serta aspek-aspek lain yang turut mendukung kesembuhan dan pengobatan ODS khususnya di wilayah kerja puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adeosun, Increase I. 2013. Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*. [online]: <https://www.hindawi.com/journals/schizort/2013/353809/>, diakses 8 Desember 2017.
- Akin, A. 2010. Self Compassion and Loneliness. *Internasional Online Journal of Educasional Science*. 2 (3): 702-718.
- Allen, A. Batts, dan M. R. Leary. 2010. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*. 4 (2): 110-111.
- Arifiani, Aprilia R., Maryana, dan Sarka, Ade S. 2017. Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*. 5 (1): 17-23.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto. 2008. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Avriyanti, A., K. Astuti, dan Siti Noor F. L. 2016. Efektivitas Multiple Family Therapy Untuk Penurunan Beban Pendamping Orang Dengan Skizofrenia. *InSight*. XIII (1): 89.
- Baihaqi, MIF., Sunardi., Rinalti, R., dan Heryati E. 2005. *Psikiatri Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Breines, J. G., dan S. Chen. 2012. Self Compassion Increases Self Improvement Motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 38 (9):1133-1143

Brillianita, Kiki A., Alif, M., dan Al Munawir. Hubungan antara Gejala Positif dan Negatif Skizofrenia dengan Tingkat Depresi pada Caregiver Pasien Skizofrenia. Skripsi. Jember: Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Cabral, Lidia *et al.* 2014. Anxiety, Stress and Depression in Family Caregiver of The Mentally Ill. *Aten Primaria*. 46 (1): 177.

Chadda, Rakesh K. 2014. Caring For The Family Caregiver s of Person with Mental Illness. *Indian Journal of Psychiatry*. 56 (3): 221-222.

Chan, S. W. C. 2011. Global Perspective of Burden of Family Caregiver for Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 25 (5): 339-349.

Darlami, K., R., Ponnase, Pradap, J. 2015. Caregiver's Stres Of Psychiatric Patients. *Journal of Universal College of Medical Sciences*. 3 (2):41

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI, 2009. Sistem Kesehatan Nasional.

Direja, A. H.S. 2011. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Mulia Medika.

Erwina, I., Reni P. G., dan Monalisa. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Distress Emosional pada Caregiver Perempuan dengan Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa. *Ners Jurnal Keperawatan*. 12 (1): 29-37.

Farkhah, L., Suryani, dan Taty H. 2017. Faktor Caregiver dan Kekambuhan Klien Skizofrenia. *JKP*. 5 (1): 39-44

- Fitri, S. L., dan Kartina. 2012. Hubungan Resepsi Keluarga tentang Gangguan Jiwa dengan Sikap Keluarga Kepada Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa di RSJ Daerah Surakarta. *Publikasi Ilmiah*. 1-7.
- Fitrikasi, Alifiati, Agung, K. S., Sri, W., dan Widodo, A. A.S. 2012. Gambaran Beban Caregiver Penderita Skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan RSJ Amino Gondohutomo Semarang. *Medika Hopitalia*. 1 (2): 118-122.
- Friedman, M. M., Vicky R. B., dan Elaine G. Jones. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Germer, C. K., dan K. D. Neff. 2013. Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal Of Clinical Psychology In Session*. 69(8): 856-867.
- Girma, E., et al. 2013. Public Stigma Against People With Mental Illness In The Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) In Southwest Ethiopia: Literatur Review. *Plos One*. 8 (12):82116
- Halgin, R., dan Whitbourne S. 2010. *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis*. Jakarta: Salemba Medika
- Hardiyanti, D., S., Usman, dan R., Yusuf. 2016. Kemandirian Keluarga dalam Merawat Anggota yang Mengalami Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. IV (1): 173.
- Hermingsih, A., R., Wisnu, B., dan Rinik E., K. 2017. Pengaruh Terapi *Family Psychoeducaion* (FPE) terhadap Kecemasan dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di Kecamatan Bola Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur. *J. K. Mesencepahlon*. 3 (2): 81.
- Hidayati, D. Savitri. 2015. Self Compassion dan Loneliness. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. 3 (1): 155-162.

- Hidayati, F., dan F. A. Hasanah. 2016. Hubungan Antara Self-Compassion Dengan Alienasi Pada Remaja (Sebuah Studi Korelasi Pada Siswa SMK Negeri 1 Majalengka). *Jurnal Empati*. 5 (4): 750-756.
- Hidayati, F., dan Maharani R. 2013. Self Compassion (Welas Asih): Sebuah Alternatif Konsep Transpersonal Tentang Sehat Spiritual Menuju Diri yang Utuh. *Prosiding Psikologi Kesehatan*. Universitas Katolik Soegijapranata Semarang.
- Hidayati, Frieda N. R. 2015. Hubungan Antara Self Compassion dengan Work Family Conflict pada Staf Markas Palang Merah Indonesia Propinsi Jawa Tengah. *Jurnal Psikologi Undip*. 14 (2): 183-189
- Kaakinen, J. R., et al. 2010. *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research 4th Edition*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kaplan dan Sadock. 2010. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC
- Keltner, N. L., L. H., Schwecke, dan C. E., Bostom. 1999. *Psychiatric Nursing Third Edition*. St. Louis: Mosby
- Kristiana, Ika Febrian. 2017. *Self Compassion dan Stres Pengasuhan Ibu yang Memiliki Anak dengan Hambatan Kognitif*. *Jurnal Ecopsy*. 4 (1): 53-55
- Mirza, Raihan, dan H. Kurniawan. 2015. Hubungan Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia dengan Stres Keluarga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 15 (3): 180.
- Kurnia, Farida Y. P. 2015. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Kekambuhan pada Pasien skizofrenia di Poli Psikiatri RSD. Dr. Soebandi Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Lisa, Julianan F. R., dan N., Sutrisna, W. 2013. *Narkoba, Psikotropika, dan Gangguan Jiwa Tinjauan Kesehatan dan Hukum*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- MacBeth, Angus, dan Andrew, Gumley. 2012. Exploring Compassion: A Meta-Analysis Of The Association Between Self-Compassion And Psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 32 (2012): 545-552
- Maryam, Siti. 2016. Stres Keluarga: Model dan Pengukurannya. *Jurnal Psikoislamedia*. 1 (2): 336
- Mirza, Raihan, dan Hendra K. 2015. Hubungan Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Dengan Stres Keluarga. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 15 (3): 180.
- Mubarak, W. I., Chayatin, N., dan Santoso, B. A. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubin, M. F., dan T. Andriani. 2013. *Gambaran Tingkat Stres pada Keluarga yang Memiliki Penderita Gangguan Jiwa di RSUD DR. H. Soewondo Kendal*. Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah 2013.
- Nasir, A., dan Muhith, A. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasriati, Ririn. 2017. Stigma dan Dukungan Keluarga dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODS). *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*. 15 (1): 56-61.
- Neff, K. D., dan C. K. Germer. 2013. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of The Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. 69 (1): 29-30
- Neff, K. D., Rude, S. S., dan Kirkpatrick, K. 2007. An Examination Of Self-Compassion In Relation To Positive Psychological Functioning And Personality Traits. *Journal Of Research In Personality*. 41: 908-916.
- Neff, Kristin D. 2003. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. 2:223-250.

- Nihayati, H. E., Dwi, A. M., dan Ilya K. 2016. Pengalaman Keluarga Merawat Klien dengan Gangguan Jiwa Pasca Pasung. *Jurnal Ners*. 11 (2): 284
- Notoatmojo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., dan Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Potts, M. A. L. *Et al.* 2015. An Extension and Moderational Analysis of the Family Stress Model Focusing on African American Adolescents. *Family Relations*. 64: 233-248.
- Purnama, G., Desy I. Y., dan T. Sutini. 2016. Gambaran Stigma Masyarakat terhadap Klien Gangguan Jiwa di RW 09 Desa Cileles Sumedang. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2 (1)
- Puspitosari, W. A., Taufik, A., dan Apriliyya, A., B. 2015. Efektivitas Psikoedukasi Terhadap Beban Keluarga (Family Burden) Penderita Skizofrenia Di Komunitas. *Penelitian Kemitraan*. Yogyakarta: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan.
- Rafiyah, I., dan W., Sutharangsee. 2011. Review: Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia and Its Related Factors. *Nurse Media Journal of Nursing*. 1 (1): 32-34.
- Ramadhani, Fadhilah, dan D. Nurdibyanandaru. 2014. Pengaruh *Self Compassion* Terhadap Kompetensi Emosi Remaja Akhir. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. 03 (03): 122

- Rananto, H. W., dan F. Hidayati. 2017. Hubungan Antara Self Compassion engan Prokrastinasi pada Siswa SMA Nasima Semarang. *Jurnal Empati*. 6 (1):234.
- Reknoningsih, W., Novy, H. C. D., dan Yossie, S. E. P. 2014. Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga dalam Merawat Pasien Paska Pasung. *Medica Hospitalia*. 2 (3): 177-183.
- Rey, dan M. Clara. 2013. Pemaknaan Self Compassion Pada Tenaga Kesehatan Di Jakarta Utara Melalui Pendekatan Psikologi Ulayat. *Psibernetika*. 6 (2): 30-38.
- Riskika, S. 2015. Hubungan Komunikasi Fungsional dengan Stres dalam Keluarga di Kelurahan Dabasah Kecamatan Bondowoso Kabupaten Bondowoso. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Riyadi, S., dan Purwanto, T. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Riyanto, A. 2013. *Statistik Deskriptif untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rohmatin, Yudha K., Sherly L., dan Syamsul A. 2016. Gambaran Kecenderungan Depresi Keluarga Pasien Skizofrenia Berdasarkan Karakteristik Demografi Dan Psikososial. *Berkala Kedokteran*. 12 (2): 241-251.
- Sadock, B. J. 2010. *Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Ed. 2/Alih bahasa Profitasari*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
- Sari, Hasmila. 2009. Pengaruh Family Pschoeducation Therapy terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam. *Tesis*. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

Sasono, T. N., dan F., Rohmi. 2017. Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia. *The Indonesian Journal of Health Science*. 8 (2): 110.

Sefrina, Fauziah dan Latipun. 2016. Hubungan Dukungan keluarga dan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. 4 (2): 144.

Setiadi. 2007. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Shah, S. Tahir., Syed M. Sultan, M. Faisal, dan M. Irfan. 2013. Psychological Distress Among Caregivers Of Patients With Schizophrenia. *Journal Ayub Medical Collage Abbottabad*. 25 (3-4).

Sirois, F. M., dan Georgina, Rowse. 2016. The Role of Self Compassion in Chronic Illness Care. *Jcom*. 23 (11): 523

Stuart, Gail., W. 2013. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart/Edisi Terjemahan, Alih Bahasa Budi Anna Keliat dan Jesika Pasaribu, Edisi Buku 1*. Singapura: Elsevier.

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Sujarweni, W. 2015. *Statistik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.

Sulistiowati, Ni M. D. 2015. Pengaruh Terapi Family Psychoeducation (FPE) Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa. *Skripsi*. Bali: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Udayana

Sunaryo. 2013. *Psikologi untuk Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

- Sungani, C. G., Namelo, M., Chiona, V., dan Nyirongo, D. 2015. The views of Family Member About Nursing Care of Psychiatric Patients Admitted at a Mental Hospital In Malawi. *Open Journal of Nursing*. 5 (1): 181-18.
- Suryaningrum, S., dan Wardani, I. Y. 2013. Hubungan antara Beban Keluarga dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor. *Keperawatan Jiwa*. 1 (2): 148-155.
- Universitas Jember. 2016. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
- Vania, Ignatia W., dan K. S., Dewi. 2014. *Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Psychological Well-Being Caregiver Penderita Gangguan Skizofrenia*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wardani, Ice Yulia. 2009. Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidapatuhan Anggota Keluarga dengan Skizofrenia dalam Mengikuti Regimen Terapeutik Pengobatan. *Tesis*. Megister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia.
- Wardaningsih, S., E. Rochmawati, dan P. Sutarjo. 2010. Gambaran Stretegi Koping Keluarga dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Wilayah Kecamatan Kasihan Bantul. *Mutiara Medika*. 10 (1): 55-61
- World Health Organisation. 2009. *Mental Health System In Jamaica*. [Serial Online]: <http://www.who.int/bulletin/:p.1-34>. Diakses pada tanggal 25 Januari 2018.
- Wulandari, Yolla Y., Herawati, dan Anggi S. 2016. Dukungan Sosial Keluarga dengan Tingkat Stres Anggota Keluarga yang Merawat Pasien Gangguan Jiwa. *Dunia Keperawatan*. 4 (2): 134-136

Yusuf, Ah., S., T., Putra, dan Y. Probowati. 2012. Peningkatan Coping Keluarga dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa Melalui Terapi Spiritual Direction, Obedience, dan Acceptance (Doa). *Jurnal Ners.* 7 (2): 196-198.

Zauszniewski, dan Bekhet. 2014. Factors Associated With the Emotional Distress of Women Family Members of Adults With Serious Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing.* 28: 102-107.





# LAMPIRAN

**Lampiran 1. Lembar *Informed***

<b>Kode Responden :</b>
-------------------------

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Juwarti  
NIM : 142310101007  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Kalimantan 8 17B Merak Barat Kabupaten Jember  
No. Telepon : 085231533150  
Email : [juwarti.psikunej1407@gmail.com](mailto:juwarti.psikunej1407@gmail.com)

Saya bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul “**Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *family caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember**”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *self compassion* dengan stres *family caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk program pendidikan sarjana saya di Universitas Jember. Pembimbing saya adalah Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp. Kep. J dan Ns. Muhamad Zulfatul A’la, M.Kep dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

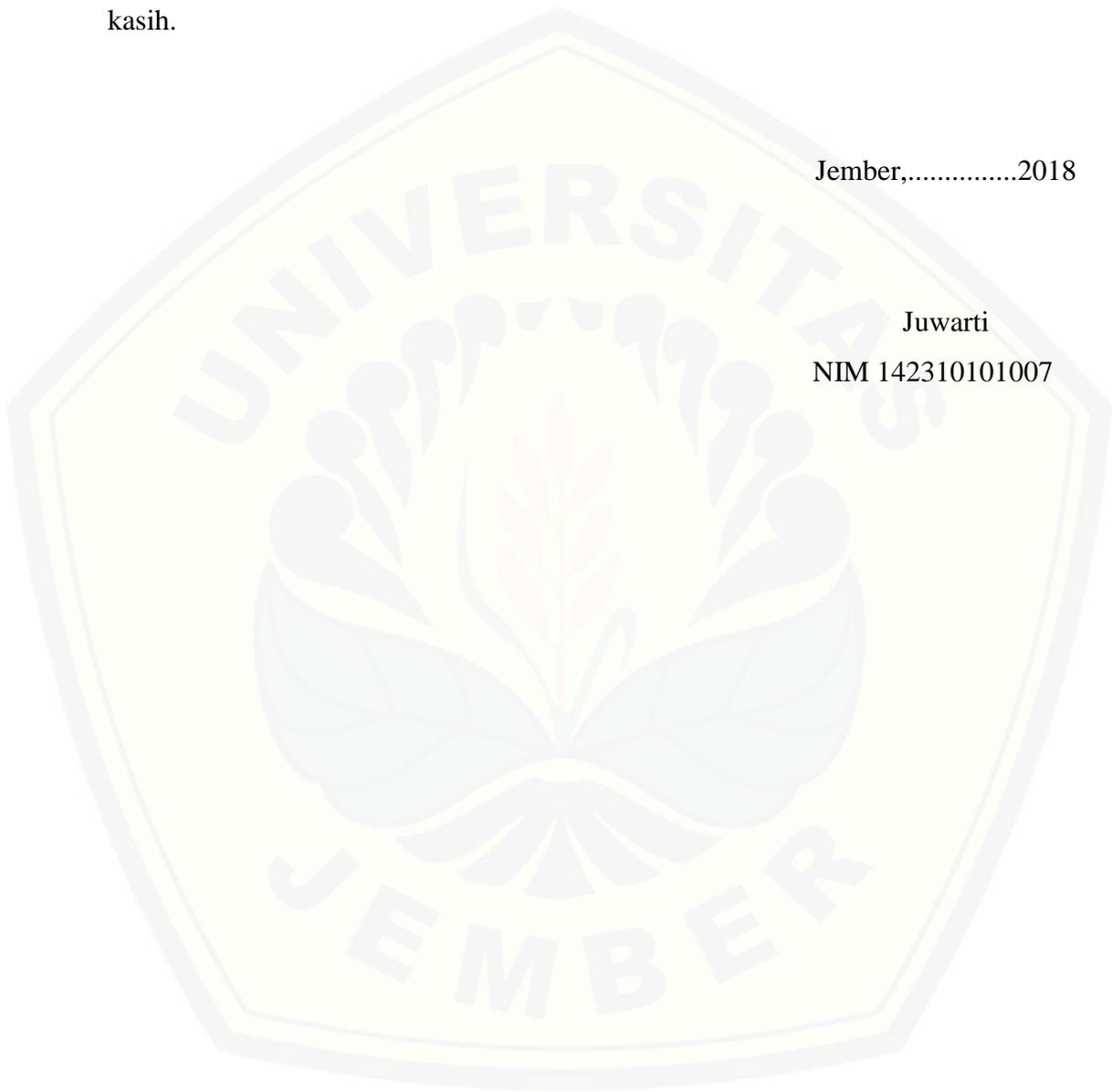
Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden. Responden penelitian hanya akan mengisi lembar kuesioner yang membutuhkan waktu pengisian selama 20-30 menit sehingga tidak ada kontak langsung oleh peneliti. Peneliti akan menjaga kerahasiaan data responden yang digunakan, identitas responden tidak akan dicantumkan oleh peneliti. Data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan riset. Penelitian ini mempunyai manfaat langsung terhadap perawat sebagai tenaga kesehatan untuk meningkatkan

pengetahuan dan keterampilan. Apabila anda bersedia untuk berpartisipasi dengan menjadi responden, maka dimohon kesediaannya untuk menandatangani dan mengisi lembar persetujuan ini dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang akan diberikan. atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2018

Juwarti

NIM 142310101007



**Lampiran 2. Lembar Consent**

<b>Kode Responden :</b>
-------------------------

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya telah membaca dan memahami penjelasan pada surat permohonan, sehingga saya menyatakan bersedia turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Juwarti

NIM : 142310101007

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jln. Kalimantan gang 8 No.17B Rumah Kos Merak Barat,  
Sumpersari , Jember.

Judul : Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *family caregiver*  
Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Kabupaten Jember

Saya bertanggungjawab atas dibuatnya surat ini. semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2018

Peneliti

Responden

Juwarti  
NIM 142310101007

(.....)

**Lampiran 3. Karakteristik Responden**

Kuesioner A

Kode Responden:



**HUBUNGAN SEFT COMPASSION DENGAN TINGKAT  
STRES *FAMILY CAREGIVER* ORANG DENGAN  
GANGGUAN JIWA (ODS)**

Tanggal :

**KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan keadaan anda;
2. Mohon untuk mengisi semua pertanyaan yang ada dan tidak mengosongkan;
3. Berikan tanda (✓) kolom  sesuai dengan keadaan anda;

Tanggal wawancara :

Alamat responden :

Nama Responden :

Jenis Kelamin : (L/P)

Usia/Tanggal Lahir :.....(Tahun)/.....

Pendidikan :  Tidak Sekolah  SD  
 SMP  SMA  
 PT

Pekerjaan :  Tidak bekerja/IRT  PNS  
 Pegawai swasta  Wirausaha  
 Lain-lain (.....)

Hubungan keluarga dengan ODS :

Lama Merawat ODS :

**Lampiran 4. Kuesioner *Self Compassion*****KUESIONER B**

Nomor Responden :
-------------------

**Kuesioner *Self Compassion***

Bacalah pernyataan-pernyataan di bawah ini dan indikasikan sejauh mana pernyataan-pernyataan tersebut sesuai dengan diri anda. Apabila anda tidak mengalami situasi tertentu, jawablah sesuai dengan apa yang anda pikirkan bila mengalami situasi tersebut dengan cara memberikan tanda (√) pada kolom jawaban yang ada di sebelah kanan pernyataan. Jika terdapat pernyataan yang tidak anda mengerti dapat menanyakan pada peneliti.

NO	PERNYATAAN	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
1.	Saya menyalahkan diri sendiri bila saya salah atau kurang dalam menjalankan sesuatu.	SS	S	TS	STS
2.	Saat saya merasa sedih, saya banyak memikirkan kesalahan saya.	SS	S	TS	STS
3.	Ketika mengalami peristiwa buruk, saya menganggap bahwa masalah adalah bagian dari hidup setiap orang.	SS	S	TS	STS
4.	Ketika saya memikirkan kekurangan saya, saya merasa semakin jauh dan terpisah dari dunia sekitar saya.	SS	S	TS	STS
5.	Saya berusaha mencintai diri saya sendiri di saat	SS	S	TS	STS

NO	PERNYATAAN	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
	saya merasa tersakiti secara emosional.				
6.	Ketika saya gagal melakukan sesuatu yang penting, saya larut dalam perasaan minder.	SS	S	TS	STS
7.	Jika saya mengalami kesulitan keuangan, saya mengingatkan diri saya bahwa banyak orang lain yang juga seperti saya.	SS	S	TS	STS
8.	Dalam masa-masa sulit, saya menyalahkan diri sendiri.	SS	S	TS	STS
9.	Ketika sesuatu mengganggu pikiran saya, saya berusaha menjaga emosi agar tetap stabil.	SS	S	TS	STS
10.	Ketika saya merasa kurang dalam hal tertentu, saya berusaha mengingatkan diri saya bahwa banyak orang lain yang juga punya kekurangan.	SS	S	TS	STS
11.	Saya tidak tahan dan tidak sabar dengan bagian-bagian dari pribadi saya yang tidak saya sukai.	SS	S	TS	STS
12.	Ketika saya mengalami masa yang amat sulit, saya peduli dan lembut pada diri sendiri.	SS	S	TS	STS

NO	PERNYATAAN	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
13.	Saat saya merasa terpuruk, saya merasa bahwa kebanyakan orang lebih bahagia dari pada saya.	SS	S	TS	STS
14.	Ketika saya merasa tersakiti secara emosional, saya berusaha tenang menghadapinya.	SS	S	TS	STS
15.	Saya melihat kegagalan-kegagalan saya sebagai hal yang manusiawi.	SS	S	TS	STS
16.	Ketika saya melihat bagian-bagian pribadi saya yang tidak saya sukai, saya menganggap rendah diri saya sendiri.	SS	S	TS	STS
17.	Saat saya gagal melakukan sesuatu yang penting, saya berusaha tetap tenang melihat masalah saya.	SS	S	TS	STS
18.	Ketika saya berjuang keras melakukan sesuatu, saya merasa bahwa orang lain menjalani hidupnya lebih ringan dari pada saya.	SS	S	TS	STS
19.	Saya lembut pada diri saya sendiri saat saya merasa menderita.	SS	S	TS	STS
20.	Ketika sesuatu mengganggu pikiran saya,	SS	S	TS	STS

NO	PERNYATAAN	Sangat Setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak Setuju (TS)	Sangat Tidak Setuju (STS)
	saya larut dalam perasaan-perasaan saya sendiri.				
21.	Saya menjadi tidak peduli pada diri saya saat saya merasa menderita.	SS	S	TS	STS
22.	Saat saya merasa terpuruk, saya berusaha mengenali perasaan-perasaan saya dan mau menerimanya.	SS	S	TS	STS
23.	Saya tidak tahan dengan kesalahan dan kekurangan saya sendiri.	SS	S	TS	STS
24.	Ketika sesuatu yang menyakitkan terjadi pada saya, saya terus-terusan memikirkan kejadian itu.	SS	S	TS	STS
25.	Ketika saya gagal menjalankan sesuatu yang penting, saya menganggap diri saya sebagai orang yang gagal.	SS	S	TS	STS
26.	Saya berusaha memahami dan sabar menghadapi bagian dari diri saya sendiri yang tidak saya sukai.	SS	S	TS	STS

Sumber: *Self Compassion Scale* yang telah dimodifikasi oleh Kristiana (2017)

**Lampiran 5. Kuesioner Stres *Family Caregiver*****Kuesioner C**

Nomor Responden :
-------------------

**Kuesioner Stres *Family Caregiver* (Stres dalam Keluarga)****Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan yang telah disediakan;
2. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya;
3. Berikan tanda (✓) pada kolom yang telah disediakan;
4. Jawablah dengan memilih salah satu dari jawaban yang telah disediakan sesuai dengan keadaan anda;
5. Jika terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakan kepada peneliti.

Pernyataan	Ya	Tidak
1. Saya merasa sedih dan terpukul saat tertimpa masalah		
2. Saya merasa sesak dan dada terasa sakit saat ada masalah		
3. Penglihatan saya terasa mulai menurun/tidak jelas		
4. Saya merasa tidak berharga saat menghadapi masalah		
5. Saya buang air kecil lebih sering dari biasanya		
6. Saya tetap tegar saat menghadapi masalah		
7. Saya marah-marah pada orang lain jika sedang mengalami masalah		
8. Telinga saya berdenging saat saya mendapatkan masalah		
9. Saya tetap percaya diri meskipun sedang dalam masalah		
10. Mulut saya terasa kering dan mudah haus saat		

mengalami masalah		
11. Saya bertambah rajin mengerjakan pekerjaan meskipun dalam masalah		
12. Saya diare jika sedang tertimpa masalah		
13. Saya buang air kecil lancar		
14. Saya tidak gemetar meskipun sedang tertimpa masalah		
15. Saya tetap mudah tersenyum meskipun sedang mengalami masalah		
16. Saya tetap mudah mengingat meskipun saya dan keluarga saya sedang mengalami masalah		
17. Pernafasan saya tetap teratur meskipun saya sedang menghadap masalah keluarga		
18. Saya tetap mendapat dukungan dari keluarga saat saya menghadapi masalah		
19. Saya bosan dengan hobi saya saat mengalami masalah		
20. Saya ceria dan gembira saat menghadapi masalah		
21. Saya bertambah rajin bekerja saat tertimpa masalah		
22. Saya buang air besar lancar sebagaimana biasa meskipun sedang tertimpa masalah		
23. Kulit saya tetap hangat dan tidak terasa panas dingin meskipun keluarga saya sedang menghadapi masalah		
24. Saya tetap senang meskipun sedang mengalami masalah		
25. Saya mengurung diri saat menghadapi masalah		
26. Kinerja saya semakin baik meskipun sedang mengalami masalah		
27. Saya tetap memperhatikan hal-hal kecil meskipun sedang mengalami masalah		
28. Saya merasa khawatir saat mengalami masalah		

Sumber: Stres dalam Keluarga yang disusun oleh Riskika (2015)

**Lampiran 6. Hasil Penelitian**1. *Self Compassion Family Caregiver ODS dan Stres Family Caregiver ODS***Case Processing Summary**

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Stres Family Caregiver	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%	
Self Compassion	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%	

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
Stres Family Caregiver	Mean	18,7429	,68150	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	17,3579 20,1278	
	5% Trimmed Mean	18,8810		
	Median	19,0000		
	Variance	16,255		
	Std. Deviation	4,03181		
	Minimum	10,00		
	Maximum	25,00		
	Range	15,00		
	Interquartile Range	7,00		
	Skewness	-,415	,398	
	Kurtosis	-,574	,778	
	Self Compassion	Mean	71,3143	1,23993
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	68,7944 73,8341
5% Trimmed Mean		71,3810		
Median		72,0000		
Variance		53,810		
Std. Deviation		7,33554		
Minimum		55,00		
Maximum		89,00		
Range	34,00			

Interquartile Range	11,00	
Skewness	-,134	,398
Kurtosis	,199	,778

2. Uji Normalitas Data *Self Compassion* dan Stres *Family Caregiver* ODS

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stres Family Caregiver	,112	35	,200*	,953	35	,138
Self Compassion	,083	35	,200*	,985	35	,908

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

3. Uji Bivariat Hubungan *Self Compassion* dengan Stres *Family Caregiver* ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember

**Descriptive Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Self Compassion	71,3143	7,33554	35
Stres Family Caregiver	18,7429	4,03181	35

**Correlations**

		Self Compassion	Stres Family Caregiver
Self Compassion	Pearson Correlation	1	,247
	Sig. (2-tailed)		,152
	N	35	35
Stres Family Caregiver	Pearson Correlation	,247	1
	Sig. (2-tailed)	,152	
	N	35	35

4. Distribusi Frekuensi Karakteristik *Family Caregiver* ODS**JK**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	7	20,0	20,0	20,0
Valid 2,00	28	80,0	80,0	100,0
Total	35	100,0	100,0	

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak sekolah	7	20,0	20,0	20,0
Valid SD	22	62,9	62,9	82,9
Valid SMP	3	8,6	8,6	91,4
Valid SMA	2	5,7	5,7	97,1
Valid PT	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

**Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja/ IRT	6	17,1	17,1	17,1
Valid wiraswasta	2	5,7	5,7	22,9
Valid petani	13	37,1	37,1	60,0
Valid pedagang	10	28,6	28,6	88,6
Valid lain-lain	4	11,4	11,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17-25	2	5,7	5,7	5,7
Valid 26-35	3	8,6	8,6	14,3
Valid 36-45	5	14,3	14,3	28,6
Valid 46-55	5	14,3	14,3	42,9

56-65	15	42,9	42,9	85,7
>65	4	11,4	11,4	97,1
25,00	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

#### Hubungan Dengan ODS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid orang tua	22	62,9	62,9	62,9
suami/istri	3	8,6	8,6	71,4
anak	3	8,6	8,6	80,0
saudara/lain-lain	7	20,0	20,0	100,0
Total	35	100,0	100,0	

#### Lama Merawat ODS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-4 tahun	11	31,4	31,4	31,4
5-10	15	42,9	42,9	74,3
>10	9	25,7	25,7	100,0
Total	35	100,0	100,0	

5. Uji Bivariat Hubungan Karakteristik *Family Caregiver* ODS dengan Stres *Family Caregiver* ODS di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember

#### Group Statistics

	JK	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Stres Family laki-laki		7	18,1429	4,77593	1,80513
Caregiver perempuan		28	18,8929	3,90953	,73883

## independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	,552	,463	-,435	33	,666	-,75000	1,72444	-4,25839	2,75839
Unequal variances not assumed			-,385	8,128	,710	-,75000	1,95048	-5,23552	3,73552

## Descriptives

## Stres Family Caregiver

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
tidak sekolah	7	18,2857	3,03942	1,14879	15,4747	21,0967	14,00	23,00
SD SMP	22	18,2273	4,29764	,91626	16,3218	20,1327	10,00	24,00
SMA	3	21,3333	2,30940	1,33333	15,5965	27,0702	20,00	24,00
PT	2	19,0000	5,65685	4,00000	31,8248	69,8248	15,00	23,00
	1	25,0000	.	.	.	.	25,00	25,00



					Lower Bound	Upper Bound		
17-25	3	17,6667	2,51661	1,45297	11,4151	23,9183	15,00	20,00
26-35	3	24,3333	,57735	,33333	22,8991	25,7676	24,00	25,00
36-45	4	20,0000	2,44949	1,22474	16,1023	23,8977	17,00	23,00
46-55	6	18,0000	5,86515	2,39444	11,8449	24,1551	10,00	23,00
56-65	15	17,7333	3,97252	1,02570	15,5334	19,9332	11,00	24,00
>65	4	19,0000	1,41421	,70711	16,7497	21,2503	18,00	21,00
Total	35	18,7429	4,03181	,68150	17,3579	20,1278	10,00	25,00

**ANOVA**

Stres Family Caregiver

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	122,419	5	24,484	1,650	,178
Within Groups	430,267	29	14,837		
Total	552,686	34			

**Descriptives**

Stres Family Caregiver

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Orangtua	22	18,5455	4,05589	,86472	16,7472	20,3437	11,00	24,00
istri/suami	3	14,3333	3,78594	2,18581	4,9285	23,7381	10,00	17,00
Anak	3	19,0000	4,58258	2,64575	7,6163	30,3837	15,00	24,00

saudara/lain-lain	7	21,1429	2,47848	,93678	18,8506	23,4351	18,00	25,00
Total	35	18,7429	4,03181	,68150	17,3579	20,1278	10,00	25,00

**ANOVA**

Stres Family Caregiver

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	99,707	3	33,236	2,275	,099
Within Groups	452,978	31	14,612		
Total	552,686	34			

**Descriptives**

Stres Family Caregiver

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1-4	11	20,5455	3,38714	1,02126	18,2699	22,8210	15,00	25,00
5-10	15	18,3333	4,30393	1,11127	15,9499	20,7168	11,00	24,00
>10	9	17,2222	3,86580	1,28860	14,2507	20,1937	10,00	23,00
Total	35	18,7429	4,03181	,68150	17,3579	20,1278	10,00	25,00

**ANOVA**

Stres Family Caregiver

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	59,070	2	29,535	1,915	,164
Within Groups	493,616	32	15,426		
Total	552,686	34			

**JK**

	Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulati ve Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
laki- laki	7	20,0	20,0	20,0	,1	6,9	8,6	34,3
Valid peremp uan	28	80,0	80,0	100,0	-,1	6,9	65,7	91,4
Total	35	100,0	100,0		-,1	3,2	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Pendidikan**

	Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulati ve Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
tidak sekolah	7	20,0	20,0	20,0	-,1	7,0	8,6	34,3
Valid SD	22	62,9	62,9	82,9	-,3	8,7	45,7	80,0
SMP	3	8,6	8,6	91,4	,1	4,8	,0	20,0
SMA	2	5,7	5,7	97,1	,2	4,1	,0	14,3
PT	1	2,9	2,9	100,0	,1	2,8	,0	8,6
Total	35	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
tidak bekerja/IRT	6	17,1	17,1	17,1	-,1	6,3	5,7	28,6
Valid wiraswasta	2	5,7	5,7	22,9	,0	4,0	,0	14,3
petani	13	37,1	37,1	60,0	-,2	8,2	20,1	54,3
pedagang	10	28,6	28,6	88,6	,5	7,9	14,3	45,7
lain-lain	4	11,4	11,4	100,0	-,2	5,4	2,9	22,9
Total	35	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid 17-25	3	8,6	8,6	8,6	,4	4,8	,0	20,0
26-35	3	8,6	8,6	17,1	-,3	4,7	,0	20,0
36-45	4	11,4	11,4	28,6	-,2	5,6	,1	22,9
46-55	6	17,1	17,1	45,7	,0	6,2	5,7	31,4
56-65	15	42,9	42,9	88,6	,0	8,5	25,7	60,0
>65	4	11,4	11,4	100,0	,1	5,5	2,9	22,9
Total	35	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Hubungan Dengan ODS**

	Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulati ve Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
orangtua	22	62,9	62,9	62,9	,0	8,3	45,7	80,0
istri/suami	3	8,6	8,6	71,4	,0	4,7	,0	20,0
Vali d anak	3	8,6	8,6	80,0	,0	4,8	,0	20,0
saudara/lai n-lain	7	20,0	20,0	100,0	,0	7,1	5,7	34,3
Total	35	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Lama Merawat ODS**

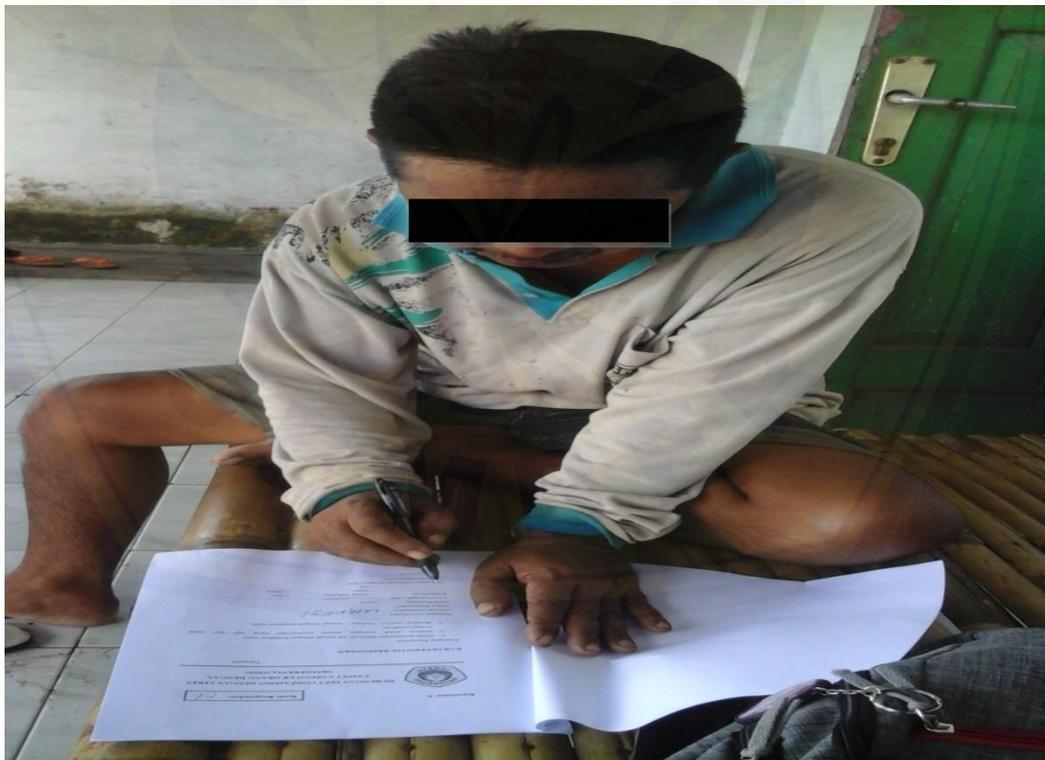
	Freque ncy	Perce nt	Valid Percent	Cumulati ve Percent	Bootstrap for Percent <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
1-4	11	31,4	31,4	31,4	,2	7,9	17,1	48,6
5- 10	15	42,9	42,9	74,3	-,3	8,4	25,7	60,0
Vali d >10	9	25,7	25,7	100,0	,0	7,6	11,4	42,8
Tot al	35	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Lampiran 7. Dokumentasi Kegiatan Penelitian**



Gambar 1. Kegiatan pengambilan data penelitian pada tanggal 6 Januari 2018 di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember



Gambar 2. Kegiatan pengambilan data penelitian pada tanggal 9 Januari 2018 di Desa Lampeji wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember



Gambar 3. Kegiatan Pengambilan data penelitian pada tanggal 12 Januari 2018 di Desa Suco wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari



Gambar 4. Kegiatan pengambilan data penelitian yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2018 di Desa Mumbulsari wilayah kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember

**Lampiran 8. Suran Ijin Studi Pendahuluan**

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

Nomor : 3998/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 25 October 2017  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

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

nama : Juwarti  
N I M : 142310101007  
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan  
judul penelitian : Hubungan Self Compassion dengan Stres Keluarga yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kabupaten Jember  
lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan  
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



a.n. Ketua  
Sekretaris I,

Ms. Wantiyah, M.Kep  
NIP. 19810712 200604 2 001



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

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

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/4091/314/2017

Tentang

**STUDI PENDAHULUAN**

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 25 Oktober 2017 Nomor : 3998/UN25.1.14/SP/2017 perihal Studi Pendahuluan

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIP. : Juwarti / 142310101007  
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember  
 Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Hubungan Self Compassion dengan Stres Keluarga yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kabupaten Jember".  
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : Oktober s/d November 2017

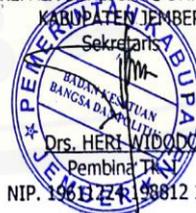
Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

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

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 27-10-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK



- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Univ. Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

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

Jember, 6 November 2017

Nomor : 440/49427/311/2017  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
 Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
 Dinas Kesehatan Kab. Jember

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4091/314/2016, Tanggal 27 Oktober 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Juwarti  
 NIM : 142310101007  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang :  
 > Hubungan Self Compassion dengan Stress Keluarga yang Merawat Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kabupaten Jember  
 Waktu Pelaksanaan : 6 November 2017 s/d 6 Desember 2017

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

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



dr. SETIHERL QOMARIYAH, M.Kes  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
 di Tempat

**Lampiran 9. Surat Keterangan Selesai Studi Pendahuluan****SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Ns. Emi Wuri W., S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.J

NIP : 19850511 200812 2 005

Menyatakan bahwa:

Nama : Juwarti

NIM : 142310101007

Fakultas/Prodi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah melakukan studi pendahuluan dengan judul penelitian “ Hubungan *Self Compassion* dengan Tingkat Stres *Family Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember”. Demikian surat keterangan ini kami buat dengan pertimbangan yang bersangkutan telah melaksanakan tugasnya dengan baik.

Jember, November 2017  
Dosen Pembimbing Utama



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

**Lampiran 10. Surat Ijin Penelitian**

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

Nomor : 5049/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 29 Desember 2017  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Jember

Dengan hormat,

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

nama : Juwarti  
N I M : 142310101007  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Hubungan Self Compassion dengan Tingkat Stres Family Caregiver Orang dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember  
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

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

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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



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

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

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/038/415/2018

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 03 Januari 2018 Nomor : 15/UN25.3.1/LT/2018 perihal Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Juwarti / 142310101007  
 Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan VIII No. 17/B, Sumbersari, Jember  
 Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul :  
 "Hubungan Self Compassion Dengan Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember".  
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : Januari s/d Pebruari 2018

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

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

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 09-01-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid. Kajian Strategis dan Politis

Achmad R. A. S. Sos  
 Penata Tk. I  
 NIP. 186909121996021001

- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Univ. Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

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

Jember, 12 Januari 2018

Nomor : 440 /3451/311/ 2018  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
2. Plt. Kepala Puskesmas Mumbulsari

di -  
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/038/314/2016, Tanggal 9 Januari 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Juwarti  
NIM : 142310101007  
Alamat : Jl. Kalimantan VIII No. 17/B, Sumbersari, Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :  
> Hubungan Self Compassion Dengan Family Caregiver Orang dengan Skizofrenia (ODS) di wilayah Kerja Puskesmas mumbulsari Kabupaten Jember  
Waktu Pelaksanaan : 12 Januari 2018 s/d 28 Pebruari 2018

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

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KERALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**dr. SEPTENI DOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat

**Lampiran 11. Surat Keterangan Selesai Penelitian****SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp.Kep.J

NIP : 19850511 200812 2 005

Menyatakan bahwa:

Nama : Juwarti

NIM : 142310101007

Fakultas : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Telah melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan Self Compassion dengan Stres Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember”. Demikian surat keterangan ini kami buat dengan pertimbangan yang bersangkutan telah melaksanakan tugasnya dengan baik

Jember, Februari 2018

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp.Kep.J

NIP. 19850511 200812 2 005



23 11 2017	Bab 1-2-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lengkapi lampiran</li> <li>- baca tulisan E/10 &amp; kesimpulan &amp; referensi</li> <li>- kirim ke pak arza</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- format</li> <li>- see saypro</li> </ul>	Jm
20 12 -2017	-Revisi Bab 1 - Bab 4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koreksi hnyavan pustaka SE.</li> <li>- tata penulisan Daftar pustaka</li> <li>- hipo-kesalahan)</li> </ul>	Jm
27 12 -2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumen penelitian</li> <li>- Revisi Bab 1 - Bab 4</li> <li>- TTD/persehyman Surat penelitian.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pendahuluan diperbaiki/tambahan dan penguji</li> <li>- dilanjutkan ke pengambilan data.</li> </ul>	Jm
5 01 -2018	Kuesioner penelitian	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koreksi tata penulisan dan daftar pustaka</li> <li>- koreksi kesalahan penulisan.</li> </ul>	Jm
15 01 2018	Pengambilan data	<ul style="list-style-type: none"> <li>- responden &gt; 60 H</li> <li>- MMSE.</li> <li>- baca tulis &amp; gambar &amp; eksklusikan</li> </ul>	Jm

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI  
 FAKULTAS KEPERAWATAN  
 UNIVERSITAS JEMBER

NAMA :Juwarti  
 NIM :142310101007  
 PEMBIMBING :Ns.Emi Wuri W.,S.Kep,M.Kep,Sp.Kep.J

Hari/tanggal	Konsultasi	Rekomendasi	TTD
29/1/2018	Bab 5 & 6	-pelajari hasil wawancara deskriptif	
		- lengkapi abstrak & ringkasan	
		- Bab 4 & Bab kembali revisi	
		Ceritakan sumber & sumber kelas ke cara penjabaran	
30/1-2018	- abstrak & Bab 6	- Datanya - anti quibe line analisis abstrak - f. kep. - studi & proposal - data observasi (membaca)	

5/1/18  
 1/2/18



**LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : Juwarti  
 JUDUL PENELITIAN : Hubungan self Compassion dengan tingkat stres Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di wilayah Kerja Puskesmas Kelumbusari Jember.  
 DOSEN PEMBIMBING : Ns. Muhammad Zulfatul A'la, M. Kep

Hari/Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
20/10/2017	- Bmb. Terma	- Bawa 8 jurnal - mulai skripsi	
10/11-2017	- Bab 1-4 - Analisa data.	- skripsi - pelajari jenis data.	
13/11-2017	- Staper - Bab 1-4	- Pelajari jenis data.	
23/11-2017	- Bab 1-4 - analisa Data	- Citasi cet Daftar Pustaka - lampiran dll	
29/11-2017	- Bab 1-4 - Instrumen dan lain-lain	Ac KMP	
20/12-2017	- Bab 1-4 (revisi) - Sampel penelitian	- Revisi sampel penelitian - Instrumen penelitian.	
4/01-2018	- Instrumen penelitian.	- tindak lanjut surat penelitian.	

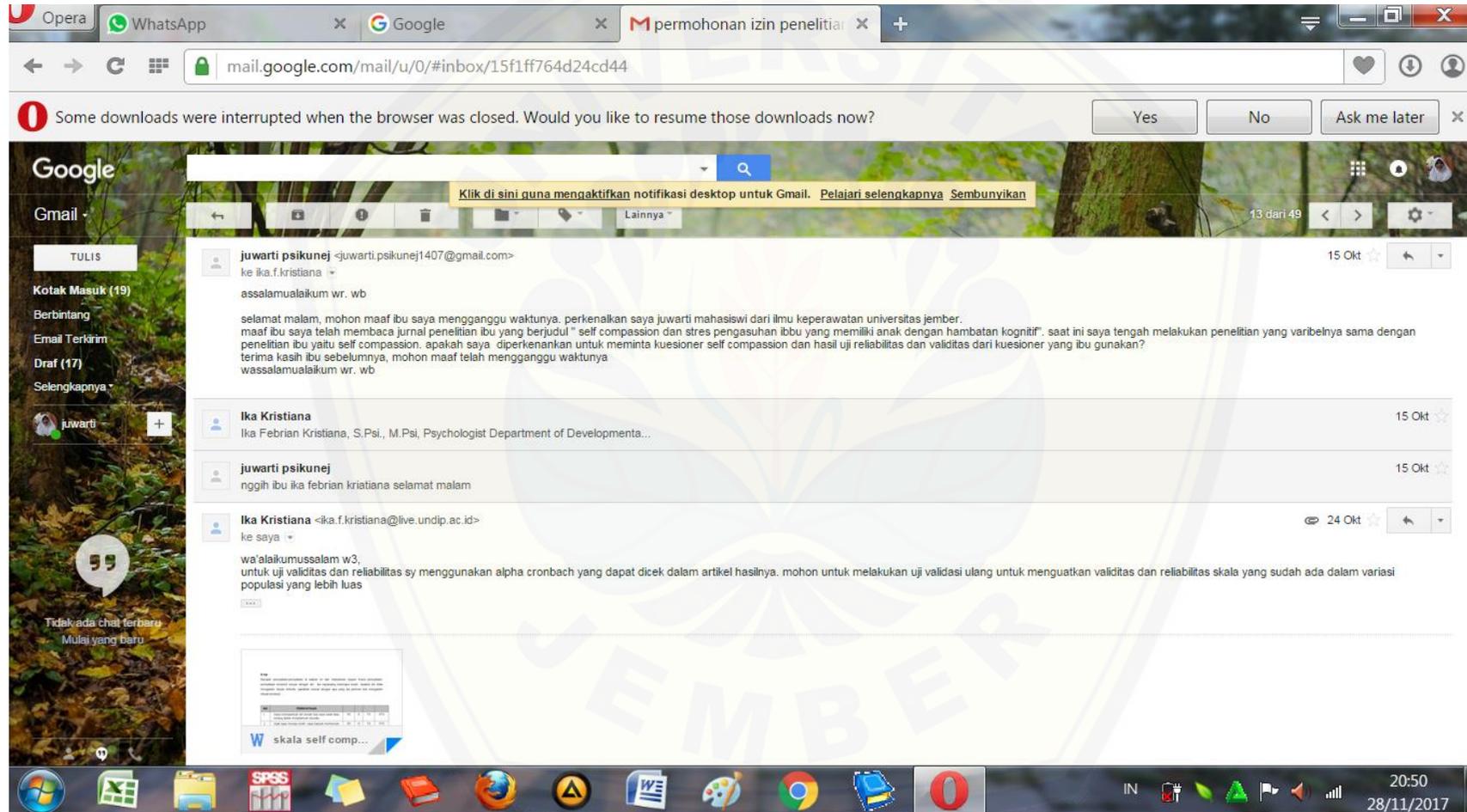
LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Juwarti  
 NIM : 142310101007  
 PEMBIMBING : Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep.

Hari/Tanggal	Konsultasi	Rekomendasi	Tanda tangan
22 / 01 - 2018	- Hasil penelitian - Pembahasan	lvb. koreksi responden dan dependent	
30 / 01 - 2018	- Hasil dan pembahasan - abstrak & ringkasan	perbaiki abstrak	
1 / 01 - 2018		ACE ujian	

Lampiran 13. Lembar Ijin Penggunaan Kuesioner Penelitian

1. Kuesioner *Self Compassion*



## 2. Kuesioner Stres Dalam Keluarga

