

**SKRIPSI**  
**HUBUNGAN ANTARA FUNGSI KELUARGA DENGAN**  
**KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS *CAREGIVER***  
**PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT**  
**JIWA MENUR PEMERINTAH PROVINSI**  
**JAWA TIMUR**



**Disusun Oleh :**

**DEWA AYU INDIRA WARDHANI**  
**NIM.1810025**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**  
**SURABAYA**  
**2022**

# SKRIPSI

## HUBUNGAN ANTARA FUNGSI KELUARGA DENGAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS *CAREGIVER* PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya



Disusun Oleh :

**DEWA AYU INDIRA WARDHANI**  
NIM.1810025

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022

## HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani

Nim : 1810025

Tanggal Lahir : 21 Maret 2000

Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan Tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 27 Juli 2022



Dewa Ayu Indira Wardhani  
1810025

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani

NIM 1810025

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan

Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur

Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

### SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

#### Pembimbing 1



Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.  
NIP. 03007

#### Pembimbing 2



Ari Susanti, S.KM., M.Kes  
NIP. 03052

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 28 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :

Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani

NIM : 1810025

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul : Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagaia salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep

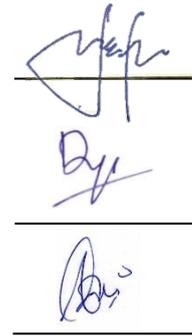
NIP. 03001

Penguji II : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 03007

Penguji III : Ari Susanti, S.KM.,M.Kes

NIP. 03052



**Mengetahui,  
STIKES HANG TUAH SURABAYA  
KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

**PUJI HASTUTI., S.Kep., Ns., M.Kep.  
NIP.03010**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 29 Juli 2022

**Judul : Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur**

**ABSTRAK**

Keluarga seringkali mengalami beban yang diakibatkan perubahan perilaku dan emosional pasien skizofrenia. Hal ini berdampak pada fungsi keluarga, fungsi keluarga sebagai *caregiver* bagi penderita skizofrenia meliputi penyelesaian masalah, komunikasi, peran dalam keluarga, respon afektif, control perilaku, dan fungsi umum keluarga. Fungsi keluarga yang terganggu dapat meningkatkan beban yang dialami oleh *caregiver*, hal ini berdampak terhadap kesejahteraan psikologis *caregiver* keluarga.

Desain penelitian ini menggunakan desain *Observasional Analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional* dengan jumlah populasi sebanyak 264 responden dari keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Teknik sampling yang digunakan Sempel Random Sampling dan menggunakan 160 sampel yang memenuhi kriteria inklusi.. Penelitian ini menggunakan kuisisioner *Family Assessment Device (FAD)* dan Kuisisioner *Ryff Psychological Wellbeing Scale (RPWS)* serta analisa data menggunakan Uji Korelasi Spearman Rho dengan kemaknaan ( $p < 0,05$ ).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fungsi keluarga sebagian besar berada dikategori tinggi yaitu sebesar 86 responden (53.8%) dan kesejahteraan psikologis sebagian besar berada dikategori tinggi yaitu sebesar 75 responden (46.9%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Spearman Rho yang memperoleh hasil  $\rho = 0,012$  dengan hasil korelasi sangat rendah. Hal ini menunjukkan bahwa  $\rho$  value  $\leq 0,05$  yang menunjukkan terdapat hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan hasil dari penelitian fungsi keluarga dan kesejahteraan psikologis sangat berpengaruh terhadap kesembuhan pasien.

**Kata Kunci :** Fungsi Keluarga, Kesejahteraan Psikologis, Skizofrenia

***Title: The Connection Between Family Functions and the Psychological Well-Being of Caregivers of Schizophrenic Patients at Menur Psychiatric Hospital, East Java Provincial Government***

**ABSTRACT**

*Families often get burdened by the behavioral and emotional changes of schizophrenic patients. This burden is impacting family functions. The function of the family as a caregiver for people with schizophrenia includes problem-solving, communication, roles in the family, affective responses, behavioral control, and general family functions. Disturbed family functions can increase the burden on the caregiver; this has an impact on the psychological well-being of the family caregiver.*

*This study used the Analytical Observational design with a Cross-Sectional approach with a population of 264 respondents from families who nursed their family members with schizophrenia. The sampling technique used was Simple Random Sampling and used 160 samples that met the inclusion criteria. This study used the Family Assessment Device (FAD) and the Ryff Psychological Wellbeing Scale (RPWS) questionnaire, and data analysis used the Spearman Rho Correlation Test with a significance of ( $\rho < 0.05$ ).*

*The results showed that most of the family functions were in the high category, with 86 respondents (53.8%), and most of the psychological well-being was also in the high category, with 75 respondents (46.9%). Statistical tests that used the Spearman Rho test obtained the results of  $r = 0.012$ , which means the correlation results are very low. This shows that the value of 0.05 indicates a connection between family functions and the psychological well-being of caregivers of schizophrenia patients at Menur Psychiatric Hospital, East Java Provincial Government. Based on the study's results, family functions and psychological well-being significantly affect the patient's recovery.*

***Keywords : Family Function, Psychological Well-being, Schizophrenia***

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun Skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur” dapat selesai sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan di Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. drg. Vitria Dewi., Msi selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur atas pemberian ijin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
2. dr. Dian Eva Sanjaya, Sp.S. selaku ketua DIKLAT Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur atas ijin melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

3. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
4. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.
5. Ibu Puji Hastuti, M.Kep., Ns selaku Kepala Program Studi Pendidikan S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S-1 Keperawatan.
6. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan Skripsi ini.
7. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dalam penelitian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Skripsi ini.
8. Ibu Ari Susanti, S.KM.,M.Kes selaku pembimbing II yang penuh kesabaran dalam penelitian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Skripsi ini.
9. Ibu Nadia Okhtiary, A.md Selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam menyusun penelitian ini.
10. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.

## DAFTAR ISI

<b>SKRIPSI.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	7
1.4.2 Manfaat Praktek .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Skizofrenia .....	9
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	9
2.1.2 Etiologi .....	10
2.1.3 Proses Terjadinya Skizofrenia.....	11
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	12
2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia .....	14
2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia .....	16
2.2 Konsep Keluarga .....	18
2.2.1 Definisi Keluarga .....	18
2.2.2 Tipe Keluarga .....	18
2.2.3 Struktur Keluarga .....	20
2.2.4 Fungsi Keluarga .....	21
2.2.5 Tugas Keluarga .....	22
2.3 Konsep Kesejahteraan Psikologis .....	23
2.3.1 Definisi Kesejahteraan Psikologis.....	23
2.3.2 Dimensi Kesejahteraan Psikologis .....	24
2.3.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis .....	27
2.4 Konsep Caregiver .....	28
2.4.1 Definisi Caregiver .....	28
2.4.2 Fungsi Caregiver .....	29
2.5 Model Konsep Teori Keperawatan Lazarus & Folkman .....	30
2.6 Hubungan Antar Konsep .....	34
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>35</b>

3.1	Kerangka Konsep .....	35
3.2	Hipotesis Penelitian.....	36
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>37</b>
4.1	Desain Penelitian.....	37
4.2	Kerangka Kerja .....	38
4.3	Waktu dan Tempat Penelitian .....	39
4.4	Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	39
4.4.1	Populasi .....	39
4.4.2	Sampel Penelitian.....	39
4.4.3	Teknik Sampling .....	40
4.5	Identifikasi Variabel .....	40
4.6	Definisi Operasional.....	42
4.7	Pengumpulan data Pengolahan Data .....	43
4.7.1	Pengumpulan data .....	43
4.7.2	Analisa Data .....	47
4.8	Etika Penelitian .....	49
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>51</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	51
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	51
5.1.2	Gambaran Umum Subjek Penelitian .....	53
5.1.3	Gambaran Umum Hasil Penelitian.....	53
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian .....	59
5.2	Pembahasan .....	61
5.2.1	Fungsi Keluarga Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur .....	61
5.2.2	Kesejahteraan Psikologis <i>Caregiver</i> Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur .....	65
5.2.3	Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis <i>Caregiver</i> Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.....	68
5.3	Keterbatasan .....	70
<b>BAB 6 PENUTUP.....</b>		<b>71</b>
6.1	Simpulan.....	71
6.2	Saran.....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>73</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>77</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1	Definisi operasional Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.....	42
Tabel 4. 2	Dimensi Alat Ukur FAD.....	44
Tabel 4. 3	Item unfavorable dan favorable.....	45
Tabel 4. 4	Blue Print Psychological Well-Being Scale.....	46
Tabel 5. 1	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Usia Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	54
Tabel 5. 2	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	54
Tabel 5. 3	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Agama Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	55
Tabel 5. 4	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	55
Tabel 5. 5	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Pekerjaan Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	56
Tabel 5. 6	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	56
Tabel 5. 7	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	57
Tabel 5. 8	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Usia Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	57
Tabel 5. 9	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	58
Tabel 5. 10	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Rutinitas Berobat Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	58

Tabel 5. 11	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Fungsi Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160) .....	59
Tabel 5. 12	Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	59
Tabel 5. 13	Hubungan Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160).....	60

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2. 1	Model Konsep Keperawatan Lazarus .....	30
Gambar 3. 1	Kerangka Konsep Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur .....	35
Gambar 4. 1	Desain Penelitian Cross Sectional Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.....	37
Gambar 4. 2	Kerangka Kerja Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.....	38

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>LAMPIRAN 1</b>	<i>Curriculum Vitte</i> .....	77
<b>LAMPIRAN 2</b>	Motto dan Persembahan .....	78
<b>LAMPIRAN 3</b>	Surat Pengajuan Judul .....	79
<b>LAMPIRAN 4</b>	Surat Studi Pendahuluan .....	80
<b>LAMPIRAN 5</b>	Permintaan Izin Kuisisioner .....	81
<b>LAMPIRAN 6</b>	Lembar Informed Consent .....	82
<b>LAMPIRAN 7</b>	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	83
<b>LAMPIRAN 8</b>	Lembar Kuesioner Data Demografi .....	84
<b>LAMPIRAN 9</b>	Lembar Kuesioner Fungsi Keluarga .....	85
<b>LAMPIRAN 10</b>	Lembar Kuesioner Kesejahteraan Psikologis.....	89
<b>LAMPIRAN 11</b>	Frekuensi Data Demografi .....	92
<b>LAMPIRAN 12</b>	Frekuensi Data Khusus .....	96
<b>LAMPIRAN 13</b>	Surat Ijin Penelitian Menur .....	97
<b>LAMPIRAN 14</b>	Surat Laik Etik .....	98
<b>LAMPIRAN 15</b>	Cross Tab Data Khusus .....	99
<b>LAMPIRAN 16</b>	Cross Tab Data Demografi dengan Data Khusus .....	100
<b>LAMPIRAN 17</b>	Dokumentasi Penelitian .....	122

## DAFTAR SINGKATAN

### SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
NIMH	: National Institute of Mental Health
APA	: American Psychiatric Association
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
ECT	: Electroconvulsive
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
LIPONSOS	: Lingkungan Pondok Sosial
FAD	: Family Assessment Device
RPWS	: Ryff Psychological Well-Being
MMFF	: McMaster Model of Family Functioning
SS	: Sangat Setuju
S	: Setuju
STS	: Sangat Tidak Setuju
TS	: Tidak Setuju
AG	: Agak Setuju
ATS	: Agak Tidak Setuju

### SIMBOL

%	: Persen
-	: Sampai
?	: Tanda Tanya
=	: Sama Dengan
/	: Atau
≥	: Lebih Dari
≤	: Kurang Dari

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah penyakit yang disebabkan oleh kebingungan dalam pikiran, konsep, dan perilaku, serta ketidakmampuan untuk beradaptasi dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengatasi stresor yang ditandai dengan defleksi pikiran, perasaan, dan perilaku yang menghalangi klien untuk melakukan fungsi kehidupan normalnya (Trigoboff, 2013 dalam Yanti et al., 2019). Salah satu gangguan jiwa yang sering dialami masyarakat adalah skizofrenia. Gangguan jiwa berat atau biasa disebut skizofrenia ini masih mendapat stigma negatif dari masyarakat. Skizofrenia adalah penyakit mental kronis yang menyebabkan gangguan dalam proses berpikir. Orang dengan skizofrenia tidak dapat membedakan fantasi dari kenyataan. Gangguan proses berpikir dapat menyebabkan halusinasi, delusi, pemikiran yang tidak jelas, serta perilaku, ucapan, dan kecemasan yang berlebihan (Sovitriana, 2019a).

Pasien skizofrenia berada ditengah – tengah keluarga, dimana keluarga berperan sebagai *caregiver*. Dalam menjalankan perannya sebagai *caregiver* keluarga seringkali mengalami beban yang diakibatkan perubahan perilaku dan emosional pasien skizofrenia. Hal ini berdampak pada fungsi keluarga, fungsi keluarga sebagai *caregiver* bagi penderita skizofrenia meliputi penyelesaian masalah, komunikasi, peran dalam keluarga, respon afektif, control perilaku, dan fungsi umum keluarga (Miller et al., 1985)

Fungsi keluarga dalam merawat pasien skizofrenia mengalami gangguan dan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan pasien dan *caregiver* dari keluarga (Hsiao et al., 2020). Fungsi keluarga yang terganggu dapat meningkatkan beban yang dialami oleh *caregiver*, lebih lanjut hal ini berdampak terhadap kesejahteraan psikologis *caregiver* keluarga (Fatimah Qf, 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), prevalensi global gangguan jiwa pada tahun 2019 adalah 264 juta orang dengan depresi, 45 juta dengan gangguan bipolar, 50 juta dengan demensia, dan 20 juta dengan Skizofrenia. Menurut National Institute of Mental Health (NIMH), skizofrenia adalah salah satu dari 15 penyebab utama kecacatan di seluruh dunia, dengan skizofrenia tren peningkatan risiko bunuh diri yang lebih besar pada pasien dengan skizofrenia. (NIMH, 2019). Menurut data tahun 2014 dari American Psychiatric Association (APA), 1% dari populasi dunia menderita skizofrenia. Kajian Kesehatan Dasar (Risikesdas) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 7% per 1.000 rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa dari 1000 keluarga, 70 keluarga memiliki anggota keluarga (ART) dengan skizofrenia. Menurut catatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2019, prevalensi gangguan jiwa tertinggi terdapat di Provinsi Bali dan Yogyakarta, dengan prevalensi sebesar 11,1% dan skizofrenia 10,4% per 1000 rumah tangga (Wallace et al., 2016). Menurut laporan profil kesehatan Pemerintah Provinsi Jawa Timur tahun 2020, terjadi peningkatan penderita Gangguan Jiwa (ODGJ), yaitu 75.427 pada 2019 dan 75.998 pada 2020, Artinya bertambah 571 orang (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur., 2020) Sementara itu berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya didapatkan data pasien yang menderita skizofrenia mengalami

peningkatan dari tahun ke tahun, pada tahun 2020 terdapat 3.700 pasien skizofrenia rawat jalan (0,37%), sedangkan pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 22.000 pasien skizofrenia rawat jalan (0,84%). Ditinjau dari aspek fungsi keluarga, rerata skor tertinggi adalah respon terhadap kebutuhan dasar dengan tingkat baik. Rerata skor terendah adalah untuk fungsi koping dan pemecahan masalah keluarga dengan tingkat sedang (Jiraschaya Louwma, Saovakon Virasiri, 2020) Dan kesejahteraan psikologis *caregiver* keluarga pasien skizofrenia didapatkan kesejahteraan psikologis rendah 9,3%, sedang 84,9%, tinggi 5,8% (Fatimah Qf, 2020)

Fungsi keluarga yang terganggu akibat perawatan pasien skizofrenia dapat menimbulkan stress tersendiri bagi *caregiver*. Ketika ada salah satu anggota keluarga mengalami skizofrenia dibutuhkan penyelesaian masalah yang adaptif, komunikasi efektif antar anggota keluarga, pembagian peran yang jelas pada setiap anggota keluarga, keterlibatan afektif yang sesuai, dan control perilaku yang jelas. Perubahan fungsi keluarga dapat mempengaruhi stress *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia. Lebih lanjut hal ini menyebabkan terganggunya kesejahteraan psikologis.

*Psychological well-being* atau kesejahteraan psikologis menurut Ryff (1995) adalah keadaan di mana individu mampu menerima kekurangan dan kelebihan sendiri, serta terdapatnya rasa puas dari sudut pandang psikologis seseorang. Kesejahteraan psikologis mengacu pada kemampuan seseorang untuk membuat pilihan pada diri sendiri, mengelola kehidupan dan lingkungan secara efektif, memiliki hubungan positif dengan orang lain, percaya bahwa hidup seseorang bermakna, memiliki tujuan, mampu tumbuh dan berkembang, serta bisa menerima

diri sendiri dalam kehidupan masa lalu dan sekarang. Orang dengan kesejahteraan psikologis yang baik mampu mengembangkan hubungan positif dengan orang lain, memiliki tujuan hidup, memiliki penerimaan diri yang baik, dan bisa membuat pilihan untuk dirinya sendiri. Kehadiran kesejahteraan psikologis sendiri memungkinkan individu untuk bertahan hidup dan membuat kesulitan yang dialami sebagai pengalaman hidupnya (Fatimah Qf, 2020). Kesejahteraan psikologis merupakan bagian penting dalam *subjective-wellbeing*, dan keduanya mempunyai korelasi positif yang signifikan. Oleh karena itu, kesehatan psikologis *caregiver* menjadi hal yang perlu diperhatikan karena jika kesehatan psikologis *caregiver* menurun maka asuhan yang diberikan kepada penderita skizofrenia tidak akan optimal (Amalia & Rahmatika, 2020)

Dampak beban yang dirasakan keluarga bisa mempengaruhi kemampuan keluarga pada saat merawat pasien. Jika keluarga terbebani, kemungkinan besar keluarga tidak akan mampu merawat pasien dengan baik. Beban dan permasalahan yang dihadapi oleh keluarga sebagai *caregiver* tidak mampu menjalankan fungsinya secara optimal, sehingga hal ini berkaitan dengan kesejahteraan psikologisnya.

*Caregiver* diartikan sebagai individu yang, dalam kapasitasnya memiliki tanggung jawab utama untuk kesejahteraan orang lain yang didiagnosis dengan penyakit fisik atau gangguan mental. Temuan awal yang dilakukan oleh Berglund, Lytsy, dan Westerling (2015) menemukan bahwa kegiatan *caregiving* bisa menyebabkan penurunan kesejahteraan psikologis *caregiver*. Khususnya dalam kasus *caregiver* skizofrenia, *caregiver* harus menghadapi gejala pasien yang tidak terduga seperti isolasi sosial dan adanya berbagai emosi (malu, marah, bersalah,

sedih, kehilangan) dalam diri *caregiver*. Selain itu *caregiver* sering merasa *burn out* saat melakukan kegiatan *caregiving*, karena fokus utamanya adalah merawat pasien daripada memenuhi dan mengembangkan kebutuhan diri *caregiver* dan anggota keluarga lainnya (Sari et al., 2020).

Skizofrenia merupakan masalah kesehatan yang dialami di seluruh dunia yang memerlukan perhatian terutama dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Semiun (2010), faktor penyebab skizofrenia adalah faktor genetik, kerusakan otak, peningkatan neurotransmitter dopamine, imunologi, pemicu stres, psikososial, kesehatan, lingkungan, sikap atau perilaku (Shim et al., 2018). Sementara gejala yang ditimbulkan menurut (Dadang Hawari, 2012) gejala Skizofrenia dibagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan negative. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan alam pikir dimana orang lain tidak dapat mengerti alur berpikirnya, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, pikirannya penuh rasa kecurigaan, dan menyimpan rasa permusuhan. Sedangkan gejala negatif dapat terlihat dari wajah penderita yang tidak menunjukkan ekspresi (efek tumpul), suka melamun, suka mengasingkan diri, sulit melakukan kontak emosional, pasif dan apatis, kehilangan dorongan kehendak, malas, bersifat monoton, serta tidak adanya spontanitas inisiatif maupun usaha (Sovitriana, 2019b). Skizofrenia bukanlah penyakit jiwa yang tidak dapat disembuhkan, dukungan keluarga sangat diperlukan guna penyembuhan penyakitnya. Dalam proses pemulihan pasien skizofrenia, tidak hanya perawatan medis saja yang diperlukan, tetapi juga fungsi keluarga sangat berpengaruh terhadap kecepatan proses pemulihan pasien skizofrenia. Orang dengan skizofrenia membutuhkan bantuan orang lain terutama keluarga untuk mendorong dan memotivasi mereka untuk hidup mandiri. Disamping itu ada

beberapa faktor yang menyebabkan terganggunya fungsi keluarga dalam merawat pasien skizofrenia seperti faktor finansial. Selain itu, Fan dan Lu (2020) menyatakan bahwa dengan adanya dukungan sosial mampu memberikan kontribusi pada kesejahteraan individu.

Fungsi keluarga yang terganggu dapat menimbulkan stress sehingga menyebabkan penurunan kesejahteraan psikologis. Intervensi yang dapat diberikan pada keluarga adalah psikoedukasi. Psikoedukasi keluarga merupakan pemberian informasi atau pengetahuan pada keluarga tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarga dengan tujuan untuk mengurangi kecenderungan klien untuk kambuh dan mengurangi pengaruh penyakitnya pada anggota keluarga yang lain (Townsend, 2009 dalam Rohmi, 2020). Dengan fungsi keluarga yang baik maka akan meningkatkan kesejahteraan psikologis keluarga.

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah Adakah Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisis Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi fungsi keluarga *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
2. Mengidentifikasi kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
3. Menganalisis hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

#### **1.4.2 Manfaat Praktek**

1. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan, pedoman, dan masukan dalam mengembangkan proses belajar mengajar serta

referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

2. Manfaat Bagi Masyarakat dan Responden

Diharapkan kepada keluarga pasien dengan adanya penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan ilmu baru tentang Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan informasi untuk pengembangan penelitian selanjutnya dalam masalah Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

Bab ini disajikan landasan teori yang mendasari masalah yang akan diteliti, meliputi : 1) Konsep Skizofrenia, 2) Konsep Keluarga, 3) Konsep Kesejahteraan Psikologis, 4) Konsep *Caregiver*, 5) Model Konsep Keperawatan Lazarus, dan 6) Hubungan Antar Konsep.

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia (schizophrenia) merupakan perubahan yang terjadi pada fungsi otak. Nancy Andreasen (2008) menyatakan dalam *Broken Brain, The Biological Revolution Psychiatry*, bahwa fakta yang berkaitan dengan skizofrenia adalah suatu hal yang melibatkan banyak faktor. Faktor-faktor itu terdiri dari transformasi struktur fisik otak, transformasi struktur kimia otak, dan factor genetic. Sementara Melinda Herman (2008) mengartikan bahwa skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mengubah tanggapan klien, proses berpikir, bahasa, perasaan, dan kepribadian sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior* dalam Yosep & Sutini, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan psikologis dimana terjadi perubahan proses berpikir, emosi, dan perilaku dari orang yang mengalaminya ditandai dengan penyimpangan sosial, menarik diri dari lingkungan dan persepsi, pikiran, serta kognitif yang kacau (Emilia, 2018). Skizofrenia adalah gangguan mental serius yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan mental yang ditandai terutama oleh hilangnya

pemahaman tentang realitas dan kesadaran diri (Yudhantara dan istiqomah,2018:1 dalam (Yu Andira, 2019).

### **2.1.2 Etiologi**

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya skizofrenia (HawariTeori, 2012) :

#### **1. Faktor Genetik**

Meskipun ada gen yang tidak normal, tidak menyebabkan skizofrenia kecuali jika disertai dengan faktor lain yang disebut faktor epigenetik, seperti virus atau infeksi lain selama kehamilan, penurunan autoimunitas yang mungkin disebabkan oleh infeksi selama kehamilan, berbagai komplikasi kehamilan dan malnutrisi yang cukup berat (Hawari, 2006).

#### **2. Faktor Biologi**

Seperti hiperaktivitas sistem dopaminergik, faktor serotonergik, faktor neuroimunovirologi, hipoksia atau kerusakan neurotoksik selama kehamilan dan persalinan (Sadock, 2007).

#### **3. Faktor Lingkungan**

Faktor lingkungan yang dapat mengakibatkan skizofrenia meliputi penyalahgunaan obat, rendahnya tingkat pendidikan, dan status ekonomi (Carpenter, 2010).

4. Kelainan korteks cerebral, thalamus, dan batang otak pada penderita skizofrenia ditunjukkan dengan hasil pemeriksaan neuropatologi dan ctscan (Sadock, 2007).

5. Faktor psikososial dan sosial budaya (Supratiknya, 2003)

### 2.1.3 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel, kemudian sambungan sel melepaskan zat kimia (*Neurotransmitters*) yang menyampaikan pesan dari ujung sambungan sel ke ujung sambungan sel yang lain. Pada otak yang mengalami skizofrenia, terjadi kerusakan pada proses tersebut. Pada orang normal, sistem pengiriman di otak bekerja secara normal. Sinyal sensorik yang masuk dikirim kembali dengan sempurna dan tidak terganggu yang menghasilkan perasaan, pikiran, dan bisa melakukan Tindakan sesuai kebutuhan. Sementara pada otak penderita skizofrenia, sinyal yang dikirim terganggu sehingga tidak dapat mencapai koneksi sel yang dimaksud. Skizofrenia berkembang secara bertahap, dimana anggota keluarga dan klien tidak menyadari bahwa ada masalah yang terjadi pada otaknya untuk jangka waktu yang lama, dan proses perburukan yang progresif ini dapat menyebabkan skizofrenia akut.

Fase akut skizofrenia adalah gangguan singkat namun intens yang mencakup halusinasi, delusi, dan ketidakmampuan untuk berpikir. Onset mendadak selalu cepat mengarah ke fase akut. Beberapa pasien mengalami penyakit seumur hidup, tetapi banyak yang dapat kembali ke kehidupan normal selama fase akut ini. Kebanyakan diketahui bahwa mereka dijauhi, menderita depresi berat dan tidak dapat berfungsi seperti orang normal di lingkungan mereka. Pada beberapa kasus, onset bisa meningkat menjadi skizofrenia kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter dalam kehidupan social, sama sekali tidak termotivasi, putus asa, dan tidak peka terhadap perasaannya sendiri (Yosep & Sutini, 2016).

### 2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala dari skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu gejala positif dan gejala negatif (Yosep & Sutini, 2016) :

#### 1. Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi ketika stimulus terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon informasi atau stimulus yang masuk. Orang dengan skizofrenia mungkin mendengar suara atau melihat hal-hal yang tidak ada, atau mengalami sensasi yang tidak biasa di tubuh mereka. Halusinasi pendengaran, gejala umum di mana pasien merasakan suara di dalam dirinya. Terkadang suara itu menenangkan, tetapi di lain waktu itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri. Delusi adalah keyakinan yang kuat dalam menjelaskan sesuatu yang terkadang bertentangan dengan kenyataan. Pada penderita skizofrenia, misalnya, lampu lalu lintas merah-kuning-hijau di jalan terlihat sebagai sinyal dari luar angkasa. Beberapa orang dengan skizofrenia menjadi paranoid. Mereka selalu merasa seperti sedang diawasi, diikuti atau akan diserang.

Kegagalan berpikir dapat menyebabkan masalah di mana orang dengan skizofrenia tidak dapat memproses dan mengatur pikiran mereka. Kebanyakan klien tidak dapat memahami hubungan antara realitas dan logika. Karena orang dengan skizofrenia tidak dapat mengatur pikiran mereka, mereka berbicara tidak teratur dan tidak dapat memahami secara logis. Ketidakmampuan untuk berpikir menyebabkan ketidakmampuan untuk mengontrol emosi dan perasaan. Akibatnya, terkadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara keras-keras pada dirinya sendiri tanpa memperhatikan sekelilingnya. Semua ini membuat penderita

skizofrenia tidak dapat memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, di mana dia berada, dll.

## 2. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi, dan apatis berarti kehilangan energi dan minat hidup, yang membuat klien malas. Karena penderita skizofrenia tidak memiliki energi, mereka hanya bisa tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Seseorang dengan skizofrenia tidak memiliki ekspresi di wajah atau gerakan tangannya, seolah-olah dia tidak memiliki emosi. Namun bukan berarti penderita skizofrenia tidak bisa merasakan apa-apa. Mereka mungkin dapat menerima hadiah dan perhatian dari orang lain, tetapi tidak dapat mengungkapkan perasaan mereka sendiri.

Depresi yang tidak mengenal rasa ingin ditolong dan berharap selalu menjadi bagian dari hidup penderita skizofrenia. Mereka tidak merasa sesat, tidak bisa berhubungan dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Depresi adalah perasaan yang sangat menyakitkan. Di samping itu, transformasi otak secara biologis juga dapat menyebabkan depresi. Depresi yang terus-menerus dapat menyebabkan penderita skizofrenia menjauh dari lingkungan mereka. Mereka selalu merasa aman saat sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang orang dewasa muda antara usia 15 dan 30 tahun, tetapi sebagian besar episode terjadi pada orang berusia 40 tahun ke atas. Skizofrenia dapat menyerang siapa saja, tanpa memandang jenis kelamin, ras, atau tingkat sosial ekonomi. Menurut Bleuler, ciri khas skizofrenia dapat diidentifikasi dari 4 A gejala khas (*Bleuler's 4 A's*) yaitu :

- a. Asosiasi, yaitu gejala satu bulan hingga satu tahun sebelum gangguan psikotik
- b. Afek, yaitu respon emosional menjadi datar atau tidak sesuai
- c. Autisme, yaitu menarik diri dari lingkungan sekitar
- d. Ambivalensi, yaitu individu memiliki perasaan ambivalen terhadap orang lain seperti benci sekaligus cinta terhadap pasangan

### **2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia**

Beberapa klasifikasi skizofrenia menurut (Maramis, 2008 dalam Kirana, 2018) :

#### **1. Skizofrenia Kompleks**

Skizofrenia kompleks biasanya pertama kali muncul pada masa remaja. Gejala utamanya adalah apatis dan penurunan kemauan. Gangguan proses berpikir seringkali sulit dikenali. Delusi dan halusinasi jarang terjadi. Skizofrenia jenis ini timbul secara bertahap. Pada tahap awal, pasien mungkin kurang memperhatikan anggota keluarga atau menarik diri dari lingkungannya. Pasien skizofrenia menarik diri dari pekerjaan atau kegiatan yang lain, sehingga akhirnya membuatnya kehilangan pekerjaan dan bila anggota keluarga atau kerabat dekat tidak ada yang membantunya ia mungkin akan menjadi “pengemis”, “pelacur”, atau “penjahat”.

#### **2. Skizofrenia hebefrenik**

Prosesnya lambat dan sering muncul pada usia remaja usia 15-30 tahun. Gejala yang menonjol adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti anak-anak sering terjadi pada tipe ini. Delusi dan halusinasi banyak sekali.

#### **3. Skizofrenia Katatonik**

Sikozofrenia tipe katatonik pertama kali muncul antara usia 15 hingga 30 tahun, biasanya akut, dan sering muncul dengan stress emosional. Agitasi atau stupor katatonik dapat terjadi.

a. Stupor Katatonik

Dalam stupor katatonik, pasien menjadi acuh tak acuh terhadap lingkungannya dan emosional menjadi dangkal. Pasien tiba-tiba keluar dari fase stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak.

b. Agitasi Katatonik

Pada agitasi katatonik terjadi hiperaktivitas motoric, tetapi tidak disertai dengan emosi yang sesuai dan tidak terpengaruh oleh rangsangan eksternal.

4. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis lain dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering mengembangkan gejala skizofrenia simplek atau kombinasi dari hebefrenia dan katatonia. Hal ini tidak terjadi pada skizofrenia paranoid yang memiliki perjalanan yang stabil.

5. Episode Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia ini muncul tiba-tiba, dan penderita merasa seperti mimpi. Kesadarannya mungkin kabur. Dalam hal ini sebuah perasaan muncul seolah-olah itu memiliki arti khusus baginya. Pasien dengan prognosis yang baik dalam beberapa minggu atau biasanya kurang dari 6 bulan adalah baik. Kadang-kadang jika terjadi penurunan kesadaran, maka timbul gejala – gejala salah satu skizofrenia jenis lainnya.

6. Skizofrenia Residual

Merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala – gejala primernya bleuler, tetapi tidka jelas adanya gejala- gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa klai serangan skizofrenia.

#### 7. Skizofrenia Skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, selain gejala skizofrenia yang menonjol, ada juga gejala depresi. Skizofrenia jenis ini cenderung sembuh tanpa efek, tetapi bisa terjadi lagi.

### 2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Tujuan utama pada pengobatan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegah kekambuhan. Belum ada pengobatan pada masing – masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2014 dalam Mellia Trisyani Putri, 2020).

Berikut adalah beberapa pengobatan untuk skizofrenia :

#### 1. Terapi Farmakologi

Obat – obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi pengobatan skizofrenia adalah antipsikotik. Antipsikotik dibagi dalam dua kelompok, yaitu :

##### a. Antipsikotik Tipikal

Merupakan antipsikotik golongan lama dengan efek seperti dopamine. Antipsikotik ini lebih efektif dalam mengobati gejala positif pada penderita skizofrenia. Berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

- 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
- 2) Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
- 3) Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari

##### b. Antipsikotik Atipikal

Obat ini bekerja dengan memblokir reseptor dopamine rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan untuk pengobatan skizofrenia karena mampu mengatasi gejala baik positif maupun negatif pada penderita skizofrenia. Berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

- 1) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
  - 2) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
  - 3) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
  - 4) Melindone dosis harian 225 mg/hari
2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)
  3. Pembedahan bagian otak
  4. Perawatan di rumah sakit
  5. Psikoterapi
    - a. Terapi Psikoanalisa

Dalam terapi ini, seseorang menjadi sadar akan masalahnya dan menciptakan mekanisme pertahanan dengan tujuan mengendalikan kecemasannya.
    - b. Terapi Perilaku

Ada dua bentuk program psikososial yang dapat meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

      - 1) *Social Learning Program* : mempelajari perilaku yang sesuai
      - 2) *Social Skills Training* : melatih keahlian dan keterampilan penderita skizofrenia
    - c. Terapi Humanistik

## Terapi kelompok dan keluarga

### 2.2 Konsep Keluarga

#### 2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga diartikan dengan istilah kekerabatan, dimana individu – individu dipersatukan dalam suatu hubungan perkawinan dengan menjadi orang tua. Secara garis besar anggota keluarga adalah mereka yang mempunyai hubungan personal dan timbal balik dalam memenuhi kewajiban dan memberikan dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi ataupun perkawinan (Stuart, 2014).

Sementara menurut Duval, keluarga merupakan sekelompok orang yang terikat bersama melalui ikatan pernikahan, adopsi, kelahiran yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan upaya bersama untuk meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan social setiap anggota keluarga (Harnilawati, 2013). Menurut Helvie, keluarga merupakan sekelompok orang yang hidup dalam satu keluarga, dan hubungan mereka konsisten dan erat (Habiari, 2018). Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh pernikahan, darah, adopsi, dan hidup dalam satu rumah.

#### 2.2.2 Tipe Keluarga

1. Tipe Keluarga Tradisional :
  - a. *Nuclear Family* (Keluarga Inti) : suami, istri, dan anak
  - b. *Dyad Family* : suami istri tanpa anak
  - c. *Childless Family* : keluarga tanpa anak, dapat disebabkan karena meniti karir atau Pendidikan

- d. *Single Parent* (Duda / Janda) : satu orangtua (ibu / ayah) ; dengan anak
  - e. *Single Adult* : orang dewasa hidup sendiri
  - f. *Extended Family* (Keluarga Besar) : terdiri dari 1-3 generasi
  - g. *Serial Family* (Keluarga Berantai) : terdiri dari pria dan wanita yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti
  - h. *Commuter Family* : kedua orang tua bekerja diluar kota, dan bisa berkumpul hanya pada hari libur saja
  - i. *Multigeneration Family* : beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal dalam satu rumah
  - j. *Kin-network Family* : beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang – barang pelayanan seperti dapur, sumur yang sama
  - k. *Composite Family* (Keluarga Berkomposisi) : keluarga yang pernikahannya berpoligami dan hidup secara Bersama
  - l. Keluarga Usila : suami istri usila ; anak sudah pisah
  - m. *Blended Family* : keluarga yang dibentuk dari janda atau duda dan membesarkan anak dari pernikahan sebelumnya
2. Tipe Keluarga Non Tradisional :
- a. *Commune Family* : beberapa keluarga hidup Bersama dalam satu rumah
  - b. *Unmarried Teenage Mother* : keluarga yang terdiri dari satu orang dewasa terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa menikah
  - c. *Step Parent Family* : keluarga dengan orang tua tiri

- d. *Non Marrital Heterosexual Cohabiting Family* : keluarga yang hidup Bersama, berganti – ganti pasangan tanpa menikah
- e. *Gay and Lesbian Family* : seseorang yang mempunyai persamaan sex tinggal dalam satu rumah
- f. *Cohabiting Couple* : orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan atas alasan tertentu
- g. *Group network family* : beberapa keluarga inti yang dibatasi oleh norma dan aturan, hidup berdekatan dan saling menggunakan barang yang sama dan bertanggung jawab membesarkan anak
- h. *Foster Family* : keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan saudara untuk waktu sementara
- i. *Homeless Family* : keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan saudara untuk waktu sementara
- j. *Gang Family* : keluarga yang destruktif dari orang – orang muda yang mencari ikatan emosional, berkembang dalam kekerasan dan kriminal.

### **2.2.3 Struktur Keluarga**

1. Struktur keluarga menurut (Agapito, 2012 dalam Naifa, 2021) terdiri dari :
  - a. Patrilineal : keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan disusun melalui garis keturunan ayah. Sebagian besar suku di Indonesia menggunakan struktur keluarga ini.
  - b. Matrilineal : keluarga yang terdiri dari sanak saudara dan disusun melalui garis keturunan ibu. Seperti struktur keluarga yang digunakan oleh suku Padang.

2. Menurut (Makhfludli dan Efendi, 2009 dalam Naifa, 2021) struktur keluarga dapat dilihat dari dari dominasi tempat tinggal dan dominasi keputusan.
  - a. Struktur keluarga berdasarkan dominasi tempat tinggal :
    - 1) Patrilocal : keluarga yang tinggal bersama dengan keluarga suami
    - 2) Matrilocall : keluarga yang tinggal bersama dengan keluarga istri
  - b. Struktur keluarga berdasarkan pengambilan keputusan :
    - 1) Patriakal : pengambilan keputusan ada ditangan suami
    - 2) Matriakal : pengambilan keputusan ada ditangan istri

#### **2.2.4 Fungsi Keluarga**

Terdapat enam dimensi dari fungsi keluarga menurut teori *The McMaster Model* yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif, keterlibatan afektif, dan kontrol perilaku. Alat ukur *Family Assessment Device (FAD)*, terdapat tambahan satu dimensi fungsi keluarga secara umum yang mengukur kesehatan atau patologi dari sebuah keluarga secara keseluruhan (Ryan et al., 2005). Sementara itu menurut Friedman (2010) fungsi keluarga terdiri atas :

##### **1. Fungsi afektif**

Fungsi ini merupakan persepsi keluarga terkait pemenuhan kebutuhan psikososial untuk mempersiapkan anggota keluarga berinteraksi dengan orang lain.

##### **2. Fungsi sosialisasi**

Sosialisasi adalah proses perkembangan pribadi, hasil interaksi social dan pembeajaran peran sosial. Fungsi ini melatih mereka untuk beradaptasi dengan kehidupan social.

### 3. Fungsi reproduksi

Fungsi keluarga adalah untuk meneruskan keturunan dan memelihara kelangsungan keluarga.

### 4. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan mengembangkan kemampuan pribadi untuk meningkatkan pendapatan.

### 5. Fungsi kesehatan

Keluarga menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pertumbuhan, perkembangan, istirahat, dan pemulihan dari penyakit.

## **2.2.5 Tugas Keluarga**

Keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan mental para anggotanya. Menurut Friedman dalam (Kirana, 2018). Adapun tugas keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan mental, yaitu :

1. Memahami gangguan jiwa pada setiap anggota keluarga
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan mental
5. Menggunakan pelayanan kesehatan mental, jaringan dukungan antar departemen dan keluarga yang tersedia di lingkungan

## **2.3 Konsep Kesejahteraan Psikologis**

### **2.3.1 Definisi Kesejahteraan Psikologis**

Teori kesejahteraan psikologis yang menjelaskan sebagai pencapaian penuh dari potensi psikologis dan keadaan seseorang ketika individu mampu menerima kelebihan dan kekurangannya, memiliki tujuan hidup, memiliki hubungan positif dengan orang lain, menjadi individu yang mandiri, mampu mengontrol diri, dan terus berkembang (Ryff & Keyes, 1995). Konsep Ryff berasal dari keyakinan bahwa Kesehatan positif bukan hanya tentang tidak adanya penyakit fisik, tetapi tentang bagaimana memiliki hubungan positif dengan orang lain dan menjadi orang yang mandiri (Ryff, 1989). Kesejahteraan psikologis mencakup kebutuhan untuk merasa baik secara psikologis. Ryff menambahkan bahwa kesejahteraan psikologis adalah sebuah konsep yang berhubungan dengan perasaan individu tentang aktivitas kehidupan sehari – hari dan mengarah pada pengungkapan perasaan pribadi individu tentang bagaimana perasaan mereka tentang pengalaman pribadi mereka. Selain itu kesejahteraan psikologis dapat dijelaskan dengan didapatkannya kebahagiaan, kepuasan hidup dan tidak adanya tanda – tanda depresi.

Kesejahteraan psikologis adalah tingkat kemampuan seseorang menerima diri sendiri, membangun hubungan yang hangat dengan orang lain, bebas dari tekanan sosial, memiliki kendali atas lingkungan eksternal, menjalani kehidupan yang bermakna, dan terus mencapai potensi diri, sehingga jika seseorang memiliki penilaian diri yang positif, mampu bertindak secara mandiri, memiliki kontrol terhadap lingkungannya, memiliki tujuan dan makna hidup, serta mengalami perkembangan kepribadian, maka orang tersebut dapat dikatakan memiliki kesejahteraan psikologis (A.Daniella, 2012). Kesejahteraan psikologis

berhubungan dengan kepuasan individu, harapan, rasa syukur, kestabilan emosi, penilaian terhadap diri sendiri, harga diri, kebahagiaan, kepuasan dan optimisme serta mengenali kekuatan dan mengembangkan bakat dan minat yang dimiliki. Kesejahteraan psikologis menjadikan individu lebih kreatif dan mendalami apa yang sedang dilakukannya (Bataram & Boniwell, 2007). Jadi bisa disimpulkan bahwa kesejahteraan psikologis merupakan kondisi seseorang yang ditandai dengan adanya perasaan bahagia, memiliki kepuasan terhadap hidup serta tidak ada tanda-tanda depresi, memiliki penilaian hidup yang tinggi dan mampu mengembangkan pribadi serta bakat dan minat yang dimiliki (Farida, 2018).

### **2.3.2 Dimensi Kesejahteraan Psikologis**

#### **1. Penerimaan Diri (*Self - acceptance*)**

Ciri utama Kesehatan jiwa dan juga sebagai karakteristik utama dalam aktualisasi diri, berfungsi optimal, dan kematangan penerimaan diri yang baik ditandai dengan kemampuan menerima diri apa adanya. Kemampuan ini memungkinan individu untuk berperilaku positif pada diri sendiri dan kehidupan yang dijalani. Hal tersebut menurut Ryff (1989) membuktikan kesejahteraan psikologis yang tinggi. Seseorang yang mempunyai level penerimaan diri yang bagus ditandai dengan berperilaku positif pada diri sendiri, mengakui dan menerima berbagai aspek yang ada dalam dirinya, baik positif maupun negatif dan mempunyai pandangan positif pada masa lalu.

#### **2. Hubungan Positif Dengan Orang Lain (*Positive Relations With Others*)**

Ryff (1989) mengutamakan pentingnya menjalin hubungan saling percaya dan hangat dengan orang lain. Dimensi ini juga menekankan kemampuan mencintai orang lain sebagai salah satu komponen Kesehatan mental. Seseorang yang tinggi

atau baik pada dimensi ini ditandai dengan hubungan yang hangat, kepuasan dan saling percaya pada orang lain dengan perasaan dan empati yang kuat. Di sisi lain, seseorang yang memiliki sedikit hubungan dengan orang lain, sulit untuk bersikap hangat dan enggan untuk mempunyai ikatan dengan orang lain, menandakan bahwa individu tersebut kurang baik dalam dimensi ini.

### 3. Otonomi (*autonomy*)

Dimensi otonomi menggambarkan kemandirian, kemampuan untuk menentukan diri sendiri dan mengatur perilaku. Seseorang yang dapat menolak tekanan sosial untuk berpikir dan berperilaku dengan cara tertentu dan dapat mengevaluasi diri sendiri menurut standar pribadi, hal ini menunjukkan bahwa individu ini baik dalam dimensi ini, di sisi lain individu yang kurang baik dalam dimensi ini akan memperhatikan harapan dan evaluasi dari orang lain, membuat keputusan berdasarkan penilaian orang lain, dan cenderung bersikap konservatif.

### 4. Penguasaan Terhadap Lingkungan (*environmental mastery*)

Orang dengan kesejahteraan individu yang baik mempunyai kemampuan untuk memilih dan menciptakan lingkungan yang cocok untuk kondisi fisik dirinya. Dengan kata lain, orang tersebut mampu menangani masalah – masalah diluar dirinya. Hal inilah yang dimaksud bahwa individu mampu memanipulasi situasi sehingga sesuai dengan kebutuhan dan nilai – nilai pribadi yang dianutnya, serta mampu untuk mengembangkan diri secara kreatif melalui aktifitas fisik dan mental. Di sisi lain, orang yang kurang baik pada dimensi ini akan menunjukkan ketidakmampuan untuk mengatur kehidupan sehari – hari, dan kurang mempunyai kontrol terhadap lingkungan sekitar.

### 5. Tujuan Hidup (*purpose in life*)

Dimensi ini menggambarkan kemampuan individu untuk mencapai tujuan dalam hidup. Individu yang memiliki arah dalam hidup, memiliki perasaan bahwa kehidupan saat ini dan masa lalu memiliki makna, memegang keyakinan yang memberikan tujuan hidup, dan memiliki tujuan yang ingin dicapai, maka individu tersebut dapat dikatakan memiliki dimensi tujuan hidup yang baik. Sebaliknya, individu yang kurang baik dalam dimensi ini memiliki perasaan bahwa tidak memiliki tujuan yang ingin dicapai dalam hidup, melihat masalahnya tidak bermanfaat, dan tidak memiliki kepercayaan yang dapat membuat hidup lebih bermakna. Dimensi ini dapat menggambarkan Kesehatan jiwa karena kita tidak dapat menghilangkan keyakinan yang dimiliki oleh individu mengenai tujuan dan makna kehidupan.

#### 6. Perkembangan Pribadi (*personal growth*)

Dimensi ini menggambarkan kemampuan seseorang mengembangkan potensi diri dan berkembang sebagai seorang manusia. Dimensi ini dibutuhkan oleh individu agar bisa optimal dalam berfungsi secara psikologis. Salah satu hal penting dalam dimensi adalah adanya kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri, misalnya seperti keterbukaan terhadap pengalaman. Seseorang yang baik dalam dimensi ini memiliki perasaan untuk terus berkembang, melihat diri sendiri sebagai sesuatu yang tumbuh, menyadari potensi yang terdapat didalam dirinya, serta mampu melihat peningkatan dalam diri dan perilaku dari waktu ke waktu. Disisi lain, orang yang kurang baik dalam dimensi ini akan menunjukkan ketidakmampuan untuk membentuk sikap dan perilaku baru, memiliki perasaan bahwa orang tersebut adalah pribadi yang membosankan, dan tidak tertarik dengan kehidupan.

### 2.3.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis

#### 1. Dukungan Sosial

Dengan berbagai ekspresi untuk perilaku pendukung (*support*) yang diterima individu dari seseorang yang cukup berarti bagi hidupnya. An dan Cooney (2006), menggambarkan pembinaan dan pendampingan dari orang lain (*generatif*) yang memiliki peran penting pada kesejahteraan psikologis.

#### 2. Status Sosial Ekonomi

Ryff (1999), menyatakan bahwa faktor status sosial ekonomi menjadi penting dalam peningkatan kesejahteraan psikologis, bahwa tingkat keberhasilan dalam Pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik, menunjukkan tingkat kesejahteraan psikologis juga lebih baik. Ryan dan Deci (2001), menegaskan bahwa status sosial ekonomi terkait dengan dimensi penerimaan diri, tujuan hidup, penguasaan lingkungan dan pertumbuhan pribadi. Status sosial ekonomi dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Seperti besarnya jumlah pendapatan dalam keluarga, tingkat pendidikan, keberhasilan pekerjaan, kekayaan materi dan status sosial. Sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi status sosial maka dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang.

#### 3. Jaringan Sosial

Berhubungan dengan aktivitas sosial yang diikuti oleh individu, seperti aktif dalam rapat atau organisasi, kualitas dan kuantitas kegiatan yang dilakukan, dan dengan siapa kontak sosial membentuk individu mempunyai kecenderungan kesejahteraan yang rendah atau tinggi dilihat dari siapa saja orang – orang yang berada di lingkungan sosial individu.

#### 4. Religiusitas

Hal ini berhubungan dengan transedensi segala permasalahan hidup kepada Tuhan individu yang mempunyai level religiusitas tinggi lebih mampu memaknai kejadian hidupnya secara positif (Bastaman, 2000). Pernyataan ini memiliki hubungan dengan peranan tentang semakin tinggi individu memaknai hidupnya dengan positif maka kesejahteraan hidup yang dirasakan juga tinggi (Farida, 2018).

## **2.4 Konsep Caregiver**

### **2.4.1 Definisi Caregiver**

*Caregiver* adalah seseorang yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya (Awad dan Voruganti, 2008). *Caregiver* bertugas sebagai *emotional support*, merawat pasien, mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan Kesehatan formal (Kung, 2003). *Caregiver* terdiri formal dan tidak formal. *Caregiver* formal adalah perawatan yang diberikan di rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional yang diberikan dan melakukan pembayaran. Sementara itu *caregiver* tidak formal adalah perawatan yang dilakukan di rumah dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya (Wina & Dyah, 2008).

Macam – macam *caregiver* anatar lain :

1. *caregiver* diabetes
2. *caregiver* stroke
3. *caregiver* lansia
4. *caregiver* Alzheimer
5. *caregiver* skizofrenia

Dalam hal ini bisa disimpulkan definisi *caregiver* tergantung pada penderita yang dirawat, pasien ini mengalami sakit dan di diagnosis oleh dokter, dari diagnosis tersebut perawatan pada pasien akan disebut sebagai *caregiver*. Sehingga dari pemahaman teori diatas tentang *caregiver*, yang bisa disebut juga dengan orang yang merawat (Wina & Dyah, 2008)

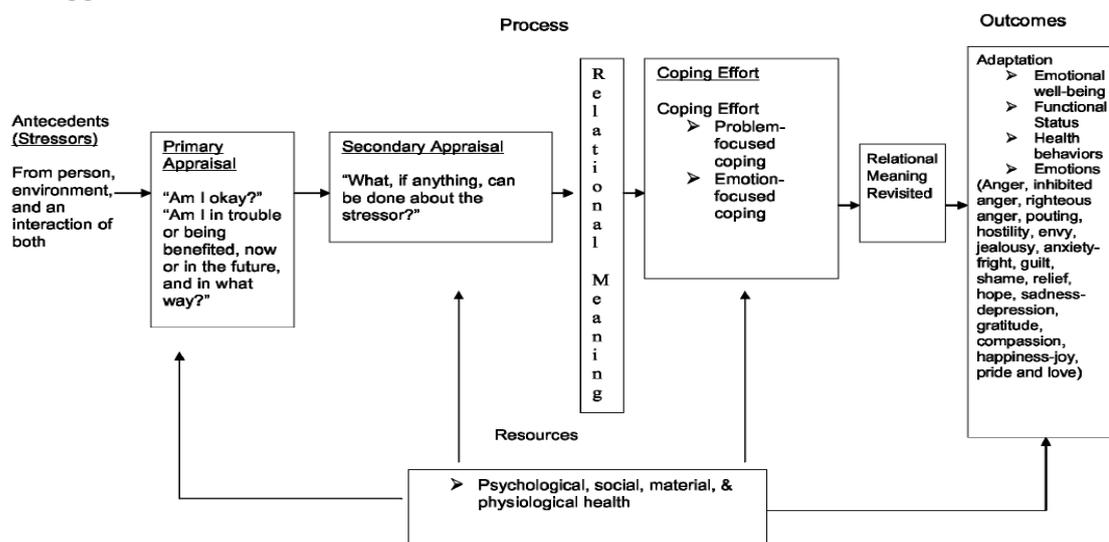
#### **2.4.2 Fungsi Caregiver**

Fungsi dari *caregiver* yaitu merawat klien yang menderita suatu penyakit termasuk juga menyiapkan makanan, mengantar klien ke pelayanan Kesehatan, serta memberi dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian. *Caregiver* juga membantu klien dalam mengambil keputusan pada penyakitnya, justru *caregiver* ini yang bertugas membuat keputusan untuk kliennya. Keluarga *caregiver* merupakan penasihat yang sangat penting dan diperlukan oleh klien (Ariesti, 2017). Tugas yang dilakukan *caregiver* tidak hanya sebatas pekerjaan rumah tangga, akan tetapi terbagi dalam 4 kategori, yaitu :

1. Perawatan tubuh (*Physical Care*) : menyiapkan makanan, membantu berpakaian, membersihkan kamar
2. Kepedulian sosial (*Social Care*) : berkunjung ke tempat rekreasi, menjadi sumber informasi di luar perawatan di rumah
3. Kepedulian emosi (*Emotional Care*) : mengungkapkan perhatian, cinta dan kasih sayng kepada klien
4. Kepedulian kualitas (*Quality Care*) : memantau tingkat perawatan, standar perawatan, dan indikasi Kesehatan.

## 2.5 Model Konsep Teori Keperawatan Lazarus & Folkman

Konsep teori keperawatan menurut (Lazarus & Folkman, 1984) tentang stress dan coping, individu terus – menerus menilai rangsangan dalam lingkungan mereka. Proses penilaian ini menghasilkan emosi, dan Ketika rangsangan dinilai sebagai ancaman, tantangan, atau bahaya (stressor), tekanan yang dihasilkan memulai strategi coping untuk mengelola emosi atau mencoba secara langsung mengatasi stressor itu sendiri. Proses coping menghasilkan perubahan pada hubungan orang – lingkungan, yang dinilai kembali sebagai menguntungkan, tidak menguntungkan, atau tidak terselesaikan. Penyelesaian stressor yang menguntungkan menimbulkan emosi positif, sementara resolusi yang tidak terselesaikan atau tidak menguntungkan menimbulkan penderitaan, memprovokasi individu untuk mempertimbangkan opsi coping lebih lanjut untuk mencoba mengatasi stressor. Menurut perspektif ini, stress didefinisikan sebagai paparan terhadap rangsangan yang dinilai berbahaya mengancam, atau menantang yang melebihi kapasitas individu untuk mengatasinya (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Biggs et al., 2017).



Gambar 2. 1 Model Konsep Keperawatan Lazarus

## 1. Hubungan manusia dengan lingkungan

Lazarus menyatakan bahwa stress adalah hubungan antara individu dengan lingkungannya dimana melebihi atau membebani kesehatannya. Lazarus & Folkman (1984), menjelaskan bahwa stress terbagi menjadi 3 bagian, yaitu:

### a. Stimulus

### b. Respon

#### 1) Fisiologis

#### 2) Psikologis

Stress psikologis muncul dari hubungan antara manusia dengan lingkungannya. Stress psikologis terjadi ketika kebutuhan tidak proporsional dengan sumber daya yang tersedia atau kemampuan individu yang dianggap berada di bawah tekanan pribadi.

### c. Proses

## 2. Penilaian Kognitif

Penilaian kognitif adalah proses mental yang digunakan individu untuk menilai suatu peristiwa berdasarkan dua hal, yaitu pentingnya untuk kesejahteraan pribadi, apakah peristiwa itu mengancam jiwa dan apakah sumber daya koping tersedia untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

### a. Penilaian Primer (*Primary Appraisal*)

Suatu proses menilai pentingnya kesejahteraan, Kesehatan, keselamatan, kenyamanan, dan kesejahteraan individu. Merupakan proses menentukan makna peristiwa yang dialami oleh individu.

### b. Penilaian Sekunder (*Secondary Appraisal*)

Proses yang digunakan untuk apa yang bisa atau akan dilakukan untuk mengurangi stress yang sedang dihadapi.

3. Bentuk evaluasi sebagai hasil dari proses penilaian primer dan sekunder antara lain :

2.3 *Irrelevant* (Tidak relevan)

Hal ini terjadi ketika suatu peristiwa dinilai tidak penting bagi kesejahteraan individu pada saat itu.

2.4 *Benign Positive* (Nilai positif)

Hal ini terjadi ketika individu mempresepsikan peristiwa tersebut memiliki nilai positif dan menyenangkan.

2.5 *Stressful* (Stress)

Ini terjadi ketika individu menilai peristiwa yang berdampak negatif pada kesejahteraan mereka saat ini dan masa depan.

4. Tiga bentuk penilaian stress menurut Lazarus & Folkman (1984) :

a. *Harm* (Membahayakan – kehilangan )

Menilai bahaya yang timbul dari insiden tersebut. Menyebabkan kerusakan atau cedera yang sudah ada sebelumnya, seperti hilangnya fungsi tubuh, kehilangan orang yang dicintai, status sosial atau kehilangan harga diri.

b. *Threat* (Ancaman)

Menilai kemungkinan yang tidak menguntungkan atau ancaman yang dirasakan dari suatu peristiwa yang telah terjadi (belum tapi bisa diantisipasi), misalnya risiko kerontokan rambut karena kanker, risiko perceraian karena permasalahan keluarga.

c. *Challenge* (Tantangan)

Evaluasi peristiwa sebagai tantangan dan peluang untuk menjadikan diri menjadi lebih baik. Individu menilai bahaya lebih aktif dan mengambil risiko untuk pencapaian yang lebih baik.

d. *Coping*

Menurut Lazarus & Folkman (1984) menjelaskan *coping* sebagai suatu hal yang menghilangkan stress, suatu proses regulasi atau tuntutan (*eksternal / internal*) yang dinilai sebagai beban di luar kemampuan seseorang, dan *coping* adalah proses dimana individu berusaha untuk mengelola situasi stress.

1) *Problem Focused Solving* (Koping yang berfokus pada masalah)

*Coping* ini bertujuan untuk mengurangi dampak dari situasi stress atau meningkatkan sumber daya dan upaya untuk mengatasi stress.

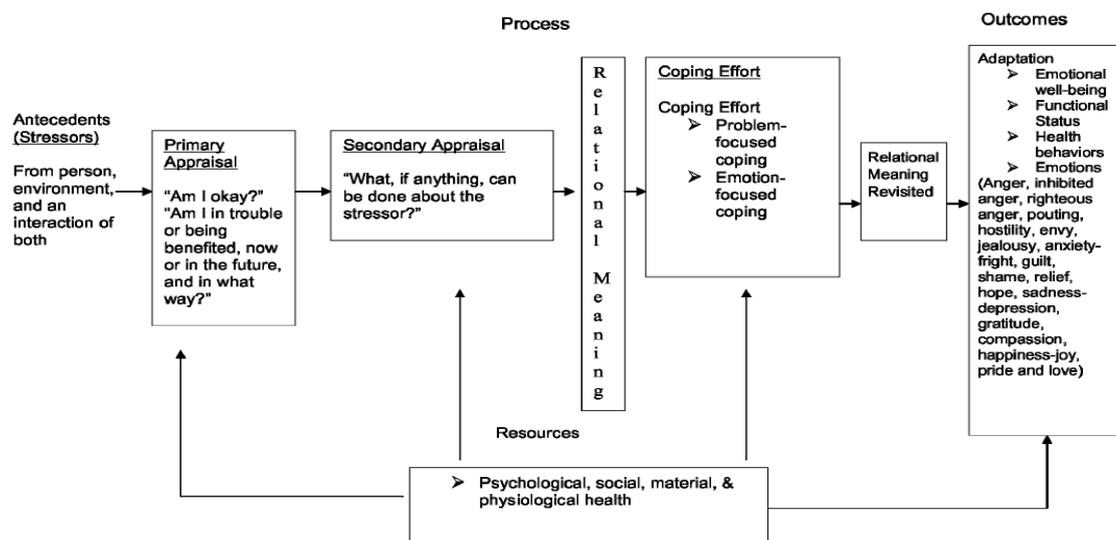
Lazarus & Folkman (1984) berpendapat bahwa individu cenderung menggunakan *problem focused solving* ketika mereka percaya bahwa stressor yang ada dapat diubah.

2) *Emotional Focused Coping* (Koping yang berfokus pada emosional)

Berusaha mengatasi stress dengan mengatur respons emosional terhadap efek dari apa yang dianggap sebagai stress. *Emotional Focused Coping* bertujuan untuk mengontrol respons emosional terhadap situasi stress.

## 2.6 Hubungan Antar Konsep

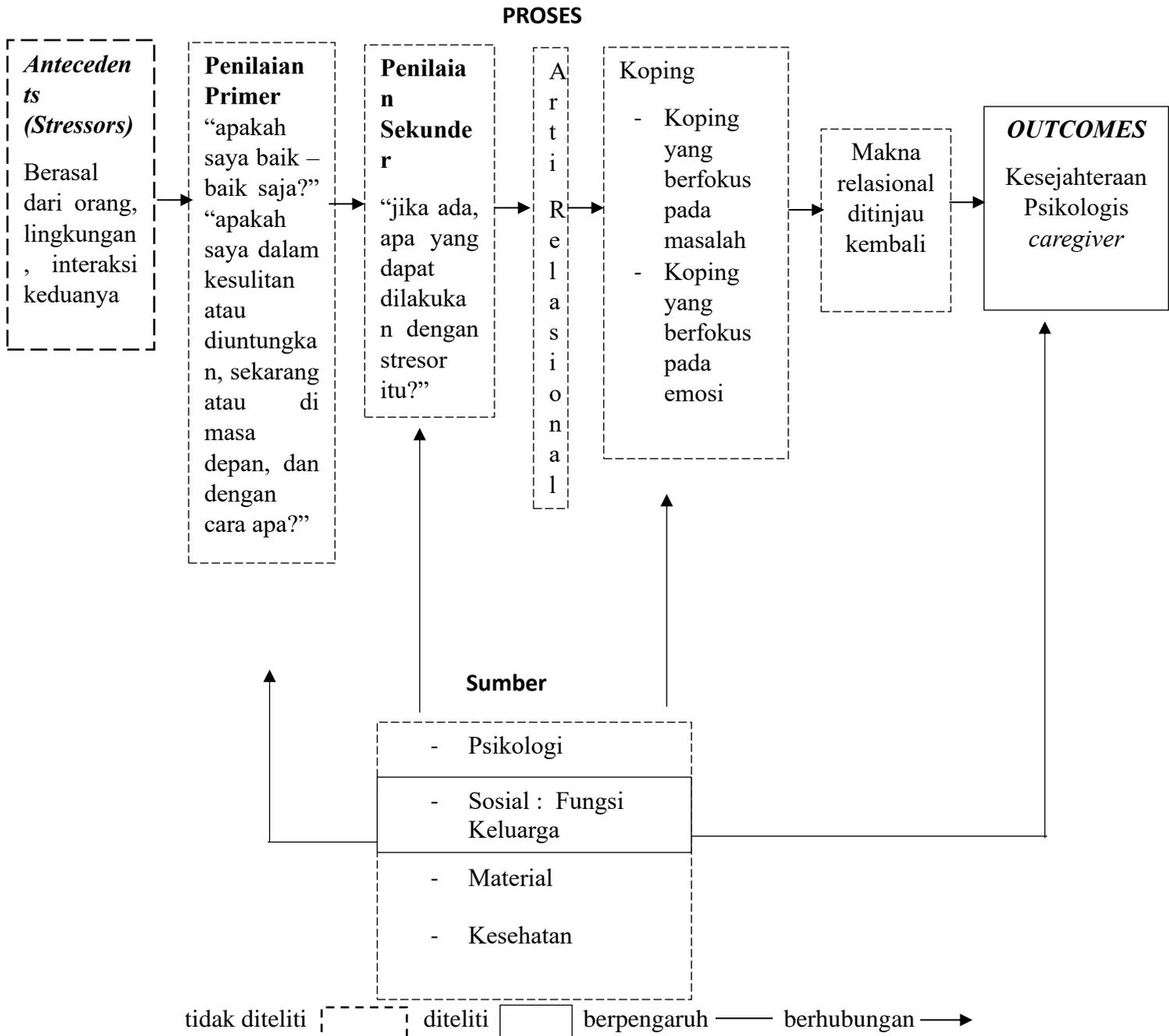
Lazarus mengatakan stress, appraisal, dan koping adalah beberapa factor yang saling berhubungan secara timbal balik didalam adaptasi, seorang individu mengalami stress dipengaruhi oleh stressor. Pada teori Lazarus terdapat *primary appraisal* dan *secondary appraisal* untuk menilai tingkat stress. Stress dapat disebabkan oleh individu, lingkungan, dan interaksi keduanya. Agar individu bisa beradaptasi dan tidak stress maka dibutuhkan koping atau *resources* (sumber daya : fisik, sosial, Kesehatan, dan materi). Fungsi keluarga termasuk sumber daya sosial, dimana keluarga berperan penting sebagai *caregiver* dalam merawat klien. Sehingga *outcomes* yang diharapkan yaitu kesejahteraan psikologis keluarga menjadi lebih baik.



## BAB 3

### KERANGKA KONSEP & HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

Ada Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

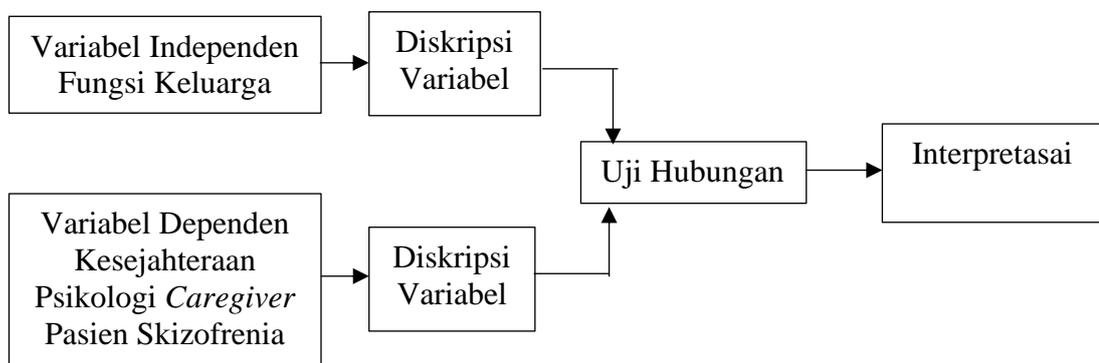
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisa Data, 8) Etika Penelitian.

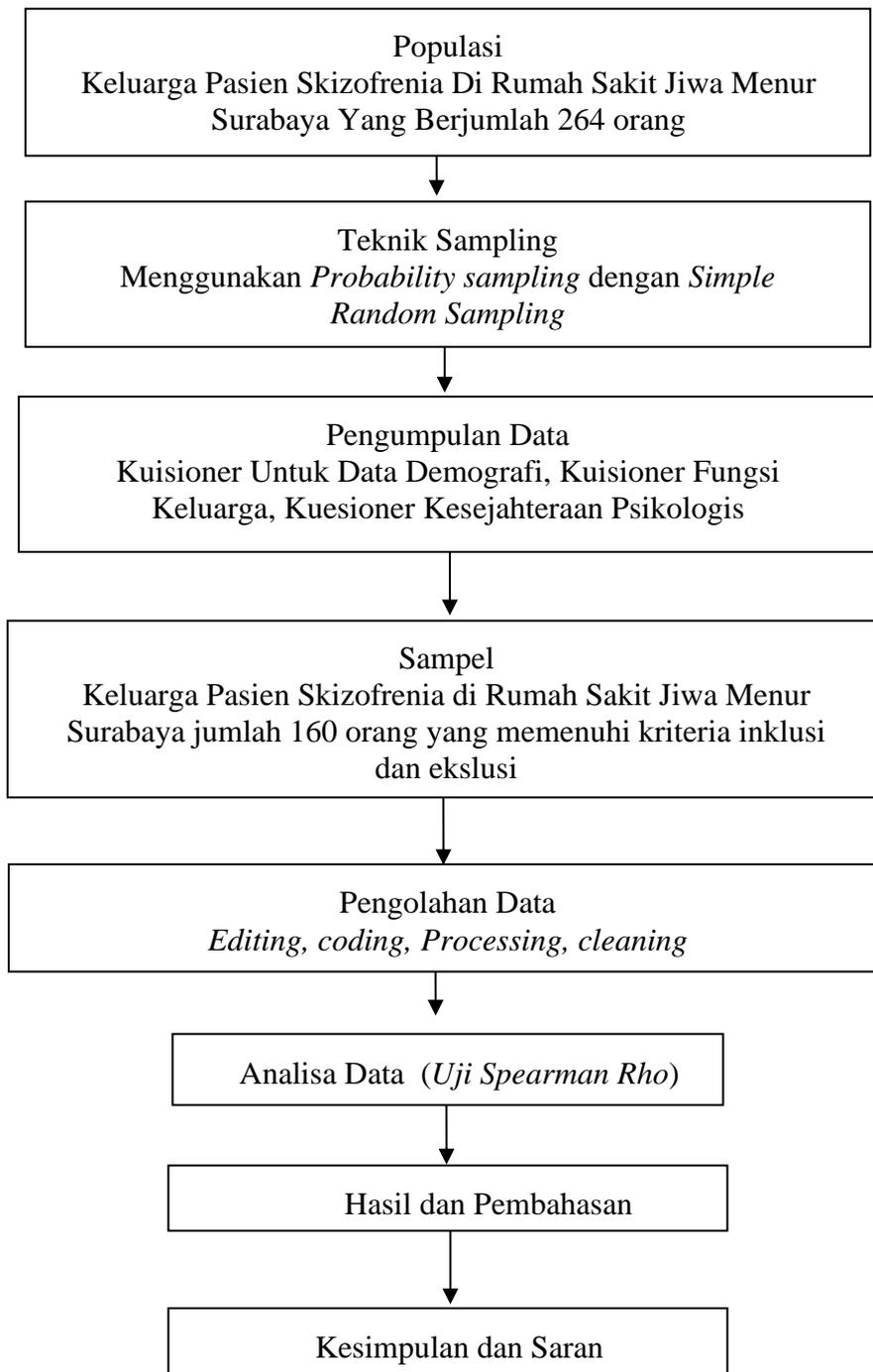
#### 4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan desain *Observasional Analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2016).



Gambar 4. 1 Desain Penelitian *Cross Sectional* Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4. 2 Kerangka Kerja Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

### 4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilakukan pada bulan Mei 2022 sampai Juni 2022 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Peneliti mengambil sampel dari keluarga pasien skizofrenia yang berada di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

### 4.4 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

#### 4.4.1 Populasi

Populasi penelitian adalah subyek (misalnya manusia;klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016 dalam Munir, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 264 orang.

#### 4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek peneitian melalui sampling (Nursalam, 2016 dalam Munir, 2020). Besarnya sampel dalam penelitian ini 160 orang yang diperoleh dari rumus:

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

$$n = \frac{264}{1+264(0,05)^2}$$

$$n = \frac{264}{1,66}$$

$$n = 160$$

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

n : Jumlah Sampel

d : Taraf nyata atau batas kesalahan

1. Kriteria Inklusi :
  - a. Mempunyai BPJS atau jaminan kesehatan pemerintah
  - b. Pasien usia 20 – 60 tahun
  - c. Tinggal dengan keluarga
  - d. Bisa membaca dan menulis
2. Kriteria Eksklusi :
  - a. Pasien liponsos
  - b. Keluarga tidak kooperatif

#### **4.4.3 Teknik Sampling**

Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan *simple random sampling* adalah pengambilan acak sederhana, pengambilan sampling melalui undian berdasarkan data kunjungan pasien BPJS sesuai dengan register.

#### **4.5 Identifikasi Variabel**

Pada penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat).

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah fungsi keluarga hal ini sesuai dengan pendapat (Nursalam, 2015) yang menyatakan bahwa variabel *independent* merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya yang menentukan variabel lain.

## 2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kesejahteraan psikologis *caregiver* skizofrenia hal ini sesuai dengan pendapat (Nursalam, 2015) yang menyatakan bahwa variabel *dependen* merupakan variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain.

#### 4.6 Definisi Operasional

Tabel 4. 1 Definisi operasional Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen: Fungsi Keluarga	Keadaan dimana sebuah keluarga mampu berfungsi secara utuh serta berinteraksi dan melakukan peran dalam mencapai fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan serta menunjang tumbuh kembang dan kesejahteraan masing-masing anggota keluarga.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemecahan masalah</li> <li>2. Komunikasi</li> <li>3. Peran</li> <li>4. Respon afektif</li> <li>5. Keterlibatan afektif</li> <li>6. Kontrol perilaku</li> </ol>	Kuesioner <i>Family Assessment Device (FAD)</i>	Ordinal	Tinggi > 212 Sedang >160 Rendah <106
Variabel Dependen: Kesejahteraan Psikologis Caregiver Skizofrenia	Keadaan dimana individu mampu menerima keadaan dirinya, mengembangkan potensi-potensi yang ia miliki, membangun hubungan positif dengan orang disekitarnya, serta memiliki kemandirian dan tujuan hidup.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan Diri</li> <li>2. Hubungan Positif dengan orang lain</li> <li>3. Otonomi</li> <li>4. Penguasaan Lingkungan</li> <li>5. Tujuan Hidup</li> <li>6. Penerimaan Diri</li> </ol>	Kuisisioner <i>Ryff Psychological Wellbeing Scale (RPWS)</i>	Ordinal	Rendah < 122 Sedang 123 – 183 Tinggi > 184

## 4.7 Pengumpulan data Pengolahan Data

### 4.7.1 Pengumpulan data

#### 1. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat atau cara yang diperlukan untuk pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data valid, andal (reliable), dan actual. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode angket. Menurut Arikunto (2014), angket adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya. Dalam penelitian ini penulis menggunakan angket tertutup secara langsung, dimana angket tersebut diberikan secara langsung kepada responden untuk memilih alternatif jawaban yang telah disediakan. Instrument pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan dua instrument yaitu kuesioner *Family Assessment Device* untuk mengukur fungsi keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dan kuesioner *Psychological Wellbeing Caregiver* untuk mengukur kesejahteraan psikologis *caregiver*.

#### a. Kuesioner Demografi

Kuesioner demografi berisikan data diri responden dan data diri pasien yang meliputi : nama, usia, agama, serta beberapa pertanyaan umum

#### b. Fungsi Keluarga

##### **Kuesioner *Family Assessment Device* (FAD)**

Instrument keberfungsian keluarga yang digunakan pada penelitian ini adalah *Family Assessment Device* (FAD) yang dikembangkan berdasarkan konsep *The McMaster Model of Family Functioning* (Epstein, 1983). Konsep ini

mendeskripsikan perangkat organisasi dan struktural dari kelompok keluarga serta pola-pola transaksi antara anggota keluarga dalam menjalankan tugas-tugasnya, sehingga bisa digunakan untuk membedakan antara fungsi keluarga yang baik dan kurang baik. Pada alat ukur FAD ini terdapat 7 dimensi, dimana 6 dimensi berdasarkan MMFF yaitu, pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif dan control perilaku, sedangkan satu dimensi tambahan lainnya yaitu fungsi keluarga secara umum yang mengukur kesehatan atau patologi dari sebuah keluarga secara keseluruhan.

Tabel 4. 2 Dimensi Alat Ukur FAD

No.	Dimensi	No. Item
1.	Pemecahan Masalah	1, 8, 15, 22, 29
2.	Komunikasi	2, 9, 16, 23, 30, 37
3.	Peran	3, 10, 17, 24, 31, 38, 44, 48
4.	Responsivitas Afektif	4, 11, 18, 25, 32, 40
5.	Keterlibatan Afektif	5, 12, 19, 26, 33, 41, 45
6.	Kontrol Perilaku	6, 13, 20, 27, 34, 42, 46, 49, 51
7.	Keberfungsian Umum	7, 14, 21, 28, 35, 36, 39, 43, 47, 50, 52, 53

Alat ukur FAD ini menggunakan format skala likert dengan 4 pilihan jawaban. Pilihan jawaban yang digunakan adalah SS (Sangat Setuju), S (Setuju), TS (Tidak Setuju), STS (Sangat Tidak Setuju). Item – item yang ada pada kuesioner ini terdiri dari item *favorable* dan item *unfavorable*. Pemberian skor bagi item-item *favorable* dilakukan dengan memberikan nilai 1 untuk pilihan “Sangat Tidak Sesuai (STS)” hingga nilai 4 untuk pilihan “Sangat Sesuai (SS)”. Sedangkan untuk item *unfavorable* diberikan nilai 1 untuk pilihan “Sangat Sesuai (SS)” hingga 4

untuk pilihan jawaban “Sangat Tidak Sesuai (STS)”. Dengan skor total minimum alat ukur FAD adalah 53 dan skor total maksimum adalah 212.

Tabel 4. 3 Item *unfavorable* dan *favorable*

<b>Item Unfavorable</b>	<b>Item Favorable</b>
4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 17, 18, 19,	1, 2, 3, 5, 8, 10, 14, 15, 16, 22,
20, 21, 24, 25, 26, 30, 31, 33, 34,	23, 27, 28, 29, 32, 36, 37, 38, 40,
35, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52	41, 42, 48, 50, 51, 53

Penentuan pengukuran fungsi keluarga berjalan baik dan kurang baik adalah berdasarkan uji normalitas Kolmogorov Smirnov. Jika hasil Kolmogorov Smirnov  $<0,05$  maka data berdistribusi tidak normal, sedangkan jika hasil Kolmogorov Smirnov  $>0,05$  maka data berdistribusi normal.

### c. Kesejahteraan Psikologis *Caregiver*

#### **Kuesioner *Psychological Wellbeing***

Pada instrument ini menggunakan kuesioner *Psychological Well-Being* yang dikembangkan oleh Carol D. Ryff dengan berdasarkan pada 6 dimensi, yaitu (1) penerimaan diri, (2) hubungan positif dengan orang lain, (3) otonomi, (4) penguasaan lingkungan, (5) tujuan hidup, (6) pertumbuhan diri. Skala ini terdiri dari 42 butir pernyataan dengan rentang skor 1 sampai 6. Pernyataan pada item yang terdapat pada instrument ini terbagi menjadi pernyataan yang mendukung (*favorable*) sebanyak 22 item dan tidak mendukung (*unfavorable*) sebanyak 20 item. Instrument ini menggunakan skala likert dengan 6 pilihan jawaban yaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Agak Setuju

(AS), Agak Tidak Setuju (ATS), Tidak Setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS) (Astutik, 2019)

Tabel 4. 4 Blue Print Psychological Well-Being Scale

<b>Dimensi</b>	<b><i>Favorable</i></b>	<b><i>Unfavorable</i></b>	<b>Jumlah</b>
Penerimaan Diri	6, 12, 24, 42	18, 30, 36	7
Hubungan Positif Dengan Orang Lain	4, 22, 28, 40	10, 16, 34	7
Otonomi	1, 7, 37	13, 19, 25, 31	7
Penguasaan Lingkungan	2, 20, 38	8, 14, 26, 32	7
Tujuan Hidup	11, 29, 35	5, 17, 23, 41	7
Pertumbuhan Diri	9, 21, 33	3, 15, 27, 39	7

## 2. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data akan dilaksanakan setelah peneliti mendapat ijin dan persetujuan dari bagian STIKES Hang Tuah Surabaya, dilanjutkan ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dilakukan uji etik di ruang pertemuan, setelah uji etik disetujui untuk melakukan penelitian Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya untuk memberikan ijin penelitian di instalasi yang di pimpin. Selanjutnya peneliti akan menetapkan responden penelitian yaitu keluarga pasien skizofrenia yang sesuai kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti.

Peneliti memberikan penjelasan kepada keluarga pasien skizofrenia sebagai responden untuk diambil data. Calon responden diminta untuk mengisi surat persetujuan (*Informed Consent*), peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya tentang hal – hal yang belum dipahami. Jika calon bersedia untuk menjadi responden, diminta untuk tanda tangan di lembar

persetujuan. Peneliti memberikan kuesioner *Family Assessment Device* dan *Psychological Wellbeing Caregiver*, bila responden tidak mengerti tentang lembar kuesioner boleh bertanya kepada peneliti agar jawaban tersebut valid. Lembar kuesioner yang terkumpul diteliti Kembali saat keluarga pasien skizofrenia mengisi kuesioner dengan beberapa tahap diantaranya editing (melakukan pengecekan kelengkapan data identitas), coding (pemberian kode responden), scoring (menentukan skor untuk setiap jawaban yang sudah dijawab), entry (memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam program komputer).

#### **4.7.2 Analisa Data**

##### **1. Pengolahan Data**

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner untuk data *Family Assessment Device* dan *Psychological Wellbeing Caregiver*. Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data secara kuesioner yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut :

##### **a. Pemeriksaan Data (*Editing*)**

Daftar pertanyaan yang telah diisi kemudian diperiksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan jawaban.

##### **b. Memberi Tanda Kode (*Coding*)**

Hasil jawaban yang telah diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi kode atau tanda berbentuk angka pada masing – masing jawaban.

##### **c. Pengolahan Data (*Processing*)**

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

d. Pembersihan (*Cleaning*)

Data diteliti kembali agar pada pelaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

2. Analisa statistic

Hasil lembar kuesioner *Family Assessment Device* dan *Psychological Wellbeing Caregiver*, yang telah terkumpul diperiksa ulang untuk mengetahui kelengkapan isi datanya, setelah data lengkap dikelompokkan. Data yang sudah dianalisa diuji dengan menggunakan Uji Statistik *spearman rho*. Untuk melihat ada atau tidaknya pengaruh yang dihasilkan bermakna, maka digunakan perbandingan p-value dengan  $\alpha = 0,05$ . Apabila  $p = \text{value} < 0,05$  maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan apabila  $p \text{ value} \geq 0,05$  maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna yang berarti tidak ada hubungan keduanya. Analisa menggunakan SPSS.

a. Analisa *Univariat*

Peneliti ini melakukan analisa *univariat* dengan analisa deskriptif yang dilakukan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing

variabel. Analisa ini dapat mengetahui konsep yang diteliti peneliti siap untuk dianalisa serta dapat dilihat gambarnya secara rinci.

b. *Analisa Bivariat*

Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh dua variabel yaitu variabel bebas dan terikat. Variabel independen yakni fungsi keluarga sedangkan variabel dependen adalah kesejahteraan psikologis *Caregiver* Skizofrenia. Uji statistik yang dilakukan analisis bivariat ini digunakan program komputer. Uji statistik dalam penelitian ini uji *spearman rho*, dengan kepercayaan 95% uji ini digunakan untuk melihat hubungan variabel dependen dan independen, maka digunakan perbandingan nilai p-value dengan  $\alpha = 0,05$ . Apabila  $p = \text{value} < 0,05$  maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti ada pengaruh yang signifikan antara variabel dependen dengan variabel dependen, sedangkan apabila  $p \text{ value} \geq 0,05$  maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna yang berarti tidak ada pengaruh keduanya.

#### **4.8 Etika Penelitian**

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat ijin dan persetujuan dari bagian STIKES Hang Tuah Surabaya, dilanjutkan ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dilakukan uji etik di ruang pertemuan, setelah uji etik disetujui untuk melakukan penelitian Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memberikan tembusan kepada Kepala Instalasi Pelayanan Perawatan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya untuk memberikan ijin penelitian di instalasi yang dipimpin.

Penelitian dimuali dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1) Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan sebagai sampel akan diberikan sebelum penelitian dilakukan kepada keluarga pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang akan diteliti agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia diteliti, responden harus menandatangani lembar persetujuan yang ada. Jika responden tidak berkenan maka peneliti harus menghargai hak – hak responden dan tidak mengikut sertakan responden sebagai sampel penelitian.

2) Tanpa Nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (keusioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut diberikan kode untuk menjaga kerahasiaan.

3) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari reponden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4) Keadilan (*Justice*)

Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini memaparkan deskripsi mengenai hasil dan pembahasan Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

#### **5.1 Hasil Penelitian**

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022, dengan jumlah sebanyak 160 responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Pada bagian hasil diuraikan tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Pengambilan data tersebut dilakukan dengan cara memberikan kuisioner dan data selanjutnya dibahas sesuai dengan tujuan penelitian.

##### **5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terletak di Jl. Raya Menur No. 120, Kertajaya, Kec. Gubeng, Kota Surabaya, Prov. Jawa Timur, Kode Pos 60282. Dengan luas tanah 38.000.00 m<sup>2</sup>, Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya tidak hanya melayani gangguan jiwa saja tetapi juga melayani pemeriksaan non jiwa seperti : pemeriksaan gigi dan mulut, pemeriksaan paru-paru, pemeriksaan penyakit dalam, penyakit umum dan pemeriksaan voluntary counseling and testing (VCT).

Sejarah singkat awal RS Jiwa Menur, yaitu pada tahun 1923 Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dipekirakan sebagai “Doorgangshuis” atau tempat penampungan sementara penderita gangguan jiwa dengan kapasitas 100 tempat tidur. Sampai dengan tahun 1977 terletak di Jl. Karang Tembok dan disebut: “Rumah Sakit Jiwa

Pengirian”. Tahun 1954 Departemen Kesehatan membeli tanah seluas 96.840 m<sup>2</sup> di Menur (dahulu gubeng). Tanah 96.840 m<sup>2</sup> diperuntukkan untuk RSJ Menur sedangkan sisanya 56.409 m<sup>2</sup> untuk Akademi Pemilik Kesehatan (sekarang Poltekkes). Tanggal 24 Maret 1977 Rumah Sakit Jiwa Menur diresmikan oleh Gubernur KDH TK I Jawa Timur (Bapak Soenandar Prijosoedarmo) dengan nama Pusat Kesehatan Jiwa Masyarakat/Rumah Sakit Jiwa Menur dengan status Unit Pelaksanaan Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur dan dipimpin oleh dr. R. Moeljono Notosoedirdjo, Sp.S., Sp.KJ., MPH.

Visi dan Misi Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Visi : “Rumah Sakit Jiwa Pendidikan Kelas A dengan pelayanan prima.”

Misi :

1. Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa sub spesialis serta pelayanan kesehatan non jiwa yang prima dan lengkap sebagai penunjang pelayanan kesehatan jiwa.
2. Mewujudkan pelayanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan jiwa yang berkualitas.

Kebermanfaatan Rumah Sakit Jiwa Menur sebagai unsur pelaku pelayanan dalam memberikan layanan kepada masyarakat memiliki tugas pokok yaitu melaksanakan upaya kesehatan jiwa secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya promotif, pencegahan dan pelayanan rujukan kesehatan jiwa serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan dibidang kesehatan jiwa. Serta berungsi sebagai :

- 1) Penyelenggaraan pelayanan medik
- 2) Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik
- 3) Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan
- 4) Penyelenggaraan pelayanan rujukan
- 5) Penyelenggaraan usaha pendidikan dan pelatihan
- 6) Pelaksanaan asilitas penyelenggaraan pendidikan bagi calon dokter, dokter spesialis, sub spesialis dan tenaga kesehatan lainnya.
- 7) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan
- 8) Penyelenggaraan kegiatan kewirausahaan
- 9) Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur sesuai dengan bidang tugasnya.

### **5.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian**

Subjek pada penelitian ini adalah keluarga pasien yang merawat pasien selama dirumah dengan jumlah keseluruhan responden penelitian 160 responden keluarga pasien. Data demografi diperoleh melalui kuisisioner yang di isi responden menggunakan lembaran kertas yang di sebar saat pengambilan data.

### **5.1.3 Gambaran Umum Hasil Penelitian**

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran karakteristik responden meliputi : usia keluarga, jenis kelamin keluarga, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan perbulan, hubungan dengan pasien, lama merawat pasien, usia pasien, jenis kelamin pasien, rutinitas berobat.

## 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Keluarga

Tabel 5. 1 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Usia Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

Usia Keluarga	Frekuensi (f)	Persen (%)
Remaja	9	5.6%
Dewasa	53	33.1%
Lansia	84	52.5%
Lansia lanjut	14	8.8%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh bahwa keluarga pasien dengan usia lansia sebanyak 84 responden (52.5%), usia dewasa sebanyak 53 responden (33.1%), usia lansia lanjut sebanyak 14 responden (8.8%), dan usia remaja sebanyak 9 responden (5.6%).

## 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga

Tabel 5. 2 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persen (%)
<b>Laki-laki</b>	61	38.1%
<b>Perempuan</b>	99	61.9%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh data bahwa mayoritas jenis kelamin keluarga pasien yang menjadi responden dalam penelitian sebanyak 99 perempuan (61.9%) kemudian responden dengan jenis kelamin laki – laki sebanyak 61 (38.1%).

### 3. Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Agama

Tabel 5. 3 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Agama Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Agama</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Islam	156	97.5%
Kristen	3	1.9%
Katholik	1	0.6%
Budha	0	0%
Hindu	0	0%
Konghucu	0	0%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa keluarga pasien yang beragama islam sebanyak 156 responden (97.5%), beragama Kristen sebanyak 3 responden (1.9%), dan beragama katholik sebanyak 1 responden (0.6%).

### 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5. 4 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Pendidikan Terakhir</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
SD	23	14.4 %
SMP	34	21.2 %
SMA	72	45 %
PT	31	19.4 %
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh bahwa keluarga pasien yang menjadi responden mempunyai pendidikan terakhir SMA sebanyak 72 responden (45%), SMP sebanyak 34 rseponden (21.2%), PT sebanyak 31 responden (19.4%), SD sebanyak 23 responden (14.4%).

## 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5. 5 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Pekerjaan Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Tidak Bekerja	62	38.8 %
Pegawai Negeri	8	5.0 %
Swasta	47	29.4 %
TNI/Polri	1	0.6 %
Wiraswasta	42	26.2 %
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh bahwa mayoritas keluarga pasien yang merawat dalam penelitian ini tidak bekerja sebanyak 62 responden (38.8%), swasta sebanyak 47 responden (29.4%), wiraswasta sebanyak 42 responden (26%), pegawai negeri sebanyak 8 responden (5.0%), dan TNI/Polri sebanyak 1 responden (0.6%).

## 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien

Tabel 5. 6 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Hub. Dengan Pasien</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Suadara Kandung	54	33.8%
Ayah / Ibu	50	31.2%
Anak	31	19.4%
Suami / Istri	25	15.6%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.6 bahwa hubungan keluarga dengan pasien dalam penelitian ini terdapat hubungan saudara kandung sebanyak 54 responden (33.8%), hubungan ayah/ibu sebanyak 50 responden (31.2%), hubungan anak

sebanyak 31 responden (19.4%), hubungan suami istri sebanyak 25 responden (15%).

#### 7. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Merawat Psien

Tabel 5. 7 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Lama merawat</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
<3 tahun	41	25.6%
3-5 tahun	30	18.8%
6-10 tahun	31	19.4%
>10 tahun	58	36.2%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.7 diperoleh bahwa lama keluarga pasien yang merawat pasien skizofrenia dalam penelitian ini yang menjadi respinden merawat selama >10 tahun sebanyak 58 rseponden (36.2%), merawat pasien selama <3 tahun sebanyak 41 responden (25.6%), merawat pasien selama 6-10 tahun sebanyak 31 responden (19.4%), merawat pasien selama 3-5 tahun sebanyak 30 responden (18.8%).

#### 8. Karakteristik Berdasarkan Usia Pasien

Tabel 5. 8 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Usia Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Usia Pasien</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Remaja	44	27.5%
Dewasa	69	43.1%
Lansia	43	26.9%
Lansia lanjut	4	2.5%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.8 diperoleh bahwa mayoritas usia pasien yang dirawat keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini terdapat usia dewasa sebanyak 69 responden (43.1%), usia remaja sebanyak 44 responden (27.5%), lansia sebanyak 43 responden (26.9%), usia lansia lanjut sebanyak 4 responden (2.5%).

#### 9. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin pasien

Tabel 5. 9 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Jenis Kelamin Pasien</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Laki-laki	91	56.9%
Perempuan	69	43.1%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.9 diperoleh bahwa dari 160 responden, keluarga pasien merawat pasien rata-rata jenis kelamin laki-laki sebanyak 91 responden (56.9%) dan pasien jenis kelamin perempuan sebanyak 69 responden (43.1%).

#### 10. Karakteristik Responden Berdasarkan Rutinitas Berobat

Tabel 5. 10 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Rutinitas Berobat Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Rutinitas Berobat</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Rutin	156	97.5%
Tidak Rutin	4	2.5%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.10 menunjukkan bahwa pasien yang rutin berobat sebanyak 156 responden (97.5%) dan pasien yang tidak rutin berobat sebanyak 4 responden (2.5%).

#### 5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

##### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Fungsi Keluarga

Tabel 5. 11 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Fungsi Keluarga Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Fungsi Keluarga</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Rendah	13	8.1%
Sedang	61	38.1%
Tinggi	86	53.8%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 160 responden yang mempunyai fungsi keluarga tinggi sebanyak 86 responden (53.8%), fungsi keluarga sedang sebanyak 61 responden (38.1%), dan fungsi keluarga rendah sebanyak 13 responden (8.1%).

##### 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia

Tabel 5. 12 Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli 2022 (n=160)

<b>Kesejahteraan Psikologis</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Persen (%)</b>
Rendah	23	14.4%
Sedang	62	38.8%
Tinggi	75	46.9%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 160 responden yang mempunyai kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 75 responden (46.9%), kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 62 responden (38.8%), dan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 23 responden (14.4%).

3. Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis  
*Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah  
Provinsi Jawa Timur

Tabel 5. 13 Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis  
*Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur  
Pemerintah Provinsi Jawa Timur Pada Tanggal 7 Juli – 20 Juli  
2022 (n=160)

Fungsi Keluarga	Kesejahteraan Psikologis			
	Rendah	Sedang	Tinggi	Total
Rendah	0 0.0%	2 1.2%	11 6.9%	13 8.1%
Sedang	13 8.1%	15 9.4%	33 20.6%	61 38.1%
Tinggi	10 6.2%	45 28.1%	31 19.4%	86 53.8%
<b>Total</b>	23 14.4%	62 38.8%	75 46.9%	160 100.0%

Berdasarkan tabel 5.13 dapat dilihat dari 160 responden, fungsi keluarga tinggi berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 45 responden (28.1%), fungsi keluarga sedang berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 33 responden (20.6%), fungsi keluarga tinggi berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 31 responden (19.4%), fungsi keluarga sedang berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 15 responden (9.4%), fungsi keluarga sedang berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 13 responden (8.1%), fungsi keluarga rendah berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 11 responden (6.9%), fungsi keluarga tinggi berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 10 responden (6.2%), fungsi keluarga rendah berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 2 responden

(1.2%), dan tidak ada fungsi keluarga rendah berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis rendah.

Berdasarkan hasil uji statistik *Spearman Rho* memperoleh hasil 0,012 ( $P\text{-Value} \leq 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Fungsi Keluarga Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur**

#### **Pemerintah Provinsi Jawa Timur**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan fungsi keluarga pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur secara keseluruhan memiliki fungsi keluarga yang tinggi sebanyak 86 responden (53.8%), sedangkan sisanya memiliki fungsi keluarga sedang sebanyak 61 responden (38.1%), dan fungsi keluarga rendah sebanyak 13 responden (8.1%).

Fungsi keluarga memainkan peran penting dalam pengembangan dan pengobatan skizofrenia. Fungsi keluarga yang baik dapat mengurangi tingkat kekambuhan dan meningkatkan prognosis skizofrenia. Fungsi keluarga memiliki efek mediasi positif pada kepatuhan obat pada orang yang hidup dengan skizofrenia (Wang et al., 2020). Menurut (Epstein et al., 1983) perangkat penilaian keluarga mencakup tujuh dimensi, termasuk enam subskala. Ketujuh dimensi tersebut adalah (1) problem solving (PS) yaitu ketika mempertahankan tingkat fungsi keluarga yang efektif, kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah mengacu pada kemampuan untuk memecahkan masalah yang mengancam integritas dan kapasitas

fungsional keluarga; (2) komunikasi (CM) mengacu pada pertukaran informasi anggota keluarga, dengan fokus pada apakah isi dari informasi verbal jelas dan apakah informasi tersebut disampaikan secara langsung; (3) peran (RL) mengacu pada keluarga dan apakah model perilaku untuk menyelesaikan serangkaian fungsi keluarga ditetapkan, apakah pembagian tugas jelas dan adil, dan apakah anggota keluarga telah menyelesaikan tugas dengan serius; (4) afektif responsiveness (AR) menilai sejauh mana respon emosional anggota keluarga terhadap rangsangan; (5) keterlibatan afektif (Afektif) menilai sejauh mana anggota keluarga peduli dan menghargai aktivitas dan kepemilikan satu sama lain; (6) kontrol perilaku (BC) menilai apakah sebuah keluarga memiliki mode kontrol perilaku yang berbeda dalam situasi yang berbeda; (7) fungsi umum (GF) mengacu pada evaluasi keseluruhan fungsi keluarga (Wang et al., 2020).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa fungsi keluarga juga bisa dipengaruhi oleh usia keluarga yang merawat, dengan hasil terbanyak terdapat pada usia lansia dengan fungsi keluarga tinggi berjumlah 51 responden (31.9%), usia dewasa dengan fungsi keluarga sedang berjumlah 29 responden (18.1%), usia lansia dengan fungsi keluarga tinggi berjumlah 26 responden (16.2%), usia dewasa dengan fungsi keluarga sedang berjumlah 21 responden (13.1%). Penelitian yang dilakukan oleh (Pramana et al., 2018) menunjukkan bahwa usia responden dalam rentang usia lansia awal. Masa lansia awal merupakan proses terjadinya perubahan, baik secara fisik, intelektual, maupun secara peran dalam hubungan sosialnya. Masa lansia memiliki tugas perkembangan yang lebih berat, responden dituntut lebih bertanggung jawab terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain di lingkungan sosial dan masyarakat. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, Sebagian besar usia

responden di RSJ Menur Surabaya dalam kategori lansia awal karena sebagian besar hubungan responden dengan pasien adalah orang tua pasien, suami atau istri dari pasien. Dalam hal ini responden mampu menjalankan tugas dan peran yang dimiliki serta rasa tanggung jawab untuk membawa anggota keluarga yang sakit untuk mendapatkan pengobatan.

Fungsi keluarga juga dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, keluarga berjenis kelamin perempuan dengan fungsi keluarga tinggi sebanyak 57 responden (35.6%), keluarga berjenis kelamin perempuan dengan fungsi keluarga sedang sebanyak 34 responden (21.2%), keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan fungsi keluarga tinggi sebanyak 29 responden (18.1%), keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan fungsi keluarga sedang sebanyak 27 responden (16.9%), keluarga berjenis kelamin perempuan dengan fungsi keluarga rendah sebanyak 8 responden (5.0%), dan keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan fungsi keluarga rendah sebanyak 5 responden (3.1%). Hal ini sesuai dengan (Takano & Arai, 2005) bahwa perempuan memiliki kecenderungan untuk menginginkan keharmonisan dalam hubungan keluarga. Perempuan beranggapan bahwa dengan memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit merupakan tanggung jawab alami. Namun perempuan menjadi rentan terhadap tuntutan persaingan dan sebagai akibatnya mengalami penurunan kesejahteraan psikologis (Hsiao & Tsai, 2015).

Berdasarkan penelitian fungsi keluarga juga dapat dipengaruhi oleh pendidikan terakhir keluarga yang mengasuh pasien dengan kriteria pendidikan terakhir SMA dengan fungsi keluarga sedang sebanyak 35 responden (21.9%), pendidikan terakhir SMA dengan fungsi keluarga tinggi sebanyak 33 responden (20.6%), Pendidikan terakhir perguruan tinggi dengan fungsi keluarga tinggi

sebanyak 19 responden (11.9%), Pendidikan terakhir SD dengan fungsi keluarga tinggi sebanyak 16 responden (10.0%). Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan adalah salah satu proses perubahan tingkah laku, pendidikan merupakan suatu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku dan mendewasakan seseorang, sehingga dapat memilih dan membuat keputusan dengan lebih tepat. Dengan pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi dan ide-ide baru, termasuk menerima kondisi dan keadaan yang sedang terjadi. Pendapat ini sesuai dengan penelitian (Pramana et al., 2018) pendidikan responden yang baik akan membuat seseorang lebih mudah dalam menerima kondisi keluarganya yang sedang mengalami gangguan jiwa. Keluarga akan membawa pasien untuk mendapatkan pengobatan, responden akan termotivasi untuk kesembuhan dan mencegah kekambuhan pada anggota keluarganya. Fungsi keluarga dapat memberikan petunjuk pada asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga untuk memenuhi kebutuhan individu dan keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia (Yu et al., 2019).

Orang dengan skizofrenia memerlukan bantuan pengobatan tenaga medis dan penanganan yang tepat melalui keluarga agar bisa mencapai kondisi yang lebih baik. Fungsi keluarga berperan sangat penting dalam proses kesembuhan pasien skizofrenia. Seperti yang terdapat pada penelitian (Rosdiana, 2018) dukungan dari keluarga dan lingkungan sangat dibutuhkan oleh orang dengan skizofrenia, akan tetapi jika pada saat di rumah dukungan dan fungsi keluarga tidak berjalan dengan baik maka hal tersebut dapat menghambat proses penyembuhan orang dengan skizofrenia.

## **5.2.2 Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur**

Hasil penelitian didapatkan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia secara keseluruhan terbanyak dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 75 responden (46.9%). Terdapat juga kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 62 responden (38.8%) dan responden yang memiliki kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 23 responden (14.4%).

Berdasarkan penelitian kesejahteraan psikologis *caregiver* juga dapat dipengaruhi oleh usia keluarga yang merawat, dengan hasil terbanyak pada usia lansia dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 43 responden (26.9%), usia lansia dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 28 responden (17.5%), dan usia dewasa dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 25 responden (15.6%). Hal ini sesuai berdasarkan penelitian (Ryff & Keyes, 1995) yang menjelaskan bahwa usia berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis individu terutama dalam dimensi lingkungan. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia seseorang maka semakin mengetahui kondisi yang terbaik bagi dirinya. Kesejahteraan psikologis yang merupakan fungsi psikologis positif seseorang tentunya akan menunjukkan tingkat yang tinggi jika mampu menahan stressor, mampu menggunakan otonomi, memiliki sikap positif terhadap diri sendiri, memiliki tujuan hidup, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, dan mampu berhubungan dengan orang lain. Hal ini dapat dikatakan bahwa untuk mencapai kesejahteraan psikologis yang tinggi tidak dapat diukur dengan seberapa matang seseorang, tetapi melalui setiap keberhasilan pencapaian dimensi kesejahteraan psikologis itu sendiri. Oleh karena itu, ketika *caregiver* pasien skizofrenia mampu

mencapai setiap dimensi kesejahteraan psikologis, maka akan menunjukkan pencapaian fungsi psikologis positif yang selanjutnya akan mempengaruhi kualitas perawatan yang akan diterima pasien (Hadiya et al., 2018)

Kesejahteraan psikologis juga dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin keluarga, keluarga dengan jenis kelamin perempuan yang memiliki kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 49 responden (30.6%), keluarga berjenis kelamin perempuan dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 37 responden (23.1%), keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 26 responden (16.2%), keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 25 responden (15.6%), keluarga berjenis kelamin perempuan dengan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 13 responden (8.1%), keluarga berjenis kelamin laki-laki dengan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 10 responden (6.2%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Pinquart, 2001) bahwa rata-rata jenis kelamin yang mengalami kesejahteraan psikologis rendah adalah perempuan yang disebabkan karena perempuan memasuki usia tua dan mengalami kelemahan dalam finansial dibanding ketika masih muda.

Kesejahteraan psikologis juga dapat dipengaruhi oleh pendidikan terakhir keluarga yang merawat pasien dengan kriteria pendidikan terakhir SMA dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 31 responden (19.4%), pendidikan terakhir SMA dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 28 responden (17.5%), pendidikan terakhir SMP dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 23 responden (14.4%), pendidikan terakhir perguruan tinggi dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 14 responden (8.8%), pendidikan terakhir

SMA dengan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 13 responden (8.1%), pendidikan terakhir SD dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 10 responden (6.2%). Hasil ini sejalan dengan penelitian (Li et al., 2007) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan terhadap kesejahteraan psikologis *caregiver*. Tingkat Pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam kehidupan mereka. Ketika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, maka mereka juga akan mendapatkan pendapatan yang tinggi, dan diharapkan memiliki pengetahuan yang lebih untuk dapat mengurangi stress yang mereka alami selama merawat orang dengan skizofrenia (Chen et al., 2004).

Masalah yang ditimbulkan dari fungsi keluarga sebagai *caregiver* akan mengakibatkan diri *caregiver* tidak dapat memenuhi fungsinya secara optimum, dimana hal ini berkaitan dengan kesejahteraan psikologisnya. *Psychological well-being* atau kesejahteraan psikologis merupakan gambaran kesehatan psikologis individu berdasarkan pemenuhan kriteria fungsi psikologis positif individu, yaitu penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi. Adanya perasaan sejahtera dalam diri akan membuat individu untuk mampu bertahan serta memaknai kesulitan yang dialami sebagai pengalaman hidupnya. Kesejahteraan psikologis dapat menjadi indikator status kesehatan mental *caregiver*. Kesehatan mental *caregiver* ditandai dengan tingkat stabilitas dan kemantapan kesejahteraan psikologis. Meskipun *caregiver* tidak selalu dapat menjaga kondisi kesehatan mental dalam keadaan stabil (Latipun et al., 2019).

### **5.2.3 Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Caregiver Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur**

Berdasarkan dari hasil penelitian terlihat bahwa dari 160 responden yang memiliki fungsi keluarga tinggi dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 45 responden (28.1%), fungsi keluarga sedang dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 33 responden (20.6%), fungsi keluarga tinggi dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 31 responden (19.4%), fungsi keluarga sedang dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 15 responden (9.4%), fungsi keluarga sedang dengan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 13 responden (8.1%), fungsi keluarga rendah dengan kesejahteraan psikologis tinggi sebanyak 11 responden (6.9%), fungsi keluarga tinggi dengan kesejahteraan psikologis rendah sebanyak 10 responden (6.2%), fungsi keluarga rendah dengan kesejahteraan psikologis sedang sebanyak 2 responden (1.2%), dan tidak ada fungsi keluarga rendah dengan kesejahteraan psikologis rendah.

Fungsi keluarga yang sehat secara umum memprediksi kualitas hidup yang lebih tinggi pada *caregiver*. Karena ketegangan yang mungkin berasal dari merawat seseorang dengan skizofrenia, ketidaksepakatan, perubahan peran, konflik dan bahkan situasi kekerasan dapat muncul yang dapat menurunkan kualitas hidup *caregiver* dan anggota keluarga lainnya dari waktu ke waktu jika tidak diselesaikan (Ribé et al., 2018). Kesejahteraan psikologis yang buruk pada *caregiver* pasien skizofrenia adalah masalah sosial yang serius dan perlu ditangani dengan cara yang sesuai. Beban pemberian perawatan adalah stresor multifaset yang menciptakan

beban tingkat tinggi yang berkontribusi terhadap menurunnya kesejahteraan psikologis (Ehsan et al., 2018)

Penderita skizofrenia tentunya membutuhkan dukungan dan pengobatan jangka panjang yang dapat memberatkan bagi caregiver yang secara teratur tinggal, berinteraksi, dan membantu aktivitas sehari-hari pasien. Menjalankan peran sebagai *caregiver* skizofrenia bukanlah tugas yang mudah karena dapat berdampak pada kehidupan pribadi. *Caregiver* skizofrenia dapat mengalami stres yang dapat menyebabkan kualitas hidup yang buruk jika mereka tidak mampu mengatasi stres selama perawatan. Dalam hal ini, caregiver harus mampu mengatasi stressor yang selanjutnya akan mempengaruhi kualitas kesejahteraan psikologisnya (Hadiya et al., 2018). Kesejahteraan psikologis dapat menjadi indikator status kesehatan mental *caregiver*. Jika *caregiver* memiliki kondisi mental yang baik, pengobatan yang diberikan kepada penderita penyakit skizofrenia akan memiliki kualitas yang memadai dan baik (Latipun et al., 2019).

Hasil uji statistic dengan menggunakan Uji *Spearman Rho* diperoleh hasil  $p = 0,012$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $p \text{ value} \leq 0,05$  yang berarti terdapat hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Berdasarkan hasil penelitian dijelaskan bahwa terdapat hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Asumsi peneliti beberapa responden menyatakan bahwa ada yang merasa putus asa selama menjadi *caregiver*, hal ini berdampak pada kesejahteraan psikologisnya. Beberapa keluarga

pasien juga mengatakan bahwa tidak tertarik dengan kegiatan yang meningkatkan wawasan karena rendahnya factor Pendidikan. Terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver*, salah satunya yaitu faktor-faktor demografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama merawat, dll). Hal ini dapat peneliti simpulkan bahwa semakin tinggi keberfungsian keluarga maka semakin tinggi juga tingkat kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia.

### **5.3 Keterbatasan**

1. Peneliti sangat sulit untuk mendapatkan 160 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi karena kebanyakan yang datang untuk kontrol adalah pasiennya sendiri sedangkan peneliti memerlukan keluarga untuk diwawancara dan mengisi kuisisioner adapun keluarga yang mengantar menolak untuk menjadi responden dan mengisi kuisisionernya.
2. Beberapa keluarga ada yang tidak bersedia untuk menjadi reponden penelitian.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Simpulan**

1. Fungsi keluarga *caregiver* pasien skizofrenia memiliki rata-rata fungsi keluarga tinggi dalam merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
2. Kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia memiliki kesejahteraan psikologis tinggi dalam merawat pasien di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
3. Ada hubungan antara fungsi keluarga dengan kesejahteraan psikologis *caregiver* pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

#### **6.2 Saran**

1. Bagi keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada keberfungsian keluarga dan kesejahteraan psikologis *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia. Keluarga yang sudah memiliki fungsi keluarga tinggi dan kesejahteraan psikologis tinggi diberi pemahaman supaya bisa mempertahankannya, sedangkan untuk keluarga dengan fungsi keluarga yang masih sedang dan rendah diberi pemahaman untuk dapat menerima anggota keluarganya begitu juga dengan kesejahteraan psikologis sedang dan rendah.

2. Bagi RSJ Menur

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan, pengetahuan, dan pengalaman dalam melakukan penelitian terhadap fungsi keluarga dan kesejahteraan psikologis *caregiver*.

3. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi di bidang keperawatan khususnya dibidang ilmu keperawatan jiwa dalam penanganan keluarga untuk merawat pasien skizofrenia.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan meneliti kasus yang sama diharapkan untuk menambah jumlah *caregiver* dan juga menggali lebih dalam lagi mengenai fungsi keluarga sebagai *caregiver* dan kesejahteraan psikologis *caregiver*, sehingga diperoleh hasil yang lebih baik lagi untuk kedepannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, A., & Rahmatika, R. (2020). Peran Dukungan Sosial bagi Kesejahteraan Psikologis Family Caregiver Orang dengan Skizofrenia (Ods) Rawat Jalan. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 13(3), 228–238. <https://doi.org/10.24156/jikk.2020.13.3.228>
- Ariesti, E. (2017). *Studi Fenomenologi: Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Lansia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Panti Werdha Pangesti Lawang*.
- Astutik, D. (2019). *Hubungan Kesepian Dengan Psychological Well-Being Pada Lansia di Kelurahan Sananwetan Kota Blitar*.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. *The Handbook of Stress and Health*, 349–364. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.CH21>
- Chen, P. S., Yang, Y. K., Liao, Y. C., Lee, Y. D., Yeh, T. L., & Chen, C. C. (2004). The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(6), 600–605. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01309.x>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2020). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, tabel 53. [www.dinkesjatengprov.go.id](http://www.dinkesjatengprov.go.id)
- Ehsan, N., Johar, N., Saleem, T., Khan, M. A., & Ghauri, S. (2018). Negative repercussions of caregiving burden: Poor psychological well-being and depression. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(6), 1452–1456. <https://doi.org/10.12669/pjms.346.15915>
- Emilia, V. (2018). Studi Kasus Penerapan Terapi Psikoneurotik Untuk Mencegah Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gejala Perilaku Kekerasan Di Yayasan Al Hafizh Sidoarjo. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Farida, A. (2018). *Hubungan Antara Self-Compassion dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Remaja*.
- Fatimah Qf. (2020). Gambaran Kesejahteraan Psikologis pada Family Caregiver Orang dengan Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Grha Atma Bandung. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 53(9), 1689–1699. [https://www.scoutsecuador.org/site/sites/default/files/%5Bbiblioteca%5D/5.1 Conservacion de alimentos y Recetas sencillas.pdf%0Ahttp://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx](https://www.scoutsecuador.org/site/sites/default/files/%5Bbiblioteca%5D/5.1%20Conservacion%20de%20alimentos%20y%20Recetas%20sencillas.pdf%0Ahttp://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx)
- Habiari, W. N. (2018). UPAYA SINGLE PARENT DALAM MERAWAT KELUARGA PSIKOTIK AKUT : HALUSINASI Di Kota Malang Tahun 2018. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

- Hadiya, Barlinto, S. ., & W Eko Kapti, R. (2018). World Journal of Advance Social Support As a Dominant Factor Influencing the Psychological Well-Being in Caregivers of Patients With. *World Journal of Advance Healthcare Research*, 2(4), 188–194.
- HawariTeori, A. D. (2012). *Etiologi Skizofrenia*. 9–25.
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2020). Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 572–583. <https://doi.org/10.1111/jpm.12608>
- Hsiao, C. Y., & Tsai, Y. F. (2015). Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11–12), 1546–1556. <https://doi.org/10.1111/jocn.12745>
- Jiraschaya Louwma, Saovakon Virasiri, P. S. (2020). *Fungsi Keluarga di antara Orang dengan Skizofrenia dalam Komunitas Konteks, Provinsi Kalasin, Thailand*. 50(3).
- Kirana, A. L. (2018). IDENTIFIKASI PENGALAMAN KELUARGA DENGAN ODGJ (ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA) DALAM MENGHADAPI STIGMA DI MASYARAKAT. *Asuhan Keperawatan Jiwa Skizofrenia*, 5–24.
- Latipun, L., Amalia, D. R., & Hasanati, N. (2019). *Relation Social Support and Psychological Well-Being among Schizophrenic Patients: Self-Care as Mediation variable?* 304(Acpch 2018), 1–5. <https://doi.org/10.2991/acpch-18.2019.1>
- Li, J., Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9(3), 192–198. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00327.x>
- Mellia Trisyani Putri, F. (2020). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Arif Zainudin Surakarta. *Asuhan Keperawatan Jiwa*, 97.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE: RELIABILITY AND VALIDITY. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(4), 345–356. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>
- Munir, M. (2020). *MONOGRAF ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR (OCB) TERHADAP KINERJA PERAWAT* (1st ed.). CV. Pena Persada.
- Naifa, A. (2021). *Menata Keluarga Sakinah Melukis Cakrawala Dunia*. [https://www.academia.edu/49695259/Menata\\_Keluarga\\_Sakinah\\_Melukis\\_Cakrawala\\_Dunia](https://www.academia.edu/49695259/Menata_Keluarga_Sakinah_Melukis_Cakrawala_Dunia)
- Pinquart, M. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age. *The Journal of Gerontology*, 56(4), 195–213. <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/56/4/P195.short>
- Pramana, Veny, E., & Ari, P. (2018). FAKTOR-FAKTOR YANG

BERHUBUNGAN DENGAN MOTIVASI KELUARGA DALAM  
MENCEGAH KEKAMBUIHAN PADA KLIEN GANGGUAN JIWA.  
*Jurnal Keperawatan.*

- Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25–33.  
<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500>
- Rohmi, F. (2020). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga*. July.
- Rosdiana. (2018). Identifikasi Peran Keluarga Penderita dalam Upaya Penanganan Gangguan Jiwa Skizofrenia Identification of the Family Role to Handling Schizophrenia Patients. *Mkmi*, 14(2), 174–180.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sari, E. P., Roudhotina, W., Rahmani, N. A., & Iqbal, M. M. (2020). Kebersyukuran, Self-Compassion, dan Kesejahteraan Psikologi pada Caregiver Skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, 16(1), 1.  
<https://doi.org/10.24014/jp.v16i1.9081>
- Shim, H., Shin, N., Stern, A., Aharon, S., Binyamin, T., Karmi, A., Rotem, D., Etgar, L., Porath, D., Pradhan, B., Kumar, G. S., Sain, S., Dalui, A., Ghorai, U. K., Pradhan, S. K., Acharya, S., Quan, L. N., Rand, B. P., Friend, R. H., ... Gmbh, Z. (2018). FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KASUS SKIZOFRENIA. *Advanced Optical Materials*, 10(1), 1–9.  
<https://doi.org/10.1103/PhysRevB.101.089902>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nantod.2015.04.009>  
<http://dx.doi.org/10.1038/s41467-018-05514-9>  
<http://dx.doi.org/10.1038/s41467-019-13856-1>  
<http://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-14365-2>  
<http://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-14365-2>
- Sovitriana, R. (2019a). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Sovitriana, R. (2019b). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. 59.
- Takano, M., & Arai, H. (2005). Gender difference and caregivers' burden in early-onset Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 5(3), 73–77.  
<https://doi.org/10.1111/J.1479-8301.2005.00096.X>
- Wallace, B. Y. T. C., Velasco, A., Lay, T., Zhang, J., Tromp, J., Tape, C., Liu, Q., Thompson, E. M., Wald, D. J., Thio, H. K., Kanamori, H., TZEΦEPHΣ, Π., Razafindrakoto, H. N. T., Martin Mai, P., Mai, P. M., Thingbaijam, K. K. S., Jordan, T. H., Juarez, A., Ji, C., ... Lavallée, D. (2016). Jurnal Gangguan Jiwa. *Bulletin of the Seismological Society of America*, 106(1), 6465–6489.  
<http://www.bssaonline.org/content/95/6/2373>  
<http://www.bssaonline.org/content/95/6/2373.short>  
<http://www.bssaonline.org/cgi/doi/10.1785/0120110286>  
<http://gji.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/gji/ggv142>  
<http://link.springer.com/10.1007/s00024-01>
- Wang, L., Fan, X. W., Zhao, X. D., Zhu, B. G., & Qin, H. Y. (2020). Correlation

analysis of the quality of family functioning and subjective quality of life in rehabilitation patients living with schizophrenia in the community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072481>

- Wina, P., & Dyah, N. (2008). Gambaran Resiliensi Caregiver Skizofrenia. *Pediatric Psychology Resilience*, 18–40.
- Yanti, R. H., Malini, H., & Netrida, N. (2019). Pengaruh terapi murottal terhadap perubahan perilaku kekerasan klien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan*, 11(3), 199–208. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i3.547>
- Yosep, H., & Sutini, T. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA* (D. WILDANI (ed.)). PT. REFIKA ADITAMA.
- Yu Andira, W. (2019). *GAMBARAN PERESEPAN OBAT PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2018*. July, 1–23.
- Yu, W., Chen, J., Hu, J., & Hu, J. C. (2019). Relationship between Mental Health and Burden among Primary Caregivers of Outpatients with Schizophrenia. *Family Process*, 58(2), 370–383. <https://doi.org/10.1111/famp.12340>

## LAMPIRAN

### LAMPIRAN

#### LAMPIRAN 1

##### *CURRICULUM VITTE*

Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani

NIM : 1810025

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 21 Maret 2000

Agama : Hindu

Email : [dewaayuindirawardhani@gmail.com](mailto:dewaayuindirawardhani@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. TK Hang Tuah 22 Candi Sidoarjo 2004 - 2006
2. SD Hang Tuah 9 Candi Sidoarjo 2006 - 2012
3. SMP Negeri 2 Sidoarjo 2012 - 2015
4. SMA Hang Tuah 5 Candi Sidoarjo 2015 – 2018

## LAMPIRAN 2

### MOTTO

“SMALL PROGRESS IS STILL PROGRESS”

### PERSEMBAHAN

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah membantu kelancaran pembuatan tugas akhir ini, saya persembahkan karya ini kepada :

1. Orang tua saya (I Dewa Made Susila dan Istiyani) yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan serta motivasi kepada saya.
2. Pembimbingku tercinta (Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Ari Susanti, S.KM.,M.Kes) yang telah meluangkan waktu dan tenaga serta memberikan ilmunya selama bimbingan kepada penulis selama proses pembuatan tugas akhir ini.
3. Terima kasih untuk diriku sendiri yang sudah bertahan dan berjuang sampai detik ini untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Tetap semangat untuk melanjutkan hidup, perjalanan masih panjang.
4. Teman-temanku (Sisi dan Niken) yang selalu memberikan semangat dan *support* satu sama lain dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. *5 Seconds Of Summer* yang selalu menemaniku melalui musik dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

## LAMPIRAN 3

### SURAT PENGAJUAN JUDUL

**LEMBAR PENGAJUAN JUDUL PENELITIAN DAN PENGAJUAN SURAT IJIN  
STUDI PENDAHULUAN / ~~PENGAMBILAN DATA PENELITIAN~~ \* coret salah satu  
MAHASISWA PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA  
TA. 2021 / 2022**

Berikut dibawah ini saya, mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya  
Surabaya :

Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani

NIM : 1810025

Mengajukan Judul Penelitian

**Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Care Giver Pasien  
Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**

Selanjutnya mohon koreksi bahwa judul yang saya ajukan BELUM/ ~~PERNAH~~ \* coret salah satu  
(diisi oleh Ka Perpustakaan) diteliti sebelumnya dan selanjutnya berkenan dikeluarkan surat ijin  
pengambilan data :

Kepada : Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Alamat : Jl. Raya Menur No. 120, Kertajaya, Kec. Gubeng, Surabaya

Tembusan :

Waktu/ Tanggal : Maret - Mei

Demikian permohonan saya.

Surabaya, 13 Januari 2022  
Mahasiswa



Dewa Ayu Indira Wardhani  
NIM 1810025

Pembimbing 1



Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP 03007

Pembimbing 2



Ari Susanti, S.KM., M.Kes  
NIP 03052

Ka Perpustakaan



Nadia O. A. Md  
NIP 03038

Ka Prodi S1 Keperawatan



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP 03010

## LAMPIRAN 4

### SURAT STUDI PENDAHULUAN



YAYASAN NALA  
*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya*  
**RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN**  
Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya  
Website : [www.stikeshangtuah-sby.ac.id](http://www.stikeshangtuah-sby.ac.id)

Surabaya, 12 Februari 2022

Nomor : B / R.07 / II / 2022 / S1KEP  
Klasifikasi : BIASA.  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan Ijin  
Studi Pendahuluan

**Kepada**  
**Yth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur**  
**Provinsi Jawa Timur**  
**Jl. Menur No. 120**  
**di**  
**Surabaya**

1. Dalam rangka penyusunan proposal Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Reguler STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2021/2022, mohon Kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya berkenan mengijinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :  
Nama : Dewa Ayu Indira Wardhani  
NIM : 1810025  
Judul penelitian : Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis Care Giver Pasien Skizofrenia Di rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

3. Mengalir dari titik dua, memperhatikan protokol pencegahan Covid-19 maka pengambilan data akan dilakukan tanpa kontak langsung dengan responden. Pengambilan data dilakukan melalui media daring antara lain: *Whatsapp*, *Google form*, dan lain-lain.

4. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

Surabaya, 12 Februari 2022  
Kaprosdi S1 Keperawatan



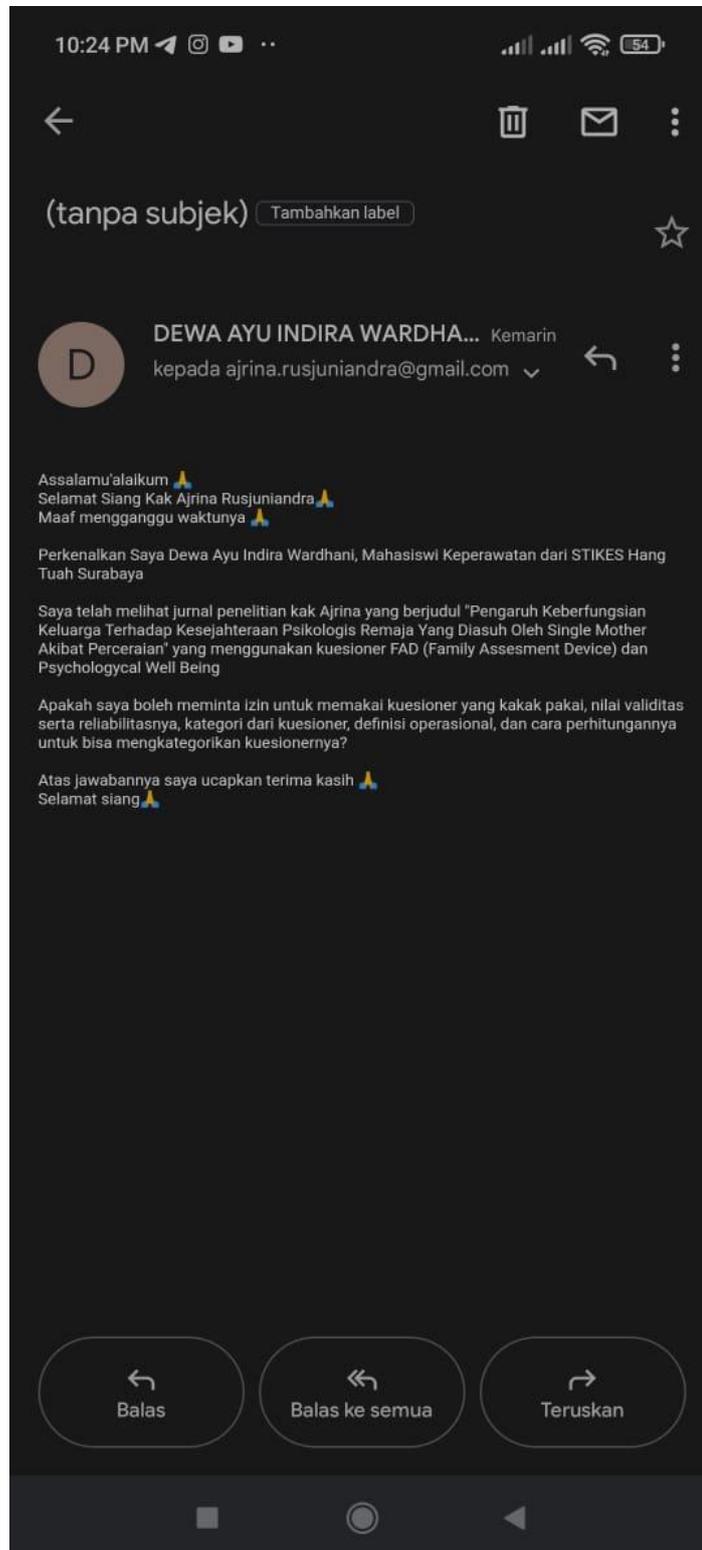
Puji Hastuti, S.Kep.Ns, M.Kep  
NIP. 03.010

**Tembusan :**

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby. (Sbg. Lap.)
3. Ka.DIKLATLIT RSJ Menur Surabaya
4. Kabid. Perawatan RSJ Menur Surabaya
5. Prodi S1 Keperawatan Sebagai Arsip

## LAMPIRAN 5

### PERMINTAAN IZIN KUESIONER



## LAMPIRAN 6

### *INFORMATION FOR CONSENT (Surat Persetujuan)*

Kepada Yth  
Sdr/i Calon Responden Penelitian  
di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan analisa Hubungan Antara Fungsi Keluarga yang berpengaruh terhadap Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif untuk memberikan masukan tentang Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sehingga keluarga dapat menghindari dan meminimalkan kecemasan tersebut dengan baik.

Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang Anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain. Partisipasi saudara bersifat bebas dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang Menjelaskan

Yang Dijelaskan

Dewa Ayu Indira W  
Nim. 1810025

\_\_\_\_\_

## LAMPIRAN 7

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Dewa Ayu Indira W

NIM : 1810025

Yang berjudul “Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiws Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tanda tangan saya di bawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Tanggal	
Nama Responden	
Tanda Tangan	

## LAMPIRAN 8

### KUESIONER

Hubungan Faktor Demografi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur..

#### DEMOGRAFI

Judul Penelitian :

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Bacalah baik-baik setiap pernyataan di bawah ini.
2. Isilah jawaban pada pertanyaan yang membutuhkan jawaban
3. Pilihlah alternatif jawaban yang sudah tersedia sesuai dengan kondisi pada diri anda, kemudian berilah tanda centang ( $\surd$ ) pada kolom yang sudah disediakan.
4. Jawaban diisi sendiri, tidak boleh diwakilkan.
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan dan kami sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

Data Responden

1. Inisial Nama : \_\_\_\_\_
2. Usia : \_\_\_\_\_ tahun
3. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
4. Status menikah :  Menikah  Belum  
 Cerai Hidup  Cerai Mati
5. Jenis Pekerjaan :  PNS  TNI / POLRI  
 Wiraswasta  Rumah Tangga  
 Tidak Bekerja  
Lainnya.....
6. Pendidikan Terakhir :  Tidak Sekolah  SMA  
 SD  S1 / Sarjana  
 SMP
7. Lama Merawat : \_\_\_\_\_ tahun

## LAMPIRAN 9

### KUESIONER FUNGSI KELUARGA

#### Petunjuk pengisian kuisisioner :

1. Pada kuisisioner ini terdapat 53 pernyataan.
2. Bacalah dengan cermat semua pernyataan yang ada di dalam kuisisioner ini.
3. Pilih jawaban yang paling anda yakini dengan memberi tanda checklist / tanda centang (√)

#### Ketentuan Jawaban :

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No.	Pernyataan	Alternatif pilihan jawaban			
		SS (4)	S (3)	TS (2)	STS (1)
	<b>Pemecahan Masalah (X6.1)</b>				
1.	Dalam keluarga saya, kami selalu menjalankan keputusan-keputusan yang diambil untuk menyelesaikan masalah				
2.	Dalam keluarga saya setelah saya mencoba menyelesaikan suatu masalah, kami akan mendiskusikan bersama apakah solusi tersebut berhasil atau tidak				
3.	Kami sekeluarga menyelesaikan hamper semua masalah emosional yang mencul				
4.	Menurut saya, keluarga kami menghadapi secara langsung masalah-masalah yang melibatkan perasaan				
5.	Kami mencoba memikirkan berbagai cara untuk menyelesaikan masalah				
	<b>Komunikasi (X6.2)</b>				
6.	Ketika ada seorang anggota keluarga yang sedang marah atau kesal, anggota keluarga yang lain tahu penyebabnya				
7.	Saya sulit memahami perasaan yang dirasakan oleh anggota keluarga dari apa yang dia katakan				
8.	Dalam keluarga kami mengatakan secara langsung tentang apa yang kami maksud				
9	Di dalam keluarga, kami berterus terang				

	terhadap satu sama lain				
10.	Dalam keluarga kami tidak saling berbicara saat sedang marah				
11	Di dalam keluarga saya terdapat kesepakatan mengenai pembagian tugas rumah tangga bagi setiap anggota keluarga				
	<b>Peran (X6.3)</b>				
12.	Ketika saya meminta salah satu anggota keluarga untuk melakukan sesuatu, saya harus memsatkan bahwa dia sudah mengerjakan pekerjaan tersebut				
13.	Kami memastikan setiap anggota keluarga menjalankan tanggungjawabnya masing-masing				
14.	Dalam keluarga kami mengatakan secara langsung tentang apa yang kami maksud				
15.	Keluarga saya mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dalam rumah tangga				
16.	Di dalam keluarga saya hanya ada sedikit waktu untuk menekuni minat-minat pribadi				
17.	Di keluarga saya kami menangis secara terbuka				
18.	Semua hal dapat diterima di dalam keluarga kami				
19.	Di dalam keluarga saya kami merasa diterima apa adanya				
	<b>Respon Afektif (X6.4)</b>				
20.	Saya merasa keluarga saya sulit menunjukkan kasih saying kepada satu sama lain				
21.	Saya merasa beberapa anggota keluarga saya tidak merespon suatu hal secara emosional				
22.	Keluarga saya tidak menunjukkan rasa cintanya satu sama lain				
23.	Dalam keluarga saya kelembutan dalam bersikap bukan merupakan hal yang utama				
24.	Di dalam keluarga kami saling menunjukkan kelembutan				
25.	Keluarga saya memiliki aturan mengenai cara bersikap saat mengalami konflik dengan orang lain				

	<b>Keterlibatan Afektif (X6.5)</b>				
26.	Ketika ada anggota keluarga yang mengalami masalah anggota keluarga lainnya berusaha untuk ikut membantu				
27.	Anda mendapatkan perhatian orang lain hanya jika ada suatu hal yang penting untuk mereka				
28.	Menurut saya anggota keluarga saya terlalu memikirkan diri sendiri				
29.	Di dalam keluarga saya kami terlibat dengan satu sama lain hanya ketika ada sesuatu yang menarik bagi kami				
30.	Dalam keluarga saya kami menunjukkan ketertarikan satu sama lain bila kami bisa mendapatkan sesuatu untuk diri kami sendiri				
31.	Kami dapat mengungkapkan perasaan-perasaan kepada satu sama lain				
32.	Ada banyak perasaan buruk dalam keluarga				
	<b>Pengendalian Perilaku (Y3.6)</b>				
33.	Di dalam keluarga saya kami dapat dengan mudah melanggar peraturan				
34.	Kami sekeluarga tidak tahu apa yang harus dilakukan ketika muncul kondisi darurat				
35.	Kami tidak memiliki harapan yang jelas mengenai kebiasaan-kebiasaan yang berkaitan dengan penampilan dan kebersihan				
36.	Kami sekeluarga tahu apa yang perlu dilakukan dalam keadaan darurat				
37.	Menurut saya kami tidak berpegang pada peraturan atau standar apapun				
38.	Anggota keluarga saya perlu diingatkan kembali jika mereka diminta untuk melakukan sesuatu				
39.	Secara umum kami merasa tidak puas dengan pembagian tugas yang ada dalam keluarga				
40.	Keluarga kami mengalami kesulitan dalam membuat keputusan				
41.	Di dalam keluarga saya terdapat aturan-aturan mengenai situasi yang berbahaya				
	<b>Keberfungsian Umum</b>				
42.	Dalam keluarga saya sulit bagi kami				

	untuk merencanakan aktivitas keluarga karena adanya kesalahpahaman pada satu sama lain				
43.	Dalam keluarga saya pada masa-masa kritis kami dapat meminta dukungan dari satu sama lain				
44.	Dalam keluarga saya, kami tidak dapat membicarakan kesedihan yang kami rasakan kepada satu sama lain				
45.	Dalam keluarga saya setiap individu diterima apa adanya				
46.	Menurut saya kami menghindari pembicaraan tentang ketakutan-ketakutan dan kekhawatiran-kekhawatiran yang kami rasakan				
47.	Dalam keluarga saya ketika kami tidak menyukai apa yang dilakukan salah seorang anggota keluarga kami akan mengatakannya				
48.	Dalam keluarga saya kami menunjukkan ketertarikan terhadap satu sama lain hanya ketika kami dapat memperoleh sesuatu darinya				
49.	Meskipun bermaksud baik kami banyak ikut campur dalam kehidupan masing-masing anggota				
50.	Di dalam keluarga saya jika ada aturan-aturan dilanggar, kami tidak tahu harus berbuat apa				
51.	Menurut saya kami mampu untuk membuat keputusan-keputusan tentang bagaimana menyelesaikan masalah				
52.	Keluarga kami hidup rukun bersama				
53.	Di dalam keluarga kami saling percaya terhadap anggota keluarga yang lain				

## LAMPIRAN 10

### KUESIONER KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS

#### Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Perhatikan setiap butir pernyataan dengan seksama
2. Jawab dan berilah tanda checklist (√) pada setiap kolom pertanyaan yang sesuai dengan perasaan anda dengan penuh kejujuran
3. Anda hanya diperbolehkan memilih satu pilihan jawaban yang tersedia pada setiap pertanyaan
4. Jawaban yang diberikan harus sesuai dengan kondisi anda

#### Ketentuan Jawaban :

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

AS : Agak Setuju

CS : Cukup Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	AS (3)	CS (4)	S (5)	SS (6)
1	Saya tidak takut menyampaikan pendapat terkait perawatan pasien, bahkan ketika bertentangan dengan pendapat orang lain						
2	Saya bertanggung jawab atas lingkungan tempat perawatan pasien						
3	Saya tidak tertarik terhadap kegiatan yang dapat meningkatkan wawasan terkait gangguan kejiwaan						
4	Orang lain memandang saya sebagai orang yang penyayang						
5	Saya menjalani kehidupan hari ini dan tidak terlalu memikirkan masa depan atau hari esok						
6	Ketika saya memikirkan masa lalu, saya bersyukur dengan kehidupan sekarang						
7	Keputusan yang saya buat tidak dipengaruhi orang lain						
8	Perawatan pasien sehari-hari sering membuat saya putus asa						
9	Memiliki pengalaman merawat pasien adalah penting untuk masa depan dan perkembangan pada diri saya						
10	Saya merasa kesulitan ketika harus mempertahankan hubungan yang baik dengan orang lain						

11	Saya memiliki arah dan tujuan dalam hidup termasuk kesembuhan pasien						
12	Saya merasa percaya diri dan positif tentang diri saya						
13	Saya mengkhawatirkan pandangan orang lain terhadap saya						
14	Saya merasa tidak cocok dengan orang-orang dilingkungan pasien dirawat						
15	Saya merasa belum berkembang menjadi pribadi yang baik dibandingkan beberapa tahun lalu						
16	Saya merasa kesepian karena hanya memiliki sedikit teman dekat untuk berbagi selama merawat pasien						
17	Saya merasa kegiatan merawat pasien sehari-hari tidak berguna						
18	Saya merasa orang lain mendapatkan sesuatu yang lebih dalam hidup dibandingkan saya (pengalaman, harta, pengetahuan)						
19	Saya mudah dipengaruhi oleh pendapat orang lain						
20	Saya mampu mengelola tanggung jawab dalam kehidupan sehari-hari dan merawat pasien						
21	Saya merasa telah berkembang dari waktu ke waktu selama merawat pasien						
22	Saya menikmati hubungan yang dekat dan hangat dengan keluarga dan teman saya						
23	Saya merasa tidak yakin dalam mencapai tujuan hidup saya serta kesembuhan pasien						
24	Saya merasa puas dengan kepribadian saya						
25	Saya yakin dengan pendapat saya terkait perawatan pasien walaupun bertentangan dengan pendapat orang lain						
26	Saya sering kewalahan dengan tanggungjawab sehari-hari termasuk perawatan pasien						
27	Saya tidak dapat beradaptasi dengan lingkungan baru						
28	Orang lain menganggap saya sebagai orang yang baik hati yang bersedia untuk berbagi waktu						
29	Saya senang membuat rencana untuk masa depan dan selalu berusaha mencapainya						
30	Saya merasa kecewa dengan keadaan hidup saya						
31	Saya sulit berpendapat dalam hal yang bersifat perdebatan						
32	Saya sulit untuk mengatur hidup saya sendiri karena harus merawat pasien						
33	Bagi saya hidup adalah proses pembelajaran, perubahan dan perkembangan						
34	Saya tidak memiliki pengalaman untuk membina hubungan						

	yang hangat dan percaya terhadap orang lain						
35	Kebanyakan orang menjalani hidup tanpa tujuan tetapi saya bukan bagian dari mereka						
36	Saya merasa tidak sebaik yang orang lain pikirkan tentang diri saya						
37	Saya menilai diri dengan hal yang saya anggap penting bukan dengan hal yang orang lain anggap penting						
38	Saya membangun masa depan dan memiliki gaya hidup sendiri yang amat saya sukai						
39	Saya tidak tertarik dalam upaya perbaikan dan perubahan pasien						
40	Saya percaya kepada teman-teman saya dan saya juga tahu bahwa mereka percaya kepada saya						
41	Terkadang saya merasa seolah-olah banyak hal yang telah saya lakukan selama merawat pasien						
42	Ketika membandingkan diri dengan teman-teman, saya merasa lebih baik dibandingkan dengan mereka karena memiliki pengalaman merawat pasien						

## LAMPIRAN 11

### Frekuensi Data Demografi

#### Frequency Table

UsiaResponden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	9	5.6	5.6	5.6
	26-45	53	33.1	33.1	38.8
	46-65	84	52.5	52.5	91.2
	>65	14	8.8	8.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

JenisKelaminResponden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	61	38.1	38.1	38.1
	perempuan	99	61.9	61.9	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	islam	156	97.5	97.5	97.5
	kristen	3	1.9	1.9	99.4
	katholik	1	.6	.6	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**PendidikanResponden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	23	14.4	14.4	14.4
	SMP	34	21.2	21.2	35.6
	SMA	72	45.0	45.0	80.6
	PT	31	19.4	19.4	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	62	38.8	38.8	38.8
	pegawai negeri	8	5.0	5.0	43.8
	swasta	47	29.4	29.4	73.1
	tni/polri	1	.6	.6	73.8
	swasta	42	26.2	26.2	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**HubunganDenganPasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ayah/ibu	50	31.2	31.2	31.2
	suami/istri	25	15.6	15.6	46.9
	anak	31	19.4	19.4	66.2
	saudara kandung	54	33.8	33.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**LamaMerawatPasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<3 tahun	41	25.6	25.6	25.6
	2-5 tahun	30	18.8	18.8	44.4
	6-10 tahun	31	19.4	19.4	63.8
	>10 tahun	58	36.2	36.2	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**UsiaPasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	44	27.5	27.5	27.5
	26-45	69	43.1	43.1	70.6
	46-65	43	26.9	26.9	97.5
	>65	4	2.5	2.5	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**JenisKelaminPasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	91	56.9	56.9	56.9
	perempuan	69	43.1	43.1	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**RutinitasBerobat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rutin	156	97.5	97.5	97.5
	tidak rutin	4	2.5	2.5	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**LAMPIRAN 12**

**Frekuensi Data Khusus**

**Statistics**

		KesejahteraanPsikologis	FungsiKeluarga
N	Valid	160	160
	Missing	0	0

**Frequency Table**

**FungsiKeluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	13	8.1	8.1	8.1
	sedang	61	38.1	38.1	46.2
	tinggi	86	53.8	53.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

**KesejahteraanPsikologis**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	23	14.4	14.4	14.4
	sedang	62	38.8	38.8	53.1
	tinggi	75	46.9	46.9	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

LAMPIRAN 13

SURAT IJIN PENELITIAN MENUR

 **PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**  
**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**  
Jl. Menur No.120. Telp. (031) 5021635-5021637 Surabaya 

Surabaya, 05 Juli 2022

Nomor : 070/3392/102.8/2022  
Sifat : Penting  
Lampiran :-  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.  
Ketua STIKES  
Hang Tuah  
di  
Surabaya

Menindaklanjuti surat Saudara tertanggal 06 Juni 2022 nomor B/R.007.b/VI/2022/SIKEP perihal seperti pada pokok surat. Dengan ini kami menerima permohonan Saudara atas nama :

Nama	Judul Penelitian
Dewa Ayu Indira Wardhani	Hubungan Antara Fungsi Keluarga Dengan Kesejahteraan Psikologis <i>Caregiver</i> Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Untuk melakukan pengambilan data di RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Dalam Pelaksanaan dimaksud, ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut ini :

1. Peneliti wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur;
2. Menyerahkan laporan hasil Penelitian sejumlah 1 (satu) eksemplar.

Demikian untuk menjadi perhatian dan kerja sama yang baik Kami sampaikan terima kasih.

**WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIK,  
PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
PROVINSI JAWA TIMUR**

  
**Dr. Erni Sriwahyuni Abdullah, Sp.KJ**  
NIP. 19790813 200804 2 001

## LAMPIRAN 14



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK**

**ETHICAL APPROVAL**

No. 070/1119/102.8/2022

**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) RS JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROTOKOL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL:**

**"HUBUNGAN ANTARA FUNGSI KELUARGA DENGAN KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS CAREGIVER PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR"**

Peneliti Utama : Dewa Ayu Indira Wardhani  
NIM : 1810025  
Institusi : S1 Keperawatan  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

### **DINYATAKAN LAIK ETIK**

Surabaya, 05 Juli 2022

**DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
PROVINSI JAWA TIMUR**



**drg. Vithia Dewi, M.Si  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19670525 199203 2 007**

**LAMPIRAN 15**

**Tabulasi Silang Data Khusus FUNGSI KELUARGA dengan KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS**

**FungsiKeluarga \* KesejahteraanPsikologis Crosstabulation**

			KesejahteraanPsikologis			Total
			rendah	sedang	tinggi	
FungsiKeluarga	rendah	Count	0	2	11	13
		% within FungsiKeluarga	.0%	15.4%	84.6%	100.0%
		% within KesejahteraanPsikologis	.0%	3.2%	14.7%	8.1%
		% of Total	.0%	1.2%	6.9%	8.1%
	sedang	Count	13	15	33	61
		% within FungsiKeluarga	21.3%	24.6%	54.1%	100.0%
		% within KesejahteraanPsikologis	56.5%	24.2%	44.0%	38.1%
		% of Total	8.1%	9.4%	20.6%	38.1%
	tinggi	Count	10	45	31	86
		% within FungsiKeluarga	11.6%	52.3%	36.0%	100.0%
		% within KesejahteraanPsikologis	43.5%	72.6%	41.3%	53.8%
		% of Total	6.2%	28.1%	19.4%	53.8%
Total	Count	23	62	75	160	
	% within FungsiKeluarga	14.4%	38.8%	46.9%	100.0%	
	% within KesejahteraanPsikologis	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	14.4%	38.8%	46.9%	100.0%	

**LAMPIRAN 16****Tabulasi Silang Data Demografi dengan Data Khusus****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
FK * UR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * JKR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * A	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * PR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * PKR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * HDP	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * LMP	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * UPX	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * JKPX	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
FK * RB	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%

Fungsi Keluarga \* Usia Responden Crosstab

			UR				Total
			18-25	26-45	46-65	>65	
FK	rendah	Count	1	6	4	2	13
		% within FK	7.7%	46.2%	30.8%	15.4%	100.0%
		% within UR	11.1%	11.3%	4.8%	14.3%	8.1%
		% of Total	.6%	3.8%	2.5%	1.2%	8.1%
	sedang	Count	3	21	29	8	61
		% within FK	4.9%	34.4%	47.5%	13.1%	100.0%
		% within UR	33.3%	39.6%	34.5%	57.1%	38.1%
		% of Total	1.9%	13.1%	18.1%	5.0%	38.1%
	tinggi	Count	5	26	51	4	86
		% within FK	5.8%	30.2%	59.3%	4.7%	100.0%
		% within UR	55.6%	49.1%	60.7%	28.6%	53.8%
		% of Total	3.1%	16.2%	31.9%	2.5%	53.8%
Total	Count	9	53	84	14	160	
	% within FK	5.6%	33.1%	52.5%	8.8%	100.0%	
	% within UR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	5.6%	33.1%	52.5%	8.8%	100.0%	

**Fungsi Keluarga \* Jenis Kelamin Responden Crosstab**

			JKR		Total
			laki-laki	perempuan	
FK	rendah	Count	5	8	13
		% within FK	38.5%	61.5%	100.0%
		% within JKR	8.2%	8.1%	8.1%
		% of Total	3.1%	5.0%	8.1%
	sedang	Count	27	34	61
		% within FK	44.3%	55.7%	100.0%
		% within JKR	44.3%	34.3%	38.1%
		% of Total	16.9%	21.2%	38.1%
	tinggi	Count	29	57	86
		% within FK	33.7%	66.3%	100.0%
		% within JKR	47.5%	57.6%	53.8%
		% of Total	18.1%	35.6%	53.8%
Total	Count	61	99	160	
	% within FK	38.1%	61.9%	100.0%	
	% within JKR	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	38.1%	61.9%	100.0%	

Fungsi Keluarga \* Agama Crosstab

			A			Total
			islam	krsiten	katholik	
FK	rendah	Count	13	0	0	13
		% within FK	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within A	8.3%	.0%	.0%	8.1%
		% of Total	8.1%	.0%	.0%	8.1%
	sedang	Count	58	2	1	61
		% within FK	95.1%	3.3%	1.6%	100.0%
		% within A	37.2%	66.7%	100.0%	38.1%
		% of Total	36.2%	1.2%	.6%	38.1%
	tinggi	Count	85	1	0	86
		% within FK	98.8%	1.2%	.0%	100.0%
		% within A	54.5%	33.3%	.0%	53.8%
		% of Total	53.1%	.6%	.0%	53.8%
Total	Count	156	3	1	160	
	% within FK	97.5%	1.9%	.6%	100.0%	
	% within A	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	97.5%	1.9%	.6%	100.0%	

Fungsi Keluarga \* Pendidikan Terakhir Crosstab

			PR				Total
			sd	smp	sma	pt	
FK rendah	Count	1	6	4	2	13	
	% within FK	7.7%	46.2%	30.8%	15.4%	100.0%	
	% within PR	4.3%	17.6%	5.6%	6.5%	8.1%	
	% of Total	.6%	3.8%	2.5%	1.2%	8.1%	
sedang	Count	6	10	35	10	61	
	% within FK	9.8%	16.4%	57.4%	16.4%	100.0%	
	% within PR	26.1%	29.4%	48.6%	32.3%	38.1%	
	% of Total	3.8%	6.2%	21.9%	6.2%	38.1%	
tinggi	Count	16	18	33	19	86	
	% within FK	18.6%	20.9%	38.4%	22.1%	100.0%	
	% within PR	69.6%	52.9%	45.8%	61.3%	53.8%	
	% of Total	10.0%	11.2%	20.6%	11.9%	53.8%	
Total	Count	23	34	72	31	160	
	% within FK	14.4%	21.2%	45.0%	19.4%	100.0%	
	% within PR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	14.4%	21.2%	45.0%	19.4%	100.0%	

Fungsi Keluarga \* Pekerjaan Crosstab

		PKR					Total	
		tidakbekerja	pegawainegeri	swasta	wiraswasta	wiraswasta		
F K	rendah	Count	3	0	7	0	3	13
		% within FK	23.1%	.0%	53.8%	.0%	23.1%	100.0%
		% within PKR	4.8%	.0%	14.9%	.0%	7.1%	8.1%
		% of Total	1.9%	.0%	4.4%	.0%	1.9%	8.1%
sedang		Count	22	1	18	0	20	61
		% within FK	36.1%	1.6%	29.5%	.0%	32.8%	100.0%
		% within PKR	35.5%	12.5%	38.3%	.0%	47.6%	38.1%
		% of Total	13.8%	.6%	11.2%	.0%	12.5%	38.1%
Tinggi		Count	37	7	22	1	19	86
		% within FK	43.0%	8.1%	25.6%	1.2%	22.1%	100.0%
		% within PKR	59.7%	87.5%	46.8%	100.0%	45.2%	53.8%
		% of Total	23.1%	4.4%	13.8%	.6%	11.9%	53.8%
Total		Count	62	8	47	1	42	160
		% within FK	38.8%	5.0%	29.4%	.6%	26.2%	100.0%
		% within PKR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	38.8%	5.0%	29.4%	.6%	26.2%	100.0%

**Fungsi Keluarga \* Hubungan Dengan Pasien Crosstab**

		HDP				Total
		ayah/ibu	suami/istri	anak	saudarakandung	
FK rendah	Count	3	3	3	4	13
	% within FK	23.1%	23.1%	23.1%	30.8%	100.0%
	% within HDP	6.0%	12.0%	9.7%	7.4%	8.1%
	% of Total	1.9%	1.9%	1.9%	2.5%	8.1%
sedang	Count	19	7	13	22	61
	% within FK	31.1%	11.5%	21.3%	36.1%	100.0%
	% within HDP	38.0%	28.0%	41.9%	40.7%	38.1%
	% of Total	11.9%	4.4%	8.1%	13.8%	38.1%
tinggi	Count	28	15	15	28	86
	% within FK	32.6%	17.4%	17.4%	32.6%	100.0%
	% within HDP	56.0%	60.0%	48.4%	51.9%	53.8%
	% of Total	17.5%	9.4%	9.4%	17.5%	53.8%
Total	Count	50	25	31	54	160
	% within FK	31.2%	15.6%	19.4%	33.8%	100.0%
	% within HDP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	31.2%	15.6%	19.4%	33.8%	100.0%

Fungsi Keluarga \* Lama Merawat Pasien Crosstab

			LMP				Total
			<3 tahun	2-5 tahun	6-10 tahun	>10 tahun	
FK rendah	Count	1	2	2	8	13	
	% within FK	7.7%	15.4%	15.4%	61.5%	100.0%	
	% within LMP	2.4%	6.7%	6.5%	13.8%	8.1%	
	% of Total	.6%	1.2%	1.2%	5.0%	8.1%	
sedang	Count	16	14	8	23	61	
	% within FK	26.2%	23.0%	13.1%	37.7%	100.0%	
	% within LMP	39.0%	46.7%	25.8%	39.7%	38.1%	
	% of Total	10.0%	8.8%	5.0%	14.4%	38.1%	
tinggi	Count	24	14	21	27	86	
	% within FK	27.9%	16.3%	24.4%	31.4%	100.0%	
	% within LMP	58.5%	46.7%	67.7%	46.6%	53.8%	
	% of Total	15.0%	8.8%	13.1%	16.9%	53.8%	
Total	Count	41	30	31	58	160	
	% within FK	25.6%	18.8%	19.4%	36.2%	100.0%	
	% within LMP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	25.6%	18.8%	19.4%	36.2%	100.0%	

Fungsi Keluarga \* Usia Pasien Crosstab

			UPX				Total
			18-25	26-45	46-65	>65	
FK rendah	Count	4	5	4	0	13	
	% within FK	30.8%	38.5%	30.8%	.0%	100.0%	
	% within UPX	9.1%	7.2%	9.3%	.0%	8.1%	
	% of Total	2.5%	3.1%	2.5%	.0%	8.1%	
sedang	Count	16	29	15	1	61	
	% within FK	26.2%	47.5%	24.6%	1.6%	100.0%	
	% within UPX	36.4%	42.0%	34.9%	25.0%	38.1%	
	% of Total	10.0%	18.1%	9.4%	.6%	38.1%	
tinggi	Count	24	35	24	3	86	
	% within FK	27.9%	40.7%	27.9%	3.5%	100.0%	
	% within UPX	54.5%	50.7%	55.8%	75.0%	53.8%	
	% of Total	15.0%	21.9%	15.0%	1.9%	53.8%	
Total	Count	44	69	43	4	160	
	% within FK	27.5%	43.1%	26.9%	2.5%	100.0%	
	% within UPX	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	27.5%	43.1%	26.9%	2.5%	100.0%	

**Fungsi Keluarga \* Jenis Kelamin Pasien Crosstab**

			JKPX		Total
			laki-laki	perempuan	
FK rendah	Count	5	8	13	
	% within FK	38.5%	61.5%	100.0%	
	% within JKPX	5.5%	11.6%	8.1%	
	% of Total	3.1%	5.0%	8.1%	
sedang	Count	40	21	61	
	% within FK	65.6%	34.4%	100.0%	
	% within JKPX	44.0%	30.4%	38.1%	
	% of Total	25.0%	13.1%	38.1%	
tinggi	Count	46	40	86	
	% within FK	53.5%	46.5%	100.0%	
	% within JKPX	50.5%	58.0%	53.8%	
	% of Total	28.8%	25.0%	53.8%	
Total	Count	91	69	160	
	% within FK	56.9%	43.1%	100.0%	
	% within JKPX	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	56.9%	43.1%	100.0%	

**Fungsi Keluarga \* Rutinitas Berobat Crosstab**

			RB		Total
			rutin	tidak rutin	
FK rendah	Count	12	1	13	
	% within FK	92.3%	7.7%	100.0%	
	% within RB	7.7%	25.0%	8.1%	
	% of Total	7.5%	.6%	8.1%	
sedang	Count	59	2	61	
	% within FK	96.7%	3.3%	100.0%	
	% within RB	37.8%	50.0%	38.1%	
	% of Total	36.9%	1.2%	38.1%	
tinggi	Count	85	1	86	
	% within FK	98.8%	1.2%	100.0%	
	% within RB	54.5%	25.0%	53.8%	
	% of Total	53.1%	.6%	53.8%	
Total	Count	156	4	160	
	% within FK	97.5%	2.5%	100.0%	
	% within RB	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	97.5%	2.5%	100.0%	

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KP * UR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * JKR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * A	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * PR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * PKR	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * HDP	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * LMP	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * UPX	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * JKPX	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%
KP * RB	160	100.0%	0	.0%	160	100.0%

**Kesejahteraan Psikologis \* Usia Responden Crosstab**

			UR				Total
			18-25	26-45	46-65	>65	
KP rendah	Count	0	8	13	2	23	
	% within KP	.0%	34.8%	56.5%	8.7%	100.0%	
	% within UR	.0%	15.1%	15.5%	14.3%	14.4%	
	% of Total	.0%	5.0%	8.1%	1.2%	14.4%	
sedang	Count	7	20	28	7	62	
	% within KP	11.3%	32.3%	45.2%	11.3%	100.0%	
	% within UR	77.8%	37.7%	33.3%	50.0%	38.8%	
	% of Total	4.4%	12.5%	17.5%	4.4%	38.8%	
tinggi	Count	2	25	43	5	75	
	% within KP	2.7%	33.3%	57.3%	6.7%	100.0%	
	% within UR	22.2%	47.2%	51.2%	35.7%	46.9%	
	% of Total	1.2%	15.6%	26.9%	3.1%	46.9%	
Total	Count	9	53	84	14	160	
	% within KP	5.6%	33.1%	52.5%	8.8%	100.0%	
	% within UR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	5.6%	33.1%	52.5%	8.8%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Jenis Kelamin Responden Crosstab**

			JKR		Total
			laki-laki	perempuan	
KP rendah	Count	10	13	23	
	% within KP	43.5%	56.5%	100.0%	
	% within JKR	16.4%	13.1%	14.4%	
	% of Total	6.2%	8.1%	14.4%	
sedang	Count	25	37	62	
	% within KP	40.3%	59.7%	100.0%	
	% within JKR	41.0%	37.4%	38.8%	
	% of Total	15.6%	23.1%	38.8%	
tinggi	Count	26	49	75	
	% within KP	34.7%	65.3%	100.0%	
	% within JKR	42.6%	49.5%	46.9%	
	% of Total	16.2%	30.6%	46.9%	
Total	Count	61	99	160	
	% within KP	38.1%	61.9%	100.0%	
	% within JKR	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	38.1%	61.9%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Agama Crosstab**

			A			Total
			islam	krsiten	katholik	
KP rendah	Count	22	1	0	23	
	% within KP	95.7%	4.3%	.0%	100.0%	
	% within A	14.1%	33.3%	.0%	14.4%	
	% of Total	13.8%	.6%	.0%	14.4%	
sedang	Count	60	1	1	62	
	% within KP	96.8%	1.6%	1.6%	100.0%	
	% within A	38.5%	33.3%	100.0%	38.8%	
	% of Total	37.5%	.6%	.6%	38.8%	
tinggi	Count	74	1	0	75	
	% within KP	98.7%	1.3%	.0%	100.0%	
	% within A	47.4%	33.3%	.0%	46.9%	
	% of Total	46.2%	.6%	.0%	46.9%	
Total	Count	156	3	1	160	
	% within KP	97.5%	1.9%	.6%	100.0%	
	% within A	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	97.5%	1.9%	.6%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Pendidikan Terakhir Crosstab**

			PR				Total
			sd	smp	sma	pt	
KP rendah	Count	3	2	13	5	23	
	% within KP	13.0%	8.7%	56.5%	21.7%	100.0%	
	% within PR	13.0%	5.9%	18.1%	16.1%	14.4%	
	% of Total	1.9%	1.2%	8.1%	3.1%	14.4%	
sedang	Count	10	9	31	12	62	
	% within KP	16.1%	14.5%	50.0%	19.4%	100.0%	
	% within PR	43.5%	26.5%	43.1%	38.7%	38.8%	
	% of Total	6.2%	5.6%	19.4%	7.5%	38.8%	
tinggi	Count	10	23	28	14	75	
	% within KP	13.3%	30.7%	37.3%	18.7%	100.0%	
	% within PR	43.5%	67.6%	38.9%	45.2%	46.9%	
	% of Total	6.2%	14.4%	17.5%	8.8%	46.9%	
Total	Count	23	34	72	31	160	
	% within KP	14.4%	21.2%	45.0%	19.4%	100.0%	
	% within PR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	14.4%	21.2%	45.0%	19.4%	100.0%	

Kesejahteraan Psikologis \* Pekerjaan Crosstab

		PKR					Total	
		tidakbekerja	pegawainegeri	swasta	wiraswasta	wiraswasta		
K P	rendah	Count	8	1	10	0	4	23
		% within KP	34.8%	4.3%	43.5%	.0%	17.4%	100.0%
		% within PKR	12.9%	12.5%	21.3%	.0%	9.5%	14.4%
		% of Total	5.0%	.6%	6.2%	.0%	2.5%	14.4%
P	sedang	Count	27	5	17	1	12	62
		% within KP	43.5%	8.1%	27.4%	1.6%	19.4%	100.0%
		% within PKR	43.5%	62.5%	36.2%	100.0%	28.6%	38.8%
		% of Total	16.9%	3.1%	10.6%	.6%	7.5%	38.8%
P	tinggi	Count	27	2	20	0	26	75
		% within KP	36.0%	2.7%	26.7%	.0%	34.7%	100.0%
		% within PKR	43.5%	25.0%	42.6%	.0%	61.9%	46.9%
		% of Total	16.9%	1.2%	12.5%	.0%	16.2%	46.9%
Total		Count	62	8	47	1	42	160
		% within KP	38.8%	5.0%	29.4%	.6%	26.2%	100.0%
		% within PKR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	38.8%	5.0%	29.4%	.6%	26.2%	100.0%

**Kesejahteraan Psikologis \* Hubungan Dengan Pasien Crosstab**

			HDP				Total
			ayah/ibu	suami/istri	anak	saudarakandung	
KP	rendah	Count	11	4	2	6	23
		% within KP	47.8%	17.4%	8.7%	26.1%	100.0%
		% within HDP	22.0%	16.0%	6.5%	11.1%	14.4%
		% of Total	6.9%	2.5%	1.2%	3.8%	14.4%
	sedang	Count	18	6	16	22	62
		% within KP	29.0%	9.7%	25.8%	35.5%	100.0%
		% within HDP	36.0%	24.0%	51.6%	40.7%	38.8%
		% of Total	11.2%	3.8%	10.0%	13.8%	38.8%
	tinggi	Count	21	15	13	26	75
		% within KP	28.0%	20.0%	17.3%	34.7%	100.0%
		% within HDP	42.0%	60.0%	41.9%	48.1%	46.9%
		% of Total	13.1%	9.4%	8.1%	16.2%	46.9%
Total	Count	50	25	31	54	160	
	% within KP	31.2%	15.6%	19.4%	33.8%	100.0%	
	% within HDP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	31.2%	15.6%	19.4%	33.8%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Lama Merawat Pasien Crosstab**

			LMP				Total
			<3 tahun	2-5 tahun	6-10 tahun	>10 tahun	
KP	rendah	Count	9	1	8	5	23
		% within KP	39.1%	4.3%	34.8%	21.7%	100.0%
		% within LMP	22.0%	3.3%	25.8%	8.6%	14.4%
		% of Total	5.6%	.6%	5.0%	3.1%	14.4%
	sedang	Count	18	17	9	18	62
		% within KP	29.0%	27.4%	14.5%	29.0%	100.0%
		% within LMP	43.9%	56.7%	29.0%	31.0%	38.8%
		% of Total	11.2%	10.6%	5.6%	11.2%	38.8%
	tinggi	Count	14	12	14	35	75
		% within KP	18.7%	16.0%	18.7%	46.7%	100.0%
		% within LMP	34.1%	40.0%	45.2%	60.3%	46.9%
		% of Total	8.8%	7.5%	8.8%	21.9%	46.9%
Total	Count	41	30	31	58	160	
	% within KP	25.6%	18.8%	19.4%	36.2%	100.0%	
	% within LMP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	25.6%	18.8%	19.4%	36.2%	100.0%	

Kesejahteraan Psikologis \* Usia Pasien Crosstab

			UPX				Total
			18-25	26-45	46-65	>65	
KP	rendah	Count	11	7	4	1	23
		% within KP	47.8%	30.4%	17.4%	4.3%	100.0%
		% within UPX	25.0%	10.1%	9.3%	25.0%	14.4%
		% of Total	6.9%	4.4%	2.5%	.6%	14.4%
	sedang	Count	18	24	17	3	62
		% within KP	29.0%	38.7%	27.4%	4.8%	100.0%
		% within UPX	40.9%	34.8%	39.5%	75.0%	38.8%
		% of Total	11.2%	15.0%	10.6%	1.9%	38.8%
	tinggi	Count	15	38	22	0	75
		% within KP	20.0%	50.7%	29.3%	.0%	100.0%
		% within UPX	34.1%	55.1%	51.2%	.0%	46.9%
		% of Total	9.4%	23.8%	13.8%	.0%	46.9%
Total	Count	44	69	43	4	160	
	% within KP	27.5%	43.1%	26.9%	2.5%	100.0%	
	% within UPX	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	27.5%	43.1%	26.9%	2.5%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Jenis Kelamin Pasien Crosstab**

			JKPX		Total
			laki-laki	perempuan	
KP	rendah	Count	14	9	23
		% within KP	60.9%	39.1%	100.0%
		% within JKPX	15.4%	13.0%	14.4%
		% of Total	8.8%	5.6%	14.4%
	sedang	Count	39	23	62
		% within KP	62.9%	37.1%	100.0%
		% within JKPX	42.9%	33.3%	38.8%
		% of Total	24.4%	14.4%	38.8%
	tinggi	Count	38	37	75
		% within KP	50.7%	49.3%	100.0%
		% within JKPX	41.8%	53.6%	46.9%
		% of Total	23.8%	23.1%	46.9%
Total	Count	91	69	160	
	% within KP	56.9%	43.1%	100.0%	
	% within JKPX	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	56.9%	43.1%	100.0%	

**Kesejahteraan Psikologis \* Rutinitas Berobat Crosstab**

			RB		Total
			rutin	tidak rutin	
KP	rendah	Count	23	0	23
		% within KP	100.0%	.0%	100.0%
		% within RB	14.7%	.0%	14.4%
		% of Total	14.4%	.0%	14.4%
	sedang	Count	60	2	62
		% within KP	96.8%	3.2%	100.0%
		% within RB	38.5%	50.0%	38.8%
		% of Total	37.5%	1.2%	38.8%
	tinggi	Count	73	2	75
		% within KP	97.3%	2.7%	100.0%
		% within RB	46.8%	50.0%	46.9%
		% of Total	45.6%	1.2%	46.9%
Total	Count	156	4	160	
	% within KP	97.5%	2.5%	100.0%	
	% within RB	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	97.5%	2.5%	100.0%	

**LAMPIRAN 17**

**DOKUMENTASI PENGAMBILAN DATA**

