

**HUBUNGAN PSIKOEDUKASI DENGAN RESILIENSI *CAREGIVER*  
ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI DESA PAREMONO  
KECAMATAN MUNGKID MAGELANG**

**SKRIPSI**



SOHIROTUL FIRDA TRIASTUTI

14.0603.0034

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2018**

**HUBUNGAN PSIKOEDUKASI DENGAN RESILIENSI *CAREGIVER*  
ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI DESA PAREMONO  
KECAMATAN MUNGKID MAGELANG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan  
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas  
Muhammadiyah Magelang



**SOHIROTUL FIRDA TRIASTUTI**

**14.0603.0034**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PSIKOEDUKASI DENGAN RESILIENSI *CAREGIVER*  
ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI DESA PAREMONO  
KECAMATAN MUNGKID MAGELANG**

Telah revisi dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 27 Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Sambodo Sriadl Pinilih, M. Kep

NIDN.0613097601

Pembimbing II



Ns. Sodik Kamal, M. Sc

NIDN.0610128001

ii

Universitas Muhammadiyah Magelang

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Sohirotul Firda Triastuti  
NPM : 14.0603.0034  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Hubungan Psikoedukasi dengan Resiliensi *Caregiver*  
Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Paremono Kecamatan Mungkid  
Magelang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep

(.....)

Penguji II : Ns. Sambodo Sriadi P., M.Kep

(.....)

Penguji III : Ns. Sodiq Kamal, M.Sc

(.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 27 Agustus 2018

**LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAMAN  
PERNYATAAN ORISINALITAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Sohirotul Firda Triastuti  
NPM : 14.0603.0034  
Tanggal : 27 Agustus 2018



Sohirotul Firda T

14.0603.0034

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ade Novi  
NPM : 14.0603.0034  
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Kesehatan  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non-Exclusive-Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Psikoedukasi Dengan Resiliensi *Caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Paremono Kecamatan Mungkid Magelang beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Ekslusive ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Magelang

Pada tanggal: 27 Agustus 2018

Yang menyatakan  
  
(Sohirotul Firda T)  
14.0603.0034

METERAI  
TEMPEL  
460FBAFF270074213  
6000  
ENAM RIBU RUPIAH

Nama : Sohirotul Firda Triastuti  
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Psikoedukasi Dengan Resiliensi *Caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Desa Paremono Kecamatan Mungkid Magelang

### Abstrak

**Latar Belakang:** Banyaknya beban yang dihadapi *caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dapat mempengaruhi kondisi fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, sehingga dibutuhkan adanya kemampuan untuk mengatasi kesulitan dan dapat berdiri kembali ke dasar fungsional yang disebut dengan resiliensi. Psikoedukasi dapat meningkatkan kemampuan kognitif yang merupakan faktor yang mempengaruhi resiliensi. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling sebanyak 38 *caregiver*. Instrumen untuk mengukur resiliensi menggunakan kuesioner *The Connor-Davidson Resilience (CD-RISC)* sebanyak 25 item. **Hasil Penelitian:** Menunjukkan bahwa kebanyakan *caregiver* berjenis kelamin perempuan, usia rata-rata adalah dewasa akhir dengan tingkat pendidikan terbanyak pada tingkat Dasar, serta pekerjaan terbanyak sebagai buruh dengan penghasilan dibawah Rp. 1.000.000/bulan. Hasil uji *Spearman Rank* hubungan antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ  $r = 0,662$   $p=0,000$  ( $p<0,05$ ). **Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ.

**Kata Kunci (keyword):** *Caregiver*, Psikoedukasi, Resiliensi.

Name : Sohirotul Firda Triastuti  
Study Program : Bachelor of Nursing Science  
Title : The Relationship of Psychoeducation with Resiliency of People with Mental Disorders (ODGJ) *Caregivers* at Paremono Village, Mungkid Sub-district, Magelang

### Abstract

**Background:** The amount of responsibility of ODGJ'S *caregiver* can influence the physical, psychological, social and economic conditions, so they needs an ability to overcome problems and to carry on to the normal condition or so called 'resiliency'. Psychoeducation can improve cognitive abilities which are factors that influence resiliency. **Purpose:** This study aimed to determine the relationship between psychoeducation and resiliency of ODGJ's *caregivers*. **Method:** This study used *cross sectional* design with used a total sampling of 38 *caregivers*. The instrument for measuring resiliency used the 25 *Connor-Davidson Resiliency* (CD-RISC) questionnaire. **Results:** The mean was most *caregivers* were female, the average age was the final adult with the highest level of education at the elementary level, as well as the most work as laborers with an income below Rp. 1,000,000 / month. The test results of the *Spearman Rank* relationship between psychoeducation with resilience *caregiver* ODGJ  $r = 0.662$   $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** There is a relationship between psychoeducation and resilience of *caregivers* ODGJ.

**Keywords:** *Caregiver*, Psychoeducation, Resiliency.



## **MOTTO**

“Sedekah yang paling utama adalah seorang muslim belajar suatu ilmu, kemudian mengajarkannya kepada saudara muslim lainnya”

(Riwayat Ibnu Majah)

“Untuk mencapai kesuksesan, kita jangan hanya bertindak tapi juga perlu bermimpi, jangan hanya berencana tetapi juga perlu percaya”

(Antole France)

“Jika kamu berfikir, kamu hanya akan berfikir. Namun jika kamu beraksi maka kamu akan mewujudkannya”

(Cha In Pyo)

## **PERSEMBAHAN**

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur penulis panjatkan atas seluruh nikmat Allah SWT yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Sebagai perwujudan rasa terima kasih, kupersembahkan skripsi ini untuk:

1. Kedua orang tuaku tercinta Bapak Makmun Sutaryono dan Ibu Siti Fatimah yang senantiasa dengan tulus dan tanpa lelah mendukung, mendoakan dan mendampingi. Terimakasih atas segala yang telah kalian berikan demi keberhasilan putrimu ini.
2. Kakak kakakku (Fahri Syaefullah dan Arif Muzzaki) yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, senyum, dan doa untuk keberhasilan ini.
3. Ibu Ns. Sambodo Sriadi Pinilih dan M.kep, Bapak Ns. Sodiq Kamal, M.Sc selaku pembimbing skripsi saya. Terimakasih atas bantuannya selama ini, sudah menasehati dan mengajari dengan tulus dan ikhlas serta meluangkan waktu untuk menuntun saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya.
4. Sahabat-sahabat terdekatku Efa Zulianti dan Tisa Fatma Rodziah, serta sahabatku ber9 “Ida Supanti, Tasya Siti Murbarani, Anita Fitrianingrum, Wahyu Atik Sulistyaningsih, Punita Dwi Pratiwi, Mely Yuniati, Rima Chintiya, dan Ike Khasanah” terimakasih atas bantuan, doa, nasehat, hiburan dan semangat yang kalian berikan selama kuliah. Kalian adalah saksi disetiap perjuanganku, semoga kita menjadi orang-orang yang sukses dikemudian hari.
5. Seluruh Dosen pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan terimakasih banyak atas ilmu, didikan, dan pengalaman yang sangat berarti yang telah kalian berikan kepada kami.
6. Seluruh teman mahasiswa Program Studi Keperawatan angkatan 2014 terimakasih atas bantuan dan kerjasamanya selama ini.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan karunia-Nya dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan Psikoedukasi dengan Resiliensi *Caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Desa Paremono Kecamatan Mungkid Magelang” dengan baik.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak maka sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns, Sigit Priyanto, M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep., selaku Pembimbing I yang banyak memberikan bimbingan ilmiah, masukan, semangat, dan nasehat pada penulis semoga Allah memberikan balasan yang setimpal untuknya.
4. Ns. Sodiq Kamal, M.Sc sebagai Pembimbing II yang banyak memberikan bimbingan ilmiah, masukan, semangat, dan nasehat pada penulis semoga Allah memberikan balasan yang setimpal untuknya.
5. Kepala Dinas Kesehatan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, yang telah memberikan ijin dalam melakukan penelitian ini.
6. Kepala Puskesmas dan staf Puskesmas Kecamatan Mungkid Magelang, yang telah memberikan ijin dalam melakukan studi pendahuluan ini.
7. Seluruh staf dan dosen Program Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang secara langsung banyak memberikan ilmu kepada penulis selama menjalani pendidikan.

8. Kedua orang tua tercinta dan saudara serta teman-teman penulis yang senantiasa memberikan doa dan semangat yang tidak terputus untuk kelancaran penyusunan skripsi ini.
9. Rekan-rekan S-1 Ilmu Keperawatan angkatan 2014 Universitas Muhammadiyah Magelang
10. Semua pihak yang belum penulis cantumkan, terimakasih atas dukungannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal kebbaikannya diterima disisi Allah SWT dan mendapat imbalan pahala dari Allah SWT. Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan dimasa mendatang. Akhir kata semoga skripsi yang sederhana dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam .....	i
Halaman Persetujuan Pembimbing .....	ii
Halaman Pengesahan Penguji .....	
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	iii
Halaman Persetujuan Publikasi .....	
ABSTRAK .....	iv
ABSTRACT .....	v
MOTTO .....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	5
1.6 Keaslian Penelitian .....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) .....	8
2.2 <i>Caregiver</i> Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) .....	13
2.3 Resiliensi .....	17
2.4 Psikoedukasi .....	29
2.5 Kerangka Teori .....	32
2.6 Hipotesis .....	33

BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian .....	34
3.2 Kerangka Penelitian .....	34
3.3 Definisi Operasional Penelitian .....	35
3.4 Populasi dan Sampel .....	36
3.5 Tempat dan Waktu .....	37
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data .....	38
3.7 Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner.....	40
3.8 Metode Pengolahan dan Analisa Data .....	41
3.9 Etika Penelitian .....	43
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian .....	45
4.2 Pembahasan .....	48
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	53
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan .....	54
5.2 Saran .....	54
DAFTAR PUSTAKA .....	56

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian .....	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel <i>Independent</i> .....	35
Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel <i>Dependent</i> .....	36
Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas CD-RISC .....	40
Tabel 3.4 Hasil Uji Realibilitas CD-RISC .....	41
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	46
Tabel 4.2 Frekuensi Psikoedukasi .....	47
Tabel 4.3 Tingkat Resiliensi <i>Caregiver</i> ODGJ .....	47
Tabel 4.4 Hubungan Psikoedukasi Dengan Resiliensi <i>Caregiver</i> ODGJ ...	48

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori .....	32
Skema 3.3 Kerangka Penelitian .....	35



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Matriks Pelaksanaan Program ( <i>Plan Of Action</i> ).....	
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden .....	
Lampiran 3. Lembar Kuesioner Identitas Diri Responden .....	
Lampiran 4. Lembar Kuesioner Skala Resiliensi.....	
Lampiran 5. Surat Keterangan Konsultasi Abstrak.....	
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Dari FIKES .....	
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan .....	
Lampiran 8. Surat Izin Penelitian dari KESBANGPOL.....	
Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari BPMPTT.....	
Lampiran 10. Surat Izin Penelitian dari Puskesmas Mungkid .....	
Lampiran 11. Surat Bukti Penyerahan Berkas .....	
Lampiran 12. Output Analisis Univariat.....	
Lampiran 13. Output Analisis Bivariat .....	
Lampiran 14. Dokumentasi.....	
Lampiran 15. Daftar Riwayat Hidup.....	

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan jiwa menurut WHO (*World Health Organization*) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan, sehat jiwa tidak hanya terbatas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan suatu hal yang dibutuhkan oleh semua orang (Yosep, 2007).

Menurut Undang-Undang RI Nomor 10 Tahun 2014, tentang kesehatan jiwa menjelaskan bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dikatakan sebagai orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Novi, 2017).

Kementrian Kesehatan (2013) melaporkan bahwa penderita gangguan psikosis yang pernah mendapatkan pengobatan sebanyak 61,8%, sementara 32,2% penderita lainnya sama sekali tidak pernah mendapatkan pengobatan. Sedangkan pada gangguan mental emosional sebesar 26,6%, sementara 73,4% penderita lainnya sama sekali tidak pernah mendapatkan pengobatan untuk penyakitnya. Data yang diperoleh dalam studi pendahuluan di Puskesmas Mungkid Kabupaten Magelang didapatkan data bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Paremono sebanyak 44 orang. Desa Paremono mencakup beberapa wilayah yang meliputi Tirto, Paremono, Trojayan, Citran, Gamol 1, Gamol 2, Japun 1, Japun 2, Mertan, Dowo, Bentingan, Samping, Namengan, dan Krapyak.

Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Tidak hanya menimbulkan konsekuensi negatif terhadap penderitanya tetapi juga bagi anggota keluarga, meliputi sikap-sikap penolakan, penyangkalan, dan disisihkan. Penderita gangguan jiwa mempunyai resiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia (Priyanto, 2007). Mereka sering kali disebut orang gila, perilaku ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga masyarakat mengenai gangguan jiwa.

Peran dan keterlibatan keluarga merupakan proses penyembuhan dan perawatan pasien gangguan jiwa yang sangat penting, karena peran keluarga sangat mendukung dalam proses pemulihan penderita gangguan jiwa. Keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku anggota keluarga. Disamping itu, keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa memiliki, dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. Keluarga merupakan suatu sistem, maka jika terdapat gangguan jiwa pada salah satu anggota keluarga maka dapat menyebabkan gangguan jiwa pada anggota keluarga (Nasir, 2011). Dukungan dan motivasi dari *caregiver* selama perawatan dan pengobatan sangat diperlukan oleh ODGJ.

*Caregiver* dapat berasal dari anggota keluarga pasien, yang bersedia dan bertanggungjawab untuk memberikan perawatan pada seseorang yang sakit secara mental, ketidakmampuan secara fisik atau kesehatannya terganggu karena penyakit yang diderita atau usia tua. *Caregiver* terdiri dari formal dan tidak formal. *Caregiver* formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran, sedangkan *caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan dirumah, bukan tenaga profesional dan tanpa melakukan pembayaran, seperti keluarga penderita yaitu istri atau suami, anak dan anggota keluarga lainnya (Barrow, 1996 dalam Astuti, 2010). Dalam menghadapi permasalahan kehidupan dibutuhkan ketahanan yang tinggi.

Resiliensi atau ketahanan yaitu kapasitas seseorang untuk merespon dengan jalan yang produktif dan sehat ketika berhadapan dengan trauma, penderitaan dan kesulitan yang hal ini sangat penting untuk mengatur permasalahan kehidupan (Reivich dan Shatte, 2002). Anggota keluarga yang tangguh sebagai seorang *caregiver*, mereka dapat mengatasi datangnya stress yang terkait dengan perawatan untuk orang yang dicintai dengan penyakit mental, dan mereka juga dapat menjaga kesehatan dirinya sendiri dan kesehatan keluarganya (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010). Pengetahuan tentang penyakit seseorang sangat penting bagi individu dan keluarga mereka untuk merancang rencana keperawatan dan pengobatan yang optimal, salah satunya dengan psikoedukasi.

Psikoedukasi merupakan pengembangan dari pemberian informasi dalam bentuk pendidikan masyarakat mengenai informasi yang berkaitan dengan psikologi populer/ sederhana atau informasi lain yang mempengaruhi kesejahteraan psikososial masyarakat. Pemberian informasi ini bisa mempergunakan berbagai macam media dan pendekatan. Psikoedukasi bukan merupakan suatu pengobatan, namun hal ini dirancang untuk menjadi bagian dari rencana perawatan secara keseluruhan. Terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam terapi mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Supratiknya, 2011).

Didalam penelitian yang dilakukan oleh Novi pada (2017) dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi dapat menurunkan tingkat stress. Data yang didapatkan sebelum dilakukan intervensi sebanyak 6 orang (stress sedang), 1 orang (stress ringan), 9 orang (tidak stress). Mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi yaitu sebanyak 2 orang (stress sedang), 3 orang (stress ringan), 11 orang (tidak stress).

Berdasarkan paparan diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan psikoedukasi dan resiliensi melalui penelitian yang berjudul “Hubungan Psikoedukasi dengan Resiliensi *Caregiver* ODGJ”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Kementrian Kesehatan (2013) melaporkan bahwa penderita gangguan psikosis yang pernah mendapatkan pengobatan sebanyak 61,8%, sementara 32,2% penderita lainnya sama sekali tidak pernah mendapatkan pengobatan. Sedangkan pada gangguan mental emosional sebesar 26,6%, sementara 73,4% penderita lainnya sama sekali tidak pernah mendapatkan pengobatan untuk penyakitnya. Data yang diperoleh dalam studi pendahuluan di Puskesmas Mungkid Kabupaten Magelang didapatkan data bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Paremono sebanyak 44 orang.

Peran dan keterlibatan keluarga merupakan proses penyembuhan dan perawatan pasien gangguan jiwa yang sangat penting, karena peran keluarga sangat mendukung dalam proses pemulihan penderita gangguan jiwa (Nasir, 2011). Pengetahuan tentang penyakit seseorang sangat penting bagi individu dan keluarga mereka untuk merancang rencana keperawatan dan pengobatan yang optimal, salah satunya dengan psikoedukasi. Terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam terapi mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Supratiknya, 2011).

Didalam penelitian yang dilakukan oleh Novi pada (2017) dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi dapat menurunkan tingkat stress. Data yang didapatkan sebelum dilakukan intervensi sebanyak 6 orang (stress sedang), 1 orang (stress ringan), 9 orang (tidak stress). Mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi yaitu sebanyak 2 orang (stress sedang), 3 orang (stress ringan), 11 orang (tidak

stress). Berdasarkan paparan diatas peneliti tertarik untuk meneliti mengenai hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ di Kecamatan Mungkid.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Setelah dilakukan penelitian akan diketahui hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik *caregiver* ODGJ di Desa Paremono.
- b. Mengidentifikasi tingkat resiliensi *caregiver* ODGJ.
- c. Mengidentifikasi psikoedukasi.
- d. Menganalisa hubungan antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ.

### **1.4 Manfaat penelitian**

**1.4.1** Bagi Profesi Keperawatan, dapat mengedukasi, dan meningkatkan ilmu pengetahuan terkait dengan psikoedukasi dan resiliensi.

**1.4.2** Bagi Pendidikan, sebagai sumber belajar, bahan informasi dan pengembangan ilmu pengetahuan.

**1.4.3** Bagi Pelayanan Kesehatan, sebagai acuan untuk mendukung peningkatan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif.

### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

#### **1.5.1 Lingkup Masalah**

Permasalahan dalam penelitian ini adalah hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ.

### 1.5.2 Lingkup Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah *caregiver* yang merawat ODGJ.

### 1.5.3 Lingkup Tempat dan Waktu

Penelitian dilaksanakan pada *caregiver* yang memiliki Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Desa Paremono. Penelitian dilakukan pada tanggal 7 Juli-11 Juli 2018.

### 1.6 Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait dengan psikoedukasi dan resiliensi *caregiver* ODGJ diantaranya, yaitu:

**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Ade Novi, 2017	Pengaruh Psikoedukasi terhadap Tingkat Stress <i>Caregiver</i> dalam Merawat ODGJ di Desa Paremono	<i>Quasy Experimental group pre test and post test design with control group</i> dengan teknik pengambilan sampel menggunakan uji statistik <i>Paired sample T-test</i> .	Terdapat pengaruh psikoedukasi terhadap tingkat stress <i>caregiver</i> dalam merawat ODGJ ( $p < 0,05$ ).	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, uji statistik <i>Spearman</i> .
2.	Shanti Rosmaharani, Titin Andri Wihastuti, Lilik Supriati, 2015	Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Perubahan Tingkat Kecemasan Dan Persepsi	<i>Quasy experimental pre-post test with control group</i> dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Sampel yang digunakan adalah keluarga yang mempunyai anak retardasi. Teknik	Psikoedukasi mempengaruhi perubahan penurunan tingkat kecemasan dan persepsi keluarga dalam merawat anak dengan retardasi mental.	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, uji statistik

		Beban yang digunakan				<i>Spearman.</i>
		Keluarga adalah				
		Merawat Anak				
		Dengan Retardasi				
		Mental Di				
		SLB Negeri				
		Kabupaten				
		Jombang				
3.	Zahara Nur Azizah dan Muhana Sofiati Utami, 2016	Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Resiliensi <i>Caregiver</i> Orang Dengan Skizofrenia	Analisis <i>product moment.</i>	pearson	Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan resiliensi <i>caregiver</i> orang dengan skizofrenia (r=0,494 p<0,001).	Perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan yaitu teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, uji statistik <i>Spearman.</i>



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini membahas tentang tinjauan pustaka yang berkaitan dengan tema yang diangkat dalam penelitian ini, yaitu meliputi konsep Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), *caregiver* orang dengan gangguan jiwa, konsep resiliensi dan konsep psikoedukasi.

#### **2.1 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)**

##### **2.1.1 Definisi Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yusuf A. , 2015). Menurut Undang-Undang Kesehatan Jiwa tahun 2014 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Novi, 2017).

Gangguan jiwa merupakan gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan pancaindra). Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang patologik dari unsur psike (Direja, 2011). Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi, sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku dan terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Nasir, 2011).

### **2.1.2 Penyebab Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Manusia bereaksi secara keseluruhan yaitu somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Yusuf A. , 2015).

**2.1.2.1** Faktor somatik (somatogenik), yaitu akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.

**2.1.2.2** Faktor psikologik (psikogenik) yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antara saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.

**2.1.2.3** Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

### **2.1.3 Macam-macam Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Secara umum ODGJ dapat dibagi menjadi beberapa gangguan menurut pedoman diagnostik dari PPDGJ III (Maslim, 2001 dalam Halida 2015) adalah sebagai berikut:

#### **2.1.3.1** Gangguan mental organik

Gangguan mental organik merupakan gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit atau gangguan sistemik otak yang dapat didiagnosis sendiri. Gangguan mental organik meliputi demensia pada penyakit alzheimer, demensia vaskuler,

demensia pada penyakit lain, sindrom amnesik organik bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, delirium bukan akibat alkohol dan zat psikoaktif lainnya, gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik, dan gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan, dan disfungsi otak

#### **2.1.3.2** Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif adalah gangguan yang bervariasi dan berbeda keparahannya yang diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif. Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif meliputi gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol, apioda, kanabinoida, sedativa atau hipnotika, kokain, stimulasi lain termasuk kafein, halusinogenika, tembakau, pelarut yang mudah menguap, dan zat multipel serta zat psikoaktif lainnya.

#### **2.1.3.3** Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham menetap

Skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gangguan skizotipal adalah gangguan yang ditandai dengan perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik, hubungan sosial yang buruk, menarik diri dari pergaulan sosial dan kecurigaan atau ide-ide paranoid. Gangguan waham menetap adalah gangguan waham yang berlangsung lama.

#### **2.1.3.4** Gangguan suasana perasaan

Gangguan suasana perasaan merupakan perubahan suasana perasaan biasanya karena depresi. Gangguan suasana perasaan meliputi episodik manik, gangguan efektif bipolar, episode depresif, gangguan depresif berulang dan gangguan suasana perasaan yang menetap

#### **2.1.3.5 Gangguan neurologik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress**

Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress dikelompokkan menjadi satu dengan alasan bahwa dalam sejarahnya ada hubungan dengan perkembangan konsep neurosis dan berbagai kemungkinan penyebab psikologi . Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress meliputi gangguan ansietas fobik, gangguan ansietas lainnya, gangguan obsesif kompulsif, reaksi terhadap stress berat dan gangguan penyesuaian, gangguan disosiatif, gangguan somatoform dan neurotik lainnya.

#### **2.1.3.6 Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik**

Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik meliputi gangguan makan, gangguan tidur non organik, disfungsi seksual bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik, gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas, dan penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan.

#### **2.1.3.7 Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa**

Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa adalah ekspresi dari pola hidup yang berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa meliputi gangguan kepribadian khas, gangguan kepribadian campuran, perubahan kepribadian yang berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak, gangguan kebiasaan dan implus, gangguan identitas jenis kelamin, gangguan preferensi seksual, gangguan psikologi dan perilaku yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual.

#### **2.1.3.8 Retardasi mental**

Retardasi mental merupakan suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Retardasi mental meliputi retardasi mental ringan, sedang, berat dan sangat berat.

### **2.1.3.9 Gangguan perkembangan psikologis**

Gangguan perkembangan psikologis adalah keterlambatan perkembangan fungsi biologis dari susunan saraf pusat. Gangguan perkembangan psikologis meliputi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan perkembangan belajar khas, gangguan perkembangan motorik khas, gangguan perkembangan khas campuran dan gangguan perkembangan pervasif.

### **2.1.3.10 Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja**

Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada kanak dan remaja meliputi gangguan hiperkinetik, gangguan tingkah laku, gangguan campuran tingkah laku dan emosi, gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak-kanak dan gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masa kanak dan remaja.

## **2.1.4 Penggolongan Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Secara internasional, penggolongan gangguan jiwa mengacu pada DSM IV. DSM IV ini dikembangkan oleh para *expert* dibidang psikiatri di Amerika Serikat. DSM IV ini telah dipakai secara luas terutama oleh para psikiater dalam menentukan diagnosa gangguan jiwa. Di Indonesia para ahli kesehatan jiwa menggunakan PPDGJ III sebagai acuan dalam menentukan diagnosa gangguan jiwa. Secara umum gangguan jiwa dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa ringan antara lain cemas, depresi, psikosomatis dan kekerasan sedangkan yang termasuk kedalam gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, manik depresi dan psikotik lainnya (Suryani, 2013). Menurut Hawari (2001), tanda dan gejala gangguan jiwa ringan (cemas) adalah sebagai berikut:

**2.1.4.1** Perasaan khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri dan mudah tersinggung

**2.1.4.2** Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut

**2.1.4.3** Takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang

**2.1.4.4** Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan

**2.1.4.5** Gangguan konsentrasi dan daya ingat

**2.1.4.6** Keluhan-keluhan somatik seperti rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (*tinitus*), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

Sedangkan tanda dan gejala depresi menurut NIMH USA antara lain:

- a. Rasa sedih yang terus-menerus
- b. Rasa putus asa dan pesimis
- c. Rasa bersalah, tidak berharga dan tidak berdaya
- d. Kehilangan minat
- e. Energi lemah, menjadi lamban
- f. Sulit tidur (*insomnia*) atau tidur berlebihan (*hipersomnia*)
- g. Sulit makan atau rakus makan (menjadi kurus atau kegemukan)
- h. Tidak tenang dan gampang tersinggung
- i. Berfikir ingin mati atau bunuh diri

## **2.2 Caregiver Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)**

### **2.2.1 Definisi Caregiver Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Definisi *caregiver* dalam merriam-Webster Dictionary (2012) adalah orang yang memberikan perawatan langsung pada anak atau dewasa yang berpenyakit kronis. Definisi *caregiver* dari literatur bahasa Indonesia yang dikemukakan oleh Subroto (2012) adalah seseorang yang bertugas membantu orang-orang yang ada hambatan untuk melakukan kegiatan fisik sehari-hari baik yang bersifat kegiatan harian personal seperti makan, minum, berjalan, atau kegiatan harian yang bersifat instrumental seperti memakai pakaian, mandi, menelpon atau belanja (Fatmadona, 2013).

*Caregiver* terdiri dari formal dan tidak formal. *Caregiver* formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran, sedangkan *caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah, bukan tenaga profesional dan tanpa melakukan pembayaran, seperti keluarga penderita yaitu istri atau suami, anak dan anggota keluarga lainnya (Barrow, 1996 dalam Astuti, 2010).

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yusuf A. , 2015). Gangguan jiwa menurut Maslim (2002) dalam (Yusuf & Nihayati, 2014) merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab, banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis, pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul.

Berdasarkan paparan diatas maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa merupakan seseorang yang mempunyai tanggung jawab untuk memberikan perawatan pada seseorang yang memiliki sindrom pola perilaku yang ditandai dengan terganggunya emosi, proses berfikir, perilaku, persepsi dan gangguan itu tidak hanya terletak didalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.

### **2.2.2 Tugas *Caregiver***

*Caregiver* memiliki beberapa tugas menurut Barrow (1996) dalam Astuti (2010), yaitu:

- a. Memberikan dukungan psikologis dan emosional

- b. Asisten dalam pekerjaan rumah tangga seperti pembersihan rumah, persiapan makan, belanja, transportasi
- c. Perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, persiapan obat
- d. Mengatur keuangan
- e. Mengambil keputusan tentang perawatan dan berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan formal. *Caregiver* dari pasien dengan penyakit kronis sering merasa stress karena mereka dituntut untuk selalu mendampingi pasien setiap saat.

### **2.2.3 Peran Keluarga Sebagai Pemberi Perawatan (*Caregiver*)**

Bila salah satu anggota keluarga menderita gangguan kesehatan, satu atau lebih anggota keluarga mengemban peran sebagai pemberi asuhan/*caregiver* (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Di dalam keluarga peran *caregiver* ini merupakan sebuah peran informal untuk membantu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan (Julianti, 2013).

### **2.2.4 Beban pada *Caregiver***

Beban *caregiver* dibagi atas dua yaitu beban subjektif dan beban objektif. Beban subjektif *caregiver* adalah respon psikologis yang dialami *caregiver* sebagai akibat perannya dalam merawat pasien. Sedangkan beban objektif *caregiver* adalah masalah praktis yang dialami oleh *caregiver*, seperti masalah keuangan, gangguan pada kesehatan fisik, masalah dalam pekerjaan, dan aktifitas sosial (Sukmarini, 2009).



### **2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Keluarga sebagai Caregiver**

Kemampuan keluarga memberikan perawatan kepada pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan meliputi:

#### **2.2.5.1 Predisposing factor** atau faktor predisposisi

Mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi.

#### **2.2.5.2 Enabling factor** atau faktor pemungkin

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, posyandu, posbindu, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta. Faktor ini pada dasarnya mendukung terwujudnya perilaku kesehatan.

#### **2.2.5.3 Reinforcing factor** atau faktor penguat

Meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan yang ada di masyarakat, termasuk undang-undang dan peraturan-peraturan baik di pusat maupun di daerah yang terkait dengan kesehatan.

Menurut Williams (2007) dalam penelitian Fatmadona (2013) proses interaksi *caregiver* dan pasien dipengaruhi oleh faktor:

##### **a. Komitmen**

Perawatan anggota keluarga dengan penyakit kronis memerlukan komitmen jangka panjang. Komitmen merupakan penanda suatu hubungan yang erat dengan seseorang, terutama hubungan antara pasien dengan keluarga sebagai *caregiver*. Terdapat 4 dimensi komitmen, yaitu: tanggungjawab, memprioritaskan pasien, memberikan dukungan, keyakinan adanya kasih sayang.

b. Harapan

Harapan berhubungan dengan pandangan pasien dan keluarga di masa mendatang. Harapan terdapat kenyataan perlu dibangun oleh *caregiver* dalam membina hubungan *caregiver* dengan pasien.

c. Penentuan Peran

Dalam merawat pasien dengan penyakit kronis, keluarga akan menghadapi perawatan kompleks pasien yang memerlukan pembagian tanggungjawab. Dalam hal tersebut *caregiver* memerlukan penentuan peran dalam merawat pasien.

d. Hubungan *Caregiving*

Keberhasilan proses perawatan juga ditentukan dengan hubungan yang terjalin antara keluarga sebagai *caregiver* dengan pasien.

## 2.3 Resiliensi

### 2.3.1 Definisi Resiliensi

Reivich dan Shatte yang dikutip oleh Sri Mulyani Nasution (2011), mendefinisikan resiliensi sebagai berikut, "*Resilience is the capacity to respond in healthy and productive way and when faced with adversity or trauma, that it is essential for managing the daily stress of life*". Resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan respon melalui cara yang sehat dan produktif ketika berhadapan dengan *adversity* atau trauma, dimana hal tersebut sangat penting untuk mengendalikan tekanan hidup sehari-hari. *Adversity* sendiri dapat diartikan sebagai kondisi dimana seseorang mengalami penderitaan, kesulitan, kemalangan, ketidakberuntungan yang terus menerus atau berkepanjangan.

Reich (2006) mengartikan resiliensi sebagai "... *the ability to bounce back and even to grow in the face of threats to survival*" dari definisi ini resiliensi diartikan sebagai kemampuan untuk bangkit kembali dan bahkan kemampuan untuk tumbuh dalam menghadapi ancaman terhadap kelangsungan hidup. Resiliensi dihasilkan dari suatu kekuatan yang berasal dari dalam diri individu sehingga mampu beradaptasi terhadap kondisi yang menguntungkan yang menyimpannya.

Wagnild & Young (1990) menyatakan bahwa resiliensi merupakan stamina emosional dan digunakan untuk menjelaskan orang dengan yang menunjukkan keberanian dan kemampuan beradaptasi pada situasi hidup yang sulit (kematian, perceraian, peperangan, kemiskinan) (Wahyuningtyas, 2017).

Siebert (2005) memaparkan beberapa reaksi yang ditampilkan oleh individu-individu dalam menghadapi permasalahan sikap yang emotional dan memiliki kecenderungan untuk melakukan kekerasan dalam bentuk menyakiti orang lain (*Physical violent*). Di sisi lain terdapat individu-individu yang melakukan hal sebaliknya, mereka pasrah dan merasa tidak berdaya (*helpless*), bahkan mereka tidak berusaha untuk mencoba mengatasi permasalahan tersebut. Sebagian yang lain menempatkan diri mereka sebagai korban (*victims*), dan mereka menyalahkan Tuhan, orang lain, institusi, atau hal lain yang dapat mereka persalahkan atas kejadian yang menimpa mereka. Mereka terus menerus mengeluh dan mengatakan bahwa mereka telah diperlakukan tidak adil (Azizah, 2016).

Dari beberapa definisi resiliensi menurut para ahli dapat disimpulkan resiliensi bukan merupakan sifat bawaan dan bukan faktor genetis, melainkan sebuah proses dinamis yang melibatkan cara berfikir dan bertindak seseorang dalam mengatasi masalah kehidupan untuk bisa beradaptasi dan bangkit dari kondisi yang tidak menyenangkan.

### **2.3.2 Sumber Resiliensi**

Resiliensi terkait dengan bagaimana individu dalam mengatasi kesulitan dan kondisi tidak menyenangkan yang terjadi didalam kehidupannya. Upaya dalam menghadapi kondisi-kondisi tersebut sangat bergantung kepada tiga hal yang menurut Grothberg (1995) merupakan sumber-sumber yang dapat membentuk karakteristik resiliensi dalam diri individu.

Sumber-sumber tersebut meliputi *I have*, *I am* dan *I can*.

#### **2.3.2.1 *I Have***

*I have* bersumber dari bagaimana individu dalam memaknai besarnya dukungan dan sumber daya yang diberikan oleh lingkungan sosial diluar dirinya. *I have* dapat diperoleh melalui hubungan yang baik dengan keluarga dan orang lain diluar keluarga serta lingkungan sekolah yang menyenangkan. *I have* juga dapat diperoleh melalui hubungan dengan kepercayaan yang penuh, perilaku meniru (*modeling*), dorongan agar menjadi mandiri dan adanya fasilitas hidup seperti layanan kesehatan.

#### **2.3.2.2 *I Am***

*I am* merupakan faktor yang berasal dari dalam diri individu, yang berkaitan dengan kekuatan yang dimiliki oleh individu. Kekuatan pribadi tersebut terdiri dari perasaan, sikap dan keyakinan pribadi. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi faktor *I am* dalam resiliensi, diantaranya perasaan disayang dan disukai oleh banyak orang, mencintai, empati, altruistik (sikap peduli terhadap orang lain), *locus of control*, kebanggaan pada diri sendiri, percaya diri, optimis serta bertanggungjawab.

#### **2.3.2.3 *I Can***

*I can* berkaitan dengan kemampuan individu dalam melakukan berbagai hal. *I can* berhubungan dengan ketrampilan sosial dan interpersonal. Ketrampilan sosial tersebut meliputi cara berkomunikasi, cara individu dalam menyelesaikan masalah, kemampuan individu dalam mengenali perasaannya, emosi diri dan juga emosi orang lain serta bagaimana individu dalam mencari hubungan yang dapat dipercaya.

Resiliensi merupakan hasil kombinasi dari *I have*, *I am* dan *I can*. Untuk menjadi seorang individu yang memiliki resiliensi, tidak cukup hanya memiliki satu karakteristik saja, melainkan harus juga ditopang oleh karakteristik lainnya (Desmita, 2009). Kesimpulan yang dapat ditarik adalah resiliensi memiliki tiga

sumber yaitu bersumber dari luar diri individu (*I have*), dari dalam diri individu (*I am*) dan kemampuan yang dimiliki oleh individu (*I can*).

### **2.3.3 Karakteristik Individu yang Memiliki Kemampuan Resiliensi**

Menurut Wolin dan Wolin (1999) dalam Kartika (2011), terdapat tujuh karakteristik utama yang dimiliki oleh individu resilien.

Karakteristik inilah yang membuat individu mampu beradaptasi dengan baik saat menghadapi masalah, mengatasi berbagai hambatan, serta mengembangkan potensi yang dimilikinya secara maksimal, yaitu:

#### **2.3.3.1 Insight**

*Insight* adalah kemampuan mental untuk bertanya pada diri sendiri dan menjawab dengan jujur. Hal ini untuk membantu individu untuk dapat memahami diri sendiri dan orang lain, serta dapat menyesuaikan diri dalam berbagai situasi.

#### **2.3.3.2 Kemandirian**

Kemandirian adalah kemampuan untuk mengambil jarak secara emosional maupun fisik dari sumber masalah dalam hidup seseorang. Kemandirian melibatkan kemampuan untuk menjaga keseimbangan antara jujur pada diri sendiri dan peduli pada orang lain.

#### **2.3.3.3 Hubungan**

Seseorang yang resilien dapat mengembangkan hubungan yang jujur, saling mendukung dan berkualitas bagi kehidupan, atau memiliki *role model* yang sehat.

#### **2.3.3.4 Inisiatif**

Inisiatif melibatkan keinginan yang kuat untuk bertanggung jawab atas kehidupan sendiri atau masalah yang dihadapi. Individu yang resilien bersikap proaktif bukan reaktif bertanggung jawab dalam pemecahan masalah, selalu berusaha memperbaiki diri ataupun situasi yang dapat diubah serta meningkatkan kemampuan untuk menghadapi hal-hal yang tidak dapat diubah.

#### **2.3.3.5 Kreativitas**

Kreativitas melibatkan kemampuan memikirkan berbagai pilihan, konsekuensi dan alternatif dalam menghadapi tantangan hidup individu yang resilien tidak

terlibat dalam perilaku negatif sebab ia mampu mempertimbangkan konsekuensi dari setiap perilaku dan membuat keputusan yang benar. Kreativitas juga melibatkan daya imajinasi yang digunakan untuk mengekspresikan diri dalam seni, serta membuat seseorang mampu menghibur dirinya sendiri saat menghadapi kesulitan.

#### **2.3.3.6 Humor**

Humor adalah kemampuan untuk melihat sisi terang dari kehidupan, menertawakan diri sendiri dan menemukan kebahagiaan dalam situasi apapun. Individu yang resilien menggunakan rasa humornya untuk memandang tantangan hidup dengan cara yang baru dan lebih ringan.

#### **2.3.3.7 Moralitas**

Moralitas atau orientasi pada nilai-nilai ditandai dengan keinginan untuk hidup secara baik dan produktif. Individu yang resilien dapat mengevaluasi berbagai hal dan membuat keputusan yang tepat tanpa rasa takut akan pendapat orang lain. Mereka juga dapat mengatasi kepentingan diri sendiri dalam membantu orang lain yang membutuhkan.

### **2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi**

Menurut Connor dan Davidson (2003) dalam jurnal (Andriani & Listiyandini, 2017) resiliensi seorang individu dibentuk oleh lima faktor, yaitu:

#### **2.3.4.1 Kompetensi personal, standar yang tinggi, dan kegigihan**

Seseorang yang resilien akan selalu memberikan usaha terbaiknya untuk mendapatkan tujuannya. Ia juga tidak akan mudah putus asa, tidak mudah menyerah dalam proses mendapatkan tujuannya. Orang yang resilien juga memandang positif tantangan yang ada di hadapannya, bukan sebagai sesuatu yang menakutkan melainkan sebagai suatu tantangan yang patut diambil. Dengan demikian, orang tersebut akan mampu mengatasi dan berkembang di tengah masalah yang dihadapinya.

**2.3.4.2** Keyakinan terhadap insting, toleransi terhadap efek negatif, dan efek menguatkan stress.

Orang yang resilien tidak akan ragu mengambil keputusan sesuai dengan instingnya, walaupun keputusan tersebut bukan keputusan yang populer ataupun sulit. Ia juga akan mampu menoleransi efek-efek negatif dari stress ataupun masalah yang sedang dihadapinya, seperti perasaan yang tidak nyaman, kelelahan pikiran, dan lain-lain dengan caranya sendiri. Sejalan dengan ini, untuk mendukung usahanya dalam menoleransi efek negatif itu, ia akan melihat sisi humoris dari masalah tersebut, bukan hanya sisi negatifnya. Jadi, orang tersebut akan membentuk pola pikir yang positif terhadap stress atau masalah, bahwa stress dan masalah tersebut adalah sumber kekuatan untuk berkembang menjadi lebih baik lagi, bukan sebagai hal yang menurunkan kemampuan dirinya.

**2.3.4.3** Penerimaan positif terhadap perubahan dan hubungan lekat dengan orang lain.

Orang yang resilien tidak kaku dalam menghadapi perubahan maupun masalah yang datang. Ia akan menyesuaikan dirinya sedemikian rupa sehingga apapun hal yang terjadi, tidak menurunkan performanya. Orang yang resilien juga cenderung memiliki hubungan yang lekat dan aman dengan orang lain, yang menjaganya agar tetap dapat berfungsi dengan baik di tengah masalah yang sedang dihadapinya, seperti dengan teman dekat, orang tua, ataupun pasangannya.

**2.3.4.4** Kontrol

Orang yang resilien memiliki kontrol akan dirinya sendiri. Ia tahu apa yang harus dilakukan, mengenal tujuannya dengan baik, dan tahu kemana harus meminta pertolongan ketika menghadapi suatu masalah.

**2.3.4.5** Pengaruh spiritual

Percaya akan kuasa Tuhan, dan bahwa segala sesuatu terjadi karena suatu alasan, juga merupakan salah satu faktor yang membentuk resiliensi pada individu.

Penelitian dalam 20 tahun terakhir mengenai resiliensi telah menghasilkan rumusan bahwa resiliensi merupakan karakteristik multidimensional dari individu,

yang bervariasi sesuai konteks, waktu, usia, gender, dan pengaruh kultural. Secara lebih lengkapnya, resiliensi individu dipengaruhi oleh beberapa faktor (Fan, Pandya-Lorch, dan Yosef, 2014; Winduri, 2012; Bhana dan Bachoo, 2011; Rinaldi, 2010; Brougham, Zail, Mendoza, dan Miller, 2009; Landau, 2007; Everall, Altrows, dan Paulson, 2006; Sonn dan Fisher, 1998) dalam (Andriani & Listiyandini, 2017).

Faktor-faktor ini dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok besar, yaitu:

#### 1. Faktor Internal

##### a) Kemampuan kognitif

Kemampuan kognitif dapat mempengaruhi resiliensi seorang individu dalam hal pemecahan masalahnya. Untuk dapat memecahkan sebuah masalah, individu butuh adanya proses kognitif, dimana ia akan berusaha mencari solusi terbaik untuk masalahnya, dengan segala pertimbangan yang ada di dalamnya. Asumsi ini didukung oleh hasil penelitian longitudinal yang dilakukan oleh Fergusson dan Lynskey 1996 dalam Everall dkk., 2006 pada remaja sering terpapar dengan kesulitan yang terjadi dalam keluarga selama masa kecilnya. Penelitian tersebut menemukan bahwa ketika berusia delapan tahun, remaja dengan penyesuaian diri yang sehat memiliki IQ yang lebih tinggi daripada IQ yang dimiliki remaja dengan masalah penyesuaian diri. Namun Levine 2002 dalam Everall dkk., 2006 menyatakan bahwa kecerdasan yang dimaksud dapat meningkatkan resiliensi bukan hanya sekedar kecerdasan berdasarkan skor IQ saja. Kecerdasan yang dimaksud dalam hal ini termasuk pula kemampuan untuk memahami orang lain maupun diri sendiri pada konteks situasi yang lebih luas. Seperti bagaimana harus bersikap di depan orang yang lebih tua, bagaimana cara berkomunikasi pada orang yang sama namun pada konteks peran yang berbeda, dan lain-lain.

##### b) Gender

Ketika mendapatkan sebuah masalah, perempuan dan laki-laki memiliki perbedaan dalam proses mengatasi stressnya. Umumnya, perempuan cenderung lebih sering menggunakan *emotion focused coping* daripada laki-laki (Brougham dkk., 2009), yaitu dengan lebih menekankan pada penanggulangan dampak



emosional yang muncul. Namun, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Brougham dkk. (2009) ternyata penggunaan *emotion focused coping* mahasiswa laki-laki menjadi lebih tinggi ketika menghadapi stress yang berkaitan dengan keluarga. Dari penelitian itu pula didapatkan bahwa secara umum penggunaan *emotion focused coping* lebih tinggi daripada penggunaan *problem focused coping* pada subjek mahasiswa. Perempuan dan laki-laki juga memiliki kemampuan yang berbeda dalam mengelola dan bertahan di tengah krisis. Laki-laki dianggap lebih mampu dalam bertahan di tengah krisis daripada perempuan, karena perempuan lebih sulit mengelola dan mendapatkan akses menuju sumber daya tertentu, yang berguna untuk membantunya menyelesaikan krisis yang dihadapi (Kumar dalam Fan dkk., 2014).

#### c) Keterkaitan individu dengan budaya

Individu yang berasal dari etnis minoritas yang ‘terpisah’, akan lebih menjaga kohesivitas kelompoknya dan sengaja membuat identitas baru yang terpisah dari kelompok etnis mayoritas. Identitas baru itu termasuk di dalamnya strategi-strategi mengenai bagaimana harus bertahan di tengah etnis mayoritas, dan itu membuat individu yang ada di dalam etnis tersebut menjadi lebih resilien terhadap tekanan dari etnis mayoritas (Sonn dan Fisher, 1998).

## 2. Faktor Eksternal

### a) Keluarga

Peran keluarga terhadap resiliensi individu sangat penting. Pengalaman masa kecil seorang individu yang berasal dari keluarganya akan mempengaruhi perkembangan resiliensi individu itu nantinya (Breinbauer dan Maddaleno, 2005 dalam Bhana dan Bachoo, 2011). Greenspan (2002, dalam Bhana dan Bachoo, 2011) menyatakan bahwa resiliensi bukanlah atribut tunggal dari seorang anak, melainkan merupakan sebuah produk dari hubungan anak tersebut dengan keluarga ataupun pengasuhnya. Hubungan ini juga harus berjalan sedemikian rupa dan sesuai dengan profil perkembangan anak yang unik.

#### b) Komunitas

Komunitas dapat menjadi wadah untuk berbagi cerita mengenai pengalaman traumatik individu, seperti bencana alam, terorisme, dan lain-lain. Proses berbagi pengalaman ini dapat membantu generasi selanjutnya atau anggota lain untuk dapat bertahan di tengah trauma yang sama. Resiliensi dalam hal ini diartikan sebagai kemampuan para anggota komunitas untuk dapat menyelesaikan konflik tradisional yang telah mampu mereka lewati, serta strategi-strategi pemecahan masalah yang berhasil digunakan selama konflik itu terjadi (Landau, 2007). Jika dikaitkan dengan kehidupan sehari-hari, individu akan menjadi lebih resilien dengan adanya komunitas, karena didalam komunitas tersebut terdapat individu-individu lain yang memiliki masalah yang sama. Adanya kesamaan kondisi tersebut, membuat individu yang bersangkutan dapat menceritakan masalahnya dan meminta pendapat mengenai strategi untuk mengatasi masalahnya itu. Dengan begitu, individu tersebut dapat belajar dari pengalaman orang lain yang sebelumnya dengan masalah yang sama, memahami peran dirinya dalam situasi saat itu, dan memadukan pengetahuan-pengetahuan yang didapat tersebut untuk menentukan perilakunya di masa depan terkait masalahnya (Landau, 2007).

#### c) Tingkat Sosial Ekonomi

Faktor demografi yang meliputi pendapatan memiliki hubungan yang signifikan dengan resiliensi (Barends, dalam Rinaldi, 2010).

### **2.3.5 Kemampuan-Kemampuan Dasar Resiliensi**

Menurut Reivich & Shatte (2002) terdapat tujuh kemampuan yang membentuk resiliensi dan hampir tidak ada satupun individu yang secara keseluruhan memiliki kemampuan tersebut dengan baik, yaitu sebagai berikut:

#### **2.3.5.1 Regulasi Emosi**

Regulasi emosi merupakan kemampuan untuk tetap tenang di bawah kondisi yang menekan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang memiliki kemampuan untuk mengatur emosi mengalami kesulitan dalam membangun dan menjaga hubungan dengan orang lain. Semakin kita terisolasi dengan kemarahan maka kita

akan semakin menjadi seorang pemaarah. Dua buah keterampilan yang dapat memudahkan individu untuk melakukan regulasi emosi, yaitu tenang (*calming*) dan fokus (*focusing*). Individu yang mampu mengelola kedua keterampilan ini, dapat membantu meredakan emosi yang ada, memfokuskan pikiran-pikiran yang mengganggu dan mengurangi stress yang dialami individu.

#### **2.3.5.2 Pengendalian Impuls**

Pengendalian impuls merupakan kemampuan individu untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dalam diri seseorang. Individu yang memiliki kemampuan pengendalian diri yang rendah, cepat mengalami perubahan emosi yang pada akhirnya mengendalikan pikiran dan perilaku mereka.

#### **2.3.5.3 Optimisme**

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Optimisme merupakan seseorang melihat bahwa masa depannya cemerlang dan bahagia. Optimisme yang dimiliki seorang individu menandakan bahwa individu tersebut yakin bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan yang mungkin terjadi di masa depan. Hal ini juga merefleksikan *self efficacy* yang dimiliki seorang individu, yaitu kepercayaan individu bahwa ia dapat menyelesaikan permasalahan yang ada dan mampu mengendalikan hidupnya.

#### **2.3.5.4 Analisis Penyebab Masalah**

*Causal analysis* merupakan kemampuan individu untuk mengidentifikasi masalah secara akurat dari permasalahan yang dihadapinya. Seligman mengungkapkan sebuah konsep yang berhubungan erat dengan analisis penyebab masalah yaitu gaya berfikir eksplanatory. Gaya berfikir eksplanatory adalah cara yang biasa digunakan individu untuk menjelaskan sesuatu hal itu baik dan buruk yang terjadi pada dirinya.

Gaya berfikir dengan metode ini dapat dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Saya-bukan saya (*personal*)

Gaya berfikir “saya” adalah individu yang cenderung menyalahkan diri sendiri atas masalah yang menimpanya. Sedangkan gaya berfikir “bukan saya” adalah menitik beratkan pihak lain yang menjadi penyebab atas kesalahan yang terjadi.

b. Selalu tidak selalu (*permanen*)

Seseorang yang berfikir “selalu” berasumsi bahwa ketika terjadi kegagalan maka akan timbul kegagalan berikutnya yang menyertainya. Individu tersebut akan selalu merasa pesimis. Sedangkan individu yang optimis, cenderung memandang kegagalan dari sisi positif dan berusaha melakukan yang lebih baik dalam setiap kesempatan.

c. Semua tidak semua (*pervasive*)

Gaya berfikir “semua” memandang kegagalan pada sisi kehidupan akan menjadi penyebab kegagalan pada sisi kehidupan yang lain. Sedangkan gaya berfikir “tidak semua” mampu menjelaskan penyebab dari suatu masalah yang ia hadapi. Individu yang resilien tidak akan menyalahkan orang lain atas kesalahan yang mereka perbuat demi menjaga *self-esteem* mereka atau membebaskan mereka dari rasa bersalah. Mereka tidak terlalu terfokus pada faktor-faktor yang berada di luar kendali mereka, sebaliknya mereka memfokuskan dan memegang kendali penuh pada pemecahan masalah, perlahan mereka mulai mengatasi permasalahan yang ada, mengarahkan hidup mereka, bangkit dan meraih kesuksesan.

#### **2.3.5.5 Empati**

Empati mengaitkan bagaimana individu mampu membaca tanda-tanda kondisi emosional dan psikologis orang lain. Beberapa individu memiliki kemampuan dalam menginterpretasikan bahasa-bahasa non verbal yang ditunjukkan orang lain, seperti ekspresi wajah, intonasi suara, bahasa tubuh dan menangkap apa yang dipikirkan atau dirasakan orang lain. Seseorang yang memiliki kemampuan berempati cenderung memiliki hubungan sosial yang positif. Sedangkan individu dengan empati yang rendah cenderung mengulang pola yang dilakukan oleh

individu yang tidak resilien, yaitu menyamaratakan semua keinginan dan emosi orang lain.

#### **2.3.5.6 Efikasi Diri**

Efikasi merupakan sebuah keyakinan bahwa individu mampu memecahkan dan menghadapi masalah yang dialami secara efektif. Efikasi diri juga berarti meyakini diri sendiri mampu, berhasil dan sukses. Individu dengan efikasi diri yang tinggi memiliki komitmen dalam memecahkan masalahnya dan tidak menyerah ketika menemukan bahwa strategi yang sedang digunakannya itu tidak berhasil. Efikasi diri adalah pemecahan masalah yang berhasil sehingga seiring dengan individu membangun keberhasilan sedikit demi sedikit dalam menghadapi masalah, maka efikasi diri tersebut akan terus meningkat. Sehingga hal tersebut terjadi sangat penting untuk mencapai resiliensi.

#### **2.3.5.7 Reaching Out**

Resiliensi bukan hanya seorang individu yang memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan dan bangkit dari keterpurukan, amun lebih dari itu resiliensi juga merupakan kapasitas individu meraih aspek positif dari sebuah keterpurukan yang terjadi dalam dirinya.

### **2.3.6 Fungsi Resiliensi**

Rutter dalam Yulia Sholichatun 2012 mengungkapkan ada empat fungsi resiliensi, yaitu:

- a. Untuk mengurangi resiko mengalami konsekuensi-konsekuensi negatif setelah adanya kejadian hidup yang menekan.
- b. Mengurangi kemungkinan munculnya rantai reaksi yang negatif setelah peristiwa hidup menekan.
- c. Membantu menjaga harga diri dan rasa mampu diri.
- d. Meningkatkan kesempatan untuk berkembang.

Sholichatun (2012) mengemukakan bahwa resiliensi bukanlah karakteristik kepribadian atau *trait*, tetapi lebih sebagai proses dinamis dengan disertainya

faktor yang membantu mengurangi resiko individu dalam menghadapi tekanan kehidupan. Hal ini serupa juga dijelaskan oleh O'leary dan Ickoviks yang menyatakan meskipun seorang individu mungkin memperoleh keuntungan dan perubahan positif dari sebuah tantangan hidup, namun tidak ada jaminan bahwa hasil yang sama akan nampak ketika menghadapi tantangan lain yang hampir bersamaan terjadi.

Resiliensi merupakan konstruk psikologi yang dianjurkan oleh para ahli behavioral dalam rangka usaha untuk mengetahui, mendefinisikan dan mengukur kapasitas individu untuk tetap bertahan dan berkembang pada kondisi yang menekan (*adverse conditions*) dan untuk mengetahui kemampuan individu untuk kembali pulih (*recovery*) dari kondisi tekanan (McCubbin, 2001).

## **2.4 Psikoedukasi**

### **2.4.1 Definisi Psikoedukasi**

Konsep psikoedukasi pertama kali dikembangkan oleh Mottaghipour dan Bickherton (2005) seorang ahli kesehatan jiwa dewasa, bekerjasama dengan *Australia National Standarts for Mental Health Services*, berupa kerangka kebutuhan pelayanan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan mental, yang dikenal dengan *Pyramid of Family Care*. Piramid ini dikembangkan berdasarkan hirarki kebutuhan Maslow, yang terbagi menjadi 5 tingkatan sebagai berikut; tingkat dasar adalah *connection and assesment*, tingkat kedua *general education*, tingkat tiga *psikoeducation*, tingkat keempat *consultation* dan tingkat teratas adalah *family therapy* (Rachmaniah, 2012). *Family psychoeducation therapy* merupakan salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005 dalam Novi, 2017).

Psikoedukasi menurut Supratiknya (2011) merupakan pengembangan dari pemberian informasi dalam bentuk pendidikan masyarakat mengenai informasi yang berkaitan dengan psikologi populer/ sederhana atau informasi lain yang mempengaruhi kesejahteraan psikososial masyarakat. Pemberian informasi ini bisa mempergunakan berbagai macam media dan pendekatan. Psikoedukasi bukan merupakan suatu pengobatan, namun hal ini dirancang untuk menjadi bagian dari rencana perawatan secara keseluruhan. Misalnya, pengetahuan tentang penyakit seseorang sangat penting bagi individu dan keluarga mereka untuk merancang rencana perawatan dan pengobatan yang optimal.

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk dari intervensi keluarga yang merupakan bagian dari terapi psikososial. Pada psikoedukasi keluarga terdapat kerjasama dari klinisi dengan anggota keluarga pasien yang menderita gangguan psikologis. Terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan kognitif karena dalam terapi mengandung unsur untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Supratiknya, 2011).

#### **2.4.2 Tujuan psikoedukasi**

Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga bagaimana teknik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Tujuan dari program psikoedukasi adalah menambah pengetahuan bagi anggota keluarga sehingga diharapkan dapat menurunkan tingkat cemas dan meningkatkan fungsi keluarga (Stuart, 2009).

#### **2.4.3 Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan psikoedukasi**

Menurut (Dixon, 2001) dalam Rahmaniah (2012), rendahnya tingkat kontrak antara staf klinis dan anggota keluarga secara umum dan berbasis masyarakat, juga keterbatasan waktu dan sumber daya manusia yang mampu melakukan

psikoedukasi dapat menghambat keberhasilan intervensi. Beberapa faktor yang mungkin dapat menghambat pelaksanaan psikoedukasi diantaranya adalah:

#### **2.4.3.1 Anggota keluarga**

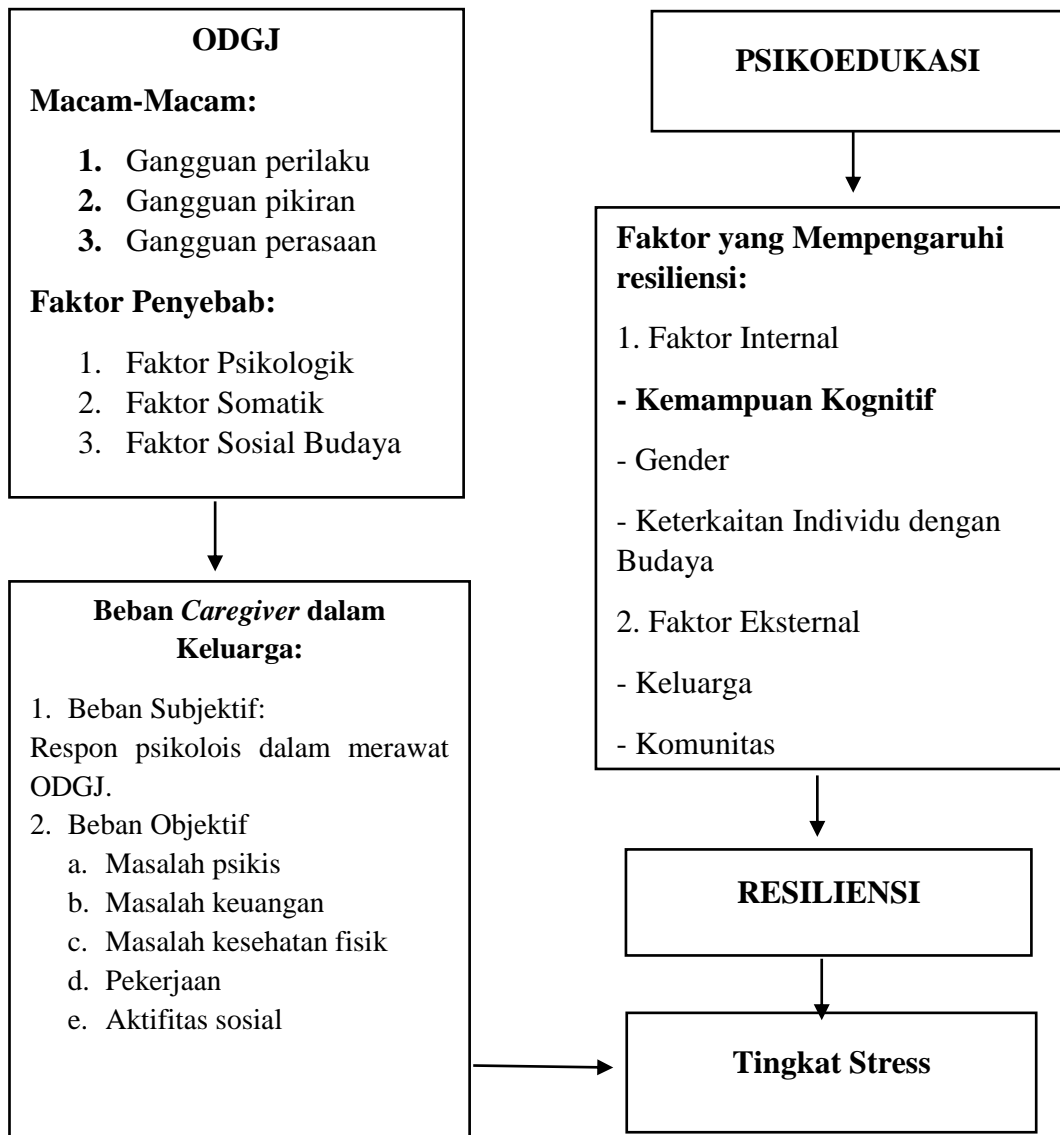
Pelaksanaan psikoedukasi keluarga dapat terhambat oleh realitas kehidupan peserta/keluarga. Stigma anggota keluarga secara umum mungkin tidak ingin diidentifikasi terkait masalah kejiwaan, mereka mungkin merasa tidak nyaman untuk mengungkapkan perasaan yang dialaminya. Mereka juga mungkin memiliki pengalaman negatif di masa lalu dan ragu-ragu untuk mengeksplorasi diri terhadap kemungkinan pengalaman negatif lebih lanjut. Kebanyakan orang tidak memiliki sumber informasi tentang nilai psikoedukasi keluarga sehingga tidak dapat menghargai potensi keuntungan dari program tersebut.

#### **2.4.3.2 Pemberian pelayanan psikoedukasi pada keluarga**

Kurangnya ketersediaan psikoedukasi keluarga mungkin mencerminkan apresiasi bagi penyedia layanan kesehatan mental terhadap kegunaan dan pentingnya pendekatan pengobatan. Program perlu ditunjang oleh jadwal dan disiplin profesional yang baik. Profesional kesehatan mental juga telah menyatakan keprihatinan tentang biaya dan durasi program psikoedukasi keluarga, meskipun layanan manajemen pengobatan dan kasus untuk klien biasanya harus dilanjutkan untuk waktu yang lebih lama dari program keluarga. Beban khusus secara universal tinggi, namun waktu yang dimiliki oleh petugas kesehatan dirasakan kurang, oleh karena itu untuk menunjang program psikoedukasi perlu meningkatkan kemampuan sumber daya manusia misalnya dalam kegiatan pelatihan program psikoedukasi.



## 2.5 Kerangka Teori



**Skema 2.1 Kerangka Teori Hubungan Psikoedukasi dengan Resiliensi Caregiver ODGJ**

Sumber: (Andriani & Listiyandini, 2017), (Rohmah, 2012), (Sukmarini, 2009), (Yusuf, 2015).

## 2.6 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk pernyataan. Hipotesis dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori (Sugiyono, 2009). Hipotesis pada penelitian ini adalah:

Ha: Terdapat hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ

H0: Tidak terdapat hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Dalam bab ini menjelaskan metode penelitian yang digunakan selama pelaksanaan penelitian adalah berupa desain penelitian, kerangka konsep, definisi penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu, alat dan metode pengumpulan data, pengolahan data dan analisa data, dan etika penelitian.

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan kerangka kerja yang digunakan untuk melaksanakan penelitian, desain penelitian memberikan gambaran tentang prosedur dan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian yang membantu peneliti dalam pengumpulan data dan menganalisis data (Sastroasmoro, 2011).

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi, karena di dalam penelitian ini bertujuan untuk menemukan ada tidaknya hubungan antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ. Menurut Sukardi (2009) penelitian korelasi adalah suatu penelitian yang melibatkan tindakan pengumpulan data guna menentukan, apakah ada hubungan dan tingkat hubungan antara dua variabel atau lebih.

#### **3.2 Kerangka Penelitian**

Kerangka penelitian adalah konsep suatu penelitian yang menghubungkan antara visualisasi satu variabel dengan variabel lainnya, sehingga penelitian menjadi tersusun secara sistematis dan dapat diterima oleh semua pihak (Swarjana, 2012). Kerangka penelitian pada penelitian ini adalah hubungan psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* ODGJ. Variabel yang diukur adalah sebagai berikut:

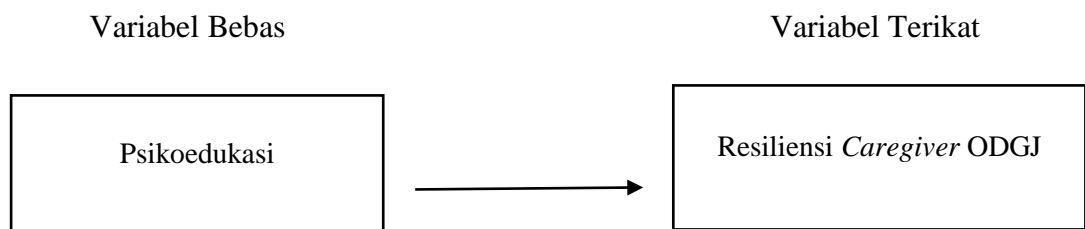
##### **3.2.1 Variabel Bebas (*independent*)**

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat atau yang mempengaruhi stimulus atau input. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah psikoedukasi.

### 3.2.2 Variabel Terikat (*dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh atau yang menjadi akibat adanya variabel bebas dan variabel ini sering disebut respon output. Variabel terikat pada penelitian ini adalah resiliensi *caregiver* ODGJ.

Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yang digunakan peneliti dalam menganalisa penelitian yang dituangkan dalam bentuk skema sebagai berikut:



**Skema 3.1 Kerangka Penelitian**

### 3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional merupakan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian. Definisi operasional ini bertujuan untuk membuat variabel menjadi lebih konkrit dan dapat di ukur, bagaimana mengukurnya, apa saja kriteria pengukurannya, instrument yang digunakan untuk mengukurnya dan skala pengukurannya (Dharma, 2011). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut:

**Tabel 3.1**

**Definisi Operasional Penelitian Variabel *Independent***

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
Psikoedukasi	Informasi dalam bentuk pendidikan masyarakat mengenai informasi yang berkaitan dengan psikologi populer/ sederhana atau informasi lain yang mempengaruhi kesejahteraan psikososial masyarakat	Kuesioner	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Hampir selalu	Ordinal

**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional Penelitian Variabel *Dependent***

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
Resiliensi <i>caregiver</i> ODGJ	Kemampuan seseorang untuk melakukan respon melalui cara yang sehat dan produktif ketika berhadapan dengan <i>adversity</i> atau trauma, dimana hal tersebut sangat penting untuk mengendalikan tekanan hidup sehari-hari	Skala CD-RISC yang dari 25 item dengan pilihan jawaban: 0: tidak ada sama sekali pada diri saya 1: jarang terjadi pada diri saya 2: kadang-kadang ini terjadi/ada pada diri saya 3: sering terjadi pada diri saya 4: hampir selalu terjadi dalam diri saya	Skor yang digunakan untuk mengukur item resiliensi dengan hasil pengukuran: 1. Resiliensi rendah: dengan skor 0-25 2. Resiliensi sedang: dengan skor 26-75 3. Resiliensi tinggi: dengan skor 76-100	Ordinal

### 3.4 Populasi dan Sampel

#### 3.4.1 Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (2012) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Apabila seseorang ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi. Populasi dibatasi sebagai sejumlah kelompok atau individu yang paling sedikit mempunyai satu sifat yang sama. Populasi dalam penelitian ini adalah *caregiver* yang merawat ODGJ. Jumlah total populasi ODGJ di Desa Paremono sebanyak 44 orang.

#### 3.4.2 Sampel Penelitian

Menurut Sugiyono (2012) sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Meskipun sampel hanya merupakan bagian dari populasi, kenyataan-kenyataan yang diperoleh dari sampel itu harus dapat

menggambarkan dalam populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Total Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Teknik pemilihan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang ditentukan oleh peneliti, yaitu:

#### **3.4.3 Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel yang dipilih secara acak (Nursalam, 2008). Sampel yang akan digunakan untuk penelitian sesuai dengan inklusi sebagai berikut:

- 1) *Caregiver* bersedia menjadi responden.
- 2) Merupakan keluarga yang tinggal dekat dengan ODGJ.
- 3) Merupakan warga Desa Paremono.

#### **3.4.4 Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian, seperti halnya adanya hambatan etis, menolak menjadi sampel penelitian atau suatu keadaan tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (Nursalam, 2008). Sampel yang akan digunakan untuk penelitian sesuai dengan kriteria eksklusi adalah *Caregiver* yang mengalami cacat mental, dan ketidakmampuan melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

### **3.5 Tempat dan Waktu**

#### **3.5.1 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 7 Juli – 11 Juli 2018.

#### **3.5.2 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Paremono, Kecamatan Mugkid, Kabupaten Magelang yang mencakup Dusun Simping, Dusun Tirto, Dusun Namengan, Dusun Trojayan, Dusun Mertan, Dusun Japun 1, Dusun Japun 2, Dusun Dowo, Dusun Citran, Dusun Krapyak, Dusun Gamol 1, Dusun Gamol 2, Dusun Bentinean, dan Dusun Paremono.

## **3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data**

### **3.6.1 Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket atau kuesioner. Pembagian kuesioner dalam penelitian ini dilaksanakan secara bersamaan. Alat kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, yaitu:

A. Kuesioner A untuk mengetahui data demografi responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, agama dan kehadiran dalam psikoedukasi.

B. Kuesioner B (Skala Ukur Resiliensi) terkait dengan resiliensi menggunakan alat ukur *The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. Alat ukur ini dibuat oleh Connor dan Davidson pada tahun 2003. Skala ini terdiri atas 25 item, yang disusun berdasarkan lima faktor/dimensi, yaitu (1) Kompetensi personal, standar tinggi, dan kegigihan, (2) Keyakinan terhadap insting, toleransi terhadap efek negatif, dan efek menguatkan dari stress, (3) Penerimaan positif terhadap perubahan dan hubungan lekat dengan orang lain, (4) Kontrol, dan (5) Pengaruh spiritual (Andriani & Listiyandini, 2017). Tingkat resiliensi dikategorikan sebagai berikut:

- a. Skor 0-25: resiliensi rendah
- b. Skor 26-75: resiliensi sedang
- c. Skor 76-100: resiliensi tinggi

### **3.6.2 Metode Pengumpulan data**

Pengumpulan data merupakan kegiatan seseorang peneliti dalam upaya mengumpulkan data. Pengumpulan data dapat menggunakan alat ukur antara lain menggunakan kuesioner, skala likter, skala guttman, observasi, wawancara, dan lain-lain (Hidayat, 2007). Penelitian ini akan dilaksanakan dengan mengumpulkan data dalam penelitian di Desa Paremono. Adapun prosedur penelitiannya adalah sebagai berikut:

### **3.6.2.1 Persiapan Penelitian**

Peneliti mempersiapkan instrumen yang akan digunakan untuk mengumpulkan data tentang kuesioner yang akan digunakan sebagai bahan pengukuran tingkat resiliensi pada *caregiver* ODGJ.

### **3.6.2.2 Persiapan Administrasi**

Prosedur yang peneliti lakukan adalah:

- a. Mengajukan surat Ijin Studi Pendahuluan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang diajukan ke Dinas Kesehatan pada tanggal 21 November 2017.
- b. Mengajukan Permohonan dan Studi Pendahuluan ke Puskesmas Mungkid untuk studi pendahuluan untuk mendapatkan data dan melakukan penelitian dengan surat resmi dari pihak Dinas Kesehatan Kesehatan pada tanggal 28 November 2017.
- c. Setelah melewati proses pengujian Proposal, peneliti mengajukan surat Permohonan Ijin Penelitian Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang diajukan ke Kantor Kesatuan Kesatuan Bangsa dan Politik (KESBANGPOL) Kabupaten Magelang pada tanggal 6 Juni 2018.
- d. Mengajukan Permohonan Ijin ke Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (BPMPPPT) Kabupaten Magelang pada tanggal 7 Juni 2018.
- e. Mengajukan Ijin Penelitian dari BPMPPPT Kabupaten Magelang ke BAPEDA pada tanggal 7 Juni 2018.

### **3.6.2.3 Persiapan Teknis**

Setelah mendapatkan perizinan dari Kelurahan Desa Paremono peneliti melakukan koordinasi dengan menemui Kepala Dusun untuk memberitahukan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilaksanakan. Prosedur dalam penelitian adalah peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian, setelah mendapat penjelasan tentang prosedur penelitian kemudian *caregiver* mengisi *informed consent* dan memberikan kuesioner kepada *caregiver* untuk mengetahui data demografi dan tingkat resiliensi.



### 3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

#### 3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Setelah instrumen yang akan digunakan berupa kuesioner sebagai alat peneliti selesai disusun, kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena suatu kuesioner dikatakan valid, jika kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur oleh kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini, kuesioner yang digunakan menggunakan alat ukur *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) sebanyak 25 aitem. CD-RISC memiliki potensi kegunaan baik dalam praktek klinis dan penelitian. Berdasarkan uji validitas, didapatkan koefisien korelasi  $>0,2$  pada semua item, dengan *range* koefisien item sebesar 0,307-0,693. Standart sebuah item dianggap valid dan layak digunakan adalah jika memiliki koefisien korelasi pada nilai *corrected item total* di atas 0,2 (Nisfiannoor, 2009) dalam penelitian (Andriani & Listiyandini, 2017). Berikut tabel kesimpulan hasil uji validitas tersebut:

**Tabel. 3.3 Hasil Uji Validitas CD-RISC**

	Nilai <i>Corrected Item Total</i>
Uji Coba	0,307-0,693

#### 3.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen baik tidak akan bersifat tendensius, mengarahkan responden memiliki jawaban-jawaban tertentu. Apabila data memang benar sesuai dengan kenyataannya, maka berapa kalipun diambil tetap akan sama hasilnya (Arikunto, 2006).

Alat ukur resiliensi menggunakan skala CD-RISC yang telah diadaptasi sebelumnya oleh Andriani dan Listiyandini (2017). Dari proses adaptasi tersebut didapatkan bahwa skala CD-RISC ini valid dan reliabel untuk digunakan. Berdasarkan hasil uji coba didapatkan hasil *cronbach's alpha* sebesar 0,910. Sehingga dapat disimpulkan bahwa alat ukur ini reliabel, karena memiliki koefisien *cronbach's alpha* >0,6. Berikut hasil reliabilitas:

**Tabel. 3.4 Hasil Uji Reliabilitas CD-RISC**

	Hasil Uji
Keseluruhan	0,910

### **3.8 Metode Pengolahan dan Analisa Data**

#### **3.8.1 Pengolahan Data**

##### **3.8.1.1 Editing**

Kegiatan yang dilakukan dengan cara memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data dengan tujuan mengevaluasi dari bahan-bahan atau data untuk mengurangi kesalahan yang terdapat disalamnya dan sebagai usaha kearah klarifikasi data tersebut.

##### **3.8.1.2 Coding**

Kegiatan atau proses dengan memberikan tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, selanjutnya dimasukkan kedalam lembaran tabel kerja untuk mempermudah pengolahan. *Coding* dilakukan dengan ketentuan yang sudah ditetapkan sebelumnya dan dilakukan setelah proses *editing* dilakukan. Data yang dilakukan coding 0: tidak ada sama sekali pada diri saya, 1: jarang terjadi pada diri saya, 2: kadang-kadang ini terjadi/ada pada diri saya, 3: sering terjadi pada diri saya, 4: hampir selalu terjadi pada diri saya.

##### **3.8.1.3 Tabulasi/Entry Data**

Kegiatan memproses dan memasukkan data dari hasil penelitian kedalam program analisis perangkat komputer (SPSS) berdasarkan kriteria yang telah ada. Data

dimasukkan kedalam kategori yang telah ditetapkan dan diberi kode untuk memudahkan pengolahan data.

#### **3.8.1.4** *Cleanning*

Kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa kembali data yang sudah dimasukkan untuk diperiksa ada atau tidaknya kesalahan. Saat memasukkan data sangat memungkinkan terjadi kesalahan. Cara menghilangkan atau memberikan data yaitu dengan mengetahui data yang hilang, konsistensi data, dan variasi data.

#### **3.8.1.5** *Scoring*

Kegiatan berupa pemberian nilai/harga untuk meperoleh data kuantitatif. Hasil analisa yang didapatkan kemudian diklasifikasikan menjadi:

- 1) Resiliensi rendah: 0-25
- 2) Resiliensi sedang: 26-75
- 3) Resiliensi tinggi: 76-100

### **3.8.2** Analisa Data

#### **3.8.2.1** Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendiskripsikan seluruh variabel baik variabel bebas maupun variabel terikat. Uji statistik menggunakan *deskriptive statistic* untuk disajikan dalam bentuk tabulasi, maksimum, minimum, dan *mean* untuk mendapatkan hasil distribusi dari masing-masing variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui karakteristik *caregiver*, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, dan agama.

#### **3.8.2.2** Analisa Bivariat

Analisa bivariat yaitu analisa yang dilakukan terhadap dua variabel diduga berhubungan atau berkalaborasi. Analisa tergantung skala pengukuran variabel independen dan dependen (Hidayat, 2012). Uji statistik dengan menggunakan uji *Spearman*, karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dan variabelnya berjenis kategorik. Apabila hasil dari uji statistik nilai

signifikannya lebih kecil dari 0,05 maka data tersebut menunjukkan korelasi yang bermakna. Nilai *confidence interval* yang ditetapkan adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha=0,05$ ).

### **3.9 Etika Penelitian**

Menurut Hidayat (2012), sebelum seorang peneliti melakukan penelitian, sebelumnya peneliti harus membuat perizinan dan persetujuan kepada calon responden meliputi:

#### **3.9.1 Beneficance (Prinsip Manfaat)**

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi responden penelitian dan dapat digeneralisasikan ditingkat populasi.

#### **3.9.2 Maleficance**

Prinsip ini menekan untuk tidak melakukan tindakan menimbulkan bahaya bagi responden. Responden diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman. Penelitian menggunakan prosedur yang sesuai, sehingga tidak menimbulkan bahaya pada responden.

#### **3.9.3 Anonimity (Tanpa Nama)**

Peneliti merahasiakan subjek penelitian dengan cara tidak mencantumkan nama responden dalam lembar pengumpulan data, tetapi menukarkan dengan kode inisial nama responden dan memberi nomor pada masing-masing lembar responden. Hal ini untuk menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden. Informasi yang didapatkan akan dijaga oleh peneliti, sehingga dalam penelitian perlu menggunakan dan menuliskan kode kuesioner tanpa keterangan nama lengkap.

#### **3.9.4 Informed Conccent (Persetujuan Riset)**

*Informed concent* adalah proses pemberian informasi yang cukup dapat dimengerti oleh responden mengenai partisipasinya dalam suatu penelitian. Responden memiliki hak untuk memilih atau menerima atas pilihannya sendiri. Hal ini meliputi pemberian informasi kepada responden tentang hak-hak dan tanggungjawab mereka dalam suatu penelitian dan mendokumentasikan

kesepakatan dengan cara mendatangi lembar persetujuan bila responden bersedia diteliti, namun jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

### **3.9.5** *Respect of Human Dignity* (Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia)

Prinsip ini menghormati dan menghargai hak sebagai responden. Penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan. Responden berhak untuk menerima, menolak ataupun mengundurkan diri terhadap terapi yang diberikan. Responden juga memiliki hak untuk mendapatkan informasi mengenai penelitian yang akan dilakukan, diantaranya tujuan, cara penelitian, penatalaksanaan, dan manfaat penelitian.

### **3.9.6** *Right of Justify* (Prinsip Keadilan)

Prinsip keadilan yaitu tidak membeda-bedakan responden satu dengan responden lainnya. Prinsip ini memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati dan profesional dengan memperhatikan psikologis serta perasaan responden.

### **3.9.7** Kerahasiaan

Tanggungjawab dari peneliti untuk melindungi semua informasi ataupun data yang dilakukan selama penelitian. Informasi hanya akan diketahui oleh peneliti dan pembimbing atas persetujuan responden. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa responden memiliki hak kerahasiaan selama penelitian, pengolahan data dan jika memungkinkan sampai publikasi.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Karakteristik *caregiver* usia rata-rata adalah dewasa akhir, mayoritas berjenis kelamin perempuan dengan tingkat pendidikan terbanyak pada tingkat Dasar, serta pekerjaan terbanyak sebagai buruh.

5.1.2 Frekuensi psikoedukasi terbanyak adalah *caregiver* belum pernah melakukan psikoedukasi sebanyak 25 *caregiver*.

5.1.3 Tingkat resiliensi *caregiver* di Desa Paremono Kabupaten Magelang adalah *caregiver* dengan resiliensi rendah (9 orang), resiliensi sedang (18 orang), dan resiliensi tinggi (11 orang).

5.1.4 Terdapat hubungan yang bermakna antara psikoedukasi dengan resiliensi *caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa.

#### **5.2 Saran**

##### **5.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan**

Pelayanan kesehatan sebaiknya mengoptimalkan psikoedukasi, karena terapi ini membuat *caregiver* berinteraksi dan menyampaikan segala permasalahan yang dihadapinya. *Caregiver* dapat lebih menjadi pribadi yang resilien dalam merawat ODGJ.

##### **5.2.2 Bagi Ilmu Keperawatan**

Pihak pendidikan keperawatan hendaknya memasukkan desain pembelajaran tentang kemampuan memberikan pembelajaran psikoedukasi pada semua kelompok usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, *caregiver* berbagai macam penyakit.

### 5.2.3 Bagi Metodologi Penelitian

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian diantara faktor-faktor yang dapat mempengaruhi resiliensi mana yang paling berpengaruh tinggi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, D. R., Aflatin, T., & Sulistyarini, I. (2017). Efektifitas Pelatihan Regulasi Emosi untuk Meningkatkan Resiliensi Caregiver Keluarga Pasien Skizofrenia. *Jurnal Intervensi Psikologi*, 254-273.
- Andriani, A., & Listiyandini, R. A. (2017). Peran Kecerdasan Sosial Terhadap Resiliensi Pada Mahasiswa Tingkat Awal. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 67-90.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azizah, Z. N. (2016). *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Resiliensi pada Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS)*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Bhana, A., & Bachoo, S. (2011). The Determinant of Family Resilience among Families in Low and Maddle Income Context. *Journal of Psychology*, 131-139.
- Bordbar, Mohammad, Faridhosseini, & Farhad. (2010). Psychoeducation for Bipolar Mood Disorder. *Clinical, Research, Treatment Approaches to Affective Disorders*.
- Braugham, R., Zail, C., Mendoza, C., & Miller, J. (2009). Stress, Sex Differences, and Coping Strategies among College Students. *Curr Psychol*, 85-87.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Direja, A. H. (2011). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Dixon. (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 903-910.
- Everall, R., Altrows, K., & Paulson, B. (2006). Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Famale Adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 461-470.
- Fan, S., Pandya-Lorch, R., & Yosef, S. (2014). *Resilience for Food and Nutrition Security*. Washington: International Food Policy Research Institute.
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. G. (2010). *Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktek. Alih Bahasa: Hamid,AY., Subekti,N.B., Yulianti D. dan Herdina N. Edisi 5*. Jakarta: EGC.



- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Iqbal, M. (2011). *Hubungan Antara Self Esteem dan Religiuitas Terhadap Resiliensi Pada Remaja*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
- Julianti, E. (2013). *Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah pada Wilayah Kerja Puskesmas Benda Baru Kota Tangerang Selatan*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
- Landau, J. (2007). Enhancing Resilience: Families and Communities as Agents for Change. *Family Process*, 351-367.
- Lukens, & McFarlane. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Consideration for Practice, Research, and Policy. *Journal Brief Treatment and Crisis Intervention Volume 4*.
- Lukens, E. P., & William, R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Consideration for Practice, Research, and Policy. Oxford University Press.
- Masyhuri, & Zainuddin. (2008). *Metode Penelitian Pendekatan Praktis dan Apikatif*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Mottaghypour, & Bickerton. (2005). *The Pyramid of Family Care: A Framework for Family Involvement with Adult Mental Health Services*. Toronto: Prentice Hall Health.
- Nasir, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasrani. (2015). *Perbedaan Tingkat Stress Antara Laki-Laki dan Perempuan pada Peserta Yoga*. Denpasar.
- Nasution, S. M. (2011). *Resiliensi: Daya Pegas Menghadapi Trauma Kehidupan*. Medan: Medan USU Press.
- Nisfiannoor, M. (2009). *Pendekatan Statistika Modern untuk Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novi, A. (2017). *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Stres Caregiver Dalam Merawat ODGJ Di Desa Paremono Kecamatan Mungkid Kabupaten Magelang*. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang.

- Nur, A., & Wisnu, P. (2014). Faktor-Faktor yang Meningkatkan Resiliensi Masyarakat dalam Menghadapi Bencana ROB di Kelurahan Tanjung Emas Semarang. *Jurnal Teknik PWK*, 993-1002.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika.
- Priyanto. (2007). Diambil kembali dari <http://ebookdatabase.net/apakah-gangguan-jiwa-itu-59070351>
- Rachmaniah, D. (2012). *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kecemasan dan Koping Orang Tua dalam Merawat Anak dengan Thalasemia Mayor di RSU Kabupaten Tangerang Banten*. Depok: Universitas Indonesia.
- Rinaldi. (2010). *Resiliensi pada Masyarakat Kota Padang Ditinjau dari Jenis Kelamin*. Padang: Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Padang.
- Rosmaharani, S., Wihastuti, T. A., & Supriati, L. (2015). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Perubahan Tingkat Kecemasan Dan Persepsi Beban Keluarga Merawat Anak Dengan Retardasi Mental Di SDLB Negri Kabupaten Jombang . *Journal of Health Science*.
- Sastroasmoro, S. (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setyowati, C. (2015). *Dinamika Psikologis Resiliensi Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS)*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Sonn, C., & Fisher, A. (1998). Sense of Community: Community Resilient Responses to Oppression and Change. *Journal of Community Psychology*, 146.
- Stuart. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Mosby: an Affiliate of Elsevier.
- Stuart, & Laraia. (2001). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Stuart, & Laraia. (2005). *The Principle and practice of psychiatric Nursing Edisi 8*. Elsevier Mosby: St Louis Missouri.
- Subandi, M. A., & Marchira, C. (2010). The Role Of Family Empowerment and Family Resilience on the Recovery of Psychotics Patients. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1-16.

- Sukmarini, N. (2009). *Optimalisasi Peran Caregiver Dalam Penatalaksanaan Skizofrenia*. Bandung: Majalah Psikiatri XLII.
- Supratiknya, A. (2011). *Merancang Program dan Modul Psikoedukasi*. Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma.
- Swarjana, I. K. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.
- Wahyuningtyas, N. H. (2017). *Resiliensi Keluarga Ynang Memiliki Anak Dengan Gangguan Jiwa* . Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga.
- Walsh, J. (2010). *Psycheducation in Mental Health*. Chicago: Lyceum Books.
- Winduri, E. (2012). Regulasi Emosi dan Resiliensi pada Mahasiswa Tahun Pertama. *Humanitas*, 148-156.
- Wiyati, R., Hamid, A. Y., & Gayatri, D. (2010). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Isolasi Sosial*. Jakarta: Tesis FIK-UI.
- Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusuf, F., & Nihayati. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.