

**MASALAH YANG DIHADAPI DAN KOPING PADA KELUARGA
PETANI YANG MERAJAT PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID**

DI PROVINSI LAMPUNG

(Skripsi)



Oleh :

GEDE SUKMA SETIAWAN

1818011060

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS LAMPUNG

BANDAR LAMPUNG

2023

**MASALAH YANG DIHADAPI DAN KOPING PADA KELUARGA
PETANI YANG MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID
DI PROVINSI LAMPUNG**

**Oleh :
GEDE SUKMA SETIAWAN**

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

**Pada
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

Judul Skripsi

**: MASALAH YANG DIHADAPI DAN
KOPING PADA KELUARGA PETANI
YANG MERAWAT PASIEN
SKIZOFRENIA PARANOID DI
PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: Gede Sukma Setiawan

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1818011060

Program Studi

: PENDIDIKAN DOKTER

Fakultas

: KEDOKTERAN



1. Komisi Pembimbing

Dr. dr. T.A Larasati, S. Ked., M. Kes

NIP. 197706182005012012

Dr. dr. Rika Lisiswanti, S. Ked., M. Med. Ed

NIP. 198010052008122001

2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. Eng. Satripto Dwi Yuwono, S.Si., M.T.

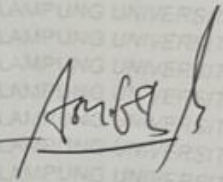
NIP. 197407052000031001

MENGESAHKAN

1. Tim penguji

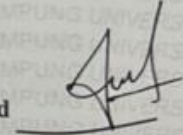
Ketua

: Dr. dr. T.A Larasati, S. Ked., M. Kes



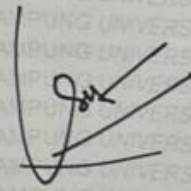
Sekretaris

: dr. Rika Lisiswanti, S. Ked., M. Med. Ed



Penguji
Bukan Pembimbing

: dr. Tendry Septa, S. Ked., Sp. KJ (K)



2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran.



Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S.Si., M.T.
NIP. 197407052000031001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 14 April 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gede Sukma Setiawan

NPM : 1818011060

Tempat, Tanggal Lahir : Lampung Tengah, 13 April 2000

Alamat : Seputih Banyak, Lampung Tengah, Lampung

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul **"MASALAH YANG DIHADAPI DAN COPING PADA KELUARGA PETANI YANG MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID DI PROVINSI LAMPUNG"** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hal intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung. Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 14 April 2023

Pembuat pernyataan,



Gede Sukma Setiawan

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Lampung Tengah, 13 April 2000. Penulis menempuh Pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Negeri 1 Bratasena Mandiri, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 2 Way Seputih, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 1 Seputih Banyak.

Tahun 2018 penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung lewat jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif pada organisasi Badan Eksekutif Mahasiswa Kedokteran Universitas Lampung.

SANWACANA

Puji syukur disampaikan penulis kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kasih karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Skripsi dengan judul **“Masalah Yang Dihadapi Dan Coping Pada Keluarga Petani Yang Merawat Pasien Skizofrenia Paranoid Di Provinsi Lampung”** ini disusun untuk memenuhi syarat dalam mencapai gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Terima kasih juga disampaikan kepada kedua orang tua penulis, yang telah membesarkan dan membimbing penulis di tiap langkah kehidupan penulis dengan penuh kasih sayang serta menyampaikan doa, keringat, air mata, dan senantiasa selalu untuk mendukung studi penulis. Kepada adik penulis, terima kasih telah mendukung dan memberikan motivasi yang selalu diberikan kepada penulis.

Penyusunan skripsi dapat diselesaikan oleh karena penulis banyak mendapatkan bimbingan, kritikan, saran, dan dukungan dari banyak pihak. Dalam kesempatan ini penulis dengan rendah hati mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Prof. Dr. Dyah Wulan S. R. W., S. K. M., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran.
4. dr. Adityo Wibowo, Sp.P, selaku pembimbing akademik yang telah membimbing saya selama masa perkuliahan di pre-klinik

5. Dr. dr. T.A Larasati, S. Ked., M. Kes selaku Pembimbing I yang telah bersedia membimbing penulis selama penyusunan skripsi dan menyampaikan kritik dan saran guna Menyusun skripsi yang baik.
6. Dr. dr. Rika Lisiswanti, S. Ked., M. Med.Ed selaku Pembimbing II yang telah menyempatkan waktu dan tempat untuk melakukan bimbingan serta masukan dan kritikan yang baik dalam penyusunan skripsi serta dalam perkuliahan.
7. dr. Tendry Septa, S. Ked., Sp. KJ (K) selaku Pembahas yang telah meluangkan waktu, tenaga, serta pikiran dalam memberikan, membahas dan bimbingan guna penyelesaian skripsi ini.
8. Seluruh dosen pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu yang telah diberikan selama masa perkuliahan.
9. Seluruh staf dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas bantuannya dalam proses penyusunan skripsi ini.
10. Teman seluruh Angkatan 2018 (FIBRINOGEN) yang telah berjuang bersama-sama tiap fase perkuliahan ini.

Penulis menyadari bahwa karya ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis meminta maaf dan berharap karya ini bisa bermanfaat bagi tiap orang yang membacanya.

Bandar Lampung, 14 April 2023

Penulis,

Gede Sukma Setiawan

ABSTRACT

PROBLEMS FACED AND COPING IN FARMER FAMILIES TREATING PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN LAMPUNG PROVINCE

By

Gede Sukma Setiawan

Background: Schizophrenia is a mental disorder that is often found in Indonesia. In several studies showing a fairly high prevalence in farming families, this is influenced by, among other things, low family income and interpersonal problems can cause a person to experience long-lasting distress which can influence a person to experience schizophrenia. Besides that, there is still not a maximum understanding of mental health which triggers the occurrence of schizophrenia in farming families. Schizophrenia is characterized by the main characteristics of 4A, namely association, affect, ambivalence and autism. Schizophrenia is divided into several types, one of which is paranoid schizophrenia with the main characteristic being auditory hallucinations and delusions that cause anxiety and fear.

Methods: This research used a qualitative approach. This approach places more emphasis on benefits and gathering information by exploring the phenomenon under study. This study used a descriptive exploratory research method that aim to use a situation. The research was conducted in November-December 2022 using the interview method. The number of samples in this study amounted to 5 people.

Results: The results of this study found three problems experienced by the patient's family, namely social, psychological, and economic. Social problems experienced by the family were disturbances in socializing. Psychological problems in the form of anxiety disorders and distress. Furthermore, economic problems include the high cost of treatment borne by the patient's family. The coping mechanisms used by the family were active, emotional, behavioral, cognitive and religious.

Conclusion: The problems faced by the patient's family were economic and psycho-social problems with the most prominent economic problems in each family. The coping mechanisms used by the family were grouped into active, emotional, behavioral, cognitive and religious mechanisms.

Keywords: coping mechanisms, family problems, schizophrenia, socio-psychology

ABSTRAK

MASALAH YANG DIHADAPI DAN KOPING PADA KELUARGA PETANI YANG MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID DI PROVINSI LAMPUNG

Oleh

Gede Sukma Setiawan

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental yang sering dijumpai di Indonesia. Pada beberapa penelitian menunjukkan prevalensi yang cukup tinggi pada keluarga petani, hal tersebut antara lain dipengaruhi oleh pendapatan keluarga yang rendah dan masalah interpersonal dapat menyebabkan seseorang mengalami distress yang berlangsung lama yang dapat memengaruhi seseorang mengalami skizofrenia. Disamping itu masih belum maksimalnya pemahaman kesehatan jiwa menjadi pencetus kejadian Skizofrenia pada keluarga petani. Skizofrenia ditandai dengan karakteristik utama 4A, yaitu asosiasi, afek, ambivalensi dan autisme. Skizofrenia terbagi atas beberapa jenis, salah satunya skizofrenia paranoid dengan ciri khas utama adanya halusinasi auditoris dan waham yang menimbulkan kegelisahan dan ketakutan.

Metode: Penelitian yang dilakukan ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan ini lebih menekankan pada manfaat dan pengumpulan informasi dengan cara mendalami fenomena yang diteliti. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif eksploratif yang bertujuan menggambarkan suatu fenomena. Penelitian dilakukan pada bulan November-Desember 2022 dengan menggunakan metode wawancara. Jumlah sampel pada penelitian ini berjumlah 5 orang.

Hasil: Pada hasil penelitian ini didapatkan tiga masalah yang dialami oleh keluarga pasien yaitu sosial, psikologi, dan ekonomi. Permasalahan sosial yang dialami keluarga yaitu gangguan dalam bersosialisasi. Permasalahan psikologis berupa gangguan kecemasan dan distress. Selanjutnya permasalahan ekonomi meliputi mahal biaya pengobatan yang ditanggung keluarga pasien. Mekanisme koping yang dilakukan keluarga yaitu *active, emotional, behavioral, cognitive* dan religius.

Kesimpulan: Permasalahan yang dihadapi oleh keluarga pasien ialah permasalahan ekonomi dan psiko-sosial dengan permasalahan ekonomi yang paling menonjol pada tiap keluarga. Mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga dikelompokkan menjadi mekanisme *active, emotional, behavioral, cognitive* dan religius.

Kata Kunci: mekanisme koping, permasalahan keluarga, skizofrenia, sosio-psikologi

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR GAMBAR	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Skizofrenia.....	6
2.2 Keluarga	13
2.3 Koping.....	20
2.4 Petani.....	26
2.5 Kerangka Penelitian	28
2.6 Hipotesis.....	29
BAB III METODE PENELITIAN	30
3.1 Desain Penelitian.....	30
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	30
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	31
3.4 Kriteria Informan	31
3.5 Variabel Penelitian.....	31
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	31
3.7 Instrumen Penelitian.....	32

3.8 Alur Penelitian	32
3.9 Teknik Analisis Data.....	33
3. 10 Etika Penelitian	34
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	35
4.1 Gambaran Umum Penelitian.....	35
4.3 Hasil Penelitian	35
4.5 PEMBAHASAN	56
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	65
5.1 Kesimpulan	65
5.2 Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68

DAFTAR TABEL

Tabel

1. Data Informan	45
------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar

1. Kerangka Teori.....	35
2. Kerangka Konsep	35
3. Alur Penelitian.....	40
4. Bagan Permasalahan Keluarga.....	61
5. Bagan Mekanisme koping.....	61

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia ialah gangguan jiwa dimana termasuk kategori berat, memengaruhi kurang lebih 23 juta populasi. Skizofrenia memiliki gejala seperti distorsi saat berpikir, persepsi, emosi, bahasa, kepercayaan serta perilaku. Pada skizofrenia terdapat gejala psikotik umum terdiri atas halusinasi dan delusi. Gangguan itu bisa mempersulit orang guna bekerja maupun belajar dengan normal. Skizofrenia umumnya dimulai saat akhir remaja atau awal dewasa (*World Health Organization*, 2018).

Salah satu jenis skizofrenia adalah skizofrenia paranoid yaitu Ketika penderitanya memiliki macam macam delusi serta halusinasi secara konstan serta tidak teratur. Pasien dengan skizofrenia paranoid tampak lebih normal apabila dibandingkan skizofrenia jenis lainnya. Tanda dan gejala dari skizofrenia paranoid ialah kecurigaan serta ketidakpercayaan pervasif serta tidak memiliki alasan terhadap orang lain (Pradipta, 2019).

WHO menyebutkan ada kurang lebih 20 juta orang menderita skizofrenia (WHO, 2019). Data RISKESDAS 2018 menyebut kurang lebih 400.000 orang atau 1,7 per 1.000 penduduk (Depkes RI, 2019). Laporan *Human Rights Watch* menyebut 57.000 penduduk terdiagnosis masalah jiwa, serta 18.800 orang di Indonesia dipasung serta diabaikan oleh pihak keluarga (*Human Rights Watch*, 2016).

Berdasar pada data Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung pada 2015 menunjukkan sebanyak 27.490 kunjungan rawat jalan, 2.606 ialah pasien baru serta 24.884 lainnya ialah pasien lama, 17.924 ialah laki-laki serta 9.566 lainnya perempuan, dari 24.884 pasien lama, 19.907 diantaranya mengalami kekambuhan. Saat Juli - Desember 2017 didapat 375 kunjungan rawat jalan, Riskesdas 2018 menyebut jika Provinsi Lampung memiliki 6,0% gangguan jiwa tertinggi di Lampung Tengah 12,06% serta paling rendah di Pesisir Barat sebesar 0%. (Pribadi, 2019). Kunjungan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung sendiri bulan Januari 2023 tercatat berjumlah 3.747 kunjungan, lalu pada bulan Februari 2023 berjumlah 3451 kunjungan pasien (RSJ Provinsi Lampung, 2023).

Pada banyak penelitian menunjukkan, penderita skizofrenia banyak berasal dari individu dengan latar belakang petani, seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Hariyadi, 2021 yang menyebut terdapat 29% penderita skizofrenia di Kabupaten Ponorogo memiliki latar belakang seorang petani, lalu pada penelitian yang dilakukan oleh Widodo, 2018 menyebutkan prevalensi pasien skizofrenia dengan latar belakang petani di Madiun adalah sebesar 17,4%. Hal tersebut disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah dan masalah interpersonal dapat menyebabkan seseorang mengalami stress yang berlangsung lama dan dapat mengakibatkan seseorang mengalami skizofrenia. Disamping itu masih belum maksimalnya edukasi Kesehatan jiwa karena belum terbentuknya posyandu jiwa dan kader jiwa (Hariyadi, 2021; Widodo, 2018).

Perawatan pada penderita yang dilakukan di luar RS dilaksanakan oleh kerabat serta anggota keluarga lain sebagai pemberi layanan perawatan serta kebutuhan sosial pasien. Efeknya ialah keluarga mengalami stress yang mengganggu sehingga banyak keluarga merasa memiliki beban karena anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa. Terdapat keluarga yang melakukan pemasangan, tidak peduli serta membiarkan pasien di jalanan. Namun, terdapat

juga keluarga yang merawat pasien dengan cara membawa ke RSJ (Pompeo *et al.*, 2016).

Perawatan yang dilakukan oleh keluarga dapat mengakibatkan dampak negatif pada keluarga tersebut, diantaranya seperti *stress*, *strain*, masalah kesehatan fisik serta mental. Stres yang dialami secara terus menerus serta dalam jangka waktu yang lama seringkali berdampak negatif serta bisa memengaruhi kemampuan pasien. Keluarga juga hanya punya sedikit waktu untuk keluarga lain serta guna beraktivitas untuk bagi diri sendiri. Karena *stress* yang berpotensi tinggi untuk didapat, maka butuh koping untuk mengatasi *stress* (Pompeo *et al.*, 2016).

Wanti (2016) menyebut jika koping ialah upaya kognitif serta perilaku guna mengelola tuntutan *eksternal* maupun *internal* yang dinilai membebani diri individu. Strategi koping ialah perubahan dari sebuah kondisi ke kondisi lain sebagai cara menghadapi situasi yang tidak terduga. Koping pada keluarga akan berbeda, bergantung kepribadian, pendidikan, ekonomi serta sosial. Koping akan memiliki pengaruh kepada sikap serta cara merawat dan memerlakukan pasien (Friedman *et al.*, 2018).

Ada beberapa cara atau mekanisme pelaksanaan koping. Mekanisme koping terdiri dari 2 jenis yaitu adaptif serta maladaptif. Folkman dan Lazarus menyebut ada dua strategi koping yaitu *Problem-solving focused coping*, yaitu individu aktif mencari penyelesaian masalah serta *Emotion-focused coping*, yaitu individu melibatkan usaha guna mengatur emosi dalam rangka menyesuaikan diri terhadap dampak yang ditimbulkan suatu kondisi dari suatu tekanan (Hidayah, 2020).

Berdasar pada uraian diatas, peneliti punya ketertarikan guna meneliti mengenai permasalahan yang dihadapi dan bagaimana strategi koping keluarga petani dengan pasien skizofrenia paranoid.

1.2 Rumusan Masalah

Masalah yang dihadapi dan bagaimana *family coping* pada keluarga petani yang merawat pasien skizofrenia paranoid di Provinsi Lampung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapat gambaran masalah dan mekanisme coping pada keluarga petani yang merawat pasien skizofrenia paranoid di Provinsi Lampung

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik responden
2. Menganalisis gambaran masalah yang dihadapi dan coping keluarga petani penderita skizofrenia paranoid di Provinsi Lampung
3. Menganalisis gambaran coping keluarga petani penderita skizofrenia paranoid di Provinsi Lampung

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Peneliti dapat memberi kontribusi serta rekomendasi guna penelitian lanjutan dalam mengembangkan ilmu kejiwaan khususnya tentang permasalahan yang dihadapi dan *family coping* pada keluarga petani dengan pasien skizofrenia paranoid

1.4.2 Praktis

1. Masyarakat

Masyarakat mendapat gambaran serta wawasan kepada masyarakat luas mengenai permasalahan yang dihadapi dan strategi coping pada keluarga dengan pasien skizofrenia paranoid

2. Pemerintah

Bisa menjadi referensi untuk pemerintah guna melakukan pemberdayaan keluarga dengan anggota keluarga skizofrenia paranoid

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang berdampak pada bagaimana perasaan pasien, bagaimana mereka berpikir, dan persepsi mereka terhadap lingkungan (Frankenburg, 2014). Dampak dari penyakit ini umumnya bersifat kronis dan lama. Penderita dan keluarganya biasanya kurang mendapat perhatian bahkan dikucilkan oleh masyarakat sekitar karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit ini. Skizofrenia adalah salah satu penyakit mental serius yang paling umum. Terkadang penyakit ini juga disebut sebagai sindrom atau dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi kelima* (DSM-5) disebut sebagai spektrum skizofrenia (Sadock *et al.*, 2019).

2.1.2 Penyebab Skizofrenia

A. Gen dan Lingkungan

Para ilmuwan telah lama mengetahui bahwa skizofrenia bersifat turun-temurun. Penyakit ini terjadi pada tingkat kurang dari 1 persen di antara populasi umum, tetapi terjadi pada tingkat 10 persen di antara orang yang memiliki kerabat tingkat pertama *dengan* orang yang memiliki kelainan ini, seperti orang tua atau saudara kandung. Orang yang memiliki *kerabat tingkat dua* (seperti bibi, paman, kakek nenek, atau keponakan) dengan penyakit ini juga

mengembangkan penyakit ini pada tingkat yang lebih tinggi daripada populasi umum. Risiko paling tinggi terjadi pada orang yang kembar identik dari orang yang mengalami skizofrenia, yaitu 40 hingga 65 persen. Meskipun kaitan genetik ini kuat, banyak orang yang menderita skizofrenia meskipun tidak ada kerabatnya yang menderita gangguan ini dan sebaliknya, banyak orang yang memiliki satu atau lebih keluarganya menderita gangguan ini sebenarnya tidak menderita skizofrenia.

B. Struktur dan kimia otak yang berbeda

Jurnal penelitian ditulis itu ketidakseimbangan reaksi kimia otak yang kompleks, yang melibatkan neurotransmitter dopamin dan glutamat, dan mungkin yang lainnya, berperan dalam perkembangan skizofrenia. Neurotransmitter adalah zat dalam sel saraf yang digunakan untuk menyampaikan pesan ke sel saraf lainnya. Struktur otak beberapa orang dengan skizofrenia sangat berbeda dengan mereka yang sehat. Misalnya, rongga berisi cairan di otak, yang disebut ventrikel, lebih besar pada penderita skizofrenia. Otak penderita skizofrenia juga cenderung memiliki materi abu-abu yang lebih sedikit, dan beberapa bagian otak juga memiliki aktivitas yang lebih banyak atau lebih sedikit dari yang seharusnya. (*Lembaga Kesehatan Mental Nasional*, 2014).

2.1.3 Jenis Skizofrenia

Kraepelin (dalam Maramis, 2016) Secara garis besar pembagiannya adalah sebagai berikut:

a. skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering dimulai setelah 30 tahun. Onsetnya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian pasien sebelum sakit seringkali dapat diklasifikasikan sebagai skizoid. Suka

lekas marah, suka menyendiri, sedikit sombong dan kurang percaya pada orang lain.

b. skizofrenia hebefrenik

Ini memiliki onset yang berbahaya atau subakut dan sering terjadi selama masa remaja antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kehendak dan depersonalisasi dan regresi. Gangguan psikomotor seperti neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terjadi pada skizofrenia hebefrenik, dan delusi serta halusinasinya banyak.

c. skizofrenia katatonik

Biasanya muncul pertama kali antara usia 15 dan 30, dan biasanya akut dan sering didahului oleh stres emosional. Mungkin ada agitasi katatonik atau pingsan katatonik.

d. skizofrenia sederhana

Ini sering pertama kali muncul selama masa pubertas. Gejala utama tipe simpleks adalah kedangkalan emosional dan penurunan kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sulit ditemukan. Delusi dan halusinasi jarang terjadi.

e. sisa skizofrenia

Jenis ini adalah keadaan skizofrenia kronis dengan riwayat setidaknya satu episode psikotik terbuka dan gejala berkembang menjadi gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotorik, penurunan aktivitas, afektifitas afektif, pasif dan kurang inisiatif, berbicara buruk, penurunan ekspresi nonverbal, dan perawatan diri dan fungsi sosial yang buruk.

2.1.4 Etiologi Skizofrenia

Etiologi atau penyebab skizofrenia yang lebih rinci dijelaskan oleh Kaplan dan Sadock (2014) sebagai berikut:

1. Model diatesis-stres

Model integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model diatesis-stres. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki kerentanan tertentu (diatesis) yang, ketika mengalami pengaruh lingkungan yang penuh tekanan, *akan* memungkinkan perkembangan gejala skizofrenia.

2. Faktor biologis

Semakin banyak penelitian yang melibatkan patofisiologi area spesifik otak termasuk sistem limbik, korteks frontal, dan ganglia basal. Ketiga area tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu area tersebut dapat melibatkan patologi primer pada area lainnya, sehingga menjadi tempat potensial terjadinya patologi primer pada pasien skizofrenia.

3. Genetika

Penelitian menunjukkan bahwa seseorang berpeluang menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia, dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia ada hubungannya dengan kerabat dekat. Kembar monozigot memiliki tingkat kompatibilitas tertinggi. Studi tentang kembar monozigot yang diadopsi menunjukkan bahwa anak kembar yang dibesarkan oleh orang tua angkat memiliki skizofrenia dengan kemungkinan yang sama dengan anak kembar yang dibesarkan oleh orang tua kandung. Temuan menunjukkan bahwa pengaruh genetik lebih besar daripada pengaruh lingkungan.

4. Faktor psikososial

- a) Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud berpikir bahwa skizofrenia adalah hasil dari fiksasi perkembangan, dan merupakan konflik antara ego dan dunia luar.

b) Teori Belajar

Anak-anak yang kemudian mengembangkan skizofrenia belajar bereaksi dan berpikir tidak rasional dengan mengintimidasi orang tua yang juga memiliki masalah emosional yang signifikan.

c) Teori Keluarga

Pasien skizofrenia maupun orang yang mengalami penyakit non psikiatri berasal dari keluarga dengan disfungsi, perilaku keluarga patologis yang secara signifikan meningkatkan tekanan emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenia.

d) Teori Sosial

Industrialisasi dan urbanisasi memiliki banyak pengaruh dalam menyebabkan skizofrenia. Terlepas dari data pendukung, penekanan sekarang adalah pada pengaruhnya terhadap waktu timbulnya dan tingkat keparahan penyakit.

2.1.5 Gejala Skizofrenia

a. Gejala positif skizofrenia

- 1) Waham atau khayalan, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, pasien tetap percaya bahwa keyakinan tersebut benar.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman indrawi tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya, pasien mendengar suara atau bisikan di telinganya meskipun tidak ada sumber suara atau bisikan tersebut.

- 3) Kekacauan dalam pikiran, yang dapat dilihat dari isi pidato. Misalnya bicaranya kacau, sehingga pikirannya tidak bisa diikuti.
- 4) Gaduh, gelisah, gelisah, mondar-mandir, agresif, berbicara dengan semangat dan kegirangan yang berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- 5) Merasa dirinya "orang besar", merasa serba bisa, serba bisa dan sejenisnya.
- 6) Pikiran penuh ketakutan sampai curiga atau seolah-olah ada ancaman baginya.
- 7) Menjaga rasa permusuhan.

B. Gejala negatif skizofrenia

- 1) Perasaan (*afek*) bersifat "tumpul" dan "datar". Sifat dari perasaan ini dapat dilihat dari wajahnya yang tanpa ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau isolasi diri (*withdrawal*), tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional sangat "miskin", sulit diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari interaksi sosial.
- 5) Sulit berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

2.1.6 Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia tipe paranoid merupakan tipe yang paling stabil dan paling sering terjadi. Gejala muncul sangat konsisten, pasien mungkin atau mungkin tidak bertindak berdasarkan delusi mereka. Ciri utama skizofrenia tipe paranoid adalah delusi yang mencolok

atau halusinasi pendengaran dalam konteks fungsi kognitif dan afektif yang relatif utuh. (Amir, 2016).

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe paranoid menunjukkan gejala-gejala berikut:

- 1) Khayalan (*delusi*) pengejaran atau delusi keagungan
- 2) Halusinasi yang mengandung keagungan.
- 3) Gangguan perasaan dan perilaku

Berdasarkan PPDGJ-III, untuk menegakkan diagnosis skizofrenia paranoid, kriteria diagnosis skizofrenia harus dipenuhi dan jika halusinasi dan delusi terpenuhi, halusinasi dan delusi harus menonjol, suara halusinasi yang mengancam atau memberi perintah, atau halusinasi pendengaran. tanpa bentuk verbal berupa peluit, dengungan atau tawa. Halusinasi bau atau rasa, atau sifat seksual, sensasi tubuh. Halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol. Delusi bisa dari hampir semua jenis, tetapi delusi dikendalikan, dipengaruhi, dan keyakinan yang dianiaya dari berbagai jenis adalah yang paling khas. Gangguan afektif, kemauan dan bicara serta gejala katatonik relatif tidak terlihat atau tidak mengganggu. Ciri utama skizofrenia paranoid adalah adanya delusi yang mencolok atau halusinasi pendengaran dalam konteks fungsi kognitif dan efek yang relatif terjaga (Hendarsyah, 2016).

Skizofrenia paranoid adalah jenis penyakit otak, yang melibatkan penurunan volume materi abu-abu di korteks prefrontal dan lobus temporal, kelainan pada hippocampus dan kelainan pada neurotransmitter, gangguan aktivitas saraf dan komunikasi interneuronal di area yang melibatkan fungsi kognitif, seperti memori, pengambilan keputusan. dan pemrosesan memori. .

Menurut WHO, penyebab skizofrenia paranoid tidak memiliki faktor tunggal, melainkan diduga karena faktor genetik dan lingkungan. Penyakit ini menyerang lebih dari dua puluh satu juta orang di seluruh dunia, dengan prevalensi yang sama di setiap negara. Skizofrenia paranoid dapat diobati dengan obat-obatan dan terapi psikososial yang sangat efektif (Yanuar, 2016).

Kepribadian paranoid meningkatkan pertahanan diri sampai berlebihan. Dia tidak mempercayai siapa pun, terutama mereka yang sangat dekat dengannya, seperti anggota keluarganya. Terkadang perasaan ingin membunuh anggota keluarganya muncul. Khayalan itu mungkin telah mendorongnya untuk melakukan tindakan kekerasan. Kecurigaannya terhadap orang lain begitu kuat sehingga dia tidak akan keluar rumah karena takut ada bahaya yang akan mengancamnya, juga tidak menghindari kebersamaan dengan orang lain karena dia yakin dalam pikirannya bahwa orang lain akan menyerangnya.

2.2 Keluarga

2.2.1 Definisi

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang terbentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup yang layak lahir dan batin, beriman kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, serasi, dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat dan keluarganya. lingkungan (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2016).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Menurut BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) bahwa fungsi keluarga dibagi menjadi 8. Fungsi keluarga yang dikemukakan oleh BKKBN yaitu:

- a) fungsi keagamaan
- b) Fungsi sosial budaya
- c) fungsi cinta
- d) Fungsi perlindungan
- e) Fungsi reproduksi
- f) Fungsi Pendidikan
- g) fungsi ekonomi
- h) fungsi lingkungan

(BKKBN, 2014).

2.2.3 Tugas Keluarga

Dalam sebuah keluarga ada delapan tugas pokok yang harus dilaksanakan, antara lain :

- A. Menjaga kesehatan fisik keluarga dan anggota keluarganya.
- B. Menjaga sumber daya yang ada dalam keluarga
- C. Kelola tugas masing-masing anggota keluarga sesuai dengan posisinya
- D. Melakukan sosialisasi antar anggota keluarga agar timbul keakraban dan keharmonisan antar anggota keluarga
- e. Tetapkan jumlah anggota keluarga yang diinginkan
- F. Menjaga ketertiban dalam anggota keluarga
- G. Membimbing anggota keluarga dalam masyarakat luas
- H. Memberikan dorongan dan semangat bagi anggota keluarga (Sejati, 2015).

2.2.4 Karakteristik Keluarga

Ada beberapa ciri keluarga menurut Sejati, 2015 yaitu:

- A. Keluarga adalah hubungan pernikahan
- B. Keluarga merupakan suatu lembaga yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk

- C. Keluarga memiliki sistem nomenklatur termasuk perhitungan garis keturunan
- D. Keluarga memiliki fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggotanya terkait dengan kemampuan untuk memiliki keturunan dan membesarkan anak
- e. Keluarga adalah tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga (Sejati, 2015).

2.2.5 Prinsip Dokter Keluarga dalam Manajemen Pasien

2.2.5.1 Definisi

Keterlibatan dokter dengan keluarga atau pendekatan keluarga merupakan istilah yang sering digunakan untuk menggambarkan hubungan dokter dengan keluarga pasien dalam menangani masalah kesehatan pasien (Larasati, 2019).

2.2.5.2 Prinsip Keterlibatan Dokter Keluarga

Berdasarkan *definisi Eropa tentang praktik umum/kedokteran keluarga*, karakteristik disiplin ilmu kedokteran keluarga, keterlibatan dokter dengan keluarga didasarkan pada prinsip:

1. Prinsip perawatan yang berpusat pada pasien, yaitu berorientasi pada pelayanan individu, keluarga mereka dan masyarakat. Sehingga keluarga menjadi salah satu tujuan orientasi pelayanan dalam pengelolaan masalah kesehatan pasien.
2. Prinsip pelayanan holistik yaitu melihat masalah kesehatan pasien secara utuh secara fisik, psikologis, sosial budaya dan eksistensial. Keluarga adalah aspek sosial pasien, tempat pasien dilahirkan dan dibesarkan, membawa sifat-sifat genetik dan fenotipe yang berasal dari keluarga, bahkan perilaku dan cara berpikir. Selain itu, keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi pasien yang dapat menjadi

mitra dokter dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien (Larasati, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi dan perilaku sosial. Delusi yang ada dalam pikiran seseorang yang mengalami skizofrenia paranoid dapat berupa keagungan, penganiayaan, kecemburuan, kecemasan, atau kebingungan tanpa bukti apapun. Gangguan jenis ini harus memenuhi kriteria, yaitu adanya delusi pendengaran atau halusinasi yang sering muncul atau sangat menonjol dan tidak ada kriteria yang menonjol: ucapan dan perilaku yang tidak teratur, katatonik dan emosi yang datar atau tidak sesuai (Nevid, 2012).

Berdasarkan kondisi yang ada, lebih dari 80% penderita skizofrenia di Indonesia tidak ditangani dan ditangani secara maksimal baik oleh keluarga maupun tim medis yang ada, sehingga angka kekambuhan pada pasien skizofrenia terus meningkat (Sadock, 2015).

Oleh karena itu kompetensi dokter komunitas khususnya psikiatri fokus keluarga tidak hanya bertujuan untuk kesembuhan pasien, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan tersebut. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah akibat dari kurangnya peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut (Keliat, 2019).

2.2.5.3 Peran Keluarga Pada Penderita Gangguan Jiwa

1. Keluarga perlu memperlakukan penderita gangguan jiwa dengan sikap yang dapat menanamkan dan mendukung tumbuhnya harapan dan optimisme. Harapan dan optimisme akan menjadi pendorong kesembuhan dari gangguan jiwa, sebaliknya kata-kata hinaan memandang rendah dan membubuhkan pesimisme akan memperlemah proses pemulihan. Harapan merupakan pendorong proses pemulihan, salah satu faktor penting dalam pemulihan adalah adanya keluarga, kerabat dan teman yang percaya bahwa seorang penderita gangguan jiwa dapat sembuh dan kembali hidup produktif di masyarakat. Mereka dapat memberikan harapan, dorongan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk pemulihan. Melalui dukungan yang tercipta melalui jaringan persaudaraan dan persahabatan, penderita gangguan jiwa dapat merubah hidupnya, dari kondisi yang tidak sehat dan tidak sejahtera menjadi hidup yang lebih sejahtera dan berperan dalam masyarakat. Hal ini akan mendorong kemampuan penyandang gangguan jiwa untuk dapat hidup mandiri, berperan dan berpartisipasi dalam masyarakat. Harapan dan optimisme akan menjadi kekuatan pendorong di balik pemulihan dari gangguan jiwa. Sebaliknya, kata-kata yang menghina, meremehkan dan menumbuhkan pesimisme akan melemahkan proses pemulihan (Setiadi, 2014; Waskitho, 2016).
2. Peran keluarga diharapkan dalam pemberian obat, pengawasan minum obat dan meminimalisir ekspresi keluarga. Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “penjaga utama” bagi pasien. Keluarga

berperan dalam menentukan cara atau pengobatan yang dibutuhkan klien, keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak dilanjutkan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (relaps) (Yosep, 2016).

3. Peran keluarga mengontrol ekspresi emosi keluarga, seperti mengkritik, bersikap bermusuhan dapat mengakibatkan tekanan pada klien, pendapat serupa diungkapkan oleh peneliti yang menyatakan bahwa kekacauan dan dinamika keluarga berperan penting dalam menyebabkan kekambuhan (Waskitho, 2016).
4. Peran keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan, kepedulian ini diwujudkan dengan peningkatan fungsi efektif yang dilakukan dengan cara memotivasi, menjadi pendengar yang baik, mengolok-olok, memberikan kesempatan rekreasi, memberikan tanggung jawab dan kewajiban terhadap peran keluarga menyediakan peduli (Waskitho, 2016).

2.2.6 Masalah Psikososial yang Dihadapi Keluarga Penderita Skizofrenia

1. Gangguan fungsi keluarga

Keberfungsian keluarga adalah kemampuan keluarga untuk melanjutkan aktivitas sehari-hari meskipun ada *ancaman internal* atau eksternal. Gangguan dalam rutinitas normal yang disebabkan oleh merawat dan merawat kerabat yang sakit jiwa di rumah. sepanjang waktu *pengasuh* memikirkan kerabat mereka yang sakit dan rasa malu yang menyertainya (Ae-Ngibise, 2015; Gupta, 2013).

2. Tekanan psikologis/distres psikologis pengasuh

Dampak emosional anggota keluarga akibat pola asuh merupakan area yang mengubah kualitas pola asuh, dinyatakan dalam bentuk tekanan psikologis yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya dan membahayakan kesejahteraan mereka. " tekanan psikologis " sering diterapkan pada kombinasi gejala yang tidak dapat dibedakan mulai dari gejala umum depresi dan kecemasan hingga ciri-ciri kepribadian, kecacatan fungsional, dan masalah perilaku. Distres psikologis adalah keadaan penderitaan emosional yang disertai dengan gejala depresi (kehilangan minat, kesedihan, dan keputusasaan) dan kecemasan (gelisah, ketakutan), yang berhubungan dengan gejala somatik (insomnia, sakit kepala, dan kelemahan) yang terjadi dan berbeda antara budaya (Raj, 2016).

3. Gangguan Rutinitas dan Masalah dalam mengelola gejala pasien

Gangguan pekerjaan rumah tangga dan tanggung jawab lainnya merupakan beban berat bagi pengasuh. Ketidakpastian gejala pasien dapat menjadi faktor pembatas dalam waktu pengasuh bertanggung jawab atas fungsi keluarga lainnya. Orang tua dari pasien gangguan jiwa memiliki peran ganda termasuk merawat pasien dan memastikan bahwa kebutuhan anggota keluarga lainnya terpenuhi (Crowe, 2015).

4. Kurangnya dukungan sosial

Masalah utama yang dihadapi caregiver keluarga saat merawat pasien gangguan jiwa adalah kurangnya dukungan sosial, stigma, dan konflik yang ditimbulkan oleh pasien. Hambatan keuangan antara penyakit mental dan kemiskinan. Penyakit mental tidak dapat menghasilkan pendapatan dan mereka seringkali harus bergantung pada dukungan keuangan dari anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar dan membayar biaya kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga harus menyediakan waktu tersendiri untuk merawat anggota keluarga yang sakit, sehingga memberikan kesempatan bagi caregiver untuk mendapatkan atau

mempertahankan pekerjaan dan penghasilan, sehingga tidak terjadi kemiskinan dan mencegah kondisi pasien menjadi lebih buruk (Igberase, 2012).

5. Stigma dan diskriminasi

Masyarakat umumnya bersikap negatif terhadap kerabatnya yang sakit jiwa, kerabatnya lebih terstigmatisasi daripada pengasuhnya sendiri dan ketika mendengar atau melihat kerabatnya yang sakit dikucilkan, mereka merasa bersalah dan terganggu secara psikologis. Stigma dan diskriminasi masyarakat diperburuk oleh sikap negatif kerabat dekat terhadap pengasuh, sehingga menciptakan jarak yang semakin jauh antara mereka dan masyarakat pada umumnya. Stigma di antara anggota keluarga, setelah timbulnya penyakit, menjadi beban yang tak tertahankan bagi pengasuh. Stigma disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang sifat penyakit jiwa. Perlunya edukasi tentang gangguan jiwa harus diberikan kepada masyarakat untuk mencegah stigma dan diskriminasi (Minichil, 2019) .

2.3 Penanganan Keluarga

2.3.1 Definisi

Strategi koping keluarga adalah strategi positif dari adaptasi keluarga secara keseluruhan dengan melakukan beberapa upaya untuk memecahkan masalah atau mengurangi stres yang disebabkan oleh masalah atau kejadian. Strategi koping kognitif mengacu pada cara anggota keluarga mengubah persepsi subyektif mereka tentang *peristiwa stres* . Teori koping sosiologis menekankan berbagai tindakan yang diarahkan untuk mengubah *situasi stres* atau mengurangi *situasi stres* dengan memanipulasi lingkungan sosial. Strategi koping keluarga tidak terbentuk secara langsung, tetapi melalui proses yang dimodifikasi dari waktu ke waktu. Karena keluarga adalah sebuah sistem, perilaku koping

melibatkan pengelolaan berbagai dimensi kehidupan keluarga secara bersamaan.

Dengan demikian, coping merupakan proses untuk mencapai sistem keluarga yang seimbang yang mendukung keutuhan, kesatuan keluarga dan mendukung tumbuh kembang individu anggota keluarga.

2.3.2 Mekanisme Penanganan

Mekanisme coping merupakan cara yang digunakan individu dalam memecahkan masalah, menghadapi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Menurut Rasmus, mekanisme coping yang digunakan individu mengesampingkan pikiran dan ingatan bermasalah untuk fokus pada apa yang ingin dicapai. Mekanisme coping merupakan proses dinamis dalam menyelesaikan masalah, dimana perilaku coping sebagai respon yang dimunculkan akan berbeda antara satu individu dengan individu lainnya.

Coping akan dimunculkan tergantung bagaimana individu menghadapi masalah, coping yang efektif akan menyebabkan seseorang mampu beradaptasi terhadap perubahan atau beban yang dihadapi dan coping yang tidak efektif akan menyebabkan seseorang tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut. Mekanisme coping akan muncul baik secara sadar maupun tidak sadar ketika seseorang menghadapi stressor yang salah satunya adalah masalah.

Mekanisme coping kecemasan setiap kali ada stressor yang menyebabkan individu mengalami distres, maka upaya untuk mengatasinya otomatis muncul dengan berbagai mekanisme coping. Penggunaan mekanisme coping menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme coping yang digunakan dapat mengatasi permasalahannya. Sumber coping adalah kemampuan yang dimiliki individu untuk mengatasi masalah. Suatu masalah perlu diatasi untuk

mencapai keadaan homeostasis dalam diri individu, baik secara fisiologis maupun psikologis. Jika individu tidak mampu mengatasi kecemasan secara konstruktif, maka kecacatan ini dapat menjadi penyebab utama perilaku patologis.

Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang optimal akan memberikan dampak yang baik pada tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan dimana individu dapat merespon secara positif. Mekanisme koping dibagi menjadi 2 yaitu

1) Mekanisme koping adaptif yang dilakukan berupa kompromi dengan cara musyawarah atau negoisasi. Koping adaptif akan membantu individu dalam memecahkan masalah dan membuat individu mencapai keadaan seimbang antara tingkat fungsi untuk mempertahankan dan memperkuat kesehatan fisik dan psikologis.

2) Mekanisme koping maladaptif dapat menimbulkan respon negatif dengan munculnya reaksi mekanisme pertahanan tubuh dan respon verbal. Bentuk mekanisme koping maladaptif berupa perilaku agresif dan menarik diri (Suryani , 2016).

2.3.3 Strategi Mengatasi

1. Berfokus pada masalah

adalah strategi koping saat mengambil langkah (tindakan) untuk mengubah sumber *stres* . Koping ini termasuk pendekatan rasional. Seseorang berusaha mengubah keadaan dengan mengubah hal-hal yang ada di lingkungan atau mengubah cara dia berinteraksi dengan lingkungan untuk memecahkan suatu masalah. Tujuan dari strategi ini adalah untuk mengurangi tuntutan situasi atau memperluas sumber daya atau kemampuan seseorang untuk menghadapi stressor. *problem-focused* yang terdiri dari *pemecahan masalah terencana*, *koping konfrontatif*, dan *mencari dukungan sosial* (Maryam, 2017).

2. Berfokus pada emosi

Digunakan untuk mengelola semua bentuk stres emosional termasuk perasaan depresi, kecemasan, frustrasi, dan kemarahan. Strategi coping ini cenderung membuat seseorang meredakan emosi yang ditimbulkan oleh stressor tanpa mengatasi atau mengubah masalah yang terjadi. Seseorang akan melihat pelajaran dari suatu kejadian, mengharapkan simpati dan pengertian dari orang lain, atau mencoba melupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal-hal yang telah menekan emosinya namun bersifat sementara jika menggunakan strategi coping ini. *berfokus pada emosi* terdiri dari *menjauhkan, melarikan diri / menghindari, pengendalian diri, menerima tanggung jawab, dan penilaian ulang positif* (Maryam, 2017).

3. penghindaran

penghindaran melibatkan menghindari situasi stres, pengalaman, atau pikiran dan perasaan sulit sebagai cara untuk mengatasi. Sementara *penghindaran* memberikan kelegaan jangka pendek, menggunakannya secara berlebihan dapat menyebabkan lebih banyak stres. Mengabaikan atau menyangkal masalah, menunda-nunda, membatalkan rencana, atau menggunakan zat adalah contoh *keterampilan coping yang berfokus pada penghindaran* .

penghindaran untuk sementara mengurangi stres dengan menghindari situasi, pikiran, atau perasaan tertentu. Beberapa orang menggunakan *strategi penghindaran* kognitif untuk mengalihkan perhatian mereka, mengabaikan masalah, atau menghindari berurusan dengan stres mereka, mengandalkan strategi *penghindaran* seperti menghindari orang, tempat, dan situasi yang menyebabkan stres atau kecemasan.

Penghindaran umumnya dipandang tidak sehat dan tidak efektif karena tidak mengatasi akar penyebab stres, dan cenderung meningkatkan stres dan kecemasan bila digunakan secara berlebihan. Sebagian besar keterampilan koping penghindaran adalah upaya untuk menemukan kelegaan instan dari stres, bahkan ketika itu memperburuk keadaan dalam jangka panjang.

Penelitian menunjukkan bahwa koping penghindaran memiliki banyak konsekuensi yang tidak diinginkan, termasuk harga diri yang lebih rendah, stres yang lebih tinggi, dan kesehatan fisik dan mental yang lebih buruk (Maryam, 2017).

4. *Dukungan sosial*

Mencari dukungan sosial dalam jaringan kerja sosial keluarga merupakan strategi koping eksternal keluarga utama. Dukungan sosial ini dapat diperoleh dari sistem kekerabatan keluarga, kelompok profesi, tokoh masyarakat dan lain-lain yang didasarkan pada kepentingan bersama. (Friedman *et al.*, 2018).

2.3.4 Hal-hal yang Mempengaruhi Coping

Beberapa hal yang mempengaruhi coping seseorang terhadap stressor antara lain:

1. Kepribadian, terdapat hubungan antara kepribadian dengan strategi coping seseorang. Carver, Scheier, dan Weintraub menyatakan bahwa kepribadian tipe A dengan karakteristik ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabar, melakukan pekerjaan yang berbeda pada waktu yang sama, mudah tersinggung, dan agresif cenderung menggunakan strategi coping yang berfokus pada emosi (EFC). Sedangkan tipe kepribadian B dengan ciri santai, tidak terburu-buru, tidak mudah terprovokasi untuk marah, berbicara dan bertindak dengan tenang, serta lebih suka

memperluas pengalaman hidup, cenderung menggunakan strategi coping problem-focused coping (PFC) .

2. Jenis kelamin Menurut Billings dan Moos, perempuan cenderung berorientasi pada emosi sedangkan laki-laki berorientasi pada tugas dalam menyelesaikan masalah, sehingga diperkirakan perempuan lebih cenderung memiliki EFC sedangkan laki-laki cenderung memiliki PFC.

3. Tingkat Pendidikan Penelitian yang dilakukan oleh Folkman dan Lazarus menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan tinggi cenderung menggunakan PFC dalam mengatasi permasalahannya. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki kompleksitas kognitif. Hal ini berpengaruh pada sikap, konsepsi cara berpikir dan perilaku individu, yang kesemuanya akan mempengaruhi coping individu.

4. Konteks Lingkungan, sumber individu adalah pengalaman, persepsi, kemampuan intelektual, kesehatan, kepribadian, pendidikan, dan situasi yang mempengaruhi proses penerimaan stimulus yang selanjutnya dapat dirasakan sebagai tekanan atau ancaman. Hal ini mempengaruhi coping individu

5. Status sosial ekonomi Menurut Westbrook dalam Billings dan Moos, individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung menampilkan coping yang kurang aktif, kurang realistis, dan lebih fatal atau menampilkan respon penolakan, dibandingkan dengan individu dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi.

6. Dukungan Sosial, dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasihat verbal atau nonverbal, bantuan atau tindakan nyata yang diberikan oleh keakraban sosial atau diperoleh karena kehadirannya dan memiliki manfaat emosional atau efek perilaku bagi individu (Kusumo, 2016).

2.3.5 Jenis-Jenis Penanggulangan

Dibawah ini akan dijelaskan 2 jenis coping yaitu coping psikologis dan coping psikososial (Nihayah, 2013).

A. Psychological Coping, umumnya gejala yang timbul bergantung pada 2 faktor, yaitu persepsi atau penerimaan individu terhadap stressor dan efektifitas strategi coping yang digunakan oleh individu. Jika strategi yang digunakan efektif maka akan menghasilkan adaptasi yang baik dan menjadi pola baru dalam kehidupan, namun sebaliknya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan fisik dan psikis.

B. Koping psikososial merupakan reaksi psikososial terhadap adanya stimulus stres yang diterima atau dihadapi. Menurut Stuart dan Sundeen (1991), ada 2 kategori koping yang digunakan untuk mengatasi stres dan kecemasan, yaitu reaksi berorientasi tugas (menyerang, menarik diri, dan berkompromi) digunakan untuk memecahkan masalah, menyelesaikan konflik, dan memenuhi kebutuhan dasar. Reaksi berorientasi ego yang bekerja secara tidak sadar dalam sekejap (kompensasi, penyangkalan, gangguan, disosiasi, identifikasi, intelektualisasi, introjeksi, proyeksi rasionalisasi, pembentukan reaksi, regresi, represi, pemisahan, penindasan, penghancuran, dan sublimasi).

2.4 Petani

Petani adalah masyarakat yang tinggal di pedesaan dan hidup dengan cara bercocok tanam, terutama menggunakan alat-alat tradisional. Adiwilangga menyatakan bahwa petani adalah orang yang bercocok tanam dari tanah pertaniannya atau memelihara ternak dan hasilnya dijual untuk memenuhi kebutuhan hidup. Menurut Firmansyah, petani adalah setiap orang yang berusaha untuk memenuhi sebagian atau seluruh kebutuhan hidupnya di bidang

pertanian. Menurut Sutomo, petani adalah orang yang mengolah, mengelola tanahnya sendiri, bukan milik orang lain (Firmansyah, 2014).

Menurut Oertiwi (2013) secara umum petani terbagi menjadi beberapa yaitu petani pemilik lahan, petani penggarap lahan, petani penggarap, dan buruh tani.

1. Petani pemilik tanah adalah petani yang mempunyai tanah sendiri dan bertanggung jawab atas tanahnya. Sehingga pemilik tanah memiliki hak atas tanahnya untuk menggunakan tanahnya seperti menanam, merawat dan memanen sendiri.

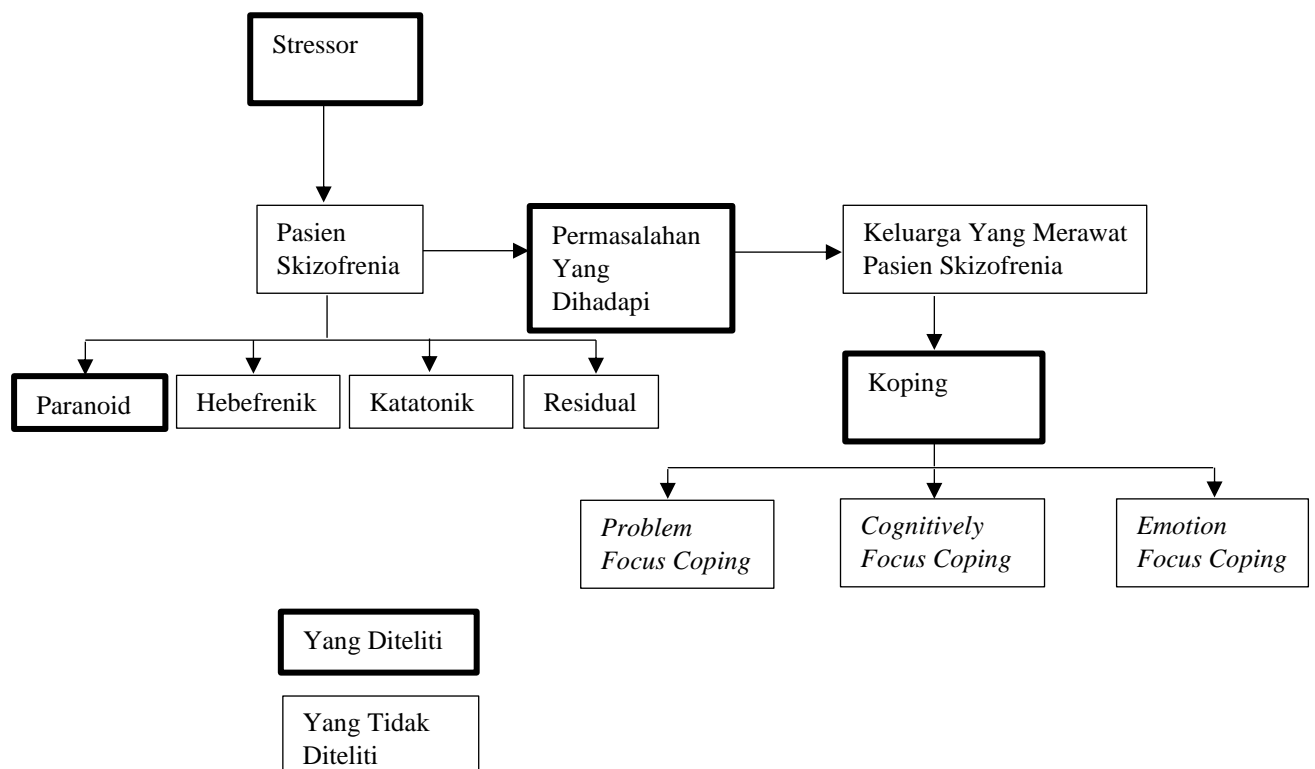
2. Petani penggarap adalah petani yang menyewa tanah orang lain untuk kegiatan pertanian. Besarnya biaya sewa tergantung pemilik tanah yang menentukan besarnya biaya sewa.

3. Petani penggarap adalah petani yang menggarap tanah orang lain dengan sistem bagi hasil. Risiko bercocok tanam ditanggung bersama dengan pemilik lahan dan penggarap dengan sistem bagi hasil. Besaran bagi hasil tidak sama tergantung masing-masing daerah.

4. Buruh tani adalah petani yang menggarap atau menggarap tanah orang lain untuk mendapatkan upah. Hidupnya bergantung pada pemilik sawah yang mempekerjakannya.

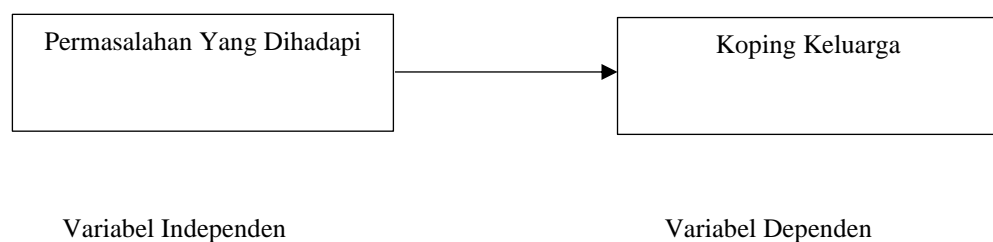
2.5 Kerangka Penelitian

2.5.1 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori (Santrok, 2003; Ria, 2016)

2.5.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

Diketuinya permasalahan yang dihadapi dan koping pada keluarga petani dengan pasien skizofrenia paranoid

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif adalah penelitian yang lebih menekankan pada manfaat dan pengumpulan informasi dengan cara mendalami fenomena yang diteliti. Penelitian kualitatif menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkrip wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, rekaman video, dan sebagainya. Informasi tersebut dalam bentuk dokumen dan catatan peristiwa yang diolah menjadi data. Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk mengembangkan pemahaman, membantu mengerti dan menginterpretasi apa yang ada dibalik peristiwa.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu

Penelitian ini dilakukan pada pada bulan Desember 2022.

3.2.2 Tempat

Penelitian dilakukan di RSJ Daerah Provinsi Lampung

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien dengan diagnosa skizofrenia paranoid pada kurun waktu tahun 2018-2021 di RSJ Daerah Provinsi Lampung

3.3.2 Informan

Informan dipilih dari kelompok populasi yang memenuhi kriteria penelitian yaitu keluarga yang merawat pasien skizofrenia paranoid di RSJ Daerah Provinsi Lampung dengan jumlah sampel dikatan cukup apabila jawaban sudah mencapai jenuh.

3.4 Kriteria Informan

1. Keluarga inti pasien skizofrenia paranoid dengan remisi parsial
2. Tidak menolak untuk menjadi responden
3. Keluarga petani

3.5 Variabel Penelitian

1. Permasalahan yang dihadapi oleh keluarga pasien skizofrenia paranoid
2. Koping pada keluarga pasien skizofrenia paranoid

3.6 Metode Pengumpulan Data

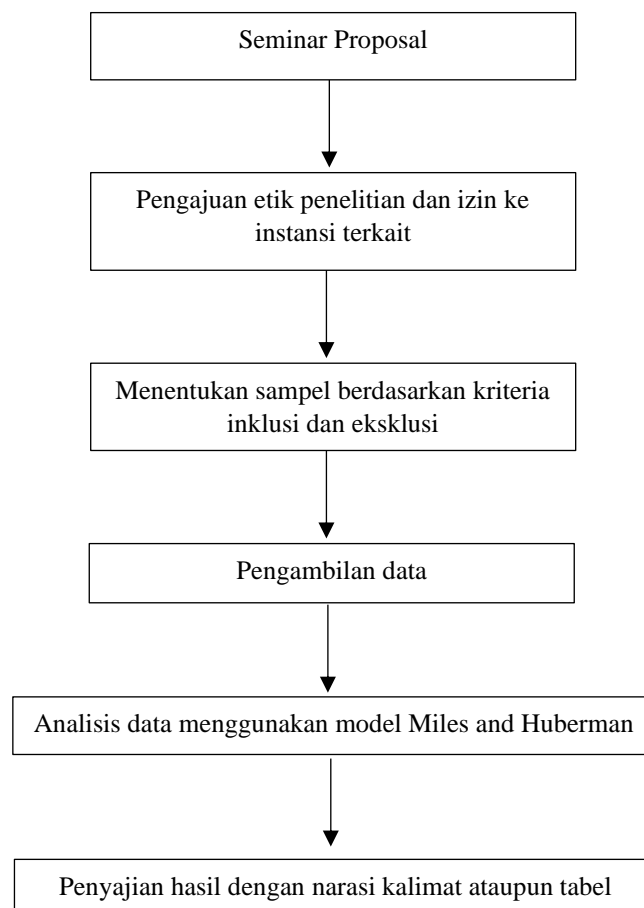
Data yang diperoleh adalah data primer yang berasal dari wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan metode semi terstruktur yang dilakukan oleh peneliti kepada responden yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. semi terstruktur dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk memperoleh pengetahuan tentang makna subjektif yang dipahami oleh individu berkaitan

dengan topik penelitian yang akan digali dan juga mengeksplorasi permasalahan yang mungkin muncul selama melakukan tanya jawab.

3.7 Instrumen Penelitian

1. Alat tulis
2. Lembar *informed consent*
3. Panduan wawancara
4. Alat perekam video

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

3.9 Teknik Analisis Data

3.9.1 Analisis Data Miles and Huberman

Analisis data dalam penelitian dilakukan secara siklus, dimulai dari tahap satu sampai tiga lalu kembali ke tahap satu. Tahap pertama adalah kodifikasi data yang merupakan tahap koding, peneliti menulis ulang catatan lapangan yang dibuat saat *interview* dilakukan, peneliti menggunakan alat perekam maka peneliti akan mentranskrip rekaman tersebut. Lalu peneliti akan membaca keseluruhan hasil atau disebut verbatim untuk memilih informasi yang penting dan tidak penting dengan cara memberi tanda.

Pada penelitian ini, peneliti memilih informan yang sesuai dengan kriteria informan yang dibutuhkan, lalu peneliti melakukan penelitian dengan cara semi terstruktur, saat penelitian berlangsung peneliti menggunakan alat perekam guna mengabadikan dan merekam proses tanya jawab lalu membuat transkrip dari hasil penelitian tersebut, selanjutnya peneliti membuat koding dari hasil penelitian dan membuat analisis data.

Tahap kedua adalah melakukan kategorisasi data ke dalam klasifikasi. Berdasarkan kodifikasi data, yang menentukan data penting dan tidak penting pada tahap pertama, peneliti membuat kategori berdasar data yang terkumpul.

Tahap ketiga adalah tahap mencari hubungan antara kategori yang dibuat sebelumnya. Kategori tersebut diilustrasikan dengan matriks atau diagram, bukan dengan narasi. Dengan demikian, ketiga tahap tersebut harus dilakukan sampai akhir penelitian (Afrizal, 2014; (Miles, 2007).

3.9.2 Triangulasi Data

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu data yang lain diluar data tersebut untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data tersebut. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Triangulasi sumber,

3. 10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan No: 4273/UN26.18/PP.05.02.00/2022

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Permasalahan

1. Permasalahan sosial yang dialami oleh keluarga penderita gangguan jiwa skizofrenia yaitu adanya gangguan dalam berkomunikasi, keterbatasan dalam melakukan aktivitas sosial dan stigmatisasi.
2. Permasalahan psikologis yang dialami oleh keluarga penderita gangguan jiwa skizofrenia dinyatakan oleh partisipan dalam bentuk rasa marah, kesedihan, kecemasan dan stres.
3. Permasalahan finansial yang dialami oleh keluarga penderita gangguan jiwa disebabkan oleh besarnya biaya perawatan penderita gangguan jiwa yang terdiri dari biaya perawatan rumah sakit dan biaya untuk menebus obat-obatan secara rutin. Selain itu, keluarga juga harus menyediakan biaya pemenuhan kehidupan sehari-hari

5.1.2 Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa ialah:

1. Problem focus coping

Active

Digunakan untuk mencari jalan keluar dari permasalahan yang menimpa dengan cara berkonsultasi dengan tetangga, tenaga medis dan keluarga.

2. **Emotional focus coping**

Emotional

Keluarga terfokus pada pengaturan respon emosional pada situasi *stress*.

Behavioral

Strategi apapun dimana seseorang mengelola peristiwa atau situasi yang membuat stres dengan memodifikasi tindakannya.

Cognitive

Strategi apapun di mana seseorang menggunakan aktivitas mental untuk mengelola peristiwa atau situasi yang penuh tekanan

Religius

Digunakan dalam mengelola stres dan masalah-masalah dalam kehidupan.

5.2 Saran

1. Bagi keluarga penderita gangguan jiwa agar lebih memperhatikan kualitas hidupnya dengan lebih baik lagi. Keluarga diharapkan agar lebih terbuka sehingga dapat berbagi keluh kesah dan menceritakan permasalahan yang mereka alami serta memperoleh bantuan yang mereka butuhkan.
2. Bagi masyarakat, dengan hasil penelitian yang diperoleh diketahui bahwa masyarakat masih memberikan stigma dan diskriminasi kepada keluarga penderita gangguan jiwa skizofrenia. Oleh karena itu, diharapkan masyarakat dapat berpikir lebih terbuka dan menghilangkan stigma yang selama ini salah terhadap penderita skizofrenia. Hal ini penting disadari oleh masyarakat, agar penderita skizofrenia dapat lebih cepat berfungsi di masyarakat.

3. Bagi pemerintah, diharapkan dengan adanya hasil penelitian ini dapat memberikan pandangan atau gambaran tentang keluarga skizofrenia sehingga dapat lebih memperhatikan keluarga skizofrenia sebagai salah satu sumber penyembuhan penderita gangguan jiwa skizofrenia.
4. Kepada peneliti berikutnya, diharapkan dapat lebih mengembangkan area penelitian. Selain itu, peneliti berikutnya juga diharapkan lebih mengasah kemampuan dalam melakukan wawancara mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Ae-Ngibise KA, Doku VCK, Asante KP, Owusu-Agyei S. 2015. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global Health Action*.8(1);26957
- Afrina Y, Lestari H, Jumakil. 2019. Hubungan Antara Pengetahuan, Kebutuhan, Motivasi, Emosi, Dan Budaya Dengan Persepsi Keluarga Skizofrenia (Gangguan Jiwa Berat) di RSJ Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 1-10
- Afrizal. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif*. Depok: Rajawali pers
- Amelia DR, Anwar Z. 2013. Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal ilmiah psikologi terapan*.01;2301-8267.
- Ampalam P, Gunturu S, Padma V. 2012. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian journal of psychiatry*.54(3);239-243.
- Bagutayan, Shadiya MS. 2015. Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*.6(2);479- 488.
- BKKBN. 2016. *Kebijakan Program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga*. Jakarta: BKKBN.
- Budianto A. 2020. Ketegangan Sosial di Lampung Akibat Program Transmigrasi di Era 1950 an. *Jurnal Candi*.20(1);18-31.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*.15(4);719-724.
- Carr D, Umberson D. 2013. *Social Psychology of Stress, Health and Coping*. Dordrecht: Springer Science.
- Chiu M, Wesson V, Sadavoy J. 2013. Improving caregiving competence, stress coping, and mental well-being in informal dementia carers. *World journal of psychiatry*.3(3);65-73.
- Chiu M, Wesson V, Sadavoy J. 2013. Improving caregiving competence, stress coping, and mental well-being in informal dementia carers. *World journal of psychiatry*.3(3);65-73.
- Crowe A, Brinkley J. 2015. Distress in caregivers of a family member with serious mental illness. *The Family Journal*.23(3);286-294.

- DEPKES. RI. 2000. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III(PPDGJ-III). Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI.
- Direktorat Pemaduan Kebijakan Pengendalian Penduduk. BKKBN. Policy Brief, KB solusi cerdas dalam memutus kemiskinan perempuan di Indonesia. Jakarta: BKKBN.
- Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. 2014. Buku Ajar Keoerawatan Keluarga (Riset, teori, dan praktik) Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Gadd D, Jefferson T. 2013. Kriminologi Psikososial (Suatu Pengantar). Celeban Timur:Pustaka Pelajar
- Gberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. 2012. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of social psychiatry*.58(2);131-137.
- Gupta A, Sharma R. 2013. Burden and coping of caregivers of physical and mental illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*.16(2);367-374.
- Hermansyah, Haris., 2015. Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu Psikologi. Jakarta: Salemba Humanika.
- Hendarsyah F. 2016. Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala Gejala Positif dan Neaktif, *Jurnal Medula Unila*.4(3);58.
- Hidayah N, Haryanto J, Kartini Y. 2020. Kondisi Stres Dan Strategi Koping Keluarga Dalam Meningkatkan Kepatuhan Pembatasan Cairan Klien Yang Menjalani Program Hemodialisis.6(1)
- Human Rights Watch. 2016. Hidup di Neraka: Kekerasan terhadap Penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia. Amerika Serikat.
- Huzaimah S. 2015. Interaksi Sosial Transmigrant Suku Jawa Dengan Penduduk Pribumi Lampung Di Kampung Bumi Putra Lampung. UIN Sunan Kalijaga; Skripsi
- Jefferson T, Gadd D. 2013. Kriminologipsikososial, (pusat perpustakaan IAIN surakarta,)
- Kaplan HI, Sadock BJ. 2010. Retardasi Mental dalam Sinopsis Psikiatri. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Lazarus, Richard S. 1993. Coping Theory and Research: Pastm Present, and Future. *Journal of Psychosomatic Medicine*. Vol.55,p.234-247.
- Maramis. 2016. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Universitas Airlangga Press
- Minichil W, Getinet W, Derajew H, Seid S. 2019. Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*.19(1);249-249.

- Minichil W, Getinet W, Derajew H, Seid S. 2019. Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*.19(1);249-249.
- Muhyi A. 2010. "Prevalensi Penderita Skizofrenia Paranoid dengan Gejala Depresi di RSJ dr. Soeharto Heerdjan Jakarta", dimuat dalam Skripsi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN syarif Hidayyatullah Jakarta.
- Mukhtar. 2013. *Metode Praktis Penelitian Deskriptif Kualitatif*. Jakarta: Referensi
- Pompeo DA, Carvalho A, de Olive AM, Souza M, da GG, Galera SAF. 2016. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>.
- Pradipta RY. 2019. "Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Caregiver Sebagai Upaya Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid di Samarinda", dimuat dalam *Jurnal Psikoborneo*.7(1).
- Price, Sharon J, Price, Christine A, McKenry, Patrick C. 2010. *Families Coping With Change: A Conceptual Overview*.
- Putra DA. 2018. *Gambaran Strategi Koping Family Caregiver Pada Lansia Dengan Hambatan Activities Of Daily Living Di Dusun Pringgading Guwosari Pajangan Bantul Yogyakarta*. Skripsi
- Raj EA, Shiri S, Jangam KV. 2016. Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian journal of social psychiatry*.32(1);42.
- Rasmun. 2004. *Stress Koping dan Adaptasi*. Jakarta :CV.Sagung Seto
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa Kalisari. Tahun 2013.
- Retnowati R, Sriati A, Widiastuti M. 2012. Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga penderita Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *E- Journal Students*.1(1)
- Ria RIS. 2016. *Gambaran Permasalahan Sosio Psikologis Pada Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Skripsi
- Rohani. 2011. *Asuhan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rubbyana U. 2012. Hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup pada penderita skizofrenia remisi simptom. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*.1(2);59-66.
- Saputra C. 2018. *Sejarah transmigrasi di lampung*. Hasil wawancara, Kamis 4 Oktober 2018
- Saryono & Mekar Dwi Anggraeni., 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sejati IP. 2015. *Analisis Peran Dan Problematika Keluarga Terhadap Penderita Gangguan Jiwa Di Wilayah Kecamatan Kartasura*. Skripsi

- Selye H. 2010. The Stress of Life. [Online] [Diakses 30 Februari 2023]. Tersedia dari: www.thestressoflife.com
- Sholihah FV. 2013. Manajemen sumber daya keluarga dan ketahanan keluarga lanjut usia [skripsi]. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Sofyan SH. 2015. Analisis Kritis Atas Laporan Keuangan. Jakarta : Raja Grafindo Persada
- Ssebunnya J, Kigozi F, Lund C, Kizza D, Okello E. 2009. Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*.9(1);1-9.
- Suryani E, Widyasih. 2010. Psikologi Ibu dan Anak. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sutdjipto KN. 2007. Penerimaan Diri dan Stres pada Pasien Diabetes Mellitus. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia.
- Stuart GW, Laraia MT. 2016. Principles and Practice of Psychiatric (7th ed.) St Louis: Mosby.
- The National Institute of Mental Health. 2014. Schizophrenia [Online]. [Diakses 10 Oktober 2022] Tersedia dari : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>
- Tristiana, RR. D. 2014. "Psychological Well Being pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Mulyorejo Surabaya". Tesis. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2009 tentang Ketransmigrasian. Sekretariat Negara. Jakarta
- WHO 2016. World Health Organization. World Health Statistic, Geneva: WHO.
- Yanuar J. Penyutradaraan Film Tresna Berteman Gangguan Mental Skizofrenia Paranoid, e-Proceeding of Art & Design.3(3);1009.
- Yunita FC. 2017. Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa Pasca Pasung. Skripsi