

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG SKIZOFRENIA TERHADAP MEKANISME KOPING ORANG TUA PENDERITA SKIZOFRENIA

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL
(non randomized control group pretest - posttest)
DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

ABDUL HABIB

NIM : 010330671—B

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2005

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun

Yang Membuat,



Abdul Habib
010330671B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

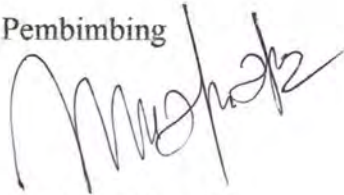
Tanggal 11. Februari 2005

Oleh
Pembimbing Ketua



Ahmad Yusuf, S.Kp. M.Kes
NIP. 132 255 152

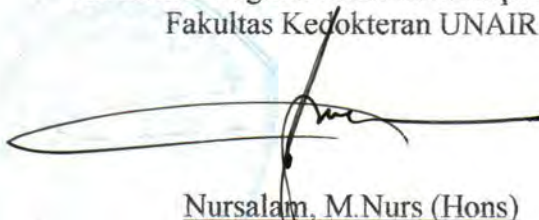
Pembimbing



Khoridatul B., S.Kep. NS

Mengetahui,

An Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR



Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

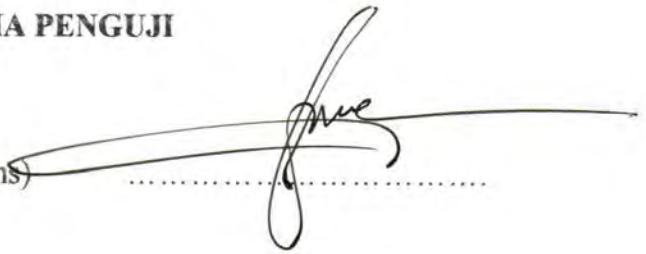
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

TELAH DI UJI

Pada Tanggal 15 Februari 2005

PANITIA PENGUJI

Ketua : Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226



Anggota : 1. Ahmad Yusuf, S.Kp. M.Kes
NIP. 132 255 152



2. Khoridatul B., S.Kep, NS



Mengetahui,

An Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR



Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan rasa syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat, karunia, taufik serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu besar harapan penulis atas saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan hasil penelitian.

Adanya bantuan dari semua pihak terkait sehingga ini dapat tersusun hingga selesai, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. H. M. S. Wiyadi, dr, Sp. THT, selaku dekan fakultas kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr. Sp. PD. KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Bp. Nugroho Edison Brodjonegoro, dr, SpKJ, MARS., selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya beserta staff yang telah memberikan ijin, bantuan dan fasilitas terlaksananya pengumpulan data hingga kegiatan penelitian ini dapat berjalan lancar.

4. Bp. Ahmad Yusuf, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah banyak memberikan bimbingan serta motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Khoridatul Bahiyah, S.Kep. NS, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.
6. Orang tuaku serta saudara – saudaraku yang telah memberikan dorongan, motivasi serta semangat dalam mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
7. Sahabat dan rekan seprofesi yang telah banyak memberikan dorongan serta motivasi pada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai pada waktunya.
8. Orang tua penderita skizofrenia yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis akan bermanfaat dan mendapat balasan dari Allah SWT. Amin

Surabaya, Februari 2005

Penulis,

ABSTRACT**THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ON SCHIZOPHRENIA
TOWARDS COPING MECHANISM IN SCHIZOPHRENIC ELDERLY****Abdul Habib**

Health education in elderly with schizophrenia is a highly influential stimulus on the use of coping mechanism. This is because one variable affecting coping mechanism is knowledge, and knowledge is obtained from, among others, health education that meets the need of the elderly, so that it may influence the use of adaptive coping mechanism. The objective of this study was to find the influence of health education towards coping mechanism in schizophrenic elderly.

This was a quasi-experimental study. Samples were taken from schizophrenic elderly in Menur Mental Hospital, Surabaya, at rooms C, D, E, F, G, and psychiatric emergency room. Sample size was 30 individuals, recruited using purposive sampling. Obtained samples were divided into 2 groups comprising 15 individuals each. One group was given with health education, while another one was not. Collected data were processed using Wilcoxon Rank Test and Mann Whitney Test with significance level of $p < 0,05$.

Result of Wilcoxon test showed the reduction of the use maladaptive coping mechanism in treatment group after being given with education, with $p = 0,014$ and $p = 0,317$ for respondents were not given with health education. Health education influence the using of coping mechanism which adaptive or task oriented coping mechanism. Result of Mann Whitney Test showed $p = 0,031$. It can be concluded that health education has influence on coping mechanism in elderly with schizophrenia.

Keywords : *health education, coping mechanism, schizophrenia.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	3
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	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Pendidikan Kesehatan.....	6
2.1.1. Konsep Perilaku dan Pendidikan Kesehatan	9
2.1.2.. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan.....	13
2.2. Konsep Mekanisme Koping.....	16
2.2.1. Definisi	16
2.2.2. Jenis Mekanisme Koping	16
2.2.3. Komponen Koping	20
2.2.4. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Koping	21
2.2.5. Pengertian Stres dan Stressor	22

2.2.6. Strategi Koping Keluarga	25
2.3. Konsep Skizofrenia	26
2.3.1. Definisi	26
2.3.2. Etiologi	27
2.3.3. Pedoman Diagnostik Skizofrenia	28
2.3.4. Macam – Macam Skizofrenia	30
2.3.5. Pengobatan	30
2.3.6. Perawatan	31
2.3.7. Prognosis	32
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	34
3.1. Kerangka Konseptual	34
3.2. Hipotesis Penelitian	35
BAB IV METODE PENELITIAN.....	36
4.1. Desain Penelitian.....	36
4.2. Kerangka Kerja Penelitian.....	37
4.3. Desain Sampling.....	37
4.3.1. Populasi	37
4.3.2. Sample	38
4.3.3. Sampling	39
4.4. Identifikasi Variable.....	39
4.4.1. Variabel Independen	39
4.4.2. Variabel Dependen	40
4.5. Definisi Operasional.....	40
4.6. Pengumpulan dan Pengolahan Data	41
4.6.1. Instrumen	41
4.6.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
4.7. Prosedur Pengumpulan Data dan Analisa Data	41
4.7.1. Prosedur Pengumpulan Data	41
4.7.2. Analisa Data	42
4.8. Masalah Etik.....	42
4.9. Keterbatasan	43

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	45
5.1. Hasil Penelitian	45
5.1.1. Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian	45
5.1.2. Karakteristik Demografi Responden	46
5.1.3. Variable Yang Diukur	50
5.2. Pembahasan	53
5.2.1. Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Sebelum Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	53
5.2.2. Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Sesudah Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	54
5.2.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia	55
 BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	 58
6.1. Kesimpulan	58
6.2. Saran	59
 DAFTAR PUSTAKA.....	 60
 LAMPIRAN	 62

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Desain Penelitian	36
Tabel 4.2. Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skizofrenia Terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia.....	40
Tabel 5.1. Data Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Perilaku dan Pendidikan Kesehatan dengan Modifikasi Konsep Lawrence and Green	8
Gambar 3.1.	Kerangka Konseptual	34
Gambar 4.1.	Kerangka Kerja Penelitian	37
Gambar 5.1.	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur	46
Gambar 5.2.	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan	47
Gambar 5.3.	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Pekerjaan	47
Gambar 5.4.	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama Yang Dianut.....	48
Gambar 5.5.	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Riwayat Masuk Rumah Sakit....	49
Gambar 5.6.	Distribusi Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan	50
Gambar 5.7.	Distribusi Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Fasilitas Penelitian	62
Lampiran 2	Surat Keterangan / Jawaban Kepala Instalasi Diklat RSJ Menur Surabaya	63
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	64
Lampiran 4	Lembar Kuisinoner	66
Lampiran 5	Satuan Acara Pendidikan Kesehatan	72
Lampiran 6	Materi SAP	77
Lampiran 8	Hasil Tabulasi Data	81
Lampiran 9	Hasil Uji Statistik	83

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penderita yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa terdiri dari berbagai macam kasus, salah satunya adalah skizofrenia. (Maramis, 1998 : 294). Ketika seseorang dinyatakan menderita skizofrenia ini merupakan pukulan berat bagi keluarga, terutama orang tua, karena orang tua merupakan orang yang terdekat dengan klien. Berdasarkan hasil pengamatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya selama dua tahun, setelah mendengar bahwa anaknya menderita skizofrenia, rata – rata orang tua terkejut dan tidak percaya kalau anaknya menderita skizofrenia. Orang tua yang mempunyai anak dengan skizofrenia akan over proteksi, idealisasi terhadap anak kurang, mengingkari (denial), merasa bersalah, marah dan tidak jarang anak menjadi pelampiasan reaksi emosional orang tua (Kelliat 1997). Perlakuan tersebut merupakan salah satu bentuk mekanisme koping orang tua. Miller (1985) menyatakan salah satu variable yang mempengaruhi koping orang tua adalah pengetahuan. Namun keterkaitan antara tingkat pengetahuan dengan mekanisme koping orang tua yang anaknya menderita skizofrenia masih perlu diperjelas.

Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sejak Januari 2003 sampai dengan Desember 2003 terdapat 1.659 kasus skizofrenia. Dari jumlah tersebut didapatkan 107 penderita menolak untuk diterapi baik rawat jalan maupun rawat inap, dan terdapat 54 penderita pulang paksa ataupun drop out tanpa sebab yang jelas (medical record RSJ Menur, 2003). Berdasarkan hasil wawancara kepada 15 orang tua yang anaknya menderita skizofrenia dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapatkan 8 orang pengetahuannya kurang dan tidak mengerti tentang skizofrenia,

2 orang pengetahuannya baik, 5 orang pengetahuannya cukup dan mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukan terhadap anaknya sehingga seringkali tampak sikap panik dan cemas yang membuat anak semakin tidak terkendali. Ini merupakan dampak atau akibat yang terjadi oleh karena pengetahuan yang kurang sehingga mekanisme koping mal adaptif.

Setiap individu yang terpapar oleh stimulus (stressor) dapat menimbulkan perubahan atau masalah (stres) yang memerlukan upaya penyesuaian dan penanganan (koping) agar individu lebih adaptif (Kelliat, 1999). Terdapatnya perbedaan tingkat pengetahuan tentang penyakit skizofrenia, perawatan, pengobatan, dan prognosinya yang dimiliki orang tua akan berpengaruh pada cara pandang dan penggunaan koping orang tua dalam menghadapi penderita skizofrenia. Seharusnya dengan pengetahuan yang baik akan berdampak terhadap koping yang baik pula, begitu juga apabila pengetahuan kurang akan berdampak terhadap koping yang kurang adaptif, apalagi dengan masuk rumah sakit lebih dari satu kali. Koping selain mengatasi stress juga membantu mentolerir atau melepaskan diri dari stress (Sindunata, 2002). Pengetahuan orang tua yang kurang tentang skizofrenia dapat mengakibatkan dan mempengaruhi ketrampilan memecahkan masalah (koping) orang tua menjadi terganggu bahkan akan berdampak terhadap koping yang mal adaptif. Sehingga perawatan orang tua terhadap penderita menjadi kurang.

Penderita skizofrenia akan membawa beberapa masalah yang menuntut banyak perhatian orang tua karena memerlukan perawatan, pengobatan yang lama. Oleh sebab itu perlu pengetahuan dan persiapan mental orang tua untuk menghadapinya, menurut Brunner and Studarth pengetahuan merupakan factor yang mempengaruhi mekanisme koping. Orang tua yang mempunyai pengetahuan yang baik akan mempermudah pemahaman terhadap masalah yang timbul dan

mempermudah mencari alternatif pemecahannya. Koping sangat penting bagi keberhasilan dalam menghadapi stress, karena koping merupakan bagian dari adaptasi baik fisiologis maupun psikologis (Nani Nurhani, 1998). Tanpa koping yang adaptif dari orang tua tidak akan dapat dicapai perawatan yang adekuat (Freedman, 1988). Dengan pengetahuan yang bervariasi diperlukan pemberian pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang dapat merubah persepsi yang salah menjadi benar sehingga penggunaan mekanisme koping menjadi adaptif. Dari latar belakang tersebut diatas penulis tertarik untuk meneliti sejauh mana “pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah mekanisme koping orang tua sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ?
2. Bagaimanakah mekanisme koping orang tua sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ?
3. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ?
4. Bagaimanakah perbandingan mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme coping orang tua pada penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mengidentifikasi mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Menganalisis perbandingan mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Teoritis

Diketuainya jenis mekanisme coping yang digunakan orang tua penerita skizofrenia dan digunakan sebagai dasar dalam memberikan pendidikan kesehatan guna meningkatkan asuhan keperawatan skizofrenia.

1.4.2. Praktis

1. Dapat dipakai sebagai dasar atau pijakan bagi keperawatan/rumah sakit untuk dapat meningkatkan pengetahuan orang tua tentang penyakit skizofrenia.
2. Sebagai masukan bagi orang tua untuk menggunakan koping yang adaptif sehingga orang tua tahu dan mampu dalam melakukan perawatan pada penderita skizofrenia.
3. Dapat memberikan gambaran dan informasi bagi perawat tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap mekanisme koping orang tua pada penderita skizofrenia.
4. Dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian bagi mahasiswa keperawatan yang akan datang yang berkaitan dengan mekanisme koping orang tua pada penderita skizofrenia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep tentang (1) pendidikan kesehatan, (2) mekanisme coping, (3) konsep skizofrenia.

2.1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan perilaku yang dinamis dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia yang meliputi komponen pengetahuan, sikap ataupun praktik yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat baik secara individu, kelompok maupun masyarakat, serta merupakan komponen dari program kesehatan.

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan kegiatan pembelajaran dengan langkah – langkah sebagai berikut (1) Pengkajian kebutuhan belajar klien (2) Penegakan diagnosa keperawatan (3) Perencanaan pendidikan kesehatan (4) Implementasi pendidikan kesehatan (5) Evaluasi pendidikan kesehatan dan (6) Dokumentasi pendidikan kesehatan.

1) Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pada dasarnya pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat dibidang kesehatan

sebagai sesuai yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

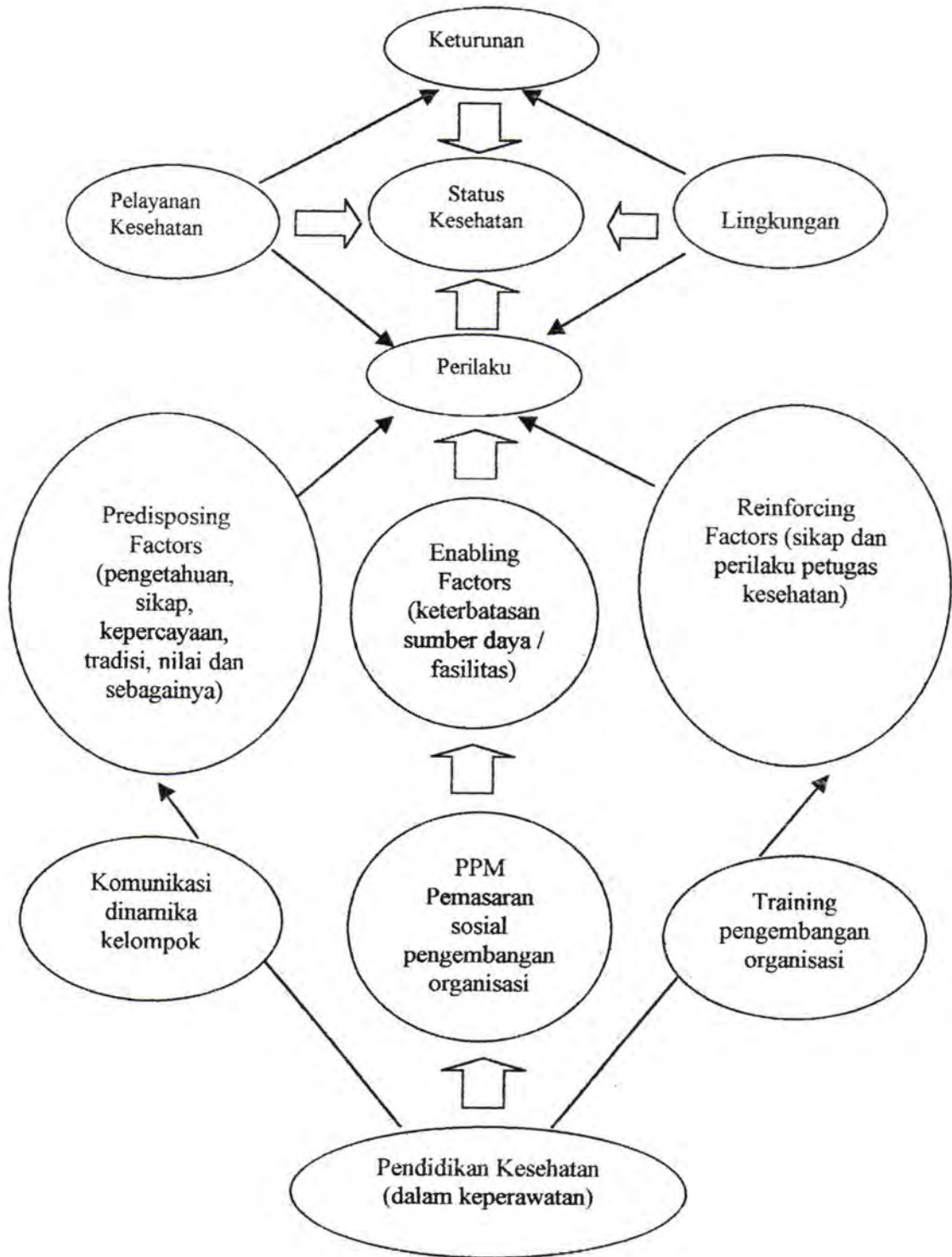
2) *Sasaran Pendidikan Kesehatan*

Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu pendidikan kesehatan kelompok dengan kelompok dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

3) *Pentingnya Pendidikan Kesehatan*

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Berdasarkan perannya sebagai perawat pendidik, perawat mengalihkan pengetahuan, ketrampilan. Ketrampilan dan pembentukan sikap selama pembelajaran yang berfokus pada pasien. Perubahan perilaku pada pasien selama proses pembelajaran berupa perubahan pola pikir, sikap dan ketrampilan yang spesifik. Pentingnya pendidikan kesehatan dalam keperawatan seperti yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (1997) tentang hubungan status kesehatan, perilaku dan pendidikan kesehatan dengan memodifikasi konsep Lowrence dan Green seperti pada gambar berikut ini :



Gambar 2.1. Perilaku dan Pendidikan Kesehatan Dengan memodifikasi Konsep Lowrence And Green

2.1.1. Konsep Perilaku dan Pendidikan Kesehatan

Dari segi biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisasi makhluk hidup yang bersangkutan.

Perilaku kesehatan (*skiner*) adalah suatu respon seseorang organisme terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan. Domain perilaku dibagi menjadi 3 (Ranah Benyamin Bloom, 1908) yaitu pengetahuan, sikap praktek atau tindakan.

Pengetahuan atau kognitif merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, raswa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Soekidjo Notoatmodjo, 2003)

1) Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip Soekidjo Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- *Awarenes* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulasi obyek terlebih dahulu.
- *Interest*, dimana seseorang mulai tertarik kepada stimulus.

- *Evaluation*, (menimbang-nimbang) baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- *Trial*, orang tersebut sudah mulai mencoba perilaku baru.
- *Adoption*, dimana subyek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2) *Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif*

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yakni :

- Tahu (*know*).

Tahu di artikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk kedalam pengetahuan. Tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

- Memahami (*comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- Aplikasi (*aplication*).

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- Analisis (*analysis*).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

- Sintetis (*synthesis*).

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain adalah menyusun formulasi baru dan formulasi – formulasi yang ada.

- Evaluasi (*evaluation*).

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian – penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri (Soekidjo Notoatmodjo, 2003).

3) Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

(1) Komponen poko sikap (Allport, 1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok.

- Kepercayaan (*keyakinan*), ide dan konsep terhadap suatu konsep.
- Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
- Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (Soekidjo Notoatmodjo, 2003).

(2) Berbagai tindakan sikap

- Menerima (*receiving*).

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau memperhatikan stimulasi yang diberikan obyek.

- Merespon (*responding*).

Memberikan jawaban apabila dirinya ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah satu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan adalah berarti orang menerima ide tersebut.

- Menghargai (*voluing*).

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

- Bertanggung jawab (*responsible*).

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

(3) Praktik atau tindakan (Practice)

Setelah seseorang mengetahui atau obyek kesehatan kemudian mengadakan penilaian atau berpendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut perilaku kesehatan / indikator praktek kesehatan. Indikatornya adalah sebagai berikut :

- Tindakan (praktek) sehubungan dengan penyakit, tindakan atau perilaku ini mencakup (1) Pencegahan penyakit dan (2) Penyembuhan penyakit.
- Tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- Tindakan (praktek) kesehatan lingkungan antara lain mencakup ;
membuang air besar di jamban (WC)

(4) Pengukuran Perilaku

Dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan mewawancara terhadap kegiatan – kegiatan yang telah dilakukan, beberapa jam, hari atau yang lalu (recall). Ukuran perilaku secara langsung dapat dilakukan dengan mengobsevasi tindakan atau kegiatan responden (Soekidjo Notoatmodjo, 2003 : 128).

2.1.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang yang merupakan bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar. Namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada factor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Factor-faktor tersebut dibedakan menjadi dua antara lain :

1. Faktor Internal

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. (Notoatmodjo, 1993). Pendidikan mempengaruhi proses belajar. Menurut I.B. Mantra (1994) makin tinggi pendidikan

seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi, dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

2) *Pengalaman*

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan. (Jones & Beck, 1996)

3) *Umur*

Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup :

- a. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- b. Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan berjalannya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosakata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun

cukup cepat sejalan dengan berjalannya usia. (Malcom, H & Steve, H, 1995).

4) *Tingkat emosional*

Pengetahuan dapat terbentuk karena adanya emosi aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berkaitan erat dengan keadaan jasmani, sedangkan jasmani merupakan hasil keturunan (bawaan). Dalam proses pencapaian kedewasaan pada manusia semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan. Oleh karena itu pengetahuan yang muncul dipengaruhi oleh emosional yang merupakan perilaku bawaan.

2. Faktor Eksternal

Faktor lingkungan ini sering merupakan factor yang dominan, setiap individu sejak lahir berada didalam suatu kelompok terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka pengetahuan dan perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung didalam suatu jaringan normative. Demikian pula pengetahuan terhadap masalah kesehatan. Adapun macam-macam lingkungan tersebut adalah :

- Lingkungan fisik
- Lingkungan sosial
- Lingkungan budaya

- Lingkungan ekonomi
- Lingkungan politik

Penerimaan perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Begitu juga sebaliknya.

2.2. Konsep Mekanisme Koping

2.2.1. Definisi

Koping adalah suatu proses pengelolaan eksternal dan internal yang dimulai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang (Achir Yani, 1997) sedangkan menurut La Zarus, dikutipkan oleh Smet 1994. Koping adalah suatu proses dimana proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan). Dengan sumber – sumber daya yang ada yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi stressfull. Dalam rentang ini koping, merupakan proses penyelesaian masalah tidak bersifat statis, tapi berubah dalam kualitas dan kuantitas sesuai dengan perubahan penilaian kognitif yang berkesinambungan.

Menurut Kelliat BA (1998) koping dapat diartikan sebagai upaya perilaku dan kognitif klien dalam menghadapi ancaman fisik dan psikososial yang disebabkan oleh skizofrenia.

2.2.2. Jenis Mekanisme Koping

Ketika seseorang mengalami stres, akan menggunakan mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya dan ketidak mampuan mengatasi secara konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis (Stuart

Sundeen, 1998). Koping yang cenderung digunakan seseorang untuk mengatasi stres akan cenderung tetap digunakan ketika stres itu meningkat. Cara penyesuaian atau mekanisme pembelaan adalah dua jenis mekanisme (Stuart and Sundeen, 1998).

1) *Task Oriented (Berorientasi pada tugas)*

Reaksi yang berorientasi pada tugas adalah bijaksana dalam menyelesaikan masalah, menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik, dan realitas dalam memenuhi tuntutan situasi stres yang dinilai secara obyektif. Reaksi orientasi pada tugas dibagi 3 yaitu :

- (1) Perilaku menyerang, dimana seseorang berusaha untuk menggantikan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Jenis reaksi ini mungkin bisa destruktif atau konstruktif. Destruktif bisa digambarkan perilaku negatif sedangkan konstruktif menggambarkan pendekatan penyelesaian masalah.
- (2) Perilaku menarik diri dapat digunakan secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stres. Secara fisik, penarikan kembali seseorang sumber stres dan dapat juga digunakan terhadap stesor biologis misalnya menghindari dari ruangan yang penuh asap atau menghindar dari penularan terhadap penyakit menular dan secara fisiologis misalnya mengakui kekalahan.
- (3) Perilaku kompromi ini sangat perlu dalam situasi yang tidak dapat diselesaikan melalui penyerangan atau penarikan diri. Reaksi ini dapat mengubah atau mengembalikan aspek kebutuhan personal seseorang. Reaksi kompromi biasanya membangun dan seringkali

digunakan didalam pendekatan – pendekatan dan situasi penghindaran.

2) *Mekanisme Pertahanan EGO*

Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi stres ringan dan sedang. Tetapi jika berlangsung pada tingkat berlangsung pada tingkat tidak sadar, berlangsung lama, melibatkan penipuan diri, dan distorsi realita, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stres. Mekanisme ini sebenarnya tidak realistik, tidak menyesuaikan dalam arti kata secara realitas menanggulangi masalah penyesuaian itu (tidak seperti reaksi yang berorientasi pada tugas), tetapi mengandung banyak unsur penipuan diri sendiri.

Beberapa mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

(1) *Kompensasi*

Proses dimana seseorang dengan citra diri yang kurang berupaya menggantikannya dengan menekan pada kelebihan lain yang dimilikinya.

(2) *Mengingkari*

Menghindarkan realitas ketidak setujuan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengenalinya, kemungkinan merupakan mekanisme pertahanan yang paling sederhana dari primitif.

(3) *Isolasi*

Memisahkan komponen emosial dari pikiran yang dapat temporer atau jangka panjang.

(4) *Proyeksi*

Mengaitkan pikiran atau impuls dirinya, terutama keinginan yang tidak dapat ditoleransi, perasaan emosional, atau motivasi kepada orang lain.

(5) *Rasionalisasi*

Memberikan penjelasan yang diterima secara sosial atau tampaknya masuk akal untuk menyesuaikan impuls, perasaan, perilaku dan motif yang dapat diterima.

(6) *Reaksi formasi*

Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar – benar dirasakan akan dilakukan oleh orang lain.

(7) *Regresi*

Menghindari stres terhadap karakteristik perilaku dari tahap perkembangan lebih awal.

(8) *Represi*

Dorongan involunter dari pikiran yang sering menyakitkan atau konglik, atau ingatan dan kesadaran, pertahanan ego yang primer, yang lebih cenderung memperkuat mekanisme ego yang lainnya.

(9) *Mengisar*

Tetap sibuk, mengalihkan perhatian pada kegiatan.

(W.F. Maramis, 1998), mekanisme pembelaan ego terdiri dari ; fantasi, penyangkalan, rasionalisasi, identifikasi, represi, regresi, proyeksi, salah pindah, pelepasan (undoing).

2.2.3. Komponen Koping

Efek dari stres adalah individu langsung melakukan suatu koping. Perilaku koping dibagi dalam tiga komponen, yaitu :

1) *Komponen Biologi*

Tubuh mempunyai cara koping dalam merespon stres dari stimulus lingkungan yang diterima persepsi individu melalui sistem neuroendokrin. Koping melalui sistem neuroendokrin yaitu simpatetik adrenal respon yang mensekresikan katekolamin (epineprin dan norepinerin) dan pituitary adrenal respon yang mensekresikan kortikosteroid (Frankenhauser, 1986 dikutip Mattlin, 1990)

2) *Komponen Kognitif*

Pendekatan kognitif dalam melakukan koping adalah proses mental individu menafsirkan situasi yang potensial mengancam, membahayakan, menantang, atau memuaskan. Dimana tingkat dalam menafsirkan tersebut menentukan tingkat stres dan strategi koping yang digunakan individu dalam merespon stres (Lazarus dan Folkman, 1984 dikutip Hamid, A, 1997). Ada dua tipe dalam menafsirkan situasi, yaitu primer dan sekunder.

Menafsirkan situasi yang primer adalah membuat individu secara sadar mengevaluasi keadaan yang mengancam atau menantang, melukai atau kehilangan. Sedangkan sekunder dilakukan ketika individu menanyakan pada dirinya "apa yang dapat saya lakukan" dengan mengevaluasi sumber koping yang dimilikinya.

3) *Komponen Belajar*

Learned komponen dalam koping menggunakan semua teori belajar dalam sosial. Motivasi dan perilaku sosial adalah hasil *reinforcement* dari pengalaman belajar. Fenomena pengalaman yang menyedihkan ada hubungannya dengan depresi, dan implikasi dari perubahan sosial dan budaya di masyarakat dapat menyebabkan stres. Tetapi proses belajar juga dapat digunakan untuk tehnik mengelola stresor.

2.2.4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Koping

Pearlin dan Schooler, 1978 melakukan penelitian mengidentifikasi mekanisme koping yang digunakan dalam upaya menanggulangi masalah dan mengkaji keberhasilan perilaku koping didasarkan atas tiga fungsi:

- 1) Menghilangkan atau memodifikasi kondisi yang menimbulkan masalah
- 2) Mengendalikan arti pengalaman yang dipersepsikan
- 3) Mempertahankan konsekwensi emosional agar masih dalam batas kemampuan mengatasinya.

Dalam penelitian tentang factor yang mempengaruhi strategi koping menurut Vinter (1980) menemukan suatu hubungan yang bermakna antara strategi koping dengan tingkat fungsi keluarga. Sementara Bregmen tahun 1980 menunjukkan bahwa reaksi koping dari orang tua ternyata konsisten dengan kepribadian mereka, pengalaman masa lalu, lingkungan tertentu yang berhubungan dengan kondisi serta arti yang dipersepsikan orang tua terhadap kondisi tersebut. Menurut Taylor (1991) ada 2 sumber yang mempengaruhi koping. Sumber-sumber tersebut adalah sumber internal dan eksternal. Sumber internal adalah factor kepribadian, sedangkan factor eksternal meliputi uang, dukungan sosial, standar kehidupan. Miller (1985)

menyatakan beberapa variable yang mempengaruhi strategi koping adalah intrapersonal, lingkungan dan factor yang berhubungan dengan kesakitan. Factor interpersonal termasuk usia, kepribadian, intelegensia, nilai, kepercayaan, status emosional dan pengetahuan. Factor lingkungan termasuk dukungan sosial dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan (perawat, dokter), dan sumber finansial. Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002) factor yang mempengaruhi mekanisme koping terdiri dari internal dan eksternal. Internal terdiri dari: system kepercayaan, komitmen atau tujuan hidup, perasaan seperti harga diri, kontrol dan kemahiran, pengetahuan, keterampilan sosial/ komunikasi. Sedangkan eksternal yaitu dukungan sosial dan material.

2.2.5. Pengertian Stres dan Stresor

Stres adalah realita kehidupan setiap hari yang tidak dapat dihindari (Kelliat, 1999). Stres merupakan respon atau tekanan didalam diri seseoranga atas sistim sosial (individu dan keluarga). Dan stres merupakan reaksi terhadap situasi yang menghasilkan tekanan (Fiedman, 1998). Pengalaman stres berasal dari tiga sumber, yaitu lingkungan diri dalam tubuh seta pikiran (Kelliat, 1999). Selye menggambarkan stres sebagai keadaan negatif atau perasaan negatif yang mengancam keadaan realita, cara pandang, tingkah laku dan status kesehatan. Sedangkan stresor adalah keadaan yang direspon oleh stres atau merupakan sumber stres pada individu respon terhadap stres dapat berupa alarm stage, eustres maupun distres.

1. Macam – Macam Stresor

1) Stresor Biologi

Keadaan dimana individu terpapar mikroorganismenya yang dapat menyebabkan keseimbangan dalam tubuhnya terganggu. Misal ; virus, bakteri.

2) Stresor Psikologis

Keadaan dimana individu mengalami suatu proses yang mempengaruhi kondisi psikologisnya, misalnya ; konflik, tekanan, krisis, maupun frustrasi.

3) Stresor Fisik

Keadaan dimana individu terpapar suatu bahan fisik yang dapat mengganggu kenyamanannya, misalnya panas, dingin, cahaya terlalu terang, suasana ramai.

4) Stresor Kimia

Keadaan dimana individu terpapar suatu bahan kimia yang merusak kesehatan, misalnya ; mencuri.

2. Stres Ditinjau dari Psiko Neuro Imunologi

Psiko neuro imunologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara faktor psikososial, sistem syaraf dan kekebalan (Dadang Hawari, 2001). Seseorang yang mengalami stresor psikologis yang ditangkap melalui sistem syaraf pusat otak, yaitu bagian syaraf otak yang disebut limbic system, melalui transmisi syaraf (neurotransmitter). Dan selanjutnya stimulus atau rangsangan psikososial tadi melalui syaraf outonom akan diteruskan ke kelenjar hormonal (endoktrin) yang merupakan sistem imunitas tubuh dan organ – organ tubuh yang dipersarapnya. Solomon

(1993) menyatakan bahwa stres psikososial akan mengakibatkan stres psikobiologik yang berdampak pada menurunnya imunitas tubuh. Bila imunitas tubuh menurun maka yang bersangkutan rentan jatuh sakit baik fisik maupun mental. Setiap orang pernah mengalami stres dan mencoba mengatasinya proses mengelola stres disebut mekanisme koping.

3. Manajemen Stres

Relaksasi menurut pemikiran beberapa orang adalah duduk bersandar pada sebuah kursi berlengan yang nyaman atau “melekuk ditempat tidur” dengan sebuah buku yang bagus. Bagaimanapun, banyak individu yang mengalami kesulitan untuk berelaksasi dengan cara-cara seperti itu dan merasa memerlukan beberapa petunjuk bagaimana berelaksasi. Salah satu tehniknya adalah relaksasi otot progresif (Jacobson, 1978). Setiap saat suatu otot berkontraksi menimbulkan serangkaian impuls saraf yang dikirimkan ke otak. Hal ini menimbulkan tegangan, terutama jika banyak otot yang diaktifkan. Relaksasi otot progresif mencoba mengajarkan orang untuk mengenal kapan kontraksi otot-otot rangka berlebihan terjadi dan bagaimana merelaksasikan otot-otot ini untuk mengurangi tegangan.

Bukti keefektifan tehnik ini dalam mengurangi stress tidak jelas. Borkovec & Sides (1979) meneliti studi yang telah menemukan sedikit atau tidak ada perbedaan antara grup relaksasi dan grup kontrol. Permasalahan dari studi-studi tersebut adalah terbatasnya pengukuran biokimia respons stress secara sistematis, jadi perbedaan akibat-akibat dapat dihubungkan dengan pengukuran yang berbeda dari tiap studi.

Jenis tehnik relaksasi yang lain mirip dengan meditasi. Benson (1975) telah menguraikan prosedur yang dirancang untuk membantu

individu yang berhadapan pada situasi yang penuh stress yang disebut respons relaksasi. Teknik ini memerlukan empat elemen dasar :

- Lingkungan yang tenang
- Persiapan mental
- Sikap pasif
- Pengurangan tonus otot

Dengan memiliki kriteria-kriteria ini tehnik tersebut dapat dimulai.

2.2.6. Strategi Koping Keluarga

Pearlin & Schooler (1978) mengidentifikasi tiga tipe strategi koping yang digunakan secara luas oleh individu-individu dalam menjalankan fungsi sosialnya. Setiap strategi tersebut akan digambarkan dengan suatu komentar menyangkut efektifitasnya dalam mengurangi stress.

Adapun strateginya adalah :

- 1) Tipe yang mengubah situasi yang penuh dengan stress. Tipe strategi koping ini merupakan cara yang langsung mengatasi ketegangan dalam hidup, tipe ini diarahkan untuk mengubah dan mengeliminasi stressor. Pearlin & Schooler memasukkan kepercayaan pada diri sendiri dan upaya mencari bantuan dari orang lain dalam tipe koping ini. Sebaliknya dengan beberapa sifat keberdayaan dari dukungan sosial, mereka menemukan bahwa dalam peran-peran orang tua dan perkawinan, kepercayaan pada diri sendiri lebih efektif dalam mengurangi stress daripada mencari pertolongan dan nasihat dari orang lain. Mungkin mereka yang mengupayakan bantuan dari luar bukanlah orang-orang yang sama seperti mereka yang berhasil mendapatkan bantuan. Ini menunjukkan bahwa karena kita belum tahu kondisi-kondisi dimana bantuan dari orang lain efektif dalam mengubah situasi-situasi yang penuh dengan stress.

- 2) Strategi koping yang kedua : terdiri dari strategi yang berfungsi untuk mengontrol makna dari masalah . “Cara sebuah pengalaman dikenali dan makna yang melekat pada pengalaman menentukan luasnya ancaman yang ditimbulkan oleh pengalaman tersebut”. Dengan demikian sama boleh jadi sangat membahayakan satu keluarga dan tidak berbahaya lagi bagi lain, tergantung kepada kognitif anggota keluarga dan evaluasi perceptual terhadap kejadian (Lazarus et al, 1974).
- 3) Strategi yang ketiga adalah termasuk mekanisme-mekanisme yang secara esensial digunakan untuk membantu mengakomodasi dan mengatur stress yang ada, bukan untuk menghadapi masalah stressor itu sendiri. Penggunaan strategi koping biasanya lebih efektif dari memiliki suatu urutan terbatas dari r espon- respon koping. Sebuah strategi koping tunggal, tanpa memandang keefektifannya, belum tentu cocok dengan berbagai ketegangan hidup yang dialami.

2.3. Konsep Skizofrenia

2.3.1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang etiologinya belum diketahui dengan pasti, ditandai gejala psikotik yang secara berarti mengganggu fungsi dan menyangkut gangguan dalam proses berfikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor (Maramis, 1980 : 222)

2.3.2. Etiologi

- 1) Penelitian – penelitian (Heston, 1977 : Gottesman, 1978) telah mengindikasikan bahwa factor – factor genetic yang pasti mungkin terlibat dalam perkembangan suatu kelainan psikosis. Tampak bahwa individu –

individu yang berbeda pada resiko tinggi terhadap kelainan ini adalah mereka yang memiliki anggota keluarga dengan kelainan yang sama (orang tua, saudara kandung, sanak saudara yang lain).

- 2) Secara relatif ada penelitian baru yang menyatakan bahwa kelainan skizofrenia mungkin pada kenyataannya merupakan suatu kecacatan sejak lahir, terjadi pada bagian hipokampus otak. Pengamatan memperlihatkan suatu “kekacauan” dari sel – sel pyramidal didalam otak dari orang – orang yang menderita skizofrenia, tetapi sel – sel tersebut dalam otak orang - orang yang tidak memahami skizofrenia tampak tersusun rapi (Scheibel, 1991)
- 3) Terapi biokimia menyatakan adanya peningkatan dari dopamine neurotransmitter, yang diperkirakan menghasilkan gejala – gejala peningkatan aktivitas yang berlebihan dan pemecahan asosiasi – asosiasi yang umumnya diobservasi pada psikosis (Hollandsworth, 1990)
- 4) Bowen (1978) menggambarkan perkembangan skizofrenia sebagai suatu perkembangan disfungsi keluarga. Konflik diantara suami – istri mempengaruhi anak. penanaman hal ini dalam anak akan menghasilkan keluarga yang selalu berfokus pada ansietas, dan suatu kondisi yang lebih stabil mengakibatkan timbulnya suatu hubungan saling mempengaruhi yang berkembang antara orang tua dan anak; anak harus meninggalkan ketergantungan totalnya kepada orangtua dan masuk ke dalam masa dewasa, dan dimasa ini anak tidak akan mampu memenuhi tugas perkembangan masa dewasanya.

2.3.3. Pedoman Diagnostik Skizofrenia

- 1) Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala – gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
 - (1) “Thought echo” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau “*Thought insertion or withdrawal*” = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal); dan “Thought broadcasting” = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
 - (2) “Delusion of control” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar; atau “Delusion of influence” = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “Delusion of passivity” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang “dirinya” = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus); “Delusional perception” = pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
 - (3) Halusinasi auditorik : suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

- (4) Waham – waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).
- 2) Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :
- (1) Halusinasi yang menetap dari panca – indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide – ide berlebihan (*over – valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu – minggu atau berbulan – bulan terus menerus;
 - (2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpaltion*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
 - (3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh – gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor;
 - (4) Gejala – gejala “negatif”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

- 3) Adanya geala – gejala khas tersebut daiatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);
- 4) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri, (self – absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

2.3.4. Macam – Macam Skizofrenia

- 1) Skizofrenia Paranoid
- 2) Skizofrenia Hebifrenik
- 3) Skizofrenia Katatonik
- 4) Skizofrenia Residual
- 5) Skizofrenia Lainnya
- 6) Skizofrenia Yang Tak Tentu (YTT)
- 7) Depresi Paska Skizofrenia

2.3.5. Pengobatan

Umumnya dapat dibagi menjadi tiga golongan besar antara lain :

- 1) *Somatoterapi* ; dengan cara pembedahan, farmakoterapi dan fisioterapi.
- 2) *Psikoterapi* ; sebagai psikoterapi suportif dan psikoterapi genetik dinamik (atau psikoterapi wawasan/pengertian).
- 3) *Manipulasi lingkungan dan sosioterapi*.

2.3.6. Perawatan

Adapun perawatan yang dilakukan di rumah sakit ataupun dirumah adalah sebagai berikut :

1) Psikoterapeutik

- (1) Pendekatan dengan prinsip komunikasi terapeutik
- (2) Memberikan perhatian yang lebih tetapi bukan berarti selalu diprioritaskan
- (3) Jangan melimpahkan kesalahan pada diri sendiri atau penderita
- (4) Beri kesempatan penderita mengungkapkan perasaannya

2) Pendidikan Kesehatan

- (1) Selalu memberikan penjelasan segala tindakan atau perawatan baik dirumah maupun dirumah sakit termasuk maksud dan tujuannya
- (2) Selalu mencari informasi tentang pengobatan, perawatan, dan hal-hal yang ada kaitannya dengan skizofrenia

3) Libatkan penderita dalam aktivitas sehari-hari

- (1) Selalu memberikan kegiatan sesuai dengan keahlian dan kemampuan penderita
- (2) Usahakan untuk selalu bekerja atau beraktivitas seperti sebelum sakit
- (3) Libatkan dalam kegiatan yang ada disekitar rumah atau lingkungannya

4) Ciptakan lingkungan yang terapeutik

- (1) Tata ruangan sedemikian rupa disesuaikan dengan keadaan penderita

- (2) Jauhkan penderita dari benda-benda atau barang-barang yang dapat membahayakan dirinya, orang lain atau lingkungan
 - (3) Jangan diisolasi (dikucilkan)
 - (4) Ciptakan suasana yang harmonis
 - (5) Usahakan untuk tetap melibatkan penderita dalam pengambilan keputusan
- 5) Kolaborasi dengan tim medis
- (1) Konsultasikan dengan dokter tentang obat, efek samping dan cara penanganannya
 - (2) Konsultasikan dengan perawat tentang perawatan lanjutan di rumah
 - (3) Berikan penjelasan kepada penderita tentang pentingnya obat, efek samping dan cara mengatasinya
 - (4) Usahakan kontrol dan minum obat secara rutin
 - (5) Segera bawa ke puskesmas atau rumah sakit jiwa jika ada keluhan yang lebih lanjut

2.3.7. Prognosis

Untuk menentukan prognosis harus mempertimbangkan beberapa factor antara lain :

- 1) Kepribadian prepsikotik ; bila skizoid dan hubungan antar-manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.
- 2) Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- 3) Jenis ; Prognosa jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita-penderita dengan katatonia sembuh dan kembali ke kepribadian

prepsikotik. Kemudian menyusul jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Hebefrenia dan skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.

- 4) Umur ; Makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosa.
- 5) Pengobatan ; Makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.
- 6) Dikatakan bahwa bila mendapat factor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stress psikologik, maka prognosa lebih baik.
- 7) Faktor keturunan ; prognosa menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

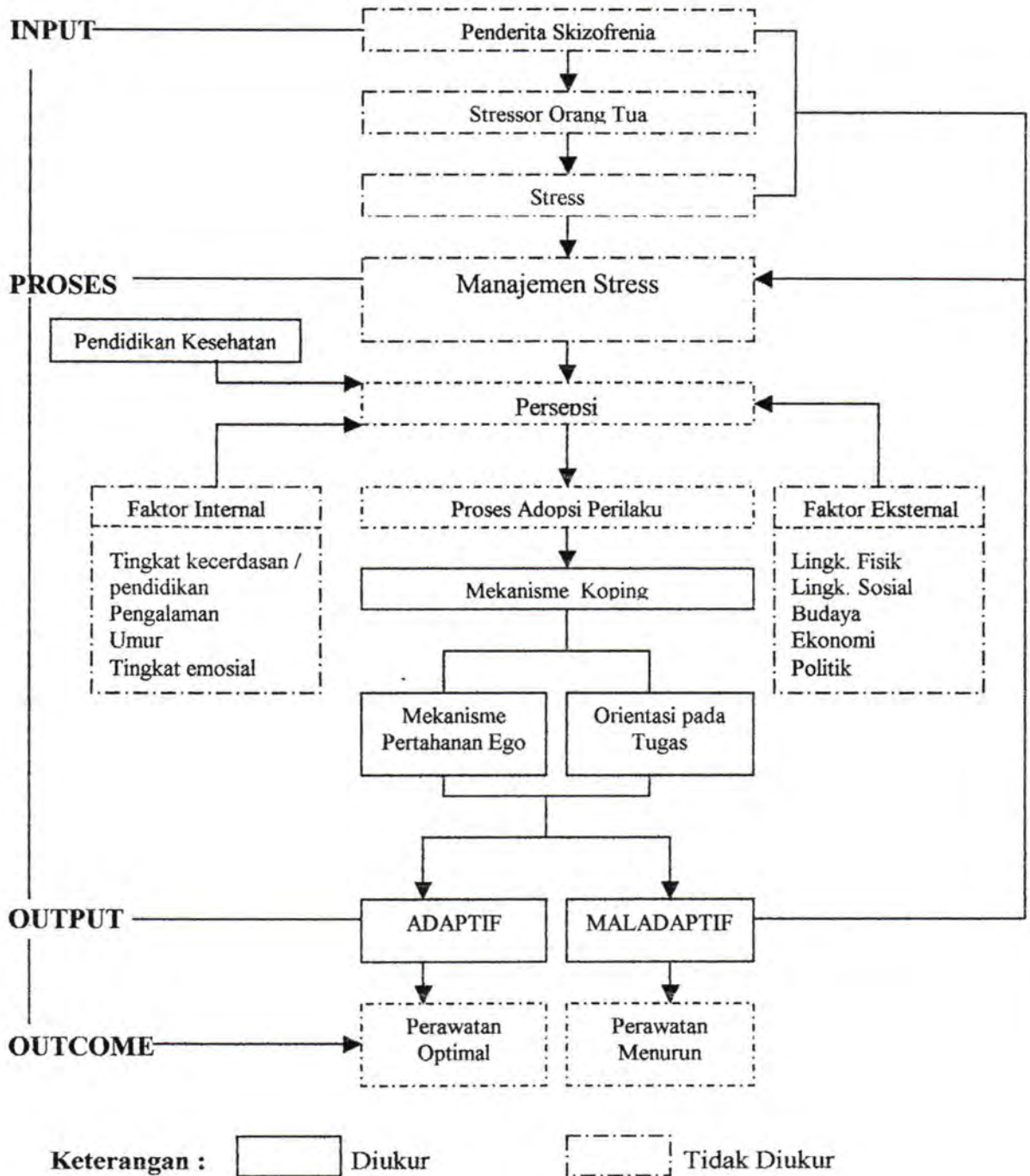
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual



Gambar 3.1. Kerangka konseptual “Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skizofrenia terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”

Penyakit skizofrenia merupakan stressor bagi orang tua yang menyebabkan mereka menjadi stress. Orang tua yang stress akan berdampak tidak baik pada perawatan penderita baik secara fisik maupun psikis. Selain itu, bila seseorang (orang tua) mengalami stress, maka secara otomatis akan mempengaruhi kemampuannya untuk mengelola stress yang terjadi. Pemberian pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan akan dapat merubah persepsi yang salah menjadi benar, sehingga orang tua akan lebih mudah dalam proses adopsi perilaku yang positif. Keadaan ini akan menghasilkan suatu dampak mekanisme koping yang adaptif sehingga perawatan terhadap penderita skizofrenia menjadi optimal.

3.2. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan dengan menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2002). Pada bab ini akan dibahas mengenai desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling, identifikasi variable dan definisi operasional, populasi, sample dan sampling, prosedur pengumpulan data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1. Desain Penelitian.

Desain penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai ancar – ancar kegiatan yang akan dilakukan (Arkunto, 2002). Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan pendekatan (non-equaivalen control group atau non randomized control group pretest-postest) design yaitu penelitian untuk membandingkan hasil intervensi dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang serupa tapi tidak benar – benar sama dengan pengelompokkan sample tidak secara random (Notoatmodjo, 2002).

Tabel 4.1. Desain Penelitian

SUBYEK	PRA TEST	PERLAKUAN	PASCA TEST
KE	01	X	02
KK	01	-	02

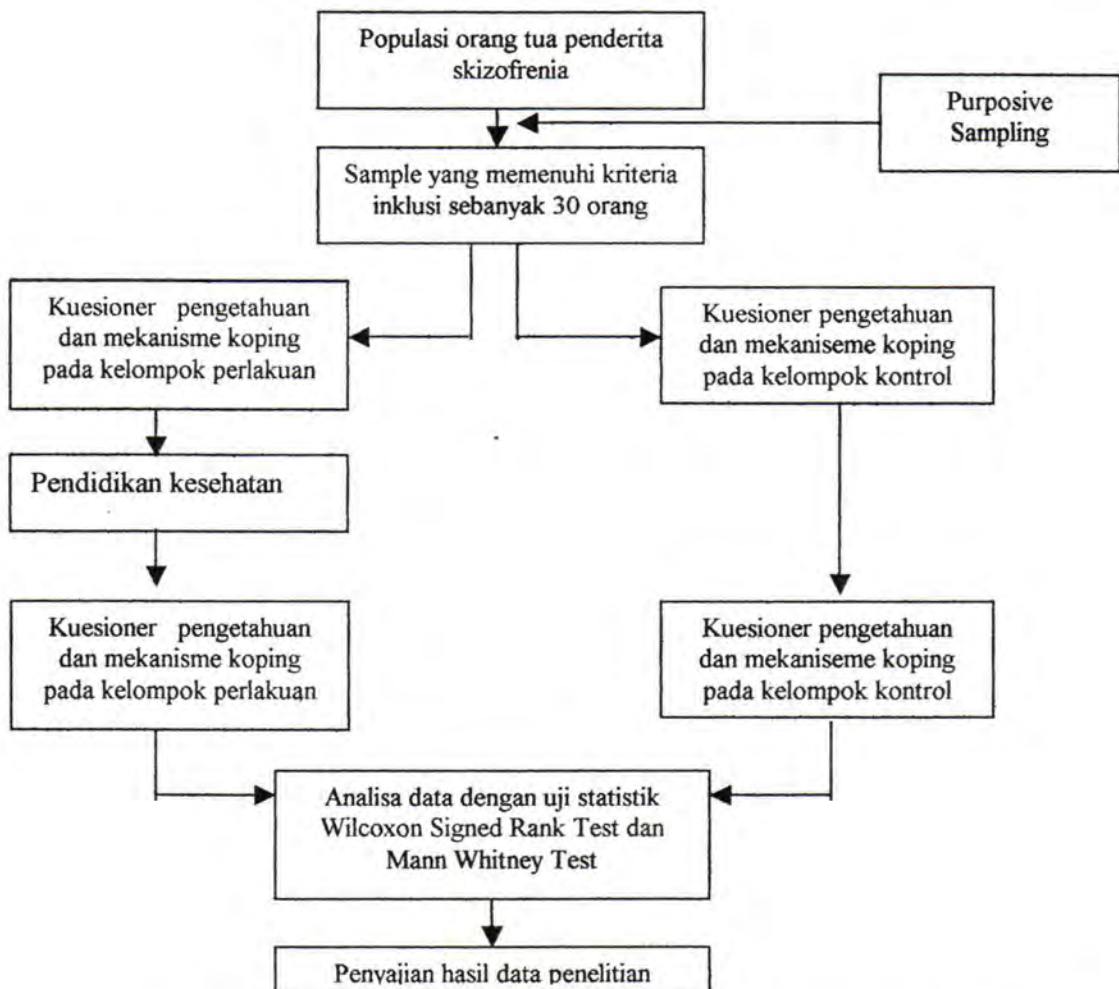
Keterangan :

KE : Kelompok Perlakuan

- KK : Kelompok Kontrol
- 01 : Observasi sebelum perlakuan
- 02 : Observasi sesudah perlakuan
- X : Diberi pendidikan kesehatan
- : Tidak diberi pendidikan kesehatan

4.2. Kerangka kerja (Frame Work).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1. Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Skizofrenia Terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.3. Desain Sampling

4.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002) atau suatu objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga (orang tua) penderita skizofrenia yang sedang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terdiri dari 6 ruangan antara lain kelas III laki – laki dan perempuan yaitu Ruang C, D, E, F, G serta ruangan darurat psikiatrik sebanyak 33 orang.

4.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang diambil sebagai objek dan dianggap mewakili seluruh populasi dengan criteria tertentu (Notoatmodjo, 2002). Sample terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini sampelnya adalah orang tua penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terdiri dari 6 ruangan antara lain kelas III laki – laki dan perempuan yaitu Ruang C, D, E, F, G serta ruangan darurat psikiatrik dengan kriteria sample sebanyak 30 orang.

Kriteria Inklusi :

- 1) Orang tua (Bapak/Ibu) yang mempunyai anak menderita skizofrenia.
- 2) Bersedia menjadi responden.
- 3) Orang tua (Bapak/Ibu) penderita yang sedang menjalani pengobatan (rawat inap minimal 2 kali MRS).
- 4) Dapat membaca dan menulis.
- 5) Riwayat tinggal serumah.

Kriteria Eksklusi :

- 1) Orang tua (Bapak/Ibu) penderita yang menjalani pengobatan (rawat jalan).
- 2) Anak / saudara

Adapun besar sample dalam penelitian ini adalah 30 responden yang terbagi menjadi 15 responden sebagai kelompok perlakuan dan 15 responden sebagai kelompok kontrol.

4.3.3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dan populasi untuk mewakili populasi. Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan non probability sampling tipe purposive sampling, dimana teknik penerapan sample dengan cara memilih sample diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sample tersebut dapat mewakili karakteristik populasi (Nursalam,2003).

4.4. Identifikasi Variabel

Variabel adalah suatu yang digunakan sebagai ciri sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep (Notoatmodjo, 2002).

4.4.1. Variabel Independen

Variabel independen adalah suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variable dependen (Nursalam, 2003). Atau factor yang diduga sebagai factor yang mempengaruhi variable dependen (Nursalam dan Pariani, 2000). Dalam penelitian ini yang menjadi variable independen adalah pendidikan kesehatan tentang skizofrenia.

4.4.2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah respon atau out put, sebagai variable respon, yang berarti ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variable independen (Nursalam & Pariani, 2000) serta factor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variable bebas (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini yang menjadi variable dependen adalah mekanisme koping orangtua.

4.5. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen Pendidikan kesehatan	Kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan orang tua	<ul style="list-style-type: none"> - Penyakit - Perawatan - Pengobatan - Prognosis 			
Dependen Mekanisme Koping orang tua	Cara yang dilakukan orang tua penderita skizofrenia dalam menyelesaikan masalah	<p>Mekanisme berorientasi pada tugas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyerang - Menarik diri - Kompromi <p>Mekanisme pertahanan ego terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompensasi - Menginkari - Mengalihkan - Proyeksi - Reaksi formasi - Rasionalisasi - Isolasi - Represi - Mengisar - Fantasi - Regresi - Sublimasi - Salah pindah - Identifikasi - Pelepasan - Penyangkalan - Pemeranan 	Kuesioner	Ordinal	<p>Pada pertanyaan no 1 s/d 20, bila responden menjawab YA skor 2, bila TIDAK skor 1</p> <p>Pertanyaan 21 s/d 40, bila responden menjawab YA skor 1, TIDAK skor 2</p> <p>Untuk menilai mekanisme koping adaptif jika nilai 50 - 80, maladaptive jika kurang dari 50.</p>

Tabel 4.2. Definisi operasional penelitian pengaruh pendidikan kesehatan tentang skizofrenia terhadap mekanisme koping orang tua pada penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.6. Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1. Instrumen

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti membuat panduan satuan acara pendidikan kesehatan tentang skizofrenia dan selain itu juga membuat instrumen berupa kuisioner untuk mengevaluasi mekanisme koping sebelum dan sesudah perlakuan. Kuisioner terdiri dari 40 pertanyaan. Pertanyaan nomer 1 sampai dengan nomer 20, merupakan komponen mekanisme koping berorientasi pada tugas, bila responden menjawab YA skor 2, bila TIDAK skor 1. Pertanyaan 21 sampai dengan 40, merupakan komponen mekanisme koping pertahanan ego, bila responden menjawab YA skor 1, TIDAK skor 2.

4.6.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya di 6 ruangan antara lain kelas III laki – laki dan perempuan yaitu Ruang C, D, E, F, G serta ruangan darurat psikiatrik. Waktu pelaksanaan bulan Januari 2005.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data dan Analisa Data

4.7.1. Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan izin dari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, peneliti mengadakan pendekatan kepada orang tua untuk mendapatkan persetujuan dari orang tua sebagai responden peneliti. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner. Sebagai subyek penelitian yaitu orang tua pada penderita skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang sudah memenuhi criteria inklusi. Sebelumnya responden diberi penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta cara mengisi kuisioner supaya hasilnya valid. Responden dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Setelah pengisian kuisioner

kelompok perlakuan diberi pendidikan kesehatan dan tiga hari setelah itu kemudian kedua kelompok mengisi kembali kuisisioner, dan dilanjutkan dengan menganalisa data.

4.7.2. Analisis Data

Untuk mengevaluasi mekanisme koping sebelum dan sesudah perlakuan, dikatakan adaptif jika nilai 50 – 80, mal adaptif jika nilai kurang dari 50.

Setelah data terkumpul kemudian dikelompokkan, ditabulasi dan dianalisa dengan menggunakan uji statistik korelasi Wilcoxon Sign Rank Test dan Mann Whitney Test dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada hubungan yang bermakna antar dua variable. Analisa data menggunakan piranti lunak SPSS for Windows Release 10,00.

4.8. Masalah Etik

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mendapat rekomendasi PSIK FK Unair dan ijin Kepala Diklat Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Setelah mendapat persetujuan berulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi :

1) Inform consent

Kepada orang tua pasien yang memenuhi criteria inklusi diberikan lembar pernyataan bersedia menjadi responden penelitian. Apabila subyek menolak untuk diikutkan dalam penelitian ini, peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2) Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau kuesioner yang diisi oleh responden. Lembar ini hanya diberi kode tertentu oleh peneliti.

3) Confidentiality (kerahasiaan)

Orang tua pasien yang memberi informasi akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Dan hanya disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian.

4.9. Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

1. Instrumen atau alat pengumpulan data

Penggunaan alat pengumpulan data atau kuisioner yang disusun oleh peneliti sendiri memungkinkan validitas dan realibilitas yang masih kurang sehingga perlu di lakukan uji coba untuk penelitian selanjutnya.

2. Faktor feasibility

Penelitian ini hanya dilakukan dengan memberikan satu kali perlakuan pada kelompok perlakuan sehingga memberikan hasil yang mungkin kurang signifikan karena keterbatasan waktu dan biaya serta kemampuan peneliti.

3. Peneliti

Keterbatasan peneliti dalam menggunakan tehnik pemilihan sampling dengan menggunakan tehnik purposive sampling dapat menyebabkan tidak semua sample memperoleh kesempatan yang sama untuk menjadi sample dalam penelitian ini karena sample dipilih sendiri oleh peneliti

sesuai dengan criteria inklusi sample yang telah ditetapkan sehingga dimungkinkan sample tidak representatif. Selain itu juga adanya keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan didiskusikan hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian meliputi data umum dan data khusus. Data umum meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden berdasarkan umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, berapa kali masuk rumah sakit dan agama. Data khusus menerangkan tentang pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan serta mekanisme coping sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

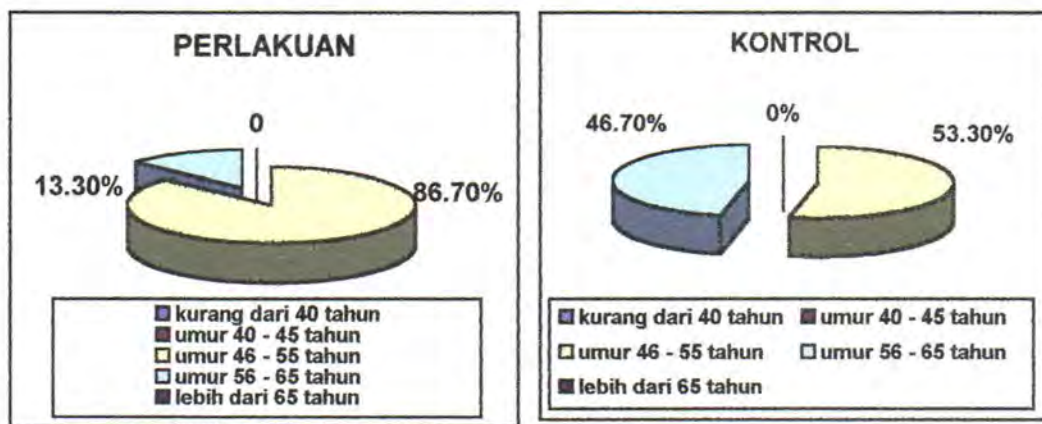
Penelitian ini dilaksanakan di RSJ Menur Surabaya yang berlokasi di Jalan Raya Menur 120 Surabaya. Adapun dari segi ketenagaan keseluruhan berjumlah \pm 200 orang, dengan tenaga perawat berjumlah \pm 76 orang. Jumlah pasien yang dirawat berjumlah \pm 150 orang rata – rata per bulan. Sedangkan untuk ruangan perawatan berjumlah 10 ruangan yang terbagi atas ruang kelas III laki – laki, yaitu Ruang D, F dan G. Ruang kelas III perempuan, yaitu C dan E, ruang kelas II laki – laki, yaitu Ruang A serta ruang kelas II perempuan, yaitu Ruang B. Selain itu ada ruang gawat darurat psikiatrik yaitu Ruang H dan satu Ruang Napsa.

Sedangkan penelitian dilaksanakan di ruangan kelas III laki – laki dan perempuan, yaitu Ruang C, D, E, F, G dan serta ruangan darurat psikiatrik pada tanggal 25 Januari – 5 Februari 2005.

5.1.2. Karakteristik Demografi Responden

Didalam karakteristik demografi responden ini akan diuraikan karakteristik demografi baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berdasarkan umur, tingkat pendidikan, riwayat pekerjaan, riwayat masuk rumah sakit, dan agama.

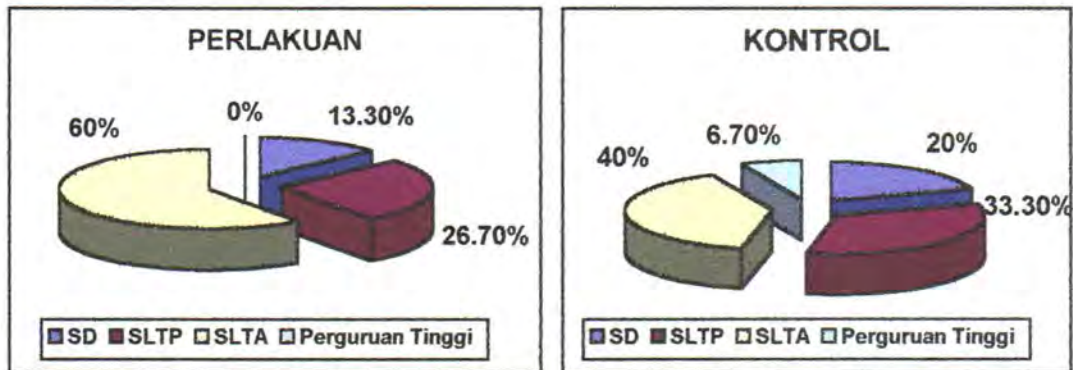
1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.1. Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.1. responden kelompok perlakuan sebagian besar berumur 46 – 55 tahun yaitu sebanyak 13 orang (86,7 %) dan responden kelompok kontrol sebagian besar berumur 46 – 55 tahun yaitu sebanyak 8 orang (53,3 %)

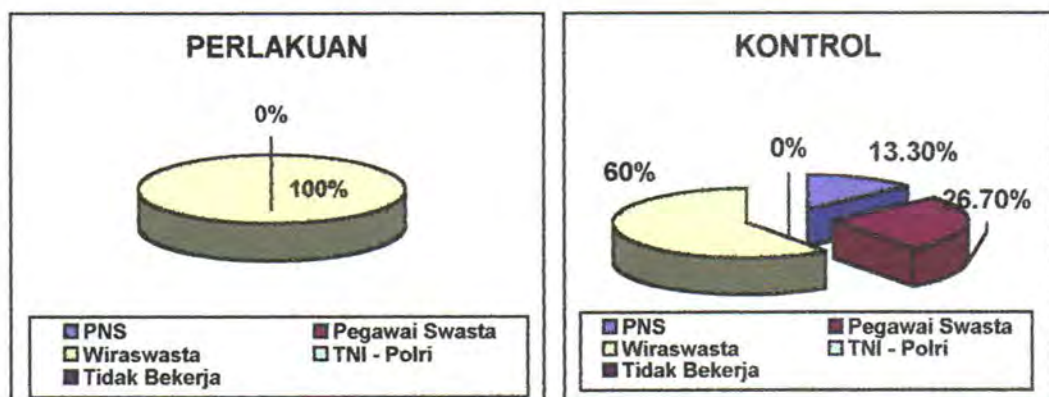
2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.2. Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.2 distribusi responden kelompok perlakuan sebagian besar berpendidikan SLTA yaitu 9 orang (60 %) dan responden kelompok kontrol yakni sebagian besar berpendidikan SLTA yaitu 6 orang (40 %)

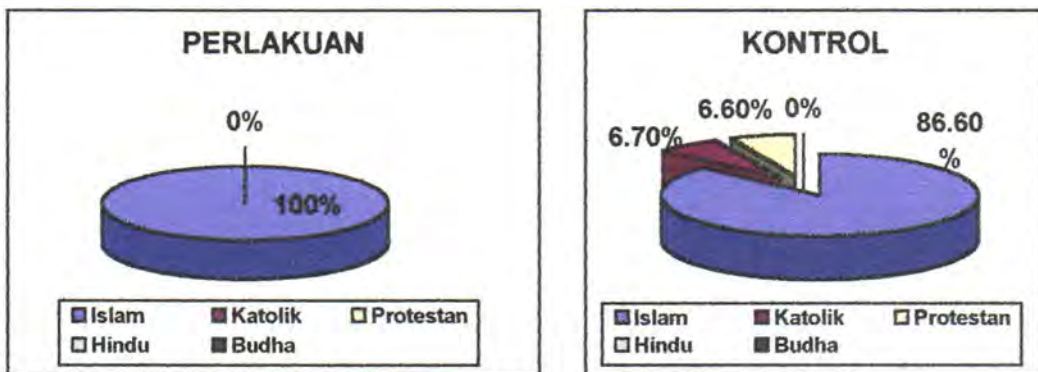
3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.3. Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.3. distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan jenis pekerjaan yakni didapatkan 100 % semua responden wiraswasta. Dan responden kelompok kontrol sebagian besar wiraswasta yaitu 9 orang (60%)

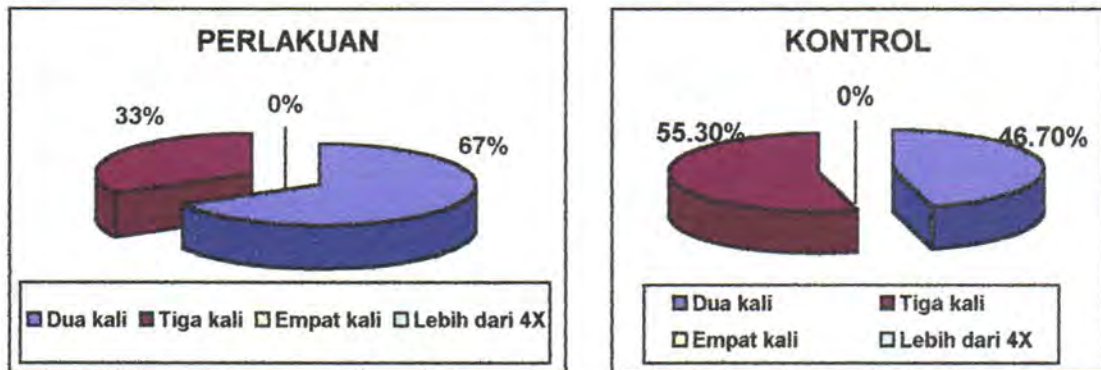
4. Distribusi Responden Berdasarkan Agama Yang Dianut Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.4. Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama Yang Dianut di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.44. distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan agama yang dianut didapatkan 100 % beragama Islam. Dan sebagian besar responden kelompok kontrol beragama Islam yaitu 13 orang (86,6 %)

5. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Masuk Rumah Sakit Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



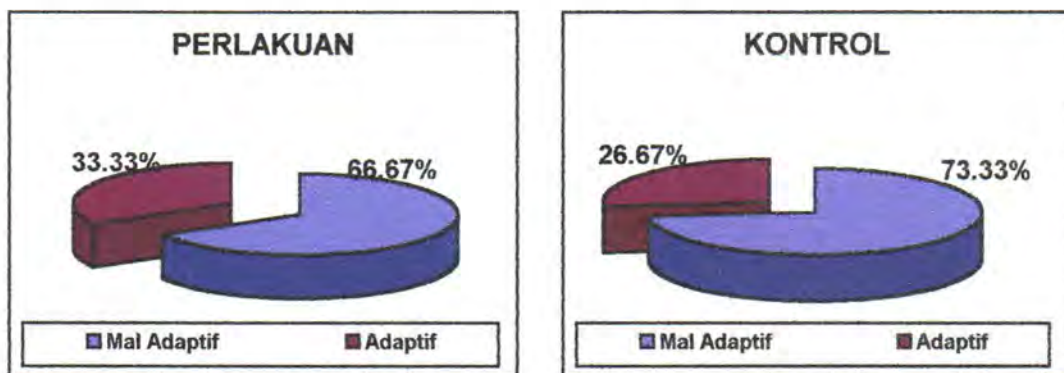
Gambar 5.5. Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Riwayat Masuk Rumah Sakit di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.5. komposisi responden kelompok perlakuan berdasarkan riwayat masuk rumah sakit sebagian besar adalah dua kali sebanyak 9 orang (67 %). Dan responden kelompok kontrol sebagian besar adalah tiga kali sebanyak 8 orang (53,3 %).

5.1.3. Variabel Yang Diukur

Pada bagian ini akan disajikan data variable yang diukur mengenai mekanisme koping sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

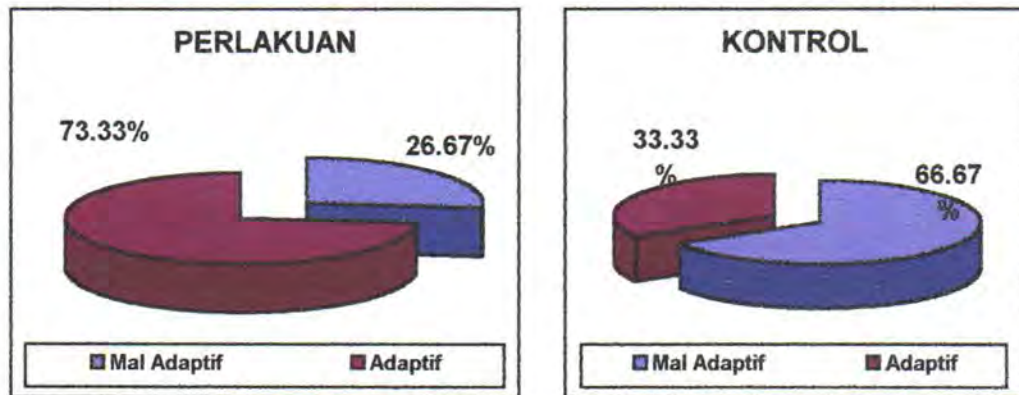
1. Distribusi Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Sebelum Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.



Gambar 5.6. Distribusi Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.6. memberikan gambaran mekanisme koping responden kelompok sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mal adaptif sebanyak 10 orang (66,67%) dan responden kelompok kontrol sebagian besar mal adaptif sebanyak 11 orang (73,33%)

2. Distribusi Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Setelah Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.7. Distribusi Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 25 Januari – 5 Februari 2005.

Berdasarkan gambar 5.7. memberikan gambaran mekanisme koping responden kelompok perlakuan setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar adaptif sebanyak 11 orang (73,33%) dan responden kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mal adaptif sebanyak 10 orang (66,67%)

3. Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Tabel 5.1. Data Mekanisme Koping Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan Berdasarkan Uji Wilcoxon Sign Rank Test dan Mann Whitney Test pada tanggal 25 Januari – 5 Februari 2005 di RSJ Menur Surabaya.

Mekanisme Koping	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
	Pre Test	Post Test	Pre Test	Post Test	Post Test	Post Test
Mal adaptif	10 66,67 %	4 26,67 %	11 73,33 %	10 66,67 %	4 26,67%	10 66,67 %
Adaptif	5 33,33 %	11 73,33 %	4 26,67 %	5 33,33 %	11 73,33%	5 33,33 %
Total	15 100 %	15 100 %	15 100 %	15 100 %	15 100%	15 100%
	Wilcoxon Sign Rank Test				Mann Whitney Test	
	Z = -2,449 P = 0,014		Z = -1 P = 0,317		Z = -2,159 P = 0,031	

Berdasarkan tabel 5.1. diatas dapat diketahui pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan prosentase mekanisme koping dari mal adaptif menjadi adaptif sebanyak 6 orang dengan prosentase 40 %. Sedangkan kelompok kontrol hanya sedikit terjadi peningkatan prosentase mekanisme koping dari mal adaptif menjadi adaptif sebanyak 1 orang dengan prosentase 6,6 %.

Hasil uji statistik dengan penggunaan uji Wilcoxon Sign Rank Test sebelum dan sesudah kelompok perlakuan didapatkan hasil $Z = -2,449$ dengan tingkat kemaknaan 0,014 yang berarti H_1 diterima. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney Test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan

pendidikan kesehatan didapatkan hasil $Z = -2,159$ dengan tingkat kemaknaan $p = 0,031$ yang artinya H_1 diterima.

5.2. Pembahasan

5.2.1. Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Sebelum Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme koping orang tua sebelum diberikan pendidikan kesehatan adalah sebagian besar mal adaptif yaitu 66,67 %. Pada kelompok kontrol terjadi hal yang sama sebagian besar mal adaptif juga yaitu 73,33 %.

Menurut Taylor (1991) ada dua sumber yang mempengaruhi mekanisme koping, sumber - sumber tersebut adalah sumber internal dan eksternal. Sumber internal adalah factor kepribadian sedangkan sumber eksternalnya adalah meliputi uang, dukungan sosial dan standart kehidupan. Sedangkan Bregman (1980) mengatakan bahwa reaksi koping dari orang tua ternyata konsisten dengan kepribadian, pengalaman masa lalu, lingkungan tertentu yang berhubungan dengan kondisi serta arti yang dipersepsikan orang tua terhadap kondisi tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut bahwa sebagian besar responden (orang tua) mekanisme kopingnya mal adaptif. Hal ini kemungkinan besar dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain (1) kepribadian, factor ini sulit diidentifikasi lebih luas karena dalam penelitian ini, peneliti tidak mengidentifikasi tipe kepribadian. Namun bila dilihat dari segi usia yang sebagian besar responden berusia 46 – 55 tahun, yang mana pada usia ini kepribadian seseorang lebih matang secara emosional. Selain itu pendidikan responden mayoritas SLTA. Tingkat pendidikan ini bisa dikatakan cukup tetapi hanya dalam hal pengetahuan secara umum, namun untuk pengetahuan

khusus tentang kesehatan masih kurang. (2) factor lainnya adalah uang, dukungan sosial dan standart kehidupan. Hal ini bisa terlihat dari pekerjaan responden mayoritas wiraswasta. Ini dapat ditafsirkan atau diasumsikan biasanya mereka lebih sibuk dengan aktifitasnya sendiri sehingga perhatian terhadap keluarganya menurun, bahkan mereka tidak begitu memperhatikan apa yang terjadi pada ananknya dengan melakukan aktifitas seperti biasa.

5.2.2. Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia Setelah Perlakuan Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Mekanisme koping orang tua baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian mekanisme koping orang tua adalah mal adaptif, yaitu 66,67 % menjadi 26,66 %. Sehingga dapat terlihat adanya penurunan sebesar 40,01 %. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan sebagian besar mekanisme koping orang tua juga mal adaptif yaitu sebesar 73,33 % dan pada observsi kedua didapatkan mekanisme koping mal adaptif sebesar 66,67 %. Pada kelompok ini juga terjadi perubahan tetapi tidak begitu signifikan yaitu sebesar 6,66 %.

Menurut Miller (1985) menyatakan beberapa variable yang mempengaruhi strategi koping adalah intra personal, lingkungan dan factor yang berhubungan dengan kesakitan. Faktor interpersonal termasuk usia, kepribadian, intelegensi, nilai, kepercayaan, status emosional dan pengetahuan. Factor lingkungan termasuk dukungan sosial dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan, dan sumber finansial. Sedangkan menurut Brunner dan Suddarth (2002) factor yang mempengaruhi mekanisme koping terdiri dari factor internal antara lain system kepercayaan,

komitmen atau tujuan hidup, perasaan seperti harga diri, kontrol dan kemahiran, pengetahuan, ketrampilan sosial atau komunikasi. Sedangkan eksternal yaitu dukungan sosial dan material.

Adapun hal – hal yang mempengaruhi keberhasilan atau perubahan mekanisme coping orang tua pada kelompok perlakuan adalah antara lain (1) tingkat pendidikan responden sebagian besar SLTA, sehingga pemahaman terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan cukup baik, (2) umur responden pada kelompok ini relatif sama sehingga akan mempermudah responden untuk saling mengenal dan bertukar pengalaman, berkomunikasi dan menggali pengetahuan tentang penyakit anaknya dari orang tua lainnya. Sedangkan pada kelompok kontrol meskipun ada perubahan pada kelompok ini tidak terlalu signifikan. Keadaan ini disebabkan beberapa factor antara lain kurangnya pemahaman responden tentang skizofrenia. Meskipun peningkatan yang muncul kemungkinan karena adanya seorang responden yang mempunyai pendidikan lebih tinggi dari responden lain sebanyak 1 orang atau sekitar 6,66 %. Selain itu kemungkinan adanya stimulus yang kurang baik yang datang dari internal responden ataupun eksternal, seperti dukungan dari teman, keluarga, pelayanan kesehatan (perawat dan dokter) juga kemungkinan adanya perbedaan status emosional dan kepribadian responden. Sehingga hal ini dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan atau penggunaan mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia.

5.2.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Mekanisme Coping Orang tua Penderita Skizofrenia

Pendidikan kesehatan secara signifikan memberikan perubahan terhadap mekanisme coping orang tua penderita skizofrenia. Pernyataan ini dapat dibuktikan

pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan prosentase mekanisme coping dari mal adaptif menjadi adaptif sebesar 40 %. Hal ini berbeda dengan kelompok kontrol hanya sedikit terjadi peningkatan mekanisme coping mal adaptif menjadi adaptif sebesar 6,6 %. Mengenai mekanisme coping pada kedua kelompok baik kelompok perlakuan ataupun kelompok kontrol dapat dijelaskan adanya peningkatan mekanisme coping sangat bermakna yaitu $p = 0,014$. Dari data tersebut menunjukkan H_0 ditolak artinya terdapat perbedaan yang nyata antara mekanisme coping sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang skizofrenia pada orang tua penderita skizofrenia.

Menurut Notoatmodjo (1993) hal tersebut diatas dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Adapun faktor internalnya adalah tingkat kecerdasan atau pendidikan, pengalaman, umur dan status emosi. Sedangkan factor eksternalnya adalah lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan diri. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Pada penelitian ini mayoritas responden berpendidikan SLTA sehingga pemahaman terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan cukup baik. Pengalaman belajar dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan dan bertolak dari masalah yang nyata. Sebagian besar didapatkan bahwa pengalaman (riwayat anak masuk rumah sakit) adalah yang kedua kalinya. Selain itu umur responden sebagian besar berusia 46 – 55 tahun. Pada usia ini status emosional semakin matang, dan semakin tua seseorang maka semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya dan kemampuannya dalam memecahkan suatu permasalahan. Selain itu lingkungan

merupakan factor yang dominan baik fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. Hal ini terkait dengan letak rumah sakit dan penataan ruang di rumah sakit, kebiasaan – kebiasaan atau rutinitas yang ada di rumah sakit serta kebijakan – kebijakan rumah sakit yang harus ditaati oleh responden atau orang tua. Ini akan berpengaruh pada perilaku responden. Penerimaan perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Begitu juga sebaliknya.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Mekanisme koping orang tua sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagian besar mal adaptif yaitu 66,67 % untuk kelompok perlakuan dan 73,33 % untuk kelompok kontrol. Dipengaruhi oleh faktor kepribadian, uang, dukungan sosial dan standart kehidupan.
2. Mekanisme koping orang tua sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol mengalami penurunan sebesar 40,01 % untuk kelompok perlakuan dan 6,6 % untuk kelompok kontrol. Dipengaruhi oleh usia, kepribadian, status emosional, intelegensi dan pengetahuan serta adanya pengaruh dari lingkungan.
3. Dari hasil uji statistik menunjukkan ada pengaruh bermakna tentang pendidikan kesehatan terhadap mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia yaitu $p = 0,014$, pada kelompok perlakuan, dan $p = 0,0317$, pada kelompok kontrol. Ini berarti bahwa pendidikan kesehatan mempengaruhi penggunaan mekanisme koping yang adaptif atau penggunaan mekanisme koping yang berorientasi pada tugas (task-oriented) pada orang tua penderita skizofrenia, disamping dipengaruhi oleh faktor – faktor yang lain.
4. Perbandingan mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

adalah $p = 0,031$ artinya semakin baik pendidikan kesehatan yang diberikan maka semakin baik pula mekanisme koping yang digunakan terutama mekanisme koping yang berorientasi pada tugas (task-oriented).

6.2. Saran

Saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk meningkatkan mekanisme koping orang tua penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Diharapkan adanya pemberian pendidikan kesehatan baik pada orang tua maupun penderita skizofrenia yang diberikan secara kontinyu dan berkesinambungan sebagai upaya dalam meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit skizofrenia.
2. Perlu dijelaskan pada keluarga bahwa saling mendukung dalam sebuah keluarga saat menghadapi permasalahan dapat meningkatkan mekanisme koping yang adaptif.
3. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang mekanisme koping dengan jumlah sample yang lebih banyak dan menggunakan instrumen yang baku supaya mendapatkan hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S (2003), *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Penerbit Reneka, Jakarta.
- Brunner, Suddarth, (2002), *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Vo. 1*, edisi 8 Alih Bahasa Agung Waluyo, EGC, Jakarta.
- Friedman, MM.(1998) *Keperawatan Keluarga*, edisi 3, EGC, Jakarta.
- Hudak, CM (1997) *Keperawatan Keluarga*, edisi 3, EGC, Jakarta.
- Hawari, D (2001) *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*, FK-UI, Jakarta.
- Hamid, A.Y. (1997) *Analisa Konsep Koping*, Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol.1 no 1, Jakarta.
- Kaplan dan Sadock, (1997) *Sinopsis Psikiatri*, edisi VII, Bina rupa Aksara, Jakarta.
- Kelliat, B.A. (1998), *Gangguan Koping, Citra Tubuh dan Seksual pada Kanker*, EGC, Jakarta.
- Kelliat, B.A. (1999) *Penatalaksanaan Stres*, EGC Jakarta.
- Maramis, WF, (1998) *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, cetakan ke tujuh, Airlangga University Press, Surabaya.
- Nursalam, Pariani (2001) *Pendekatan Praktek Metodologi Riset Keperawatan*, CV Sabung Seto, Jakarta.
- Notoatmodjo, S (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Reneka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S (1993) *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Nursalam, (2003) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, edisi 1, Salemba, Jakarta.
- Niven N (2000) *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Keperawatan Profesional Kesehatan Lain*, edisi 2, EGC Jakarta.
- Smet. B (1994) *Psikologi Kesehatan*, PT Grasindo, Jakarta.

Stuart and Sundeen. (1998) *Principles Practice psychiatric Nursing*, Philadelphia Mosby, Year Book.

Maslim. R (1993) *Diagnosis Gangguan Jiwa*, Dirjend Pelayanan Medik, Depkes RI.

Townsend, MT (1998) *Diagnosis Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta.

_____, (1993) *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia*, cetakan pertama, WHO dan Depkes RI.

_____, (2003) *Medical Record*, RSJ Menur Surabaya.

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

62

Surabaya, 25 Januari 2005

Nomor : *A068* /J03.1.17/PSIK & DIV PP/
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Direktur RSJ Menur Surabaya

Di

Tempat

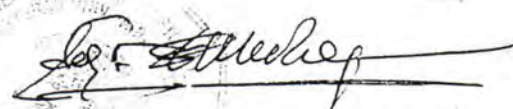
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Abdul Habib
NIM : 010330671 B
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skizofreni terhadap Mekanisme Koping Orang Tua Penderita Skizofrenia di RSJ Menur Surabaya.
Tempat : RSJ Menur Jl. Menur no. 120 Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi


Prof. Eddy Soewandojo, dr. Sp.PD, KTI
NIP.: 130 325 831

Tembusan :

1. Diklat RSJ Menur
SKRIPSI
2. Kasie Keperawatan RSJ Menur

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN
ABDUL HABIB



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR⁶³
RUMAH SAKIT JIWA MENUR

Jl. Menur No. 120. Telp. 5021635 - 5021637 Surabaya

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 072/768 /306/2005

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Widyarta Tedjautama
Jabatan : Kepala Instalasi Dik.Lat.Lit & Asrama
RSJ Menur Surabaya

Menerangkan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Abdul Habib
NIM : 010330671 B
Alamat : Jl. Pucang Jajar Selatan 24 C Surabaya

Sesuai surat dari Universitas Airlangga Surabaya Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan nomor 4968/JO3.1.17/PSIK & D IV PP tanggal 25 Januari 2005 perihal Penelitian, telah melakukan penelitian di RSJ Menur Surabaya :

Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan
Tentang Skizofrenia Terhadap Mekanisme
Koping Orang Tua Penderita Skizofrenia
Di RSJ Menur Surabaya
Waktu : 25 Januari s/d 5 Pebruari 2005

Surabaya, 8 Pebruari 2005

Kepala
Instalasi Psiklatit & Asrama
RSJ Menur Surabaya

RUMAH SAKIT JIWA
MENUR
Dr. Widyarta Tedjautama
NIP 40081821

PERNYATAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Para orang tua penderita di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terhormat.....

Assalamualaikum Wr. Wb.

Nama saya Abdul Habib, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul :

“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skizofrenia terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya “

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah kami siapkan dengan sejujurnya atau apa adanya yang Bapak/Ibu rasakan. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu berikan. Untuk itu saya mohon agar tidak mencantumkan nama. Informasi yang Bapak/Ibu berikan dipergunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan, tidak akan dipergunakan maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menanda tangani persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Januari 2005

Hormat saya,

Abdul Habib
NIM 010330671B

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

JUDUL PENELITIAN

“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skizofrenia terhadap Mekanisme Koping Orang tua Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya “

OLEH

ABDUL HABIB
NIM 010330671B

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

LEMBAR KUESIONER

No. Responden :

Tgl. :

1. Data Demografi

Beri tanda “√” pada jawaban yang saudara pilih

1) Pendidikan

- SD
 SMP
 SMA
 PT/AKADEMI

2) Umur

- Kurang dari 40 Tahun
 40 – 45 Tahun
 46 – 55 Tahun
 56 – 65 Tahun
 Lebih dari 65 Tahun

3) Agama

- Islam
 Protestan
 Katolik
 Hindu
 Budha

4) Pekerjaan

 Pegawai Negeri Pegawai Swasta Wiraswasta TNI / Polri Petani Lain – lain

5) Riwayat anak masuk Rumah Sakit

 Dua kali Tiga kali Empat kali Lebih dari empat kali

Format Pengumpulan Data

Berilah tanda “√” pada jawaban yang anda anggap benar

2. Mekanisme Koping

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK	KODE
1.	Setiap ada masalah tentang penyakit anak saya, saya membahas dan membicarakan bersama keluarga			
2.	Bila membuat keputusan saya akan menimbang lagi mana keputusan yang lebih baik berdasarkan aspek positif dalam membuat keputusan tersebut			
3.	Bila menghadapi persoalan saya tidak begitu memperhatikan dan saya terus melakukan aktifitas seperti biasa			
4.	Untuk menghilangkan ketegangan dan cemas selama anak saya sakit saya sering bercanda dengan orang lain			
5.	Saya meminta penjelasan secara lengkap kepada dokter dan perawat tentang penyakit anak saya			
6.	Saya mencari informasi dan saling bertukar pikiran dengan para orang tua yang sakitnya sama dengan anak saya			
7.	Sejak anak saya sakit, saya lebih mendekatkan diri kepada Tuhan			
8.	Saya selalu mengambil hikmah dari kejadian ini			
9.	Saya akan menyediakan semua keperluan untuk kesembuhan penyakit anak saya			

10.	Saya berpikir bahwa penyakit anak saya adalah kehendak Tuhan sebagai cobaan di dunia			
11.	Jika ada kemajuan/perubahan tentang kesehatan anak saya, saya sering kali mendiskusikan dengan keluarga			
12.	Saya selalu melibatkan keluarga tiap kali mengambil keputusan yang ada hubungannya dengan anak saya			
13.	Meskipun anak saya menderita gangguan jiwa (skizofrenia) saya tetap melakukan pekerjaan saya seperti biasa (pekerjaan saya tidak terganggu)			
14.	Saya sering membaca majalah dan nonton film komedi agar ketegangan dan kecemasan saya berkurang			
15.	Seringkali saya menanyakan perkembangan kesehatan anak saya kepada dokter dan perawat diruangan			
16.	Untuk menambah pengetahuan saya sering berdiskusi dengan para orang tua penderita skizofrenia			
17.	Saya merasa lebih tenang dengan mendekati diri pada Tuhan terutama sejak anak saya sakit			
18.	Saya yakin bahwa kejadian ini pasti ada manfaatnya untuk diri saya dan keluarga saya			
19.	Saya selalu berusaha semampu saya demi kesembuhan anak saya			
20.	Saya yakin bahwa sakit anak saya merupakan ujian dari Tuhan, karena Tuhan masih sayang sama saya			
21.	Sejak anak saya sakit, saya lebih mudah marah dari sebelumnya			
22.	Saya lebih banyak menyendiri daripada biasanya			

23.	Saya menyalahkan diri sendiri atau semua hal yang terjadi pada anak saya			
24.	Saya tidak percaya bahwa anak saya menderita gangguan jiwa (skizofrenia)			
25.	Bila dihadapkan pada suatu masalah perasaan saya menganggap orang lain penyebabnya			
26.	Saya merasa penyakit anak saya adalah karena kesalahan saya			
27.	Saya merasa tidak ada harapan lagi untuk anak saya			
28.	Saya berusaha untuk merahasiakan penyakit anak saya kepada orang lain			
29.	Setiap kali merasa ketegangan atau mempunyai suatu persoalan saya melarikan diri pada hal-hal negatif			
30.	Untuk menghilangkan rasa kecewa saya, saya seringkali makan-makan berlebihan			
31.	Saya tidak percaya bahwa anak saya menderita skizofrenia (gangguan jiwa)			
32.	Saya selalu menjelaskan pada orang lain bahwa anak saya tidak mengalami gangguan jiwa oleh karena anak saya masih bisa diajak bicara dengan lancar dan masih bisa melakukan aktivitasnya			
33.	Saya sering melamun tentang keadaan anak saya yang seolah-olah tidak mengalami gangguan jiwa			
34.	Seringkali saya berperilaku/bersikap seperti anak kecil agar terbebas dari masalah			
35.	Seringkali jika saya kecewa atau merasakan suatu ketegangan saya seringmembanting benda atau barang yang ada disekitar saya			

36.	Seringkali saya berfikir bahwa saya sama hebatnya dengan para dokter atau orang pintar yang dapat menyembuhkan anak saya			
37.	Seringkali jika saya mempunyai kesalahan kepada orang lain saya selalu memberikan hadiah atau kado agar orang tersebut memaafkan saya			
38.	Saya merasa yakin bahwa dokter salah mendiagnosa bahwa anak saya mengalami gangguan jiwa			
39.	Saya marah dan merasa tersinggung, jika ada orang lain yang membicarakan penyakit anak saya			
40.	Saya seringkali menyanyi-nyanyi dengan suara yang keras agar rasa kecewa atau ketegangan saya menjadi hilang			

SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN

Materi	: Skizofrenia
Sasaran	: Orang tua penderita skizofrenia
Tempat	: Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
Waktu	: 30 Menit

I. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang skizofrenia, orang tua dapat melaksanakan perawatan dirumah sakit dan di rumah setelah penderita pulang.

II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang skizofrenia, orang tua diharapkan :

1. Mampu memahami pengertian tentang skizofrenia
2. Mengetahui penyebab skizofrenia
3. Mengetahui tanda dan gejala skizofrenia
4. Memahami perawatan dan pengobatan skizofrenia di rumah sakit dan di rumah
5. Memahami prognosis skizofrenia

III. Materi

1. Definisi skizofrenia
2. Penyebab skizofrenia
3. Tanda dan gejala skizofrenia

4. Perawatan dan pengobatan skizofrenia di rumah sakit dan di rumah
5. Prognosis skizofrenia

IV. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab
3. Diskusi

V. Kegiatan

No	Tahap	Waktu	Petugas	Peserta
1.	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan 3. Menanyakan sejauh mana pemahaman tentang skizofrenia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Bertanya 3. Menjawab pertanyaan
2.	Penyampaian materi inti	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang pengertian skizofrenia, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menanyakan hal

			penyebab, tanda dan gejala, perawatan dan pengobatan, dan prognosis 2. Melakukan tanya jawab hasil penyuluhan	– hal yang kurang jelas 3. Menjawab pertanyaan
3.	Penutup	5 menit	1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan 2. Memberi salam penutup	1. Memperhatikan 2. Menanggapi salam

VI. Evaluasi

Kriteria evaluasi :

1. Evaluasi stuktur :

- Peserta hadir ditempat penyuluhan 100 % (15 orang)
- Penyuluhan dilaksanakan diruang pertemuan (rehabilitasi)
- Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan sudah dilakukan sebelumnya
- Sarana dan prasarana memadai

2. Evaluasi proses :

- Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan sampai selesai
- Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi hasil

- Orang tua memahami tentang skizofrenia
- Jumlah orang tua yang hadir dalam penyuluhan sesuai yang diharapkan
- Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai
- Tidak ada gangguan

VII. Sarana, Media dan Sumber Pustaka

1. Sarana

- Ruangan memadai
- Jumlah kursi sesuai dengan jumlah orang tua yang hadir
- Penerangan cukup

2. Media

- Flip chart
- Papan tulis / white board & spidol

3. Sumber Pustaka

- W. F. Maramis, 1998, Ilmu Kedokteran Jiwa, Airlangga University Press.
- Standart Asuhan Keperawatan, Rumah Sakit Jiwa Menur, 1998.

VIII. Pengorganisasian

Pembawa Acara : Ridwan, SE

Pembicara : Abdul Habib

Fasilitator : Suroto

Observer : Cicilia Rita JM, SKM

MATERI

SKIZOFRENIA

I. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai, dan diartikan jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses pikir, perasaan dan perbuatan (Eugen Bleuler)

II. Penyebab Skizofrenia

1. Keturunan

Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9 – 1,8 %, saudara kandung 7 – 15%, salah satu orang tua menderita skizofrenia 7 – 16%, kedua orang tua menderita skizofrenia 40 – 68%, kembar dua telur 2 – 15%, kembar dengan satu telur 61 – 86%.

2. Endokrin

Sering timbul pada waktu pubertas, kehamilan, puerperium dan klimakterium.

3. Metabolisme

Banyak ditemukan penderita skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan menurun dan berat badan menurun.

4. Susunan Saraf Pusat

Yaitu adanya kelainan pada diensefalon atau korteks otak

5. Adanya konflik atau stress psikologis

Hubungan antar manusia yang mengecewakan

III. Tanda dan Gejala

1. Gejala Primer :

- Gangguan proses pikiran
- Gangguan emosi
- Gangguan kemauan
- Otisme

2. Gejala Sekunder

- Waham
- Halusinasi
- Gejala Katatonik atau gangguan psikomotor lain

IV. Perawatan dan Pengobatan

1. Psikoterapeutik

- Pendekatan dengan prinsip komunikasi terapeutik
- Memberikan perhatian yang lebih tetapi bukan berarti selalu diprioritaskan
- Jangan melimpahkan kesalahan pada diri sendiri atau penderita
- Beri kesempatan penderita mengungkapkan perasaannya

2. Pendidikan Kesehatan

- Selalu memberikan penjelasan segala tindakan atau perawatan baik dirumah maupun dirumah sakit termasuk maksud dan tujuannya
- Selalu mencari informasi tentang pengobatan, perawatan, dan hal-hal yang ada kaitannya dengan skizofrenia

3. Libatkan penderita dalam aktivitas sehari-hari
 - Selalu memberikan kegiatan sesuai dengan keahlian dan kemampuan penderita
 - Usahakan untuk selalu bekerja atau beraktivitas seperti sebelum sakit
 - Libatkan dalam kegiatan yang ada disekitar rumah atau lingkungannya
4. Ciptakan lingkungan yang terapeutik
 - Tata ruangan sedemikian rupa disesuaikan dengan keadaan penderita
 - Jauhkan penderita dari benda-benda atau barang-barang yang dapat membahayakan dirinya, orang lain atau lingkungan
 - Jangan diisolasi (dikucilkan)
 - Ciptakan suasana yang harmonis
 - Usahakan untuk tetap melibatkan penderita dalam pengambilan keputusan
5. Kolaborasi dengan tim medis
 - Konsultasikan dengan dokter tentang obat, efek samping dan cara penanganannya
 - Konsultasikan dengan perawat tentang perawatan lanjutan dirumah
 - Berikan penjelasan kepada penderita tentang pentingnya obat, efek samping dan cara mengatasinya
 - Usahakan kontrol dan minum obat secara rutin
 - Segera bawa ke puskesmas atau rumah sakit jiwa jika ada keluhan yang lebih lanjut

V. Prognosis

Untuk menentukan prognosis harus mempertimbangkan beberapa factor antara lain :

1. Kepribadian prepsikotik ; bila skizoid dan hubungan antar-manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.
2. Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
3. Jenis ; Prognosa jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita-penderita dengan katatonia sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Hebefrenia dan skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.
4. Umur ; Makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosa.
5. Pengobatan ; Makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.
6. Dikatakan bahwa bila mendapat factor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stress psikologik, maka prognosa lebih baik.
7. Faktor keturunan ; prognosa menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

DATA PENELITIAN

DATA DEMOGRAFI KELOMPOK PERLAKUAN					DATA DEMOGRAFI KELOMPOK KONTROL				
Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Agama	Riwayat MRS	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Agama	Riwayat MRS
3	3	3	1	1	4	2	1	1	1
4	1	3	1	2	3	3	2	2	2
3	2	3	1	1	4	1	3	1	2
3	2	3	1	1	3	4	2	1	1
3	3	3	1	2	3	3	3	1	2
3	3	3	1	1	4	2	3	1	1
3	3	3	1	1	4	3	2	1	1
3	3	3	1	2	3	2	3	3	2
4	1	3	1	2	3	3	3	1	1
3	3	3	1	1	3	1	3	1	2
3	3	3	1	2	4	3	2	1	2
3	2	3	1	2	3	2	3	1	1
3	3	3	1	1	3	3	3	1	1
3	3	3	1	1	4	1	1	1	2
3	2	3	1	1	4	2	3	1	2

Ket

Umur

- 1 = < 40 tahun
- 2 = 40-45 tahun
- 3 = 46-55 tahun
- 4 = 56-65 tahun
- 5 = > 65 tahun

Pendidikan

- 1 = SD
- 2 = SLTP
- 3 = SLTA
- 4 = Perguruan Tinggi

Pekerjaan

- 1 = PNS
- 2 = Peg. Swasta
- 3 = Wiraswasta
- 4 = TNI/Polri
- 5 = Petani

Agama

- 1 = Islam
- 2 = Katolik
- 3 = Protestan
- 4 = Hindu
- 5 = Budha

Riwayat MRS

- 1 = Dua kali
- 2 = Tiga kali
- 3 = Empat kali
- 4 = > 4 kali

DATA PENELITIAN

PERLAKUAN : Mekanisme Koping						KONTROL: Mekanisme Koping					
Sebelum Pend. Kes			Setelah Pend. Kes			Sebelum Pend. Kes			Setelah Pend. Kes		
SKORE	%	KET	SKORE	%	KET	SKORE	%	KET	SKORE	%	KET
72	90	1	80	100	1	40	50	2	49	2.5	2
48	60	2	72	90	1	72	90	1	80	1.25	1
46	57.5	2	49	61.25	2	45	56.25	2	45	2.5	2
38	47.5	2	48	60	2	80	100	1	80	1.25	1
47	58.75	2	80	100	1	49	61.25	2	72	2.5	1
49	61.25	2	45	56.25	2	43	53.75	2	45	2.5	2
73	91.25	1	75	93.75	1	42	52.5	2	47	2.5	2
49	61.25	2	47	58.75	2	45	56.25	2	45	2.5	2
47	58.75	2	76	95	1	78	97.5	1	80	1.25	1
39	48.75	2	80	100	1	40	50	2	45	2.5	2
68	85	1	78	97.5	1	42	52.5	2	45	2.5	2
70	87.5	1	74	92.5	1	70	87.5	1	78	1.25	1
46	57.5	2	70	87.5	1	41	51.25	2	43	2.5	2
78	97.5	1	80	100	1	39	48.75	2	42	2.5	2
44	55	2	79	98.75	1	46	57.5	2	46	2.5	2

Ket

Mekanisme koping

1 = Adaptif score : 50 - 80 (62.5-100%)

2 = Maladaptif score : < 50 (<62.5%)

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Mekanisme koping sebelum pendidikan kesehatan	Mekanisme koping setelah pendidikan kesehatan
N		30	30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.70	1.47
	Std. Deviation	.466	.507
Most Extreme Differences	Absolute	.440	.354
	Positive	.260	.354
	Negative	-.440	-.320
Kolmogorov-Smirnov Z		2.411	1.941
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.001

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Frequencies

Statistics

	Umur kelompok perlakuan	Pendidikan kelompok perlakuan	Pekerjaan kelompok perlakuan	Agama kelompok perlakuan	Riwayat MRS kelompok perlakuan
N Valid	15	15	15	15	15
Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 46-55 tahun	13	86.7	86.7	86.7
56-65 tahun	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pendidikan kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	2	13.3	13.3	13.3
SLTP	4	26.7	26.7	40.0
SLTA	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pekerjaan kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Wiraswasta	15	100.0	100.0	100.0

Agama kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	15	100.0	100.0	100.0

Riwayat MRS kelompok perlakuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 kali	9	60.0	60.0	60.0
3 kali	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	Umur kelompok kontrol	Pendidikan kelompok kontrol	Pekerjaan kelompok kontrol	Agama kelompok kontrol	Riwayat MRS kelompok kontrol
N Valid	15	15	15	15	15
Missing	0	0	0	0	0

Umur kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 46-55 tahun	8	53.3	53.3	53.3
56-65 tahun	7	46.7	46.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pendidikan kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	3	20.0	20.0	20.0
SLTP	5	33.3	33.3	53.3
SLTA	6	40.0	40.0	93.3
Perguruan tinggi	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pekerjaan kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	2	13.3	13.3	13.3
Pegawai swasta	4	26.7	26.7	40.0
Wiraswasta	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Agama kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	13	86.7	86.7	86.7
Katolik	1	6.7	6.7	93.3
Protestan	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Riwayat MRS kelompok kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 kali	7	46.7	46.7	46.7
3 kali	8	53.3	53.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan	Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan	Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan	Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan
N	Valid	15	15	15	15
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.73	1.67	1.67	1.27
Std. Deviation		.458	.488	.488	.458

Frequency Table

Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	adaptif	4	26.7	26.7	26.7
	maladaptif	11	73.3	73.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	adaptif	5	33.3	33.3	33.3
	maladaptif	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	adaptif	5	33.3	33.3	33.3
	maladaptif	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	adaptif	11	73.3	73.3	73.3
	maladaptif	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan - Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	14 ^c		
	Total	15		
Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan - Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan	Negative Ranks	6 ^d	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	9 ^f		
	Total	15		

- a. Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan < Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan
- b. Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan > Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan
- c. Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan = Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan
- d. Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan < Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan
- e. Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan > Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan
- f. Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan = Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan

Test Statistics^b

	Mekanisme koping (kontrol) sesudah pendidikan kesehatan - Mekanisme koping (kontrol) sebelum pendidikan kesehatan	Mekanisme koping (perlakuan) sesudah pendidikan kesehatan - Mekanisme koping (perlakuan) sebelum pendidikan kesehatan
Z	-1.000 ^a	-2.449 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317	.014

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Mekanisme koping pre	1	15	16.00	240.00
	2	15	15.00	225.00
	Total	30		
Mekanisme koping pos	1	15	18.50	277.50
	2	15	12.50	187.50
	Total	30		

Test Statistics^a

	Mekanisme koping pos
Mann-Whitney U	67.500
Wilcoxon W	187.500
Z	-2.159
Asymp. Sig. (2-tailed)	.031
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.061 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok