Buku ini adalah hasil dari program riset keilmuan yang melibatkan dosen dan mahasiswa Universitas Muhammadiyah Malang. Tema model rancangan ini terkait dengan koping dan kesejahteraan dalam beragama dalam meningkatkan ketahanan keluarga dalam menghadapi pandemi COVID-19. Penulis berharap agar buku ini dapat dijadikan dasar untuk memberikan intervensi dalam menguatkan ketahanan keluarga pasca pandemi COVID-19. Penguatan yang diberikan sesuai dengan permasalahan yang dihadapi keluarga dengan pendekatan spiritual. Dengan demikian keluarga di Indonesia khususnya dapat beradaptasi dengan situasi sulit ini dan tetap produktif menjalankan peran dan fungsinya.

KEDOKTERAN KESEHATAN

ISBN 978-979-796-722-2

9 789797 967222

UMM PRESS

Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang

Kritik dan saran mengenai buku ini via email: ummpress@gmail.com

Editor: Yoyok Bekti Prasetyo, Nur Lailatul Masruroh, Nur Melizza

RESILIENSI KELUARGA DAN SPIRITUALITAS DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19

RESILIENSI KELUARGA DAN SPIRITUALITAS

DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19

Editor:
Yoyok Bekti Prasetyo
Nur Lailatul Masruroh
Nur Melizza

UMM PRESS

RESILIENSI KELUARGA DAN SPIRITUALITAS DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19

Dilengkapi dengan Diagnosa Keperawatan dan Rancangan Mandiri Belajar Kampus Merdeka (MBKM)

Yoyok Bekti Prasetyo, Faridi, Nur Lailatul Masruroh,
Nur Melizza, Dinda Putri Savira, Siska Sufianti Safitri,
Yazid Abdullah, Sita Afkarina Mutmainnah,
Muhammad Hafiz Maulana, Elma,
Muhammad Iqbal Reza Fauqi, Rosita Devi Angganita

UMM PRESS
Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang

RESILIENSI KELUARGA DAN SPIRITUALITAS DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19

Hak Cipta © Yoyok Bekti Prasetyo, Faridi, Nur Lailatul Masruroh, Nur Melizza, Dinda Putri Savira, Siska Sufianti Safitri, Yazid Abdullah, Sita Afkarina Mutmainnah, Muhammad Hafiz Maulana, Elma, Muhammad Iqbal Reza Fauqi, Rosita Devi Angganita, 2022
Hak Terbit pada UMMPress

Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang
Jl. Raya Tlogomas No. 246 Malang 65144
Telepon: 0812 1612 6067, (0341) 464318 Psw. 140
Fax. (0341) 460435
E-mail: ummpress@gmail.com
http://ummpress.umm.ac.id
Anggota APPTI (Afiliasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia)
Anggota IKAPI (Ikatan Penerbit Indonesia)

Cetakan Pertama, Juni 2022

ISBN 978-979-796-722-2
e-ISBN 978-979-796-721-5

xiv; 162 hlm.; 16 x 23 cm

Setting Layout: Septian R.
Design Cover: AH. Riyantono
Editor: Yoyok Bekti Prasetyo, Nur Lailatul Masruroh, Nur Melizza
Sumber Gambar Cover: orami.co.id, merdeka.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun, termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari penerbit. Pengutipan harap menyebutkan sumbernya.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta

(1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).

(2) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

(3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

(4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PRAKATA

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT., atas nikmat yang diberikan kepada tim riset program riset keilmuan berupa nikmat iman dan islam, nikmat kesehatan sehingga bisa menyelesaikan buku ini. Semoga salam dan sholawat juga tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW., beserta sahabatnya.

Buku ini adalah hasil dari program riset keilmuan yang melibatkan dosen dan mahasiswa Universitas Muhammadiyah Malang. Tema model rancangan ini terkait dengan koping dan kesejahteraan dalam beragama dalam meningkatkan ketahanan keluarga dalam menghadapi pandemi COVID-19. Dosen yang terlibat dari disiplin keilmuan keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan dan keilmuan agama dari Fakultas Agama Islam. Terdapat 8 (delapan) mahasiswa ilmu keperawatan yang terlibat dalam penelitian ini. Mahasiswa yang terlibat dalam penelitian ini akan mendapatkan pengalaman belajar setara dengan 20 SKS yang terdiri dari: konversi mata kuliah keperawatan komunitas 5 SKS, Keperawatan keluarga 3 SKS, Proposal Skripsi 2 SKS, Skripsi 4 SKS, Keperawatan di rumah 3 SKS, Keperawatan terintegrasi 1 SKS, dan perawatan penyakit infeksi 2 SKS.

Buku ini teridiri dari dua (dua) bagian utama yaitu tinjauan ketahanan keluarga Indonesia dalam menghadapi COVID-19 dengan pendekatan spiritualitas dan ekuivalensi mata kuliah yang terlibat. Penjelasan deskripsi dan capaian pembelajaran mata kuliah akan di sampai dalam model/rangcangan MBKM ini. Lebih menarik lagi dalam buku ini juga akan di ulas diagnosa keperawatan terkait spirtualitas dan hasil temuan riset bagaimana ketahanan masyarakat menghadapi pandemi COVID-19 dengan latar belakang religi dan spritual mereka.

Terdapat sembilan bab pada buku ini. Bab 1 menggambarkan situasi pandemi COVID-19 dan dampaknya pada masyarakat baik secara fisik maupun psikologis. Bab 2 mengulas ketahanan keluarga dalam menghadapi COVID-19 dan keterkaitannya dengan nilai-nilai spiritualitas. Bab 3 menampilkan model RELI-CS (*Religious Coping Spiritual Well-being*) yang terdiri dari tiga konstruksi: koping religius, *spiritual well-being*, *resilience*. Bab 4 menggambarkan konsep dan hasil penelitian tentang pentingnya koping religius dalam mempengaruhi ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sosial ekonomi. Bab 5 mengulas pentingnya konsep kesejahteraan dalam beragama dengan ketahanan keluarga dalam menjalankan nilai-nilai spiritualitas.

Bab 6 dan 7 menggambarkan pentingnya koping religius dalam mempengaruhi ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan berinteraksi. Bab 8 menjelaskan diagnosa keperawatan yang terkait dengan konsep religius. Diagnosa keperawatan ini akan memudahkan profesi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien yang mengalami distress spiritual, mekanisme koping yang tidak efektif dan lainnya. Bab 9 menjelaskan tentang program riset keilmuan yang melibatkan mahasiswa sehingga mendapatkan pengalaman belajar dan mendapatkan pengakuan belajar setara dengan 20 SKS.

Terimakasih kami ucapakan kepada Direktur Lembaga Pengolah Dana Pendidikan (LPDP) Kementerian Keuangan dan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Republik Indonesia yang telah mendanai program riset keilmuan dan menghasilkan model/rancangan MBKM ini. Ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada Direktur Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Malang yang telah memberikan dukungan dan advokasi dalam menyelesaikan program riset keilmuan ini.

Malang, Juni 2022

Ketua tim,

Yoyok Bekti Prasetyo

DAFTAR ISI

Prakata - v
Daftar Isi - vii
Daftar Tabel - xi
Daftar Gambar - xiii

Bab 1 Pendahuluan - 1
A. Pandemi COVID-19 - 1
B. Dampak Pandemi COVID-19 - 2
Daftar Pustaka - 4
Bab 2 Ketahanan Keluarga dan Spiritualitas - 9
A. Ketahanan Keluarga - 9
B. *Religious Coping* - 13
C. *Religious Non-Coping* - 14
D. *Religious Well-Being* - 14
E. *Existential Well-Being* - 15
Daftar Pustaka - 21
Bab 3 Model Reli-CS (*Religious Coping-Spiritual Well-Being*) - 31
A. Model Reli-CS - 31
B. Instrumen *Spiritual Coping Strategies Scale* - 32
C. Instrumen *Spiritual Well-Being Scale* - 34
D. Instrumen *Family Resilience Assessment Scale* - 36
E. Analisis Model Pengukuran - 40
F. Analisis Model Struktural - 42

G. *Religious Well-Being* (RW) Dipengaruhi *Religious Non Coping* (RNC) - 43
H. *Religious Well-Being* (RW) Berhubungan dengan *Existential Wellbeing* (EW) - 44
I. *Existential Well-Being* Berhubungan dengan *Resilience Communication* - 45
J. *Existential Well-Being* Berhubungan dengan *Resilience Resource* - 45
K. *Existential Well-Being* Berhubungan dengan *Resilience Positive* - 47
L. *Existential Wellbeing* (EW) Berhubungan dengan *Resilience Interaction* (RI) - 48
M. *Existential Wellbeing* (EW) Berhubungan dengan *Resilience Spiritual* (RS) - 49
N. *Existential Well-Being* Berhubungan dengan *Resilience Difficulty* - 50
O. *Religious Well-Being* Tidak Dipengaruhi *Religious Coping* - 50
Daftar Pustaka - 54

Bab 4 Religious Koping dan Ketahanan Keluarga dalam Memanfaatkan Sumber Daya Sosial-Ekonomi - 59
A. Latar Belakang - 59
B. Metode - 61
C. Data Management - 61
D. Hasil Penelitian - 62
Daftar Pustaka - 67

Bab 5 *Religious Well-Being* dan Ketahanan Spiritualitas Keluarga - 73
A. Latar Belakang - 73
B. Metode - 75
C. Hasil Penelitian - 76
Daftar Pustaka - 81

Bab 6 Religious Koping dan Ketahanan Keluarga dalam Berkomunikasi - 87
A. Latar Belakang - 87

B. Metode - 89
C. Hasil Penelitian - 90
Daftar Pustaka - 94

Bab 7 Religious Koping dan Resiliensi Keluarga dalam Berinteraksi - 101
A. Latar Belakang - 101
B. Metode - 104
C. Hasil Penelitian - 105
Daftar Pustaka - 111

Bab 8 Diagnosa Keperawatan Berhubungan dengan Masalah Religi dan Spritual - 121
A. Definisi Diagnosa Keperawatan - 121
B. Diagnosa Keperawatan Spiritual - 122
Daftar Pustaka - 139

Bab 9 Overview Program Riset Keilmuan - 141
A. Kebijakan Merdeka Belajar - Kampus Merdeka (MBKM) - 141
B. Program Riset Keilmuan - 143
C. Ekuivalensi Mata Kuliah Pendukung Program Hibah Riset - 144
D. Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) - 146
Daftar Pustaka - 153

Glosarium - 155
Indeks - 159
Biodata Penulis - 161

DAFTAR TABEL

Tabel 1: Instrumen koping religius dan koping non religius - 33
Tabel 2: Instrumen Kesejahteraan spiritual - 35
Tabel 3: Instrumen Ketahanan keluarga - 37
Tabel 4: *Construct reliability and validity* - 41
Tabel 5: Fornell-Larcker Criterion, HTMT, SRMR and NFI - 52
Tabel 6: *Result of The Hypothesis Testing* - 53
Tabel 7: Karakteristik responden (N=243) - 62
Tabel 8: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam memanfaat sosial ekonomi - 64
Tabel 9: Karakteristik responden (N=243) - 77
Tabel 10: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga - 78
Tabel 11: Karakteristik responden (N=243) - 91
Tabel 12: Skor dari kuesioner ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah (N=243;n/%) - 92
Tabel 13: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah - 92
Tabel 14: Karakteristik Responden (N=243) - 106
Tabel 15: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam memanfaat sosial ekonomi - 107
Tabel 16: Daftar Capaian Pembelajaran konversi MBKM - 146

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Kerangka teori koping beragama, kesejahteraan spiritiual, dan ketahanan keluarga dalam menghadapi pandemi COVID-19 - 12

Gambar 2: Model Reli-CS (*religious coping-spiritual well-being*) dalam meningkatkan ketahanan masyarakat desa menghadapi memanjangnya pandemi COVID-19 - 32

Gambar 3: *Family resilience in utilizing socio-economic resources during the COVID-19 pandemic* - 63

Gambar 4: Skor item kuesioner ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga di tengah pandemi COVID-19 (N=243) - 78

Gambar 5: *Family resilience in family interaction during the COVID-19 pandemic* - 107

Gambar 6: Rancangan pembelajaran MBKM - 145

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

1
PENDAHULUAN

A. Pandemi COVID-19

Baru saja seluruh bagian dunia dihadapkan pada masalah pandemi COVID-19. Berawal pada tanggal 17 Desember 2020, tercatat 75 juta penduduk di dunia terinfeksi. Kasus pertama di Indonesia tercatat pada 2 Maret 2020. Kasus ini diumumkan diderita oleh dua orang berumur 31 dan 64 tahun dan diasumsikan masuk ke Indonesia sekitar minggu ketiga bulan Januari 2020 (Sari *et al.,* 2020). Masa pandemi COVID-19 memberikan ancaman kehidupan pada manusia (Lodha & Kabra, 2020; Nyashanu *et al.,* 2020). Ancaman kehidupan akan mempengaruhi ketahanan keluarga (McGinnis, 2018; Nadrowska *et al.,* 2021). Ketahanan keluarga akan mempengaruhi ketahanan masyarakat.

Novel coronavirus atau yang biasa disebut dengan COVID-19 adalah jenis virus baru yang awal munculnya di daerah Wuhan, Provinsi Hubei, China pada tanggal 30 Desember 2019 lalu yang dimana virus tersebut telah menyebar luas hingga ke seluruh penjuru dunia (Chen Wang et al., 2020). Virus ini menyerang saluran pernafasan pada manusia yang disebabkan oleh infeksi virus jenis baru yaitu *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) (Singhal, 2020). Sudah banyak korban yang telah terinfeksi dan meninggal dunia hingga pada tanggal 11 Maret 2020, *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa *novel coronavirus* (COVID-19) menjadi wabah pandemi global (Cucinotta & Vanelli, 2020).

Coronavirus (COVID-19) telah menjadi pandemi di dunia. Setiap negara menghadapi ancaman dari virus ini. Jumlah kasus konfirmasi di dunia dilaporkan per tanggal 21 August 2020 adalah 22,492,312 dan 788,503 kasus kematian (WHO, 2020) sedangkan di Indonesia

149,408 kasus terkonfirmasi meliputi: 39,917 dalam perawatan (26,7% dari kasus terkonfirmasi), 102,991 kasus sembuh (68,9% dari kasus terkonfirmasi), 6,500 kasus meninggal (4,4% dari kasus terkonfirmasi) (Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19, 2020). Pandemi ini telah memberikan tekanan pada pemerintah di semua bidang, baik bidang ekonomi, pendidikan, kesehatan dan lainnya. Pandemi ini tidak hanya membawa ketakutan terhadap infeksi virus yang mematikan, tetapi juga telah menyebabkan tekanan psikologis pada semua lapisan masyarakat (Fang *et al.,* 2020; Nyashanu *et al.,* 2020). Masyarakat cenderung mudah curiga, menjadi takut bahkan sikap sebaliknya yaitu acuh, abai, tidak menggunakan alat perlindungan diri (Prescott *et al.,* 2020; Tan *et al.,* 2020).

B. Dampak Pandemi COVID-19

Hal tersebut bukan hanya mengancam kesehatan fisik saja, tetapi juga bisa mengancam kesehatan mental seseorang seperti dapat mengalami stres, depresi, dan cemas yang dimana hal tersebut juga berbahaya bagi kelangsungan hidup seseorang (Talevi *et al.,* 2020). Gangguan kesehatan mental tersebut menjadi salah satu masalah yang paling sering terjadi dialami oleh masyarakat di masa pandemi saat ini (Alkhamees *et al.,* 2020).

Permasalahan kesehatan mental pada masyarakat di masa pandemi ini membuat masyarakat lebih mudah stres, depresi dan kecemasan (Ilpaj & Nurwati, 2020). Prevalensi tingkat stres sebanyak 29,6%, prevalensi tingkat depresi sebanyak 31,9% dan prevalensi tingkat kecemasan sebanyak 31,9% (Salari *et al.,* 2020). Hasil data lain di daerah Wuhan, China yang dimana angka kejadian kecemasan, dampak psikologis, stres dan depresi mereka pada tahap awal wabah COVID-19 mendapatkan data bahwa sebanyak 1.210 kasus yang dimana prevalensi yang mengalami dampak psikologis yang parah sebanyak 53,8%, prevalensi yang mengalami gejala kecemasan sedang hingga berat sebanyak 28,8%, prevalensi yang mengalami gejala depresi sedang hingga berat sebanyak 16,5% dan prevalensi yang mengalami tingkat stres sedang hingga berat sebanyak 8,1% (Cuiyan Wang *et al*., 2020).

Kejadian di Arab Saudi sendiri terdapat 1160 kasus dari masyarakat umum yang dimana sebanyak 23,6% melaporkan adanya dampak psikologis dari wabah COVID-19 tersebut, sebanyak 28,3% telah

melaporkan bahwa adanya gejala depresi, sebanyak 24% melaporkan bahwa adanya gejala kecemasan dan 22,3% melaporkan bahwa adanya tingkat stres (Alkhamees *et al.,* 2020). Untuk di Indonesia sendiri, terdapat kasus yang mengalami kecemasan di masyarakat sebanyak 63% dan kasus yang mengalami depresi sebanyak 66% yang ditimbulkan akibat pandemi COVID-19 ini (Ridlo, 2020).

Dampak yang ditimbulkan di masa pandemi COVID-19 ini memunculkan berbagai masalah seperti ketidakstabilan ekonomi, menimbulkan pengangguran dan PHK, bisa dari perubahan kebiasaan secara tiba-tiba seperti isolasi sosial, memakai masker dan masih banyak lagi (Rogers *et al.,* 2020; Rothan & Byrareddy, 2020). Hal tersebut dapat mengakibatkan seseorang mengalami peningkatan kejadian stres, kecemasan, depresi dan PTSD yang dimana hal tersebut dapat menurunkan sistem kekebalan imun pada tubuh, sehingga seseorang tersebut rentan terkena berbagai penyakit, salah satunya yaitu COVID-19 (Bilqis *et al.,* 2018).

Beberapa yang dialami oleh masyarakat adalah memikirkan anggota keluarga yang takut tertular, kondisi kesehatan individu tersebut saat masa pandemi COVID-19 ini dan masih banyak lagi (Qiu *et al.,* 2020). Upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan mental antara lain: mengatasi perasaan cemas, stres dan depresi, cara agar selalu berpikir positif, bagaimana memilah dan memilih suatu informasi terkait pandemi COVID-19, bagaimana membina hubungan yang baik dengan keluarga dan orang lain serta cara pengambilan keputusan (Government, 2020; Mukhtar, 2020)

Kegagalan keluarga dalam mempertahankan ketahanannya di masa pandemi COVID-19 karena adanya keterbatasan sumber seperti kekurangan finansial, pengangguran, konflik internal, dan ancaman kehidupan dari pandemi (Armour *et al.,* 2021; Gómez Conesa, 2021). Kondisi *unpredictable*, kerja daring, anak-anak sekolah daring menjadi beban keluarga yang dapat mengancam ketahanan keluarga (Moore *et al.,* 2020; Vanderhout *et al.,* 2020). Permasalahan ketahanan keluarga dampak dari pandemi COVID-19 adalah stres, kecemasan, depresi (Rehman *et al.,* 2021), konflik, ketegangan, tekanan ekonomi, dan kekerasan di dalam keluarga (Zhang, 2020).

Angka kejadian stres, kecemasan, dan depresi yang dialami keluarga selama pandemi COVID-19 adalah: 50,9 % keluarga merasa terancam

dan cemas, 67.4% menunjukkan tanda stres, dan 58.6% mengarah pada depresi (Shah *et al.,* 2021), ketegangan psikologis sebesar 43.3%, 26.5% mengalami depresi, 20.3% mengalami kecemasan, 21.2% mengalami stres (Traunmüller *et al.,* 2020). Kondisi lain dampak dari pandemi COVID-19 adalah kekerasan dalam keluarga. Kekerasan meningkat 20% selama pandemi ditandai meningkatnya perceraian, dilaporkan 41% keluarga berusaha untuk mempertahankan pernikahannya, 18% hubungan antara suami-istri memburuk, dan 29% mengalami perceraian (Zhang, 2020).

Dampak COVID-19 terhadap kesehatan mental keluarga dan ketahanan keluarga ditandai dengan meningkatnya stres dari pekerjaan (34.1%), stres finansial (55.7%), stres terlalu lama di rumah (62.7%), merasa takut (53.9%) dan tidak berdaya (52%) (Moore *et al.,* 2020). Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa peningkatan stres pada keluarga dapat dikategorikan menjadi 3 dimensi yaitu: stres karena pengasuhan, kurangnya kontrol, dan kepuasan (Miller *et al.,* 2022). Salah satu upaya yang dapat dijadikan sebagai penguat ketahanan keluarga adalah koping dalam beragama (*religious coping*) dan ketenangan atau kesejahteraan dalam spiritual (*spiritual well-being*).

Daftar Pustaka

Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry, 102,* 152192. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152192

Armour, C., McGlinchey, E., Butter, S., McAloney-Kocaman, K., & McPherson, K. E. (2021). The COVID-19 Psychological Well-being Study: Understanding the Longitudinal Psychosocial Impact of the COVID-19 Pandemic in the UK; a Methodological Overview Paper. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43(1),* 174–190. https://doi.org/10.1007/s10862-020-09841-4

Bilqis, A. M., Yaunin, Y., & Darwin, E. (2018). Hubungan Tingkat Ansietas dengan Infeksi Saluran Pernafasan Akut pada Mahasiswa Kedokteran Universitas Andalas Angkatan 2015-2016. *Jurnal Kesehatan Andalas, 7(3),* 319. https://doi.org/10.25077/jka.v7i3.880

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis, 91(1),* 157–160. https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397

Fang, X., Zhang, J., Teng, C., Zhao, K., Su, K. P., Wang, Z., Tang, W., & Zhang, C. (2020). Depressive symptoms in the front-line non-medical workers during the COVID-19 outbreak in Wuhan. *Journal of Affective Disorders, 276(July),* 441–445. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.078

Gómez Conesa, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los síntomas de salud mental y actuaciones de fisioterapia. *Fisioterapia, 43(1),* 1–4. https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.11.001

Government, V. (2020). *Menjaga Kesehatan Mental Anda Selama Pandemi Corona Virus (COVID-19).* 14, 1. https://www.dhhs.vic.gov.au/sites/default/files/documents/202004/Looking after your mental health during coronavirus pandemic-INDONESIAN-16042020.pdf

Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. (2020). *Data Sebaran*. https://covid19.go.id/

Ilpaj, S. M., & Nurwati, N. (2020). Analisis Pengaruh Tingkat Kematian Akibat Covid-19. *Jurnal Pekerjaan Sosial, 3(1),* 16–28.

Lodha, R., & Kabra, S. K. (2020). COVID-19: How to Prepare for the Pandemic? *Indian Journal of Pediatrics, 87(6),* 405–408. https://doi.org/10.1007/s12098-020-03293-0

McGinnis, D. (2018). Resilience, Life Events, and Well-Being During Midlife: Examining Resilience Subgroups. *Journal of Adult Development, 25(3),* 198–221. https://doi.org/10.1007/s10804-018-9288-y

Miller, J. J., Cooley, M. E., & Mihalec-Adkins, B. P. (2022). Examining the Impact of COVID-19 on Parental Stres: A Study of Foster Parents. *Child & Adolescent Social Work Journal : C & A, 39(2),* 147–156. https://doi.org/10.1007/s10560-020-00725-w

Moore, S. A., Faulkner, G., Rhodes, R. E., Brussoni, M., Chulak-Bozzer, T., Ferguson, L. J., Mitra, R., O'Reilly, N., Spence, J. C., Vanderloo, L. M., & Tremblay, M. S. (2020). Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17(1),* 85. https://doi.org/10.1186/s12966-020-00987-8

Mukhtar, S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *International Journal of Social Psychiatry, 66(5),* 512–516. https://doi.org/10.1177/0020764020925835

Nadrowska, N., Błażek, M., & Lewandowska-Walter, A. (2021). Polish adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS). *Community Mental Health Journal, 57(1),* 153–160. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00626-3

Nyashanu, M., Pfende, F., & Ekpenyong, M. (2020). Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *Journal of Interprofessional Care, 00(00),* 1–7. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1792425

Prescott, K., Baxter, E., Lynch, C., Jassal, S., Bashir, A., & Gray, J. (2020). COVID-19: how prepared are front-line healthcare workers in England? *Journal of Hospital Infection, 105(2),* 142–145. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distres among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry, 33(2),* e100213. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Rehman, U., Shahnawaz, M. G., Khan, N. H., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., Kashyap, D., & Uniyal, R. (2021). Depression, Anxiety and Stres Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown. *Community Mental Health Journal, 57(1),* 42–48. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00664-x

Ridlo, I. A. (2020). Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental, 5(2),* 162. https://doi.org/10.20473/jpkm.V5I22020.162-171

Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7(7),* 611–627. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0

Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity, 109(February),* 102433. https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stres, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health, 16(1),* 1–11. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Sari, D. K., Amelia, R., Dharmajaya, R., Sari, L. M., & Fitri, N. K. (2020). Positive Correlation Between General Public Knowledge and Attitudes Regarding COVID-19 Outbreak 1 Month After First Cases Reported in Indonesia. *Journal of Community Health, 0123456789*. https://doi.org/10.1007/s10900-020-00866-0

Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M. Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stres in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Mental Health Journal, 57(1),* 101–110. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y

Singhal, T. (2020). Review on COVID19 disease so far. *The Indian Journal of Pediatrics, 87(April),* 281–286.

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A. D. I., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19. *Riv Psichiatr, 55(3),* 137–144.

Tan, Z., Shi Khoo, D. W., Zeng, L. A., Tien, J. C. C., Yang Lee, A. K., Ong, Y. Y., Teo, M. M., & Abdullah, H. R. (2020). Protecting health care workers in the front line: Innovation in COVID-19 pandemic. *Journal of Global Health, 10(1),* 1–5. https://doi.org/10.7189/jogh.10.010357

Traunmüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K., & Schwerdtfeger, A. (2020). Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health, 20(1),* 1395. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09489-5

Vanderhout, S. M., Birken, C. S., Wong, P., Kelleher, S., Weir, S., & Maguire, J. L. (2020). Family perspectives of COVID-19 research. *Research Involvement and Engagement, 6(1),* 69. https://doi.org/10.1186/s40900-020-00242-1

Wang, Chen, Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet, 395(10223),* 470–473. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9

Wang, Cuiyan, Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Cyrus, S. H., & Roger, C. H. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *QJM : Monthly Journal of the Association of Physicians, 113(5),* 311–312. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110

WHO. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard Data last updated: 2020/8/21, 10:25am CEST*. https://covid19.who.int/

Zhang, H. (2020). The Influence of the Ongoing COVID-19 Pandemic on Family Violence in China. *Journal of Family Violence, 1–11*. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00196-8

2

KETAHANAN KELUARGA DAN SPIRITUALITAS

A. Ketahanan Keluarga

Ketahanan keluarga dalam masyarakat adalah kemampuan keluarga dalam menghadapi dan beradaptasi terhadap ancaman atau stres dalam kehidupannya (Masten & Motti-Stefanidi, 2020; Toledano-Toledano *et al.,* 2019; Yang *et al.,* 2020). Ketahanan keluarga merupakan proses mempererat ketahanan antar individu di suatu keluarga dalam mencapai ketahanan keluarga terdapat proses yaitu proses pemecahan masalah dan penyesuaian keluarga didalam berbagai kondisi (Maurović *et al.,* 2020). Ketahanan keluarga adalah proses dinamis keluarga untuk membuat penyesuaian positif terhadap ancaman eksternal dan internal. Ketahanan keluarga adalah keadaan keluarga yang dinamis dengan keuletan, dan kemampuan fisik, material, dan mental untuk hidup mandiri. Ketahanan keluarga sebagai proses koping dan koordinasi dalam keluarga sebagai unit fungsional yang memungkinkan keluarga untuk mengatasi dan beradaptasi dengan situasi sulit.

Ketahanan keluarga sebagai proses koping dan koordinasi dalam keluarga sebagai unit fungsional yang memungkinkan keluarga untuk mengatasi dan beradaptasi dengan situasi sulit. Keluarga adalah proses yang dilalui keluarga untuk mengatasi dan beradaptasi dengan situasi yang sulit dan penuh tekanan. Ketahanan keluarga bermula dari dinamika interaksi faktor risiko dan faktor protektif. Beberapa hal yang membantu membangun ketahanan keluarga adalah aspek kohesi keluarga, sistem kepercayaan keluarga, peran agama, keterampilan koping, dan komunikasi. Ada tiga hal yang dapat mempengaruhi ketahanan sebuah keluarga. Yaitu lamanya situasi ketidakpuasan, tahap perkembangan keluarga, dan sumber dukungan internal dan eksternal.

Ketahanan keluarga merupakan alat untuk mengukur kinerja keluarga dalam memenuhi peran, fungsi, dan tanggung jawabnya dalam mencapai kesejahteraan keluarga. Tingkat ketahanan keluarga ditentukan oleh perilaku individu dan sosial. Individu dan keluarga dengan pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang ketahanan keluarga dapat bertahan terhadap perubahan struktur, fungsi, dan peran keluarga yang berubah seiring berkembangnya teknologi informasi dan komunikasi. Ketahanan keluarga adalah ulet dan ulet, meliputi kemampuan fisik material untuk hidup mandiri, dan serasi untuk menumbuhkan diri dan keluarga serta meningkatkan kesejahteraan lahir dan batin.

Dalam keluarga yang biasanya terdiri dari beberapa orang yang telah terikat keluarga akibat dari suatu prosesi pernikahan, setiap keluarga pasti akan menemui berbagai masalah rumah tangga. Menghadapi masalah di dalam keluarga pasti membutuhkan penyelesaian yang tepat, proses keluarga menyelesaiakan masalah menjadi tolak ukur tingkat ketahanan keluarga. Semakin banyak menyelesaikan masalah dengan tepat maka ketahanan keluarga akan semakin baik. Sebaliknya apabila didalam keluarga terdapat masalah namun keluarga berespon tak acuh dan cenderung membiarkan bahkan malah berpaling dari masalah, maka persentase ketahanan keluarga semakin buruk.

Untuk itu dalam meningkatkan ketahanan keluarga sangatlah penting keluarga mengajarkan usaha dalam menyelesaikan masalah agar setiap anggota nantinya memiliki ketahanan diri yang kuat (Beames *et al.*, 2021). Ketahanan keluarga yang kuat dan sukses memiliki aspek-aspek sebagai berikut: 1) Kuat dalam aspek kesehatan, indikatornya adalah keluarga merasa sehat secara fisik, mental, emosional dan spiritual yang maksimal, 2) Kuat dalam aspek ekonomi, indikatornya adalah keluarga memiliki sumberdaya ekonomi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (*a living wage*) melalui kesempatan bekerja, kepemilikan aset dalam jumlah tertentu dan sebagainya, 3) Kuat dalam kehidupan keluarga yang sehat, indikatornya adalah bagaimana usaha keluarga dalam mengelola risiko, kesempatan, konflik dan pengasuhan untuk mencapai kepuasan hidup, 4) Kuat dalam aspek pendidikan, indikatornya adalah kesiapan anak untuk belajar di rumah dan sekolah sampai mencapai tingkat pendidikan yang diinginkan dengan keterlibatan dan dukungan peran orang tua

hingga anak mencapai kesuksesannya, 5). Kuat dalam aspek kehidupan bermasyarakat, indikatornya adalah jika keluarga memiliki dukungan seimbang antara yang bersifat formal ataupun informal dari anggota lain dalam masyarakatnya, seperti hubungan pro-sosial antar anggota masyarakat, dukungan teman, keluarga dan sebagainya, 6) Kuat dalam menyikapi perbedaan budaya dalam masyarakat melalui keterampilan interaksi personal dengan berbagai budaya.

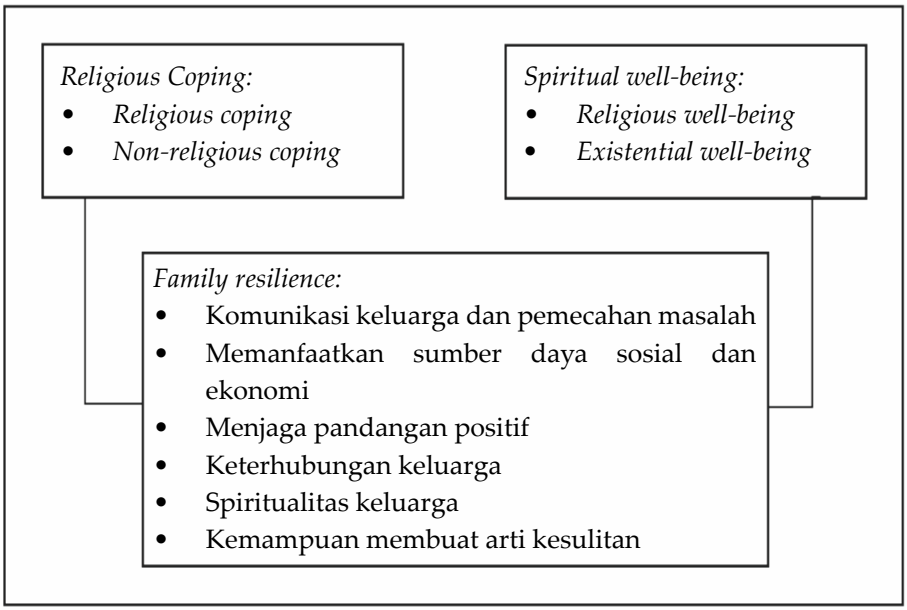
Dimensi yang membentuk ketahanan keluarga meliputi sistem kepercayaan, pola organisasi, dan proses komunikasi. Dimensi utama dalam ketahanan keluarga adalah sistem kepercayaan yang berisi nilai, keyakinan, sikap, prasangka, dan asumsi. Keyakinan sistem keluarga memiliki dampak yang signifikan terhadap persepsi dan respon terhadap kesulitan yang dihadapi keluarga. Keyakinan bersama membantu keluarga membuat keputusan dan tindakan, dan mempromosikan kesinambungan antara masa lalu, sekarang, dan masa depan. Sistem kepercayaan memiliki tiga sub-dimensi. Yang pertama adalah pentingnya artinya kesulitan. Kedua, pandangan positif. Pandangan positif linier dengan kemampuan keluarga tetap gigih melampaui kesulitan. Ketiga, yaitu transendensi dan spiritualitas. Sebagian besar keluarga dapat mendapatkan kekuatan, kenyamanan, dan bimbingan dalam menghadapi kesulitan melalui hubungan dengan budaya atau tradisi agama. Spiritualitas yang digunakan oleh keluarga dapat membantu mereka membangun kehidupan yang bermakna sesuatu melalui keyakinan spiritual.

Spiritualitas dapat meningkatkan ketahanan individu. Hadirnya nilai spiritual dan agama didalam keluarga akan menjadikan seseorang merasa tenang, damai, dan nyaman (Pegeus, 2020). Spiritualitas adalah dimensi dinamis dari seseorang untuk belajar dari pengalaman, memaknai sebuah kejadian, tujuan, dan transendensi yang dihubungkan dengan dirinya, orang lain, dan alam (Klop *et al.,* 2020).

Strategi koping keluarga dengan pendekatan agama dan spiritual dalam upaya bertahan dan beradaptasi pada kondisi pandemi COVID-19 yang memanjang ini menjadi penting untuk dianalisa. Perilaku *religious coping* seperti berdoa yang dilakukan untuk mengatasi tekanan atau situasi yang *stresfull*. Perilaku *religious coping* dapat membantu individu untuk mengelola perasaan distres dan kecemasan, selanjutnya membawanya untuk mengatasi rasa bersalah, tunduk sepenuhnya pada

kehendak Tuhan. *Religious coping* akan meningkatkan rasa optimis dan harapan sehingga keluarga menjadi lebih beradaptasi di masa pandemi COVID-19 (Rababa *et al.,* 2021).

Spiritualitas dapat memberi makna pada kehidupan dan meningkatkan iman. Spiritual dapat memberikan dukungan dan bimbingan dalam situasi yang kompleks. Adanya interaksi antara psiko, sosial, dan spiritual dapat meningkatkan kemampuan koping keluarga dalam menghadapi situasi yang sulit seperti di masa pandemi COVID-19 (Vigna *et al.,* 2020). Spiritual dan agama mempengaruhi kesehatan melalui beberapa cara meliputi: pengaturan gaya hidup dan perilaku kesehatan, akses terhadap sumber-sumber sosial seperti hubungan sosial dan dukungan sosial, promosi *self-perception* yang positif, metode sumber koping (dari stres, kesedihan), dan keyakinan akan promosi kesehatan (Grieb *et al.,* 2020). Kesehatan spiritual sering kali mencakup enam aspek: hubungan individu dengan dirinya sendiri, dengan orang lain, dan dengan lingkungan; keyakinannya; kemampuan untuk mengatasi kesulitan; dan arti hidup. Kesehatan spiritual menjadi salah satu elemen inti dari kualitas hidup (Hu *et al.,* 2019).



Gambar 1: Kerangka teori koping beragama, kesejahteraan spiritiual, dan ketahanan keluarga dalam menghadapi pandemi COVID-19

Religius koping memiliki peran yang sangat penting dalam mengatasi stres (De Berardis *et al.,* 2020; Melkumyan, 2020). Religius koping (seperti, frekuensi berdoa, menghadiri ibadah, persekutuan) telah terbukti menjadi prediktor yang kuat dalam menghadapi situasi stres. Selain itu, religius koping memediasi hubungan antara orientasi keagamaan individu dengan peristiwa besar dalam kehidupan (George-Edwards, 2019). Religius koping dirancang untuk membantu orang dalam mencari berbagai tujuan penting di saat-saat stres: rasa makna dan tujuan, kenyamanan emosional, kendali pribadi, keintiman dengan orang lain, kesehatan fisik, atau spiritualitas (Bowlus, 2018). Sehingga dapat disimpulkan bahwan *religious coping* akan memfasilitasi dan membantu keluarga dalam menghadapi tekanan dari situasi yang sulit di masa pandemi COVID-19 sehingga akan meningkatkan ketahanan keluarga (Gambar 1).

B. *Religious Coping*

Memanjangnya masa pandemi COVID-19 sampai dengan lebih dari 2 tahun menjadi pemicu munculnya stres yang mengancam ketahanan keluarga. Dalam situasi seperti ini maka hal mendasar yang dibutuhkan setiap keluarga adalah ketahanan yang bersumber dari aspek religius sebagai salah satu sumber koping (Pargament *et al.,* 2001; Tomar *et al.,* 2020). Koping religius sangat bermanfaat untuk menguatkan mental sehingga seseorang dapat melanjutkan kehidupannya dengan baik walaupun harus menghadapi situasi traumatik (Alsubaie *et al.,* 2021). Bahkan dalam penelitian lainnya juga menunjukkan bukti bahwa koping religius yang positif dapat menjadi faktor protektif terhadap berkembangnya ide bunuh diri, gejala depresi dan keputusasaan ketika seseorang dihadapkan pada permasalahan besar (De Berardis *et al.,* 2020).

Salah satu aspek dalam spiritualitas adalah *religious well-being*, yaitu sejauh mana seseorang merasakan atau memperoleh rasa kesejahteraan dari sikap dan usaha atau perilaku spiritual. *Religious well-being* adalah barometer seberapa baik seseorang mengatasi tantangan dan dapat memainkan peran dalam hasil kesehatan yang sama atau lebih besar dari spiritualitas itu sendiri. Penelitian sebelumnya membuktikan bahwa koping religius berhubungan signifikan dengan *religious well-being*. Karena seseorang dengan koping religius positif akan memiliki *religious well-being* yang baik yang ditandai dengan kemampuan

memaknai hidup dengan baik karena perasaan memiliki sumber yang agung, sehingga ketika dihadapkan pada stres atau permasalahan yang besar termasuk memanjangnya pandemi COVID-19 ini maka akan selalu ada harapan untuk didukung oleh Tuhan, dan ini adalah cara-cara yang lazim digunakan umat beragama untuk mengurangi stres (Mtsweni *et al.,* 2014; Parent *et al.,* 2021; Pargament *et al.,* 2001).

Koping religius dan kesejahteraan spiritual/*religious well-being* diperlukan untuk memperkuat ketahanan keluarga dalam menghadapi dampak memanjangnya pandemic COVID-19, hal tersebut sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa kesadaran menjalankan agama dengan baik dalam keluarga sangat berpengaruh terhadap ketahanan keluarga dalam menghadapi krisis yang ditimbulkan karena pandemi COVID-19 (Nopriadi Saputra, Adler Haymans Manurung, Muhammad Asrorun Niam Sholeh, 2021).

C. *Religious Non-Coping*

Religious coping merupakan *predictor factor religious well-being* (Mtsweni *et al.,* 2014; Parent *et al.,* 2021; Pargament *et al.,* 2001; Smith-Macdonald *et al.,* 2017), namun tidak adanya keyakinan agama tidak selalu terkait dengan tingkat kesejahteraan yang rendah. Keterlibatan non-religius dan non-spiritual dalam praktik spiritualitas (misalnya, meditasi, kehadiran di gereja) tidak berhubungan dengan kesehatan mental, demikian juga keterlibatan religiusitas/spiritualitas yang tinggi yang non-religius dan non-spiritual ternyata memiliki kesejahteraan yang lebih rendah (Speed, D., & Fowler, 2021; Speed, D., & Hwang, 2019). Oleh karena itu, keterlibatan dalam praktik agama dan spiritual (misalnya, doa, kehadiran di gereja) umumnya lebih bermanfaat bagi kesejahteraan seseorang yang memiliki keyakinan dan nilai agama dan spiritual (Speed, D., & Hwang, 2019). Abbott *et al.* (2021) meneliti peran mediasi strategi koping dalam hubungan antara intensitas trauma dan tanda bangkit pascatrauma, tingkat gejala depresi yang lebih rendah dan bangkitnya pasca trauma yang lebih tinggi dikaitkan dengan religiusitas institusional dan spiritualitas individu yang lebih tinggi (Abbott & Franks, 2021).

D. *Religious Well-being*

Perawatan spiritual dibutuhkan pada seseorang yang menghadapi masalah kesehatan dan terbukti efektif untuk meningkatkan kualitas

hidup pasien (Poder & Lemieux, 2014). Hal tersebut tidak lepas dari sifat *spiritual well-being* yang memiliki dua dimensi yaitu *exsistential* dan *religious well being* yang dapat mempengaruhi harapan dan makna hidup/mati, gaya koping, dan mengubah berbagai indikator kesehatan mental dan kualitas hidup (Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, 2014; Unterrainer, H.F., Lewis, A.J. & Fink, 2014).

Kesejahteraan eksistensial (*Existential well-being*) mengacu pada keadaan kesejahteraan subjektif seseorang saat ini di seluruh domain eksistensial, meliputi: makna, tujuan, dan kepuasan dalam hidup, dan perasaan nyaman/dapat menerima hal-hal terkait kematian dan penderitaan (Ownsworth & Nash, 2015). *Religious well-being* dan *Existential well-being* merupakan indikator penilaian *Spiritual well-being* (Fekih-Romdhane *et al.,* 2020). *Spirituality and religiosity* merupakan *positive predictor* dari *subjective well-being* (Villani *et al.,* 2019). Seseorang yang memiliki keterlibatan religius dan spiritual tinggi, cenderung memiliki pandangan positif terhadap kehidupannya (Ramsay *et al.,* 2019; Vishkin, A. *et al.,* 2016; Vishkin, A., Bloom, P. B. N., and Tamir, 2019).

Kondisi stres dan masalah kesehatan merupakan masalah yang terus terjadi selama pandemi COVID-19 (Copeland *et al.,* 2021), depresi dan kesejahteraan masyarakat berkorelasi dengan situasi pandemic COVID-19 (Savage *et al.,* 2021). Namun, penting juga dicatat bahwa koping untuk menghadapi stres karena pandemi akan lebih mudah untuk difasilitasi, selama responden memiliki ketahanan (*resilience*) (P. Bayya Reddy, 2013). Religiusitas dan ketahanan (*resilience*) memainkan peran penting dalam mempromosikan kesehatan di masa pandemic COVID-19 (Baykal, 2021; Edara *et al.,* 2021; Mirhosseini *et al.,* 2022; Nooripour *et al.,* 2021). Terdapat efek signifikan dari *religiusitas well-being* dalam mendorong ketahanan (*resilience*) di masa Pandemic COVID-19 (de Pinho *et al.,* 2021; Prazeres *et al.,* 2020). Lebih lanjut, ketahanan (*resilience*) terbukti meningkatkan kesejahteraan subjektif dan psikologis selama COVID-19 (Zadok-Gurman *et al.,* 2021). Dukungan spiritual dan sosial harus diintegrasikan ke dalam intervensi psikologis dalam lingkungan manapun, khususnya menghadapi pandemic COVID-19 (Mirhosseini *et al.,* 2022).

E. *Existential Well-being*

Pandemi COVID-19 secara umum mempengaruhi kesehatan masyarakat, Hal tersebut juga dapat mempengaruhi ketahanan keluarga,

khususnya di negara-negara berkembang dengan penghasilan rendah dan menengah (Banati *et al.,* 2020; Kar *et al.,* 2020; Zhang & Lange, 2021). Dalam sebuah penelitian, kondisi pandemi memungkinkan terjadinya konflik keluarga, sehingga hubungan yang harmonis dan komunikasi yang efektif diperlukan dalam menyelesaikan permasalahan tersebut (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). Pandemi juga telah mempengaruhi kesehatan mental dan psikososial keluarga baik dalam waktu jangka pendek maupun jangka panjang. Hal tersebut membutuhkan respon kritis dan kesiapan keluarga melalui komunikasi efektif yang proaktif, santun, imajinatif, inovatif, kreatif, professional sebagai strategi penyelesaian masalah (Einspieler & Marschik, 2020; Konaszewski *et al.,* 2020). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa persepsi positif dan komunikasi efektif, serta dukungan koping religius selama pandemic COVID-19 dapat menyelesaikan permasalahan yang sulit (Hassan *et al.,* 2021; Tang *et al.,* 2020)

Proses spiritualisasi keluarga dalam berkomunikasi mencakup konsistensi dalam berkomunikasi, komunikasi terbuka terkait situasi emosional, dan kolaborasi dalam pemecahan masalah, Hal ini merupakan bentuk pandangan positif berupa optimisme terhadap kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah dan memaknai situasi sulit (Gardiner *et al.,* 2019). Koping positif, seperti strategi komunikasi dan keterampilan dalam pemecahan masalah dalam menurunkan kecemasan dan tingkat depresi khususnya bagi petugas kesehatan selama pandemic disarankan penggunaannya (Giallonardo *et al.,* 2020; Zhu *et al.,* 2020). Oleh sebab itu faktor komunikasi dan penyelesaian masalah dapat disebut memiliki hubungan keterkaitan yang erat dengan *coping religious* positif yang hasil akhirnya dapat meningkatkan *existential well-being*.

Menurut penelitian (Choi *et al.,* 2021) definisi keluarga tidak berarti keluarga besar maupun keluarga inti, namun saat kita melakukan sesuatu bersama seperti makan dalam piring yang sama dapat diartikan sebagai keluarga. Sebuah penelitian oleh (Keisari *et al.,* 2022) menjelaskan bahwa keteguhan sebuah kelompok spiritual didukung oleh aksesibilitas dan fleksibilitas penjadwalan pertemuan *online* karena hal tersebut dapat menghubungkan mereka secara fisik, walaupun mereka jauh. Peserta melaporkan kedekatan dan saling berbagi meningkatkan kekuatan dan *support system* bagi mereka, namun mereka juga menyatakan keinginan untuk kontak fisik yang otentik.

Studi oleh Stizzi *et al.,* (2022) menunjukkan bahwa konseling keagamaan memiliki potensi untuk menjawab kebutuhan orang-orang selama pandemi (Stizzi *et al.,* 2022). peserta menyatakan membutuhkan tempat curhat dan orang yang mampu mendengarkan keluhan mereka untuk menghadapi masalah mereka atau bahkan sekedar dukungan. Perasaan didengar, disambut, dan dipahami membantu mengurangi stres. Religiusitas yang baik sesuai dengan perilaku sosial yang baik pula. Oleh karena itu, Kesejahteraan spiritual mendorong pemeliharaan perilaku perilaku yang disetujui secara sosial dalam kaitannya dengan konteks agama.

Selain itu, menurut penelitian Nakamura & Kawase, (2021), intervensi dengan terapi *existential group therapy* cenderung mengurangi kecemasan dan bahwa para peserta memiliki kepuasan yang lebih besar (Nakamura & Kawase, 2021). Terapi bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung, memfasilitasi kesedihan atas kehilangan, mengembalikan fungsi kognitif, memecahkan masalah, mengembangkan harapan, dan memfokuskan pada masa depan.

Resiliensi didefinisikan sebagai kemampuan untuk menghadapi ketidakstabilan yang terjadi dan tetap bertahan dengan kekuatan dalam keberhasilan saat menghadapi permasalahan dan perubahan yang terjadi atau mampu beradaptasi dengan positif meskipun menghadapi kesulitan. Dalam perubahan situasi saat ini, seperti pandemi COVID-19, kondisi ketahanan diri sangat penting untuk menentukan bagaimana individu merespon dan menyesuaikan dengan perubahan yang ada (Rivera *et al.,* 2021).

Salah satu pakar perintis resiliensi Ruter (1979), berpendapat bahwa resiliensi terjadi pada tiga tingkatan, yaitu tingkat individu, keluarga, dan komunitas. Pada tingkat individu, perilaku resilien muncul ketika individu, didorong oleh harapan atau optimisme, yakin bahwa mereka akan dapat mencapai tujuan hidupnya (Rivera *et al.,* 2021). Pada tingkat keluarga, beberapa faktor yang dapat mempengaruhi adalah tradisi keluarga, sumber daya sosial dan ekonomi, serta komunikasi secara internal maupun eksternal dapat membantu individu menemukan solusi untuk situasi sulit. Individu dan keluarga saling berhubungan disamping pengaruh budaya dan lingkungan fisik mereka dalam hal ketahanan komunitas. Resiliensi merupakan fenomena dinamis yang melibatkan dua faktor internal individu yaitu, harapan dan optimisme,

serta faktor eksternal seperti lingkungan kelompok dan masyarakat. Selanjutnya, prinsip ketahanan juga dihubungkan dengan bagaimana manusia mengatasi rasa sakit dan kesulitan dalam perubahan yang terjadi dengan mudah melalui adaptasi dan ketangguhannya (Rivera *et al.,* 2021).

Menurut Counted *et al.,* (2018), individu yang mempunyai tingkat religiusitas yang tinggi akan lebih memaknai setiap kejadian dengan positif di masa pandemi COVID-19, sehingga hidupnya lebih bermakna dan terhindar dari stres (Counted *et al.,* 2018). Artinya semakin tinggi religiusitas individu maka semakin tinggi pula kesejahteraan psikologis individu, begitu juga sebaliknya semakin rendah religiusitas individu maka semakin rendah pula kesejahteraan psikologis individu.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Ekwonye *et al.,* 2021), dengan tujuan mengeksplorasi dampak COVID-19 pada imigran Afrika, menunjukkan bahwa imigran Afrika mendapatkan makna dari hubungan sosial, tujuan hidup, keyakinan agama, pelayanan, dan kesehatan yang baik. Hal tersebut berasal dari dua sumber, salah satunya adalah hubungan. Hubungan tersebut dapat bervariasi berdasarkan konteks budaya dan situasi kehidupan. Hubungan bukan hanya cara individu mewujudkan tujuannya, tetapi juga kualitas seseorang dapat dinilai dari intensitas mempertahankan hubungan ini. Suatu hubungan dapat secara positif berkontribusi pada makna hidup seseorang. Ketika mengalami peristiwa negatif seperti COVID-19, individu cenderung merasa kesepian, kehilangan, pembatasan, kemarahan dan rasa memiliki, hal tersebut berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain. Beberapa orang memandang hubungan sebagai bagian dari sistem nilai, pengembangan diri, kepuasan, kebahagiaan, kegembiraan, kesenangan, dan kesejahteraan batin (Wissing *et al.,* 2020). Ketika interaksi dalam hubungan terputus, maka akan terjadi perasaan putus asa, tidak berarti, dan kekalahan. Spiritualitas yang tinggi akan meningkatkan kesejahteraan seseorang dan hubungannya dengan lingkungan sekitar (Borges *et al.,* 2021).

Keyakinan agama merupakan salah satu bagian dari makna hidup, selain hubungan dan tujuan hidup (Ekwonye *et al.,* 2021). Sejalan dengan penelitian oleh (Wissing *et al.,* 2020), keyakinan agama cenderung menjadi prinsip utama yang mendominasi kehidupan seseorang, baik hubungan dengan alam maupun dengan orang lain.

Dalam penelitian tersebut, dijelaskan bahwa partisipan mengandalkan iman untuk membimbing dan mengatur kehidupan mereka. Saat terjadi pembatasan peribadatan akibat pandemi COVID-19, sebagian partisipan mempertanyakan keimanannya. Beberapa menyalahkan Tuhan karena penderitaan dan kematian. Beberapa menyatakan juga bahwa penutupan tempat ibadah menghalangi mereka untuk meningkatkan keimanan dan ketenangan jiwanya yang biasanya mereka peroleh Ketika mereka mengunjungi tempat ibadah. Sebaliknya, beberapa peserta dengan tingkat kesejahteraan yang tinggi melaporkan bahwa pandemi tidak mempengaruhi keyakinan mereka, mereka menyatakan bahwa hal tersebut merupakan jalan untuk memperkuat iman mereka dan lebih dekat dengan Tuhan (Ekwonye *et al.,* 2021).

Kesejahteraan spiritual memiliki dua aspek, yaitu kesejahteraan religius dan kesejahteraan eksistensial. Kesejahteraan religius adalah hubungan ketuhanan dan keagamaan seseorang, sedangkan kesejahteraan eksistensial berkaitan dengan kesejahteraan mental seseorang mengenai makna dan tujuan hidup, serta kepuasan hidup (Heshmati et al., 2021). Studi lain menunjukkan bahwa dengan tingkat kesejahteraan spiritual yang rendah, maka pasien dengan penyakit serius menghadapi depresi dan stres (Gök Metin, 2020; Heshmati *et al.,* 2021).

Spiritualitas menyediakan sarana bagi individu untuk menemukan makna dalam kesusahan melalui koneksi ke sakral, diri, dan kehidupan. Dalam dimensi religius, mereka mengakses iman mereka, mempraktikkan ritual, dan menggunakan dukungan gereja dan hubungan mereka dengan Tuhan untuk beradaptasi dengan situasi baru (Mendonça *et al.,* 2021).

Hal tersebut didukung penelitian Kabir *et al.,* (2019), yang menjelaskan bahwa kesejahteraan keluarga dapat terjadi melalui penguatan spiritual, dengan melakukan ritual doa untuk lebih dekat dengan Tuhan dan memperkuat ketahanan keluarga dalam menghadapi krisis ekonomi (Kabir *et al.,* 2019). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, keluarga dengan tingkat spiritualitas yang baik akan berpeluang memiliki ketahanan dalam memanfaatkan sosial dan ekonomi sehingga kesejahteraan akan terpenuhi.

Sebuah penelitian mejelaskan bahwa kesejahteraan dapat mempengaruhi karyawan dan organisasi di tempat kerja mereka, baik secara positif maupun negatif. Data empiris membuktikan bahwa

spiritualitas dapat menyebabkan tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi meskipun terdapat kesulitan. Dan sebaliknya dengan tingkat kesejahteraan yang tinggi, maka akan mampu mempertahankan tingkat spiritualitas yang tinggi meskipun menghadapi berbagai kesulitan (Rachman, 2018).

Pandemi COVID-19 dapat mempengaruhi berbagai aspek, salah satunya adalah permasalahan sosial dan krisis ekonomi masyarakat (Ehrenberg *et al.,* 2021; Kansiime *et al.,* 2021). Pandemi juga mempengaruhi pencapaian pribadi dan pencapaian tujuan hidup individu. Tujuan hidup dalam hal ini antara lain memiliki pekerjaan, kesuksesan, dan rasa percaya diri. Penutupan di beberapa tempat seperti kantor, tempat ibadah, sekolah, dan pusat perbelanjaan untuk menekan penyebaran COVID-19 memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kondisi ekonomi, karir, akademik, dan tujuan hidup lainnya. Ketidakmampuan untuk mencapai tujuan hidup tersebut dapat menimbulkan rasa putus asa, frustasi, gangguan kesehatan mental dan fisik terutama di masa krisis seperti pandemi COVID-19 (Ekwonye *et al.,* 2021). Kondisi tersebut mengakibatkan stres psikologis dalam keluarga, karena kebutuhan pokok diperlukan namun kondisi ekonomi sangat sulit (Kansiime *et al.,* 2021; Nuwematsiko *et al.,* 2022).

Sementara itu, bagi sebagian orang dengan kondisi ekonomi yang baik, melakukan pembelian barang dalam jumlah besar untuk menghindari pembatasan dan untuk melindungi diri atau dikenal dengan *panic buying* mengakibatkan harga bahan pokok naik (Nicola *et al.,* 2020). Kondisi perekonomian yang tidak baik akan menyebabkan spiritualitas dalam keluarga juga menurun dan mempengaruhi keimanan seseorang (Büssing *et al.,* 2020; Zarrouq *et al.,* 2021). Sebuah penelitian menjelaskan bahwa saat pandemi COVID-19 masyarakat yang terdampak dan mengalami krisis baik sosial maupun ekonomi, lebih mendekat pada Tuhan dengan berdoa dan memohon untuk dimudahkan dalam mencari nafkah untuk keluarga (Desie *et al.,* 2021). Kondisi tersebut juga dapat dikenal istilah dukungan koping religius (Hassan *et al.,* 2021). Dalam penelitian Olashore *et al.,* (2021) menjelaskan bahwa *religious coping* dapat mempengaruhi faktor psikologis keluarga sehingga keluarga memiliki ketahanan yang baik dalam menghadapi situasi sulit, sehingga *religious coping* dapat disebut sebagai bentuk dukungan dalam menguatkan mental keluarga (Olashore *et al.,* 2021).

Daftar Pustaka

Abbott, D. M., & Franks, A. S. (2021). Coping with COVID-19: An Examination of the Role of (Non) Religiousness/(Non) Spirituality. *Journal of Religion and Health, 60(4),* 2395–2410. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01284-9

Alsubaie, M. K., Dolezal, M., Sheikh, I. S., Rosencrans, P., Walker, R. S., Zoellner, L. A., & Bentley, J. (2021). Religious coping, perceived discrimination, and posttraumatic growth in an international sample of forcibly displaced Muslims. *Mental Health, Religion & Culture, 24(9),* 976–992. https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1973978

Banati, P., Jones, N., & Youssef, S. (2020). Intersecting Vulnerabilities: The Impacts of COVID-19 on the Psycho-emotional Lives of Young People in Low- and Middle-Income Countries. *European Journal of Development Research, 32(5),* 1613–1638. https://doi.org/10.1057/s41287-020-00325-5

Baykal, E. (2021). Boosting Resilience through Spiritual Well-being: COVID-19 Example. *Bussecon Review of Social Sciences (2687-2285), 2(4),* 18–25. https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.224

Beames, J. R., Li, S. H., Newby, J. M., Maston, K., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2021). The upside: coping and psychological resilience in Australian adolescents during the COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15(1),* 1–11. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00432-z

Borges, C. C., dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 19(1),* 246. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7

Bowlus, D. A. (2018). *The relationship between religious coping and resilience among senior army leaders in the United-States army war college* (Issue January).

Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Hein, R., & Dienberg, T. (2020). Perceived changes of specific attitudes, perceptions and behaviors during the Corona pandemic and their relation to well-being.

Health and Quality of Life Outcomes, 18(1), 374. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01623-6

Choi, I., Kim, J. H., Kim, N., Choi, E., Choi, J., Suk, H. W., & Na, J. (2021). How COVID-19 affected mental well-being: An 11- week trajectories of daily well-being of Koreans amidst COVID-19 by age, gender and region. *PLoS ONE, 16(4 April),* 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250252

Copeland, W. E., McGinnis, E., Bai, Y., Adams, Z., Nardone, H., Devadanam, V., Rettew, J., & Hudziak, J. J. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health and Wellness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 60(1),* 134-141.e2. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.466

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes, 16(1),* 75. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x

De Berardis, D., Olivieri, L., Rapini, G., Serroni, N., Fornaro, M., Valchera, A., Carano, A., Vellante, F., Bustini, M., Serafini, G., Pompili, M., Ventriglio, A., Perna, G., Fraticelli, S., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2020). Religious Coping, Hopelessness, and Suicide Ideation in Subjects with First-Episode Major Depression: An Exploratory Study in the Real World Clinical Practice. *Brain Sciences, 10(12),* 912. https://doi.org/10.3390/brainsci10120912

de Pinho, L. G., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Fonseca, C., & Lopes, M. J. (2021). Portuguese nurses' stres, anxiety, and depression reduction strategies during the covid-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7).* https://doi.org/10.3390/ijerph18073490

Desie, Y., Habtamu, K., Asnake, M., Gina, E., & Mequanint, T. (2021). Coping strategies among Ethiopian migrant returnees who were in quarantine in the time of COVID-19: a center-based cross-sectional study. *BMC Psychology, 9(1),* 192. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00699-z

Edara, I. R., Del Castillo, F., Ching, G. S., & Del Castillo, C. D. (2021). Religiosity, emotions, resilience, and wellness during the

COVID-19 pandemic: A study of taiwanese university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(12).* https://doi.org/10.3390/ijerph18126381

Ehrenberg, J. P., Utzinger, J., Fontes, G., da Rocha, E. M. M., Ehrenberg, N., Zhou, X.-N., & Steinmann, P. (2021). Efforts to mitigate the economic impact of the COVID-19 pandemic: potential entry points for neglected tropical diseases. *Infectious Diseases of Poverty, 10(1),* 2. https://doi.org/10.1186/s40249-020-00790-4

Einspieler, C., & Marschik, P. B. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- company's public news and information website . Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-r.* January, 19–21.

Ekwonye, A. U., Ezumah, B. A., & Nwosisi, N. (2021). Meaning in life and impact of COVID-19 pandemic on African immigrants in the United States. *Well-being, Space and Society, 2(January),* 100033. https://doi.org/10.1016/j.wss.2021.100033

Fekih-Romdhane, F., Ben Hamouda, A., Khemakhem, R., Halayem, S., BelHadj, A., & Cheour, M. (2020). Existential well-being predicts psychopathy traits in Tunisian college students. *Mental Health, Religion & Culture, 23(7),* 639–652. https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1786506

Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Gerontologist, 61(1),* 114–125. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170

Gardiner, E., Mâsse, L. C., & Iarocci, G. (2019). A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 17(1),* 45. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x

George-Edwards, L. L. (2019). The Relationships among Spirituality, Religious Coping, and Resilience in Northern Appalachian Displaced Workers Submitted by Lucinda Lea George-Edwards A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctorate of Phil. Grand Canyon University

Giallonardo, V., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G.,

Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., Volpe, U., & Fiorillo, A. (2020). The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Frontiers in Psychiatry, 11(June),* 533. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00533

Gök Metin, Z. (2020). Kalp Yetersizliği Hastaları ve Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Spiritüel İyilik Hali Arasındaki İlişki. *Journal of Cardiovascular Nursing, 11(25),* 60–70. https://doi.org/10.5543/khd.2020.93898

Grieb, S. M., Donovan, E., White, J. J., Miller, D., & Dangerfield, D. T. (2020). Increasing Opportunities for Spiritual and Religious Supports to Improve HIV-Related Outcomes for Black Sexual Minority Men. *Journal of Urban Health, 97(5),* 704–714. https://doi.org/10.1007/s11524-020-00461-7

Hassan, S. M., Ring, A., Tahir, N., & Gabbay, M. (2021). The impact of COVID-19 social distancing and isolation recommendations for Muslim communities in North West England. *BMC Public Health, 21(1),* 812. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10869-8

Heshmati, R., Jafari, E., Salimi Kandeh, T., & Caltabiano, M. L. (2021). Associations of Spiritual Well-Being and Hope with Health Anxiety Severity in Patients with Advanced Coronary Artery Disease. *Medicina, 57(10),* 1066. https://doi.org/10.3390/medicina57101066

Hu, Y., Jiao, M., & Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC Palliative Care, 18(1),* 1–8. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3

Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, J. N. (2014). Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. *Evid Based Complement Alternat Med*. https://doi.org/10.1155/2014/619028

Kabir, A., Datta, R., Raza, S. H., & Maitrot, M. R. L. (2019). Health shocks, care-seeking behaviour and coping strategies of extreme poor households in Bangladesh's Chittagong Hill tracts. *BMC Public Health, 19(1),* 1008. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7335-7

Kansiime, M. K., Tambo, J. A., Mugambi, I., Bundi, M., Kara, A., & Owuor, C. (2021). COVID-19 implications on household income

and food security in Kenya and Uganda: Findings from a rapid assessment. *World Development, 137(January),* 105199. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105199

Kar, S. K., Yasir Arafat, S. M., Kabir, R., Sharma, P., & Saxena, S. K. (2020). *Coping with Mental Health Challenges During COVID-19 (Vol. 2019, pp. 199–213).* https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_16

Keisari, S., Biancalani, G., Tavelli, E., Fassina, S., & Testoni, I. (2022). Spirituality during COVID-19 in Northern Italy: The experience of participating in an online prayer group. *Pastoral Psychology, 1–15.* https://doi.org/10.1007/s11089-022-00998-1

Klop, H. T., Koper, I., Schweitzer, B. P. M., Jongen, E., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2020). Strengthening the spiritual domain in palliative care through a listening consultation service by spiritual caregivers in Dutch PaTz-groups: An evaluation study. *BMC Palliative Care, 19(1),* 1–10. https://doi.org/10.1186/s12904-020-00595-0

Konaszewski, K., Niesiobędzka, M., & Surzykiewicz, J. (2020). Validation of the Polish version of the Brief Resilience Scale (BRS). *PLOS ONE, 15(8),* e0237038. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237038

Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster: Reflections in the Context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science, 1(2),* 95–106. https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w

Maurović, I., Liebenberg, L., & Ferić, M. (2020). A Review of Family Resilience: Understanding the Concept and Operationalization Challenges to Inform Research and Practice. *Child Care in Practice, 26(4),* 337–357. https://doi.org/10.1080/13575279.2020.1792838

Melkumyan, V. (2020). *Religiosity and religious coping and mental health outcome among angelical latinos* (Issue August). School of Public Service Leadership

Mendonça, A. B., Pereira, E. R., Magnago, C., da Silva, P. G., Morett Leão, D. C., Costa Rosa Andrade Silva, R. M., & Meira, K. C. (2021). Distres and Spiritual Well-Being in Brazilian Patients Initiating Chemotherapy during the COVID-19 Pandemic—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24),* 13200. https://doi.org/10.3390/ijerph182413200

Mirhosseini, S., Grimwood, S., Dadgari, A., Basirinezhad, M. H., Montazeri, R., & Ebrahimi, H. (2022). One-year changes in the prevalence and positive psychological correlates of depressive symptoms during the COVID-19 pandemic among medical science students in northeast of Iran. *Health Science Reports, 5(1),* 1–16. https://doi.org/10.1002/hsr2.490

Mtsweni, E. S., Hörne, T., Poll, J. A. van der, Rosli, M., Tempero, E., Luxton-reilly, A., Sukhoo, A., Barnard, A., M. Eloff, M., A. Van Der Poll, J., Motah, M., Boyatzis, R. E., Kusumasari, T. F., Trilaksono, B. R., Nur Aisha, A., Fitria, -, Moustroufas, E., Stamelos, I., Angelis, L., … Khan, A. I. (2014). Properties of AdeABC and AdeIJK Efflux Systems of Acinetobacter baumannii Compared with Those of the AcrAB-TolC System of Escherichia coli. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 58(12),* 7250–7257. https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14

Nakamura, C., & Kawase, M. (2021). Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. *BioPsychoSocial Medicine, 15(1),* 1–10. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00225-y

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery, 78(April),* 185–193. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018

Nooripour, R., Hosseinian, S., Hussain, A. J., Annabestani, M., Maadal, A., Radwin, L. E., Hassani-Abharian, P., Pirkashani, N. G., & Khoshkonesh, A. (2021). How Resiliency and Hope Can Predict Stres of Covid-19 by Mediating Role of Spiritual Well-being Based on Machine Learning. *In Journal of Religion and Health (Vol. 60, Issue 4, pp. 2306–2321).* https://doi.org/10.1007/s10943-020-01151-z

Nopriadi Saputra, Adler Haymans Manurung, Muhammad Asrorun Niam Sholeh. (2021). The Influential Factor of Family Resilience: Awareness of Islamic Law on Family. *Psychology and Education Journal, 58(1),* 3195–3207. https://doi.org/10.17762/pae.v58i1.1261

Nuwematsiko, R., Nabiryo, M., Bomboka, J. B., Nalinya, S., Musoke, D., Okello, D., & Wanyenze, R. K. (2022). Unintended socio-economic and health consequences of COVID-19 among slum dwellers

in Kampala, Uganda. *BMC Public Health, 22(1),* 88. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12453-6

Olashore, A. A., Akanni, O. O., & Oderinde, K. O. (2021). Neuroticism, resilience, and social support: correlates of severe anxiety among hospital workers during the COVID-19 pandemic in Nigeria and Botswana. *BMC Health Services Research, 21(1),* 398. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06358-8

Ownsworth, T., & Nash, K. (2015). Existential well-being and meaning making in the context of primary brain tumor: conceptualization and implications for intervention. *Frontiers in Oncology, 5(APR),* 96. https://doi.org/10.3389/fonc.2015.00096

P. Bayya Reddy, D. M. S. R. M. (2013). Preprint not pe er rev Preprint not pe er ed. *International Journal for Innovative Engineering and Management Research, 776–791*.

Parent, N., Freier, L. F., & Dawson, W. (2021). Lost at sea, saved by Allah: religious coping on a migrant journey from Cape Verde to Brazil. *Mental Health, Religion & Culture, 24(7),* 659–669. https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1919069

Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious Coping Among the Religious: The Relationships Between Religious Coping and Well-Being in a National Sample of Presbyterian Clergy, Elders, and Members. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40(3),* 497–513. https://doi.org/10.1111/0021-8294.00073

Pegeus, S. A. D. (2020). *Impact of spirituality on occupational success of individuals with spinal cord injury*. Mercer University

Poder, T. G., & Lemieux, R. (2014). How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature. *Global Journal of Health Science, 6(2),* 112–127. https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p112

Prazeres, F., Passos, L., Simões, J., Simões, P., Martins, C., & Teixeira, A. (2020). Covid-19-related fear and anxiety: Spiritual-religious coping in healthcare workers in portugal. International Journal of Environmental Research and Public Health [revista en Internet] 2021 [acceso 5 de mayo de 2021]; 18(1): 1-11. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(220),* 1–11

Rababa, M., Hayajneh, A. A., & Bani-Iss, W. (2021). Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health, 60(1),* 50–63. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01129-x

Rachman, T. (2018). The contribution of spiritual well-being to the self-efficacy, resilience, and burnout of substance use disorder councelors. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11),* 951–952., 10–27.

Ramsay, J. E., Tong, E., Chowdhury, A., & Ho, M. R. (2019). Teleological explanation and positive emotion serially mediate the effect of religion on well-being. *Journal of Personality, 87(3),* 676–689. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jopy.12425

Rivera, M., Shapoval, V., & Medeiros, M. (2021). The relationship between career adaptability, hope, resilience, and life satisfaction for hospitality students in times of Covid-19. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education, 29(September).* https://doi.org/10.1016/j.jhlste.2021.100344

Savage, M. J., Hennis, P. J., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., & James, R. M. (2021). Nine months into the COVID-19 pandemic: A longitudinal study showing mental health and movement behaviours are impaired in UK students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(6),* 1–10. https://doi.org/10.3390/ijerph18062930

Smith-Macdonald, L., Norris, J. M., Raffin-Bouchal, S., & Sinclair, S. (2017). Spirituality and mental well-being in combat veterans: A systematic review. *Military Medicine, 182(11),* e1920–e1940. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00099

Speed, D., & Fowler, K. (2021). One size doesn't fit all: religious/spiritual identities moderate salutary effects of religion. *Religion, & Culture, 24(2),* 117–124, 24(2), 117–124.

Speed, D., & Hwang, K. (2019). Heretic, heal thyself! Atheism, nonreligion and health. Psychology of Religion and Spirituality. *APA PsycNet, 11(3),* 297–307. https://doi.org/https:// doi. org/ 10. 1037/ rel00 00158

Stizzi, A., Negrola, E., Iacona, E., Naglieri, M., Scalici, G., & Testoni, I. (2022). Reconstructing Social Relationships in a Post-Lockdown

Suburban Area of Southern Italy Using Pastoral Counselling. *Pastoral Psychology, 0123456789*. https://doi.org/10.1007/s11089-022-00999-0

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., & Xiang, Y. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company's public news and information*. January.

Toledano-Toledano, F., Moral De La Rubia, J., Broche-Pérez, Y., Domínguez-Guedea, M. T., & Granados-García, V. (2019). The measurement scale of resilience among family caregivers of children with cancer: A psychometric evaluation. *BMC Public Health, 19(1),* 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7512-8

Tomar, B. S., Singh, P., Suman, S., Raj, P., & Nathiya, D. (2020). *Indian community ' s Knowledge, Attitude & Practice towards*. MedRxiv.

Unterrainer, H.F., Lewis, A.J. & Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *Relig Health, 53*, 382–392. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5 Download citation

Vigna, P. M., De Castro, I., & Fumis, R. R. L. (2020). Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively. *BMC Palliative Care, 19(1),* 1–8. https://doi.org/10.1186/s12904-020-00585-2

Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti, A. (2019). The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. *Frontiers in Psychology, 10(JULY).* https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525

Vishkin, A., Bigman, Y., Porat, R., Solak, N., Halperin, E., and Tamir, M. (2016). God rest our hearts: Religiosity and cognitive reappraisal. *Emotion, 16(2),* 252–262. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/emo0000108

Vishkin, A., Bloom, P. B. N., and Tamir, M. (2019). Always Look on the Bright Side of Life: Religiosity, Emotion Regulation and Well-Being in a Jewish and Christian Sample. *Happiness Stud, 20*, 427–447. https://doi.org/10.1007/s10902-017-9956-9

Wissing, M. P., Wilson Fadiji, A., Schutte, L., Chigeza, S., Schutte, W. D., & Temane, Q. M. (2020). Motivations for Relationships as Sources of Meaning: Ghanaian and South African Experiences. *Frontiers in Psychology, 11(August),* 1–21. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02019

Yang, B., Feldman, M. W., & Li, S. (2020). The Status of Family Resilience: Effects of Sustainable Livelihoods in Rural China. *Social Indicators Research, 0123456789*. https://doi.org/10.1007/s11205-020-02518-1

Zadok-Gurman, T., Jakobovich, R., Dvash, E., Zafrani, K., Rolnik, B., Ganz, A. B., & Lev-Ari, S. (2021). Effect of inquiry-based stres reduction (Ibsr) intervention on well-being, resilience and burnout of teachers during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7).* https://doi.org/10.3390/ijerph18073689

Zarrouq, B., Abbas, N., Hilaly, J. El, Asri, A. El, Abbouyi, S., Omari, M., Malki, H., Bouazza, S., Moutawakkil, S. G., Halim, K., & Ragala, M. E. (2021). An investigation of the association between religious coping, fatigue, anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Morocco: a web-based cross-sectional survey. *BMC Psychiatry, 21(1),* 264. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03271-6

Zhang, Y., & Lange, K. W. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Global Health Journal (Amsterdam, Netherlands), 5(1),* 31–36. https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.004

Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W., & Xiao, S. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry, 11(April),* 386. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00386

3

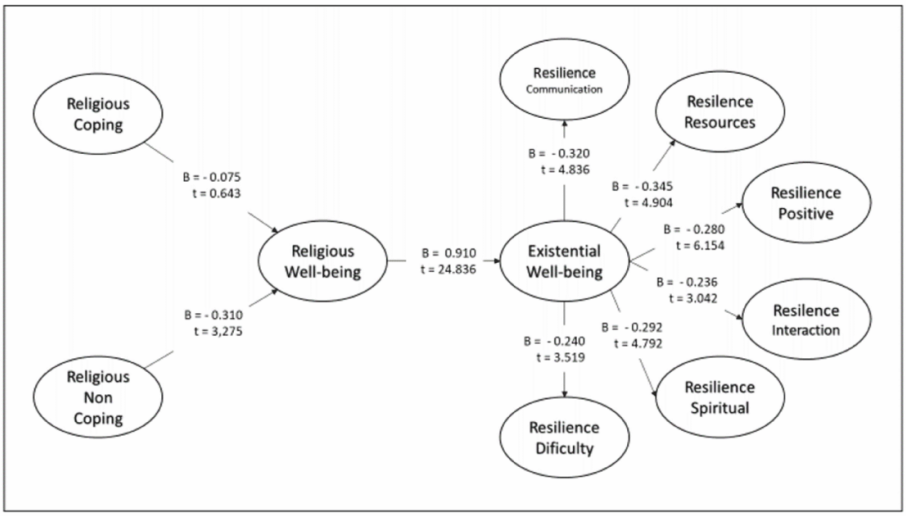
MODEL RELI-CS (*RELIGIOUS COPING-SPIRITUAL WELL-BEING*)

A. Model Reli-CS

Model ini terdiri dari tiga konstruksi: koping religius, *spiritual well-being, resilience*. Konstruk yang pertama meliputi koping religius dan koping non religius. Konstruk yang kedua *religious well-being* dan *existential well-being*. Konstruk yang ketiga adalah *resilience* (*communication, resources, positive, interaction, spiritual, difficulty*). Religious koping menjadi konstruk eksogen dan diasosiasikan dengan konstruk endogen *religious well-being*. *Religious well-being* sebagai konstruk eksogen dan konstruk endogen *existential well-being* dan selanjutkan akan diasosiasikan dengan *resilience*. Ketahanan keluarga dalam masyarakat adalah kemampuan keluarga dalam menghadapi dan beradaptasi terhadap ancaman atau stres dalam kehidupannya. Spiritualitas dapat meningkatkan ketahanan individu. Hadirnya nilai spiritual dan agama didalam keluarga akan menjadikan seseorang merasa tenang, damai, dan nyaman (Gambar 2).

Model ini telah dibuktikan dari hasil penelitian yang dilakukan dengan desain penelitian *cross-sectional survey*. Penelitian dilakukan pada tahun 2021-2022. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh warga negara Indonesia yang ada di wilayah Desa Tamanharjo Singosari Malang Provinsi Jawa Timur. Sampel penelitiannya adalah warga Indonesia di Desa Tamanharjo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang dengan besar sampel ditentukan dengan G Power versi 3.1 dengan z test, logistic regresi, odds ratio 1.5, kekuatan 80%, dan eror probabilitas 0.05 didapatkan besar sampel sebanyak 242 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* dengan teknik *accidental sampling*. Penelitian yang telah dilakukan telah

mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan nomor protokol E.5.a/007/ KEPK-UMM/I/2022. Partisipan memberikan persetujuan tertulis untuk partisipasi sebelum pengumpulan data.



Gambar 2: Model Reli-CS (*religious coping-spiritual well-being*) dalam meningkatkan ketahanan masyarakat desa menghadapi memanjangnya pandemi COVID-19

B. Instrumen *Spiritual Coping Strategies Scale*

Instrumen penelitian yang digunakan meliputi *Spiritual Coping Strategies Scale* (SCS), *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), dan *The Family Resilience Assessment Scale* (FRAS). SCS ini terdiri dari dua puluh item pertanyaan yang terdiri dari dua sub-variabel yaitu strategi koping dalam beragama (sembilan item pertanyaan) dan koping non religius (sebelas item pertanyaan). SCS akan mengukur perilaku beragama responden, keyakinan pada Tuhan, dan strategi koping yang digunakan. Skala yang digunakan dari SCS menggunakan 3-poin skala dari 0 (tidak pernah digunakan) sampai 3 (sering digunakan). Untuk keseluruhan total skor dari 0-60. Skor yang tinggi menunjukkan strategi koping beragama lebih sering digunakan (Cruz *et al.,* 2016).

Tabel 1: Instrumen koping religius dan koping non religius

No.	Pertanyaan	0	1	2	3
Koping Religius					
1	Seberapa sering Saudara melakukan doa individu?				
2	Seberapa sering Saudara melakukan doa individu? berhubungan dengan Tuhan?				
3	Seberapa sering Saudara melakukan doa individu? berdoa bersama orang lain?				
4	Seberapa pentingnya benda-benda spiritual/keagamaan bagi Saudara melakukan doa individu?				
5	Seberapa sering Saudara mengikuti program keagamaan di televisi dan/atau radio?				
6	Seberapa sering Saudara membaca materi terkait spiritualitas?				
7	Seberapa sering Saudara ke masjid atau tempat ibadah untuk beribadah?				
8	Seberapa sering Saudara menempatkan kepercayaan pada tatanan yang lebih tinggi daripada optimisme masa depan yang lebih baik?				
9	Seberapa sering Saudara menerima acara-acara keagamaan di rumah?				
Koping Non-Religius					
10	Seberapa sering Saudara mengembangkan dan mempertahankan hubungan dengan keluarga dan teman?				
11	Seberapa sering Saudara membahas kesulitan dengan orang lain dengan permasalahan yang sama?				
12	Seberapa sering Saudara melihat situasi dengan optimis dan positif?				

13	Seberapa sering Saudara menjalani hari demi hari dengan optimisme bahwa segala sesuatunya akan membaik?				
14	Seberapa sering Saudara dapat menerima penyakit?				
15	Seberapa sering Saudara menemukan makna dan tujuan hidup melalui penyakit?				
16	Seberapa sering Saudara menghargai seni dan musik?				
17	Seberapa sering Saudara mengungkapkan perasaan dengan keluarga dan teman-teman?				
18	Seberapa sering Saudara merefleksikan diri untuk mengidentifikasi potensi dan kekuatan pribadi?				
19	Seberapa sering Saudara memberi bantuan kepada orang lain sebagai cara untuk mengekspresikan cinta dan kedamaian?				
20	Seberapa sering Saudara menghargai alam dan lingkungan?				
Skor Total					

C. Instrumen *Spiritual Well-Being Scale*

Kesejahteraan spiritualitas. Instrumen yang digunakan untuk mengukur *spiritual well-being* adalah *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), dengan 20 item pertanyaan yang terdiri dari 10 item pertanyaan untuk *religious well-being* dan 10 item pertanyaan untuk *existential well-being*. Menggunakan skala *likert* dengan 6-point. *Spiritual well-being scala* terdiri dari 2 domain yaitu: domain religi (berhubungan dengan Tuhan) dan domain aspek eksistensial dari kesejahteraan spiritual (mengacu pada hubungan dengan dunia, termasuk rasa tujuan hidup dan kepuasan hidup) (Paloutzian *et al.,* 2021).

Tabel 2: Instrumen kesejahteraan spiritual

No.	Pertanyaan	Skala					
		1	2	3	4	5	6
1	Saya tidak merasakan kepuasan saat berdoa pada Allah secara pribadi						
2	Saya tidak tahu siapa saya, dari mana saya berasal atau kemana tujuan saya						
3	Saya yakin bahwa Allah mengasihi dan peduli terhadap saya						
4	Saya merasa bahwa hidup adalah pengalaman berharga						
5	Saya merasa bahwa Allah tidak terpengaruh dan tidak tertarik dengan apa yang saya lakukan sehari-hari						
6	Saya merasa tidak yakin/bimbang dengan masa depan saya						
7	Saya memiliki hubungan pribadi yang bermakna dengan Allah						
8	Saya merasa puas dan sukses dengan kehidupan yang saya miliki						
9	Saya tidak mendapatkan kekuatan pribadi yang cukup dan dukungan dari Allah						
10	Saya merasa arah hidup saya sejahtera						
11	Saya percaya bahwa Allah memperhatikan masalah saya						
12	Saya tidak terlalu menikmati hidup saya						
13	Saya tidak memiliki hubungan pribadi yang memuaskan dengan Allah						
14	Saya merasa masa depan saya baik						
15	Kedekatan dengan Allah membuat saya tidak merasa kesepian						
16	Saya merasa bahwa hidup penuh dengan konflik dan tidak bahagia						

17	Saya merasa lengkap ketika dekat dengan Allah						
18	Hidup saya tidak terlalu bermakna						
19	Hubungan dengan Allah berpengaruh pada perasaan sejahtera yang saya rasakan						
20	Saya percaya hidup memiliki beberapa tujuan						

D. Instrumen *Family Resilience Assessment Scale*

Ketahanan keluarga. Instrumen yang digunakan untuk mengukur ketahanan keluarga adalah *The Family Resilience Assessment Scale* (FRAS). Alpha Cronbach untuk seluruh skala ini (54 item) adalah 0,96. terdiri dari enam sub-skala: Komunikasi Keluarga dan Pemecahan Masalah (FCPS, α = 0,96, dengan 27 item). Memanfaatkan Sumber Daya Sosial dan Ekonomi (USER, α = 0.85, dengan delapan item). Menjaga Pandangan Positif (MPO, α = 0.86, dengan enam item). Keterhubungan Keluarga (FC, α = 0,70, dengan 6 item), Spiritualitas Keluarga (FS, α = 0,88, dengan empat item), Kemampuan untuk Membuat Arti Kesulitan (AMMA, α = 0,96, dengan tiga item), terdapat skala 4 poin (1-sangat tidak setuju hingga 4-sangat setuju). Empat pertanyaan (item: 33, 37, 45, 50) perlu dibalik. Semakin tinggi hasilnya, semakin tinggi tingkat ketahanan keluarga.

Seluruh data dianalisis menggunakan *software SPSS (Statistical Package for Sosial Science) versi 21 (IBM USA)*. Analisa deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi koping beragama, kesejahteraan spiritualitas, dan ketahanan keluarga dengan frekuensi dan persentase. Selain itu, data dianalisis menggunakan perangkat lunak Smart PLS-SEM (versi 3.2.7) untuk menentukan faktor prediksi dan hubungannya. PLS-SEM direkomendasikan dalam penelitian ini karena sifatnya yang eksploratif. Metode ini sangat berguna dalam membenarkan penggunaan beberapa faktor untuk menjelaskan variabel yang kompleks. Langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis pengukuran (uji validitas dan reliabilitas) dan model struktural (uji hipotesis, termasuk uji kecocokan model).

Tabel 3: Instrumen ketahanan keluarga

No.	Pertanyaan	Skala			
		1	2	3	4
Komunikasi Keluarga dan Pemecahan Masalah					
1	Struktur keluarga kami fleksibel untuk menghadapi hal-hal yang tidak berguna				
2	Kita semua memiliki kontribusi dalam keluarga besar				
3	Kami mampu mengatasi rasa sakit dan mencapai pemahaman				
4	Kami dapat beradaptasi dengan tuntutan yang diberikan kepada kami				
5	Kami terbuka untuk cara-cara baru dalam melakukan sesuatu dalam keluarga				
6	Kami dapat dipahami oleh anggota keluarga lainnya				
7	Kami dapat meminta klarifikasi jika kami tidak mengerti satu sama lain				
8	Kami saling jujur satu sama lain dalam keluarga kami				
9	Kami bisa mengeluarkan tenaga dirumah tanpa menganggu orang lain				
10	Kita bisa berdiskusi jika terdapat masalah				
11	Perbedaan dalam keluarga dapat kita atasi dalam menerima suatu kehilangan				
12	Kita dapat mempertanyakan makna dibalik pesan dalam keluarga kita				
13	Kita dapat berkomunikasi dengan keluarga kita				
14	Kami dapat mengatasi kesulitan dalam keluarga				
15	Kami saling berkonsultasi mengenai sebuah keputusan				

16	Kami menyelesaikan masalah dengan hal positif				
17	Kami mendiskusikan masalah dan menemukan solusinya				
18	Kami mendiskusikan berbagai hal sampai kami mencapai solusi				
19	Kami bebas mengungkapkan pendapat kami				
20	Kami merasa senang meluangkan waktu dan energi untuk keluarga				
21	Kami belajar dari kesalahan satu sama lain				
22	Kami bersungguh-sungguh dengan apa yang kami katakan				
23	Kami berbagi tanggung jawab dalam keluarga				
24	Kami saling peduli satu sama lain				
25	Kami mencoba cara baru untuk mengatasi masalah				
26	Kami memahami komunikasi dari anggota keluarga lainnya				
27	Kami bekerja untuk memastikan anggota keluarga tidak terluka secara emosional atau fisik				
Memanfaatkan Sumber Daya Sosial Ekonomi					
28	Kami meminta bantuan tetangga				
29	Kita bisa bergantung pada orang-orang di komunitas ini				
30	Kami merasa orang-orang dikomunitas ini bersedia membantu dalam keadaan darurat				
31	Kami merasa aman tinggal dikomunitas ini				
32	Kami tahu ada bantuan masyarakat jika kesulitan				
33	Kami tahu jika kami penting bagi orang lain				
34	Kami menerima hadiah dan bantuan dari tetangga				

35	Kami berfikir ini adalah komunitas yang baik untuk membesarkan anak-anak				
Mempertahankan Pandangan Positif					
36	Kami percaya kami dapat menangani masalah kami				
37	Kami bisa memecahkan masalah besar				
38	Kita bisa bertahan jika terdapat masalah lain				
39	Kami merasa kuat menghadapi masalah besar				
40	Kami memiliki kekuatan untuk memecahkan masalah				
41	Kami percaya segalanya akan berhasil bahkan dimasa-masa sulit				
Keterhubungan Keluarga					
42	Teman kita menghargai kita dan siapa kita				
43	Kami merasa diterima begitu saja oleh anggota keluarga				
44	Kami menyimpan perasaan kami sendiri				
45	Kami jarang mendengarkan kekhawatiran atau masalah anggota keluarga				
46	Kami menunjukkan cinta dan kasih sayang untuk anggota keluarga				
47	Kami berfikir kami tidak boleh terlalu terlibat dengan orang-orang di komunitas ini				
Spiritual Keluarga					
48	Kami menghadiri tempat pengajian/kebaktian gereja/masjid				
49	Kami memiliki keyakinan pada makhluk tertinggi				
50	Kami berpartisipasi dalam kegiatan di gereja/masjid				
51	Kami meminta saran dari penasehat agama				

Kemampuan Memaknai Kesulitan					
52	Hal-hal yang kita lakukan untuk satu sama lain membuat kita merasa menjadi bagian keluarga				
53	Kami menerima peristiwa yang membuat stres				
54	Kami menerima bahwa masalah terjadi secara tidak terduga				

E. Analisis Model Pengukuran

Berdasarkan uji reliabilitas dan validitas konstruk (validitas konvergen dan diskriminan) yang menganalisis *factor loadings*, *Average Variance Extracted* (AVE), *Cronbach's alpha* (CA) dan *Composite Reliability* (CR), *Dijkstra-Henseler's rho* (RhoA), kriteria *Fornell-Larcker*, dan rasio *Heterotrait-Monotrait* (HTMT), item yang digunakan dalam penelitian ini adalah indikator yang baik. Uji kolinearitas penuh juga dilakukan untuk memastikan bahwa model bebas dari bias metode umum.

Item dari loading faktor dapat diterima dengan nilai lebih besar dari 0,7. Konstruksi dianggap reliable ketika nilai CA dan CR lebih besar dari 0,70. RhoA untuk semua konstruksi di atas 0,70, menunjukkan bahwa item secara konsisten dapat diandalkan. Selain itu, nilai AVE untuk semua konstruksi juga melebihi ambang batas 0,50, menegaskan validitas konvergen yang kuat (Purwanto & Sudargini, 2021). Tabel 4 menyajikan hasil uji reliabilitas dan validitas.

Validitas diskriminan didefinisikan sebagai sejauh mana nilai variabel berbeda secara signifikan dari konstruk lain dalam model, ditunjukkan oleh fakta bahwa nilai loading factor dalam variabel laten lebih besar. Dalam penelitian ini, kriteria Fornell-Larcker dan rasio HTMT digunakan untuk menentukan validitas diskriminan untuk membandingkan korelasi pada akar kuadrat dari AVE. Setiap konstruk memiliki nilai akar kuadrat AVE yang lebih tinggi dibandingkan konstruk lainnya dalam uji kriteria Fornell-Larcker . Nilai HTMT adalah kriteria utama yang digunakan untuk menilai validitas diskriminan dan ditemukan kurang dari 0,90. Dengan demikian, tes memenuhi kriteria.

SRMR dan NFI digunakan untuk melihat kesesuaian model dalam PLS-SEM. Tabel 2 menunjukkan bahwa nilai SMRT <0.080 dan nilai NFI mendekati 0.9 yang berarti model yang dihasilkan sangat baik. Untuk

menilai kolinearitas lateral dan vertikal, dilakukan uji kolinearitas lengkap secara bersamaan. Semua konstruk (faktor) nilai *variance inflation factor* (VIF) kurang dari 3,3, menunjukkan bahwa model penelitian bebas dari bias metode umum (tabel 5).

Tabel 4: ***Construc reliability and validity***

Items	Factor loadings	CA	rhoA	CR	AVE
Religious Coping (RC)		0.721	0.788	0.837	0.632
RC 1: doa individu	0.730				
RC 2: benda spiritual dalam doa	0.784				
RC 3: kepercayaan dan optimisme	0.866				
Religious Non-Coping (RNC)		1.000	1.000	1.000	1.000
RNC 1: Menghargai alam dan lingkungan	1.000				
Religious Well-being (RW)		0.945	0.948	0.954	0.724
RW 1: Puas dalam beribadah	0.892				
RW 2: Kasih Tuhan	0.855				
RW 3: Hidup adalah pengalaman	0.879				
RW 4: Tuhan yang kuasa	0.854				
RW 5: Yakin pada masa depan	0.729				
RW 6: Hubungan yang baik dengan Tuhan	0.898				
RW 7: Dukungan Tuhan	0.876				
RW 8: Arah hidup sejahtera	0.813				
Existential Well-being (EW)		0.948	0.948	0.955	0.680
EW 1: Tuhan maha tahu	0.827				
EW 2: Menikmati hidup	0.764				
EW 3: Kepuasan bersama Tuhan	0.845				
EW 4: Masa depan	0.850				
EW 5: Kedekatan dengan Tuhan	0.819				
EW 6: Hidup bahagia	0.799				
EW 7: Hidup yang lengkap	0.841				
EW 8: Hidup yang bermakna	0.833				
EW 9: Perasaan sejahtera	0.821				
EW 10: Tujuan hidup	0.844				
Resilience Communication (RCm)		0.954	0.960	0.959	0.593
RCm 1: Terbuka terhadap hal baru	0.734				
RCm 2: Saling memahami	0.762				
RCm 3: Klarifikasi	0.721				
RCm 4: Kejujuran	0.802				
RCm 5: Kesempatan bertanya	0.797				
RCm 6: Berkomunikasi dengan keluarga	0.773				
RCm 7: Mampu mengatasi kesulitan	0.734				
RCm 8: Konsultasi	0.803				
RCm 9: Hal positif	0.751				
RCm 10: Problem solving	0.753				
RCm 11: Kebebasan berpendapat	0.731				
RCm 12: Belajar dari kesalahan	0.765				
RCm 13: Komitmen	0.808				

RCm 14: Saling peduli	0.807				
RCm 15: Cara baru	0.777				
RCm 16: Berkomunikasi antar keluarga	0.793				
Resilience Resources (RR)		0.852	0.880	0.892	0.624
RR 1: Bantuan dari tetangga	0.799				
RR 2: Bantuan dari kelompok	0.807				
RR 3: Bantuan dari masyarakat	0.751				
RR 4: Penting bagi yang lain	0.829				
RR 5: Komunitas yang baik untuk anak	0.762				
Resilience Positive (RP)		0.885	0.903	0.911	0.632
RP 1: Kemampuan mengatasi masalah	0.833				
RP 2: Memecahkan masalah besar	0.800				
RP 3: Bertahan terhadap masalah	0.794				
RP 4: Kuat menghadapi masalah besar	0.827				
RP 5: Memiliki kekuatan	0.808				
RP 6: Kemampauan sukses di masa sulit	0.702				
Resilience Interaction (RI)		0.726	0.778	0.839	0.637
RI 1: Penghargaan dari teman	0.877				
RI 2: Penerimaan anggota keluarga	0.704				
RI 3: Menyimpan perasaan	0.803				
Resilience Spiritual (RS)		0.619	0.902	0.821	0.700
RS 1: Menghadiri kegiatan keagamaan	0.708				
RS 2: Nasihat dari tokoh agama	0.949				
Resilience Difficulty (RD)		0.741	0.741	0.852	0.652
RD 1: Saling menguatkan	0.785				
RD 2: Menerima situasi sulit	0.798				
RD 3: Menerima masalah yang tidak terduga	0.848				

F. Analisis Model Struktural

Penilaian model struktural menggunakan koefisien determinasi (R^2), relevansi prediktif (Q^2), ukuran efek (f^2), nilai beta (β), dan nilai t dengan interpretasi koefisien jalur pada signifikansi statistik (nilai-p). Nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,75 dianggap substansial, 0,50 sedang, sedangkan 0,26 lemah (Garson, 2016). Mengukur derajat *predictive relevance* (Q^2) pengujian dengan prosedur tertutup dan jarak penghilangan diperlukan untuk menentukan tingkat prediktabilitas model. Nilai Q^2 harus lebih besar dari nol. f^2 adalah ukuran pengaruh konstruk eksogen pada konstruk endogen. efek ukuran besar memiliki nilai f^2 0,35, efek sedang memiliki nilai f^2 0,15, dan efek kecil memiliki nilai f^2 0,02. Hair *el al* (2019) menyarankan menggunakan *bootstrap* dengan ukuran sampel 5000 untuk menghitung R^2, f^2, t-values, dan p-values. Uji satu sisi memiliki nilai t kritis 1,645 dan tingkat signifikansi 5% (nilai p 0,01) (Hair *et al.*, 2019).

Nilai R^2 *Religious Well-being* (RW) – *Existential Well-being* (EW) adalah 0.812, menunjukkan bahwa RW mempengaruhi EW sejumlah 81.2% yang akan berdampak pada ketahanan keluarga menghadapi COVID-19 (β = 0,901, t = 24,836, p < 0,001, f^2 = 4,333; besar). Nilai Q^2 untuk model ini (0,539) adalah cukup untuk mendukung relevansi prediktif jalur model untuk konstruksi endogen.

Nilai R^2 untuk *Religious Non-Coping* (RNC) – *Religious Well-being* (RW) adalah 0.124, menunjukkan bahwa RNC mempengaruhi RW sejumlah 12.4% yang akan berdampak pada ketahanan keluarga menghadapi COVID-19 (β = - 0,310, t = 3,275, p = 0,001, f^2 = 0.085; kecil). Nilai Q2 untuk model ini (0,079) adalah cukup untuk mendukung relevansi prediktif jalur model untuk konstruksi endogen.

Selanjutnya *spiritual well-being* dalam hal ini diwakili oleh *exential well-being* berpengaruh pada ketahanan keluarga. Pengaruh paling besar EW pada ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber sosial dan ekonomi yaitu sebesar 11,9% dengan nilai R^2 = 0.119 selama pandemi COVID-19 (β = - 0,345, t = 4,904, p < 0,001, f^2 = 0,135; medium).

Selain itu EW juga mempengaruhi ketahanan keluarga dalam berpikir positif, interaksi keluarga, spiritiual, dan ketahanan keluaga dalam menghadapi kondisi sulit. Memang tidak terlalu besar pengaruhnya tapi signifikan denga nilai R^2 secara berututan 0.078, 0.056, 0.085, dan 0.032. Nilai Q^2 secara berurutan 0.045, 0.024, 0.05, 0.032 yang semuanya diatas nilai nol berarti EW menjadi variabel prediktif yang mempengaruhi ketahanan keluarga di masa pandemi COVID-19.

G. *Religious Well-being* (RW) Dipengaruhi *Religious Non-Coping* (RNC)

Selain *coping religious*, *religious non-coping* juga diperhitungkan sebagai metode penyesuaian diri ketika menghadapi situasi sulit. Strategi *coping non-religious* yang dilakukan diantaranya adalah dengan yang berfokus pada masalah (misalnya, koping aktif, dukungan instrumental dan perencanaan yang baik (Abbott *et al.,* 2021). Dengan melakukan strategi ini merupakan salah satu hal penting untuk *Religious Well-being,* sebagaimana penelitian Galen *et al* (2011), membuktikan adanya hubungan antara (non) religiusitas dengan *Religious Well-being*.

Penelitian lain membuktikan, bahwa orang-orang yang menganut agama dan juga menjalankan agama mereka, merasakan lebih puas dengan kehidupan mereka dan mendapat nilai lebih tinggi pada kehidupan yang bermakna daripada mereka yang tidak mempraktikkan agama mereka dan orang-orang yang tidak beragama. Namun, penelitian ini juga membuktikan bahwa orang beragama yang mengamalkan agamanya berbeda secara signifikan dengan orang yang tidak mengamalkan agamanya dan orang yang tidak beragama juga memiliki kekuatan karakter tertentu sehingga mereka mendapat skor lebih tinggi pada kebaikan, cinta, rasa syukur, harapan, pengampunan, dan spiritualitas (Berthold & Ruch, 2014), dimana hal tersebut merupakan indikator penting dalam skala *spiritual well-being* (Ellison & Ellison, 2006).

H. *Religious Well-being* (RW) Berhubungan dengan *Existential Well-being* (EW)

Berdasarkan hasil analisis multivariat dalam suatu penelitian membuktikan bahwa mempertahankan kesejahteraan eksistensial merupakan satu-satunya variabel agama atau spiritual yang berkontribusi pada psikopati (Fekih-Romdhane *et al.,* 2020). *Existential well-being* merefleksikan ketahanan kepribadian seseorang ketika menghadapi situasi disekitarnya. Sebagai salah satu dimensi dalam *spiritual well-being*, *eksistential well-being* mengacu pada hubungan individu dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan; dan mencerminkan persepsi tentang makna dan kepuasan dalam hidup, seperti merasa puas dengan menemukan makna dan tujuan dalam hidup.

Eksistential well-being khususnya mewakili dimensi berbeda yang menambahkan kekuatan penjelas pada prediksi penentu kesehatan mental dan sosial. Hasil ini bisa ditafsirkan oleh fakta bahwa kesejahteraan eksistensial mewakili energi internal psikososial individu yang lebih kuat dengan mengenali keberadaannya sendiri (Fekih-Romdhane *et al.,* 2020; Hiebler-Ragger *et al.,* 2020; Ownsworth & Nash, 2015). Sehingga dalam skala pengukuran *Spiritual well-being*, maka *Religious well-being* dan *Existential well-being* merupakan indikator penilaiannya (Paloutzian & Ellison, 1982 dalam Fekih-Romdhane *et al.,* 2020).

I. *Existential Well-being* Berhubungan dengan *Resilience Communication*

Penelitian menunjukkan bahwa *existensial well-being* berkaitan dengan ketahanan keluarga dalam membangun komunikasi. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Hallet (2021) dan Oglesby (2021) bahwa *existensial well-being* merupakan prediktor positif yang signifikan dari dukungan sosial dan prediktor negatif yang signifikan dari konflik pekerjaan-keluarga, penurunan rasa pencapaian pribadi, kelelahan emosional, depersonalisasi, niat untuk meninggalkan profesi, dan pesta minuman keras (Hallet, 2021; Oglesby *et al.,* 2021).

Kesejahteraan spiritual secara signifikan berkorelasi dengan tingkat kesejahteraan fisik, emosional, dan fungsional yang lebih tinggi serta kualitas hidup yang lebih baik (Rego *et al.,* 2020). Selain itu kondisi COVID-19 juga menimbulkan dampak positif meliputi: peningkatan waktu dan komunikasi keluarga, kebersihan, dan status kesehatan yang baik, dan manajemen keuangan yang lebih baik (October *et al.,* 2021), proses keluarga (yaitu, organisasi, komunikasi, dan keyakinan) (Prime *et al.,* 2020).

Kondisi COVID-19 yang menimbulkan dampak positif berupa tekanan ekonomi dapat mengarahkan keluarga untuk berkomunikasi dalam peningkatan kesejahteraan sosial yang diwujudkan dengan komunikasi yang lebih baik, pengambilan keputusan, donasi, dan manajemen waktu keluarga (Sunarti *et al.,* 2022). Hal ini juga seiring dengan pendapat Chan (2021) yang mengatakan bahwa tingkat *existential well-being* berdampak pada ketahanan individu yang lebih tinggi dapat meningkatkan komunikasi keluarga yang lebih tinggi (Chan *et al.,* 2021)

J. *Existential Well-being* Berhubungan dengan *Resilience Resource*

Penelitian ini menunjukkan bahwa *existential well-being* berkaitan dengan *Resilience Resource*. *Resilience Resource* sendiri dapat bersumber dari bantuan dari tetangga, kelompok, masyarakat, merasa penting bagi yang lain, dan komunitas yang baik bagi anak. Sumber kekuatan atau *support system* seseorang bukan hanya berasal dari diri sendiri, namun juga berasal dari orang lain baik itu orang terdekat, teman maupun kelompok lain yang dapat memberikan *support*. Penelitian oleh

(Mendonça *et al.,* 2021) menjelaskan bahwa spiritualitas dapat digunakan sebagai sumber daya untuk mengubah masalah atau kesulitan menjadi ketahanan, sehingga memperkuat koping individu.

Selain itu, seseorang dengan pengalaman hidup yang sudah lebih banyak dan pernah mengalami hal sulit sebelumnya dapat dijadikan sumber motivasi, contoh/teladan dan *support system* dalam pemecahan permasalahan. Hasil sebuah penelitian oleh (Jewett *et al.,* 2022) menjelaskan bahwa hampir semua orang dengan situasi dan kondisi yang sama akan merasakan hubungan yang kuat dengan saling mendukung, sementara lebih dari seperempat peserta melaporkan tidak pernah bertemu dengan siapapun. Pengalaman dengan situasi dan kondisi sulit yang sama menciptakan ikatan dan rasa saling pengertian dibandingkan dengan individu lain yang tidak merasakan hal yang sama. Sehingga, dapat dikatakan bahwa eksistensial yang lebih baik akan meningkat pada mereka yang saling terhubung antara satu dengan yang lain dan saling mendukung (Jewett *et al.,* 2022).

Temuan penelitian oleh (Keisari *et al.,* 2022) menunjukkan bahwa interaksi sosial yang dilakukan seperti kehadiran dalam kegiatan kelompok keagamaan online dapat mengembangkan pengalaman spiritual. hal tersebut dapat juga menangani tekanan psikologis terkait pembatasan sosial selama pandemi COVID-19. Seseorang dengan *existential* yang baik memanfaatkan nilai perkumpulan kelompok doa online saat menghadapi kesulitan selama pandemi. Hal tersebut sesuai dengan kebiasaan dan budaya yang dilakukan oleh responden, berbagai acara keagaamaan sering dilakukan seperti pengajian, doa bersama, dan perkumpulan lain yang terjadwal maupun tidak dengan tetap memberlakukan protokol kesehatan. Melalui *existential* yang baik, seseorang akan mampu memanfaatkan bantuan dari berbagai sumber menjadi sebuah kekuatan untuk meningkatkan kopingnya dalam menghadapi permasalahan, dalam hal COVID-19.

Dalam konteks teori kesejahteraan spiritual multidimensi, dukungan kelompok, contohnya dalam kelompok keagamaan menghubungkan tiga dari empat domain spiritualitas. Pertama, ini mengaktifkan koneksi ke domain pribadi yang terhubungan dalam isu-isu eksistensial mengenai kehidupan, tujuan dan nilai-nilai. Kedua, koneksi pada domain komunal, yaitu kedekatan dan berbagi pengalaman dengan orang lain. Terakhir, hubungan dengan domain

transendental, yaitu hubungan antara diri dan Tuhan (Keisari *et al.*, 2022). Menurut para peserta dalam penelitian (Stizzi *et al.*, 2022) agama dan spiritualitas merupakan dasar mereka untuk mengabdikan diri dan membantu masyarakat, juga memberi mereka kekuatan dan keberanian bahkan selama masa sulit pasca-*lockdown*. Penelitian lain yang sejalan oleh (Nakamura & Kawase, 2021) menjalaskan bahwa *Existential Group therapy* program jangka pendek efektif dalam mengurangi tekanan eksistensial pada pasien, terutama bagi mereka yang mengalami keputusasaan setelah diagnosis kanker.

K. *Existential Well-being* Berhubungan dengan *Resilence Positive*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *existential well-being* dengan *Resilience Positive*. Hal tersebut dapat dilihat dari beberapa hal yaitu, Kemampuan mengatasi masalah, memecahkan masalah besar, bertahan terhadap masalah, kuat menghadapi masalah besar, memiliki kekuatan dan kemampuan sukses di masa sulit selama masa pandemic COVID-19. Pada saat-saat krisis, seperti pandemi COVID-19, mekanisme koping psikologis menjadi penting. Lebih dari sebelumnya, masa ini menjadi lebih penuh harapan baik, dan harapan itulah yang membantu individu mengatasi masa-masa sulit dengan perspektif masa depan melalui pencapaian yang positif dan harapan masa depan yang baik pula (Rivera *et al.*, 2021).

Kepuasan hidup dikaitkan dengan kepuasan, kesenangan, kesejahteraan, pencapaian, utilitas, dan kepemilikan, serta kurangnya kecemasan, kekecewaan, atau perhatian. Atau dapat di artikan bahwa kepuasan hidup menunjukkan tujuan akhir hidup kita. Kepuasan hidup juga dapat dikonseptualisasikan sebagai konstruksi kesejahteraan yang dibentuk oleh dua karakteristik: (a) memiliki efek positif tingkat tinggi dan efek negatif tingkat rendah, dan (b) mengalami emosi ini secara teratur dari waktu ke waktu. Kepuasan hidup sangat terkait dengan aktifitas fisik dan mental seseorang yang cenderung stabil dalam waktu yang lama (Rivera *et al.*, 2021).

Pada penelitian (Counted *et al.*, 2018) menjelasakan bahwa individu dengan tingkat religiusitas dan spiritualitas tinggi cenderung memiliki pandangan yang positif dalam memaknai situasi pandemi COVID-19. Hal ini berarti bahwa tingkat religius dan spiritualitas yang tinggi akan meningkatkan ketahanan keluarga dalam berpikir positif dan

sebaliknya. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian (Bentzen, 2020) yang menjelaskan bahwa *history searching* berkaitan dengan religiusitas dan spiritualitas mengalami peningkatan sekitar 30% sejak awal muncul COVID-19hingga saat ini. Penelitian lain menjelaskan bahwa religiusitas yang tinggi akan menyebabkan seseorang mendekatkan diri kepada Tuhannya dalam meminta perlindungan atau keselamatan. Efektivitas koping adaptif dapat mempertahakan ketahanan keluarga ketika dihadapkan dengan berbagai jenis permasalahan selama pandemi COVID-19 (Braam *et al.,* 2021). Koping religius positif berfungsi sebagai pelindungan terhadap adanya perilaku negatif dan meningkatkan perilaku positif (DeRossett *et al.,* 2021).

Studi lain menjelaskan, kesejahteraan eksistensial yang buruk selama *Coronary Artery Disease* (CAD) dapat menyebabkan makna, tujuan dan kepuasan hidup pasien berkurang. kesejahteraan spiritual memiliki dampak positif, yaitu dapat mengurangi gejala psikologis dari berbagai penyakit yang berbeda. Mengenai penjelasan temuan ini, dapat dikatakan bahwa kesejahteraan spiritual merupakan komponen dasar dari dimensi kesejahteraan; dimensi lain dari kesejahteraan meliputi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial. Sehingga Kesejahteraan spiritual dapat dikatakan menjadi faktor penentu dan mempengaruhi cara seseorang menghadapi kesulitan; menciptakan kebahagiaan, harapan akan makna dan tujuan hidup serta mental yang positif (Heshmati *et al.,* 2021).

L. *Existential Well-being* (EW) Berhubungan dengan *Resilience Interaction* (RI)

Sebagaimana telah dipaparkan sebelumnya, bahwa EW memiliki domain eksistensial yang meliputi: makna, tujuan, dan kepuasan dalam hidup, dan perasaan nyaman/dapat menerima hal-hal terkait kematian dan penderitaan (Cohen, *et al.* (1996) dalam Ownsworth & Nash, 2015). Beberapa peneliti melihat spiritualitas dan EW sebagai inti dimensi kualitas hidup terkait kesehatan yang berhubungan namun berbeda dengan domain kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial (Ownsworth & Nash, 2015). Memasuki abad kedua puluh satu, seiring perubahan social yang terjadi di masyarakat, maka terjadi pergeseran dalam melihat fokus yang lebih besar pada EW yang lebih berfokus pada konteks penyakit kronis, termasuk konseptualisasi, pengukuran, dan kebutuhan dukungan (Brady *et al* 1999 dalam Ownsworth &

Nash, 2015). Memasuki tahun 2019 ketika pandemi covid-19 mulai melanda dunia, terjadi perubahan yang kompleks dalam kehidupan manusia. Menghadapi ancaman kesehatan dan kehidupan yang besar membutuhkan ketahanan personal serta dukungan social yang memadai (Baykal, 2020; Edara *et al.,* 2021). Pada individu yang memiliki interaksi social yang baik maka akan memiliki ketahan mental yang baik yang ditunjukkan dengan EW yang juga tinggi (Savage *et al.,* 2021; Zadok-Gurman *et al.,* 2021), karena EW merupakan salah satu dimensi dalam spiritual well-being, yang mengacu pada kualitas hubungan individu baik dengan diri sendiri maupun dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya (Fekih-Romdhane *et al.,* 2020).

M. *Existential Well-being* (EW) Berhubungan dengan *Resilience Spiritual* (RS)

Pada pemaparan konsep sebelumnya telah diketahui bahwa *Existential well-being* bersama-sama dengan *Religious well-being* merupakan indikator penilaian *Spiritual well-being* (Paloutzian & Ellison, 1982 dalam Fekih-Romdhane *et al.,* 2020). Penelitian sebelumnya yang menginvestigasi hubungan antara EW dan beban psikiatri pada kelompok dewasa muda di India menyimpulkan bahwa EW berhubungan dengan kualitas interaksi social serta kesehatan mental seseorang (Hiebler-Ragger *et al.,* 2020).

Walaupun secara konseptual EW memang tidak mengacu pada kekuatan tertentu yang lebih tinggi (Tuhan) tetapi lebih terkait dengan kepuasan hidup serta keyakinan akan kebermaknaan hidup (Ownsworth & Nash, 2015). Namun demikian, suatu penelitian menunjukkan bahwa Kesejahteraan Religius/Spiritual (RSWB) berhubungan dengan tingkat kecemasan, depresi, *neurotisisme*, dan ide bunuh diri yang lebih rendah sementara secara bersamaan terhubung ke tingkat yang lebih memadai (Unterrainer *et al*., 2014). Sementara itu penelitian lain tentang *resilience* merupakan *predictor factor stres* karena pandemi COVID-19 yang dimediasi oleh *spiritual well-being* menyatakan bahwa *spiritual well-being* tidak dapat memprediksi stres COVID-19 sendiri karena faktanya seseorang yang memiliki *spiritual well-being* tinggi belum tentu memiliki stres yang rendah, tetapi harus bersama-sama dengan variable yang lain yaitu harapan dan resiliensi, baru bisa menjadi prediktor stres yang baik (Nooripour *et al.,* 2021). Dengan demikian, seseorang yang memiliki ketahanan spiritual yang baik maka akan memiliki kepuasan hidup

serta keyakinan akan kebermaknaan hidup yang merupakan esensi dari EW, sehingga memiliki ketahanan yang baik dalam menghadapi situasi apapun termasuk stres yang disebabkan pandemi COVID-19 (Baykal, 2020; Edara *et al*., 2021; Nooripour *et al.,* 2021).

N. *Existential Well-being* Berhubungan dengan *Resilience Difficulty*

Existential well-being berhubungan dengan ketahanan keluarga dalam mengahadapi kesulitan. Hal ini disebabkan karena peran spiritualitas dan religiusitas dalam bereaksi terhadap situasi sulit ini dan khususnya pada kesehatan fisik dan psikologis orang-orang yang terlibat (Coppola *et al.,* 2021). Selain itu proses spiritualisasi keluarga dalam berkomunikasi mencakup konsistensi dalam berkomunikasi, komunikasi terbuka terkait situasi emosional, dan kolaborasi dalam pemecahan masalah, Hal ini merupakan bentuk pandangan positif berupa optimisme terhadap kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah dan memaknai situasi sulit (Gardiner *et al.,* 2019).

O. *Religious Well-being* Tidak Dipengaruhi *Religious Coping*

Selama pandemi COVID-19, *social distancing* menjadi salah satu cara efektif untuk mencegah penyebaran COVID-19, praktik keagamaan seperti ibadah, doa dan kegiatan keagamaan lainnya di Masjid, Gereja dan rumah peribadatan lainnya dibatasi bahkan dilarang. Akibatnya, koping religius dan kesejahteraan spiritual seseorang menjadi lebih rendah atau kurang, hal tersebut juga berdampak pada peningkatan kecemasan kematian mereka. Koping religius dapat menjadi penyangga terhadap kecemasan kematian dan dapat mengganggu siklus konsekuensi negatif dari kecemasan kematian. Koping religius meningkatkan optimisme dan harapan, yang pada waktunya mengurangikecemasan akan kematian (Rababa *et al.,* 2021).

Koping religius yang rendah menyebabkan tingkat kecemasan kematian terkait COVID-19 menjadi tinggi, dan hal tersebut mengakibatkan tingkat kesejahteraan spiritual yang rendah pula. Sedangkan dengan tingkat kesejahteraan spiritual peserta yang rendah disebabkan oleh rendahnya tingkat kepuasan hidup dan terganggunya rasa akan makna dan tujuan hidup yang dialami masyarakat selama masa pandemi COVID-19 (Rababa *et al.,* 2021).

Spiritualitas dapat ditafsirkan sebagai dimensi manusia yang lebih sakral, tidak terbatas pada ritual keagamaan tertentu dan lebih berperan dalam mengatasi kesulitan. Hal tersebut yang menghasilkan *existensial well-being* pasien lebih tinggi dalam mengatasi kesulitan (Mendonça *et al.,* 2021). Selain itu, *religius/spiritual well-being* tidak selalu terlihat oleh orang lain, sementara *religius coping* merupakan ekspresi spiritualitas merupakan praktik dari keyakinan spiritual dan nilai bagi anggota masyarakat yang mempunyai keyakinan yang sama (Hallet, 2021)

Kesimpulan dari penelitian ini adalah faktor penting yang mempengaruhi ketahanan keluarga dalam menghadapi masa pandemi COVID-19. Faktor penting itu diantaranya adalah *religious Non-Coping*, *religious well-being*, dan *existential well-being*. Penelitian ini adalah penelitian yang pertama dengan pendekatan PLS-SEM menemukan faktor religious dan spiritual menjadi pondasi penting dalam menentukan ketahanan keluarga. Temuan ini sangat penting bagi pemerintah atau instansi diluar pemerintahan untuk mengembangkan kebijakan dan program dalam memberikan penguatan pada masyarakat desa di masa pandemi COVID-19.

Tabel 5: Fornell-Larcker Criterion, HTMT, SRMR and NFI

Fornell-Lercker Criterion	**RC**	**RNC**	**RW**	**EW**	**RCm**	**RR**	**RP**	**RI**	**RS**	**RD**
Religious Coping	0.795									
Religious Non Coping	0.473	1.000								
Religious Well-being	-0.222	-0.346	0.851							
Existential Well-being	-0.199	-0.370	0.901	0.825						
Resilience Communication	0.222	0.407	-0,263	-0,320	0.770					
Resilience Resources	0.178	0.315	-0,301	-0,345	0,701	0/790				
Resilience Positive	0.098	0.270	-0,195	-0,280	0,613	0,540	0.795			
Resilience Interaction	0.054	0.277	-0,174	-0,236	0,649	0,670	0,596	0.798		
Resilience Spiritual	0.281	0.277	-0,262	-0,292	0,467	0,477	0,391	0,430	0.837	
Resilience Difficulty	0.102	0.283	-0,171	-0,240	0,556	0,547	0,689	0,541	0,373	0.811
Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	**RC**	**RNC**	**RW**	**EW**	**RCm**	**RR**	**RP**	**RI**	**RS**	**RD**
Religious Coping										
Religious Non Coping	0,556									
Religious Well-being	0,252	0,350								
Existential Well-being	0,225	0,380	0,950							
Resilience Communication	0,261	0,411	0,265	0,321						
Resilience Resources	0,202	0,333	0,312	0,362	0,640					
Resilience Positive	0,140	0,286	0,202	0,291	0,672	0,640				
Resilience Interaction	0,085	0,328	0,199	0,264	0,799	0,865	0,775			
Resilience Spiritual	0,375	0,265	0,315	0,340	0,573	0,636	0,472	0,605		
Resilience Difficulty	0,219	0,322	0,197	0,278	0,653	0,687	0,864	0,788	0,605	
SRMR Composite Model = 0.076, NFI normed fit index = 0.620										

Tabel 6: ***Result of The Hypothesis Testing***

Hypothesis	Path Coefficient	Standard Beta	Standard Error	T-Value	P-Value	Decision	VIF	R^2	Q^2	f^2
H1	-0,075	-0,114	0,117	0,643	0,521	Not Supported				
H2	-0,310	-0,299	0,095	3,275	0,001	Supported	1.288	0.124	0.079	0.085
H3	0,901	0,896	0,036	24,836	< 0,001	Supported	1.000	0.812	0.539	4.333
H4	-0,320	-0,344	0,066	4,836	< 0,001	Supported	1.000	0.112	0.054	0.114
H5	-0,345	-0,361	0,070	4,904	< 0,001	Supported	1.000	0.119	0.063	0.135
H6	-0,280	-0,301	0,046	6,154	< 0,001	Supported	1.000	0.078	0.045	0.085
H7	-0,236	-0,255	0,078	3,042	0,002	Supported	1.000	0.056	0.024	0.059
H8	-0,292	-0,297	0,061	4,792	< 0,001	Supported	1.000	0.085	0.051	0.093
H9	-0,240	-0,258	0,068	3,519	< 0,001	Supported	1.000	0.058	0.032	0.061

H1: Ketika masyarakat memilki religious koping yang baik, mereka akan memiliki *religious well-being* dan mampu bertahan menghadapi COVID-19

H2: Ketika masyarakat memilki religious non koping yang baik, mereka akan memiliki *religious well-being* dan mampu bertahan menghadapi COVID-19

H3: Ketika masyarakat memilki *religious well-being* yang baik, mereka akan memiliki *existential well-being* dan mampu bertahan menghadapi COVID-19

H4: Ketika masyarakat memiliki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan berkomunikasi menghadapi COVID-19

H5: Ketika masyarakat memilki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan memanfaatkan sumber daya menghadapi COVID-19

H6: Ketika masyarakat memiliki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan dalam pandangan positif menghadapi COVID-19

H7: Ketika masyarakat memilki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan berinteraksi dalam keluarga menghadapi COVID-19

H8: Ketika masyarakat memilki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan dalam spiritual menghadapi COVID-19

H9: Ketika masyarakat memilki *existential well-being* yang baik, mereka akan mampu bertahan dalam kondisi sulit menghadapi COVID-19

Daftar Pustaka

Abbott, D., Franks, A., Cook, C., & Mercier, C. (2021). (Non)Religious Coping with a Natural Disaster in a Rural U.S. Community. *Secularism and Nonreligion, 10(1),* 1–14. https://doi.org/10.5334/snr.139

Baykal, E. (2020). Boosting Resilience through Spiritual Well-being: COVID-19 Example. *Bussecon Review of Social Sciences (2687-2285), 2(4),* 18–25. https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.224

Bentzen, J. S. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information*. January.

Berthold, A., & Ruch, W. (2014). Satisfaction with life and character strengths of non-religious and religious people: it's practicing one's religion that makes the difference. *Frontiers in Psychology, 5(AUG),* 876. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00876

Braam, D. H., Srinivasan, S., Church, L., Sheikh, Z., Jephcott, F. L., & Bukachi, S. (2021). Lockdowns, lives and livelihoods: the impact of COVID-19 and public health responses to conflict affected populations - a remote qualitative study in Baidoa and Mogadishu, Somalia. *Conflict and Health, 15(1),* 47. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00382-5

Chan, A. C. Y., Piehler, T. F., & Ho, G. W. K. (2021). Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic: Findings from Minnesota and Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 295(February),* 771–780. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.144

Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 12(April).* https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.626944

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes, 16(1),* 75. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x

Cruz, J. P., Baldacchino, D. R., & Alquwez, N. (2016). Validity anda reliability of the spiritual coping strategies scale Arabic version

in Saudi patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care, 42(2),* 107–114. https://doi.org/10.1111/jorc.12155

DeRossett, T., LaVoie, D. J., & Brooks, D. (2021). Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety. *Journal of Religion and Health, 60(5),* 3161–3176. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01385-5

Edara, I. R., Del Castillo, F., Ching, G. S., & Del Castillo, C. D. (2021). Religiosity, emotions, resilience, and wellness during the COVID-19 pandemic: A study of taiwanese university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(12).* https://doi.org/10.3390/ijerph18126381

Ellison, L. L., & Ellison, L. (2006). *The Spiritual Well-Being Scale*. 44.

Fekih-Romdhane, F., Ben Hamouda, A., Khemakhem, R., Halayem, S., BelHadj, A., & Cheour, M. (2020). Existential well-being predicts psychopathy traits in Tunisian college students. *Mental Health, Religion & Culture, 23(7),* 639–652. https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1786506

Gardiner, E., Mâsse, L. C., & Iarocci, G. (2019). A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 17(1),* 45. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x

Garson, G. D. (2016). *Partial least squares: regression & structural equation models (2016 editi).* Statistical Associater Publishing. www.statisticalassociates.com

Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review, 31(1),* 2–24. https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203

Hallet, M. M. (2021). Exploring Existential Spiritual Well-being and Maindfullness As Mediator in the Mantram Repetition Program for Veterans with PTSD. *Proquest*. https://www.proquest.com/openview/89a51b78525eece790828c390e6d188f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Heshmati, R., Jafari, E., Salimi Kandeh, T., & Caltabiano, M. L. (2021). Associations of Spiritual Well-Being and Hope with Health Anxiety Severity in Patients with Advanced Coronary Artery Disease. *Medicina, 57(10),* 1066. https://doi.org/10.3390/medicina57101066

Hiebler-Ragger, M., Kamble, S. V., Aberer, E., & Unterrainer, H. F. (2020). The relationship between existential well-being and mood-related psychiatric burden in Indian young adults with attachment deficits: a cross-cultural validation study. *BMC Psychology, 8(1),* 21. https://doi.org/10.1186/s40359-020-0388-7

Jewett, P. I., Vogel, R. I., Galchutt, P., Everson-Rose, S. A., Teoh, D., Radomski, M., & Blaes, A. H. (2022). Associations between a sense of connection and existential and psychosocial outcomes in gynecologic and breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer, 30(4),* 3329–3336. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06784-8

Keisari, S., Biancalani, G., Tavelli, E., Fassina, S., & Testoni, I. (2022). Spirituality during COVID-19 in Northern Italy: The experience of participating in an online prayer group. *Pastoral Psychology, 1–15.* https://doi.org/10.1007/s11089-022-00998-1

Mendonça, A. B., Pereira, E. R., Magnago, C., da Silva, P. G., Morett Leão, D. C., Costa Rosa Andrade Silva, R. M., & Meira, K. C. (2021). Distress and Spiritual Well-Being in Brazilian Patients Initiating Chemotherapy during the COVID-19 Pandemic—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24),* 13200. https://doi.org/10.3390/ijerph182413200

Nakamura, C., & Kawase, M. (2021). Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. *BioPsychoSocial Medicine, 15(1),* 1–10. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00225-y

Nooripour, R., Hosseinian, S., Hussain, A. J., Annabestani, M., Maadal, A., Radwin, L. E., Hassani-Abharian, P., Pirkashani, N. G., & Khoshkonesh, A. (2021). How Resiliency and Hope Can Predict Stres of Covid-19 by Mediating Role of Spiritual Well-being Based on Machine Learning. *Journal of Religion and Health, 60(4),* 2306–2321. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01151-z

October, K. R., Petersen, L. R., Adebiyi, B., Rich, E., & Roman, N. V. (2021). COVID-19 Daily Realities for Families: A South African Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(1),* 221. https://doi.org/10.3390/ijerph19010221

Oglesby, L. W., Gallucci, A. R., Wynveen, C., Ylitalo, K., & Benson, N. (2021). The relationship between spiritual well-being and burnout

in collegiate athletic trainers. *Journal of Athletic Training, 56(5),* 518–528. https://doi.org/10.4085/1062-6050-0105-20

Ownsworth, T., & Nash, K. (2015). Existential well-being and meaning making in the context of primary brain tumor: conceptualization and implications for intervention. *Frontiers in Oncology, 5(APR),* 96. https://doi.org/10.3389/fonc.2015.00096

Paloutzian, R. F., Agilkaya-Sahin, Z., Bruce, K. C., Kvande, M. N., Malinakova, K., Marques, L. F., Musa, A. S., Nojomi, M., Öztürk, E. E., Putri, I. P., & You, S.-K. (2021). The Spiritual Well-Being Scale (SWBS): Cross-Cultural Assessment Across 5 Continents, 10 Languages, and 300 Studies. *In Assessing Spirituality in a Diverse World (pp. 413–444).* Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52140-0_17

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 75(5),* 631–643. https://doi.org/10.1037/amp0000660

Purwanto, A., & Sudargini, Y. (2021). Partial Least Squares Structural Squation Modeling (PLS-SEM) Analysis for Social and Management Research : A Literature Review. *Journal of Industrial Engineering & Management Research, 2(4),* 114–123. https://doi.org/https://doi.org/10.7777/jiemar.v2i4.168

Rababa, M., Hayajneh, A. A., & Bani-Iss, W. (2021). Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health, 60(1),* 50–63. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01129-x

Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., Castro, L., & Nunes, R. (2020). The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care, 19(1),* 22. https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3

Rivera, M., Shapoval, V., & Medeiros, M. (2021). The relationship between career adaptability, hope, resilience, and life satisfaction for hospitality students in times of Covid-19. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education, 29(September).* https://doi.org/10.1016/j.jhlste.2021.100344

Savage, M. J., Hennis, P. J., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., & James, R. M. (2021). Nine Months into the COVID-19 Pandemic:

A Longitudinal Study Showing Mental Health and Movement Behaviours Are Impaired in UK Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(6),* 2930. https://doi.org/10.3390/ijerph18062930

Stizzi, A., Negrola, E., Iacona, E., Naglieri, M., Scalici, G., & Testoni, I. (2022). Reconstructing Social Relationships in a Post-Lockdown Suburban Area of Southern Italy Using Pastoral Counselling. *Pastoral Psychology, 0123456789*. https://doi.org/10.1007/s11089-022-00999-0

Sunarti, E., Fithriyah, A. F., Khoiriyah, N., Novyanti, W., Islamia, I., & Hasanah, V. R. (2022). Portrait of Indonesian Family During One Year the COVID-19 Pandemic: Analysis of Factors Influencing Family Welfare and Resilience. *Journal of Disaster Research, 17(1),* 31–42. https://doi.org/10.20965/jdr.2022.p0031

Zadok-Gurman, T., Jakobovich, R., Dvash, E., Zafrani, K., Rolnik, B., Ganz, A. B., & Lev-Ari, S. (2021). Effect of inquiry-based stres reduction (Ibsr) intervention on well-being, resilience and burnout of teachers during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7).* https://doi.org/10.3390/ijerph18073689

4

RELIGIOUS KOPING DAN KETAHANAN KELUARGA DALAM MEMANFAATKAN SUMBER DAYA SOSIAL-EKONOMI

A. Latar Belakang

Pada tahun 2022 ini Indonesia masih berusaha melawan pandemi COVID-19. Memanjangnya pandemi COVID-19 memberikan ancaman kehidupan bagi manusia karena berdampak pada ancaman religiusitas yang dapat mempengaruhi ketahanan keluarga akan spiritualitas manusia (Hassan *et al.,* 2021). Spiritualitas merupakan kebutuhan mendasar bagi manusia (Gijsberts *et al.,* 2019). Tingkat spiritual yang baik dapat menguatkan ketahanan mental pribadi manusia serta dapat pula menciptakan perasaan damai (Lormans *et al.,* 2021).

Salah satu koping yang tepat dalam mengatasi situasi pandemi COVID-19 yakni koping religius (Fatima *et al.,* 2022; Pirutinsky *et al.,* 2020). Koping religius merupakan metode pemecahan masalah dengan cara mendekat kepada Tuhan berdasarkan keyakinan dan agama yang dianut seperti berdoa dan juga salat (Van der Velden *et al.,* 2020). Pengaruh pandemi COVID-19 tidak hanya pada aspek spiritual saja, melainkan juga pada faktor sosial dan ekonomi masyarakat. Hal ini terkait dengan kebijakan pemerintah menerapkan aturan pembatasan kegiatan masyarakat di luar rumah. Peraturan ini berdampak pada menurunnya ekonomi masyarakat (Ehrenberg *et al.,* 2021). Pada masa pandemi COVID-19 ini banyak masyarakat yang mengalami krisis ekonomi akibat dari menurunnya pendapatan (Kansiime *et al.,* 2021).

Permasalahan sosial ekonomi di masa pandemi COVID-19 meliputi: terbatasnya makanan (77,1%), terganggunya pendidikan (86,1%) dan kehilangan pekerjaan (63,1%) (Nuwematsiko *et al.,* 2022). Hai ini

mengakibatkan tekanan psikologis sebanyak 40% seperti: ketakutan, kecemasan hingga stres emosional (Siette *et al.,* 2021). Sejak adanya pandemi COVID-19 sebanyak 22,6% masyarakat di China menderita gangguan kecemasan (Chen *et al.,* 2021).

Menurunnya pendapatan dapat mempengaruhi stres psikologis dalam keluarga yang diakibatkan oleh kondisi penurunan ekonomi (Kansiime *et al.,* 2021; Nuwematsiko et al., 2022). Disisi lain, terdapat fenomena *panic buying* yang mengakibatkan harga bahan pokok naik (Nicola *et al.,* 2020). Ketika semua orang mengalami stres yang terus menerus dengan tingginya harga bahan pokok, menyebabkan spiritualitas dalam keluarga berubah seiring memburuknya kondisi perekonomian (Zarrouq *et al.,* 2021). Seseorang yang mengalami stres juga berdampak pada keimanan seseorang (Büssing *et al.,* 2020). Tekanan psikologis akibat terpuruknya sosial ekonomi dapat diatasi dengan dukungan koping religius (Hassan *et al.,* 2021).

Ketahanan keluarga yang gagal dalam mempertahankan sosial-ekonomi keluarga dapat berakibat menurunnya pendapatan utama keluarga pada masa pandemi COVID-19 (Gayatri & Irawaty, 2022; Heo *et al.,* 2021). Saat pandemi COVID-19 masyarakat yang terdampak baik sosial dan ekonomi, mereka memilih mendekat pada Tuhan dengan berdoa dan meminta agar dimudahkan dalam mencari uang untuk keluarga (Desie *et al.,* 2021). Semakin tinggi tingkat spiritualiatas seseorang maka semakin tinggi pula kesejahteraan baik pribadi maupun hubungan dengan sosial masyarakat (Borges *et al.,* 2021). Individu yang mempunyai tingkat religiusitas yang tinggi akan lebih memaknai setiap kejadian dengan positif di masa pandemi COVID-19, sehingga hidupnya akan lebih bermakna dan terhindar dari stres (Counted *et al.,* 2018).

Kurangnya ketahanan spiritualitas dalam keluarga menyebabkan terganggunya mental psikologis khususnya pada masyarakat yang mengalami penurunan ekonomi selama pandemi ini (Chirico & Nucera, 2020; Oxholm *et al.,* 2021). Akibatnya ketika pandemi masyarakat berbondong-bondong untuk mencari pegangan terkuat yaitu dengan mencari dukungan dengan sang pencipta (González-Sanguino *et al.,* 2020). Semenjak adanya pandemi COVID-19 data pencarian doa-doa mengalami kenaikan drastis, sekitar 30% dari sebelum adanya pandemi (Bentzen, 2021). Rasa aman, tentram dalam meminta perlindungan

atau keselamatan selama pandemi COVID-19, dapat diciptakan dengan praktik keagamaan serta religius koping (Braam *et al.,* 2021).

B. Metode

Berikut ini hasil penelitian yang dilakukan penulis dengan tujuan penelitian menganalisa pengaruh spiritual koping terhadap ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sosial ekonomi di masa pandemi COVID-19. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional survey*. Penelitian akan dilakukan pada tahun 2021-2022. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh warga negara Indonesia yang ada di wilayah Desa Tamanharjo Singosari Malang Provinsi Jawa Timur. Sampel penelitiannya adalah warga Indonesia di Desa Tamanharjo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang dengan besar sampel ditentukan dengan G Power versi 3.1 dengan z test, logistic regresi, odds ratio 1.5, kekuatan 80%, dan eror probabilitas 0.05 didapatkan besar sampel sebanyak 243 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara *menggunakan sampling* dengan teknik *accidental sampling*. Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan nomor protokol E.5.a/007/ KEPK-UMM/I/2022. Partisipan memberikan persetujuan tertulis untuk partisipasi sebelum pengumpulan data.

C. Data Management

Peneliti mendesain survey dalam bentuk kuesioner elektronik dengan *google form*. Selain melalui form elektronik peneliti juga *print-out* kuesioner yang bertujuan untuk mendapat lebih banyak responden. Selanjutnya peneliti terdiri atas tim yang berisi 7 anggota. Peneliti bekerjasama dengan perangkat desa Taman Hardjo dalam mendampingi peneliti memperoleh partisipan. Setiap 1 anggota didampingi oleh 1 staf desa selanjutnya terbagi atas daerah masing-masing di desa Taman Hardjo untuk mendapat partisipan. Peneliti membagikan *print-out* kuesioner dari rumah ke rumah dan partisipan diberikan waktu 30 menit untuk mengisi kuesioner. Setelah 30 menit, pengumpulan kuesioner dilakukan dari rumah kerumah dan untuk mengapresiasi ketersediaan mengisi kuesioner partisipan diberikan insentif. Kemudian peneliti memasukkan hasil kuesioner yang telah diisi oleh partisipan melalui

google form. Data selanjutnya di unduh dalam bentuk *excel*. Data *excel* di *input* dalam SPSS.

D. Hasil Penelitian

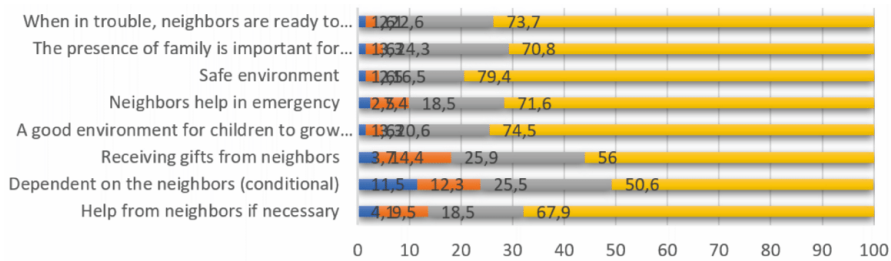
Tabel 7: Karakteristik responden (N = 243)

Karakteristik	N	Persentase
Usia		
17-25	19	7.8%
26-35	57	23.5%
36-45	56	23.0%
46-55	75	30.9%
56-65	27	11.1%
>65	9	3.7%
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	0.4%
SD	46	18.9%
SMP	55	22.6%
SMA	116	47.7%
PT	25	10.3%
Tipe keluarga		
Nuclear family	162	66.7%
Extended family	60	24.7%
Single parent	21	8.6%
Penghasilan		
<3 juta	220	90.5%
>3 juta	23	9.5%
Pekerjaan		
Bekerja	81	33.3%
Tidak bekerja	162	66.7%
Religious coping		
Poor	101	41.6
Good	142	58.4
Ketahanan sumber daya sosial dan ekonomi		
Inadekuat	115	47.3
Adekuat	128	52.7

Karakteristik responden adalah usia responden sebagian besar berada direntang 46-55 tahun sebanyak 30.9%, dengan tingkat pendidikan terakhir mayoritas adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 47.7%. Adapun, tipe keluarga didominasi *nuclear family* sebesar 66.7%. Sebagian besar responden berpenghasilan dibawah 3 juta rupiah (90.5%), sedangkan warga yang bekerja sebanyak 33,3%. Berdasarkan hasil *collecting* data juga menunjukkan bahwa lebih dari

sebagian responden yang memiliki religius koping yang baik, yaitu sebesar 58.4% serta ketahanan keluarga yang adekuat dalam sumber daya sosial-ekonomi sebesar 52.7% (tabel 7).

Gambar 3 menunjukkan ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sosial ekonomi di masa pandemi COVID-19 berupa: mayoritas responden (79,4%) menyatakan sangat setuju bahwa lingkungan tempat tinggal mereka aman secara ekonomi dan sosial. Sejalan dengan pernyataan tersebut juga didapatkan data bahwa sebagian besar responden (74,5%) juga menyatakan sangat setuju bahwa lingkungan mereka menunjang tumbuh kembang anak-anak. Selanjutnya, sebagian besar responden (71,6%) menyatakan bahwa tetangga menjadi elemen penting untuk memberikan bantuan saat kondisi darurat, dan sebanyak 73,7% menyatakan sangat setuju bahwa mereka dapat meminta bantuan tetangga ketika mendapatkan permasalahan ekonomi. Lebih dari sebagian responden (67.9 %) menyatakan bahwa saat kondisi tertentu mendapatkan bantuan dari tetangga ketika diperlukan.



	Help from neighbors if necessary	Dependent on the neighbors (conditional)	Receiving gifts from neighbors	A good environment for children to grow and develop	Neighbors help in emergency	Safe environment	The presence of family is important for neighbors	When in trouble, neighbors are ready to help
totally disagree	4,1	11,5	3,7	1,6	2,5	1,6	1,6	1,6
disagree	9,5	12,3	14,4	3,3	7,4	2,5	3,3	2,1
agree	18,5	25,5	25,9	20,6	18,5	16,5	24,3	22,6
strongly agree	67,9	50,6	56	74,5	71,6	79,4	70,8	73,7

Gambar 3: ***Family resilience in utilizing socio-economic resources during the COVID-19 pandemic***

Faktor yang mempengaruhi ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sosial dan ekonomi adalah religius koping.

Keluarga yang memiliki religius koping yang adekuat akan berpeluang 1 kali memiliki ketahanan dalam memanfaatkan sumber daya sosial dan ekonomi dibandingkan dengan keluarga yang religius kopingnya tidak adekuat (OR:1.081; 95%CI: 1.038-1.127) (tabel 8).

Tabel 8: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam memanfaat sosial ekonomi

Variabel	B	SE	Wald	p-value	OR	95%CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
Religious coping	0.078	0.021	14.157	0.000	1.081	1.038	1.127
Constant	-3.866	1.069	13.087	0.000	0.021		

Seleksi kandidat yang masuk model adalah *religious coping*, pendidikan, dan pekerjaan dengan nilai p<0.25 secara berturut-turut 0.000, 0.205, 0.204, sedangkan variabel tidak masuk dalam model karena memiliki nilai p>0.25 yaitu usia (p:0.465), tipe keluarga (p:0.800), penghasilan (p:0.792). Namun *religious coping* saja yang p <0,05.

Penelitian (Hossain *et al.*, 2022; Molenaar *et al.*, 2020) menjelaskan bahwa, efek dari krisis ekonomi akibat pandemi COVID-19 berdampak pada biaya pengobatan yang tinggi sedangkan banyak perusahaan yang memberhentikan karyawan sehingga meningkatkan krisis ekonomi. Menurut beberapa penelitian sebelumnya (Harrop *et al.*, 2020; O'Neill *et al.*, 2021; van der Boor *et al.*, 2020), menyatakan bahwa tekanan psikologis yang dialami akibat tuntutan ekonomi selama pandemi meningkatkan tekanan mental spiritual, untuk itu pendekatan emosional spiritual sangat dibutuhkan.

Untuk menghadapi stres akibat krisis ekonomi yang terjadi selama masa pandemi COVID-19, maka penggunaan koping religius terbukti efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga dalam melewati stres yang diakibatkan krisis ekonomi tersebut (Abu Khait & Lazenby, 2021). Hal tersebut sebagaimana penelitian (Kabir *et al.*, 2019), tentang kesejahteraan keluarga di India yang terkait dengan faktor ekonomi. Dalam penelitian tersebut membuktikan bahwa salah satu koping yang digunakan oleh keluarga dalam mempertahankan ketahanan keluarga yaitu dengan memperkuat spiritual, dengan melakukan ritual yang bertujuan untuk berdoa sehingga lebih dekat dengan Tuhan untuk memperkuat ketahanan keluarga dalam menghadapi krisis ekonomi (Kabir *et al.*, 2019). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, keluarga yang memiliki *religious coping* yang adekuat akan berpeluang

lebih besar memiliki ketahanan dalam memanfaatkan sosial dan ekonomi dibandingkan dengan keluarga yang religius kopingnya tidak adekuat.

Koping religius merupakan hal yang sangat penting, koping religius yang kuat membuat individu merasa memiliki pegangan yang kuat sebagai sandaran diberbagai kondisi. Sebaliknya ketika masa pandemi Covid-19 banyak individu terdampak krisis ekonomi, individu yang memiliki koping religius lemah mereka akan mencari penyelesaian yang berfokus pada stres dan tidak memikirkan kondisi mental spiritual (Fatima *et al.,* 2022). Mayoritas individu dengan koping religius yang lemah berfikir bagaimana mendapat uang, dimana saat masa pandemi kondisi perekonomian menurun drastis yang berdampak pada seluruh bagian dunia dengan begitu mencari pendapatan saat pandemi tidak mudah seperti sebelum pandemi. Sulitnya menghasilkan pendapatan menyebabkan kecemasan, depresi dan stres.

Keberadaan koping religius sudah terbukti memberikan kenyamanan dan menurunkan stres pada individu (Pirutinsky *et al.,* 2020). Hal tersebut didukung oleh penelitian (Bentzen, 2020) yang menjelaskan bahwa, religius koping yang dilakukan dengan berdoa dan meminta pada tuhan agar pandemi COVID-19 segera usai sering dilakukan masyarakat selama pandemi. Sedangkan pada individu yang tidak menggunakan religius koping mereka cenderung memiliki tingkat stres yang tinggi (Pirutinsky *et al.,* 2020). Dengan hal ini tingkat spiritual yang lemah dan tingginya tingkat stres berdampak pada ketahanan individu, menurunnya ketahanan individu berdampak pada menurunnya ketahanan keluarga. Pada penelitian (Fatima *et al.,* 2022) juga menyebutkan bahwa koping religius secara positif dapat meningkatkan kualitas hidup dan optimisme individu yang berlangsung akibat pandemi covid-19.

Berdasarkan hasil penelitian ini menjukkan pekerjaan tidak berpengaruh terhadap ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19. Pada masa pandemi COVID-19 ini banyak terjadi pemutusan kontrak kerja oleh perusahaan/pabrik, hal ini berdampak pada ketahanan keluarga (Pit *et al.,* 2021). Hilangnya pekerjaan mengakibatkan pendapatan dalam keluarga menurun drastis hingga mengakibatkan krisis ketahanan keluarga, apabila masalah krisis ketahanan keluarga tidak segera diatasi dapat menyebabkan dampak psikologis pada

keluarga (Ameis *et al.,* 2020). Dalam mengatasi faktor psikologis keluarga, maka dibutuhkan koping religius agar dapat menciptakan kesejahteraan dalam keluarga (Olashore *et al.,* 2021). Namun demikian, penelitian sebelumnya membuktikan bahwa pekerjaan ternyata tidak berpengaruh terhadap ketahanan keluarga selama masa pandemi Covid-19. Hal ini sejalan dengan penelitian Toledano-Toledano *et al.,* (2017); dan Xiao *et al.,* (2021) yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan tingkat ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19. Sebaliknya dukungan sosial, agama, budaya dan kesehatan mental sangat mempengaruhi ketahanan keluarga di masa pandemi COVID-19 (Plenty *et al.,* 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh terhadap faktor usia, tipe keluarga, penghasilan dan pendidikan terhadap ketahanan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian diatas, ditemukan bahwa mayoritas keluarga berusia 46-55 tahun, hal ini menunjukkan bahwa usia responden rata-rata dalam kategori Dewasa. Individu usia dewasa umumnya memiliki kesiapan mental yang baik dalam berfikir dan juga mengambil keputusan (Riehm *et al.,* 2021). Menurut penelitian sebelumnya (Gayatri & Irawaty, 2022; Khesroh *et al.,* 2022), menyatakan bahwa usia seseorang tidak dapat mempengaruhi ketahanan keluarga. Rentang usia responden tidak dapat mempengaruhi ketahanan keluarga, dikarenakan setiap individu memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap lingkungannya termasuk terhadap masalah yang sedang dihadapi dengan bertahap dari waktu ke waktu (Suzuki *et al.,* 2018). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa usia dan pendidikan terakhir responden tidak menjamin kemampuan responden dalam mempertahankan ketahanan keluarga. Seperti dalam penelitian (Khesroh *et al.,* 2022), menyebutkan pendidikan tidak mempengaruhi ketahanan keluarga. Pada individu yang memiliki riwayat pendidikan tinggi bukan bararti banyaknya pengetahuan yang bisa digunakan untuk memperkuat ketahanan keluarga, begitu juga sebaliknya tingkat pendidikan yang rendah tidak berarti ketahanan keluarga menjadi lemah. Ketahanan keluarga juga tidak dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga baik tipe keluarga besar maupun keluarga dengan orangtua tunggal (*single parent*), hal ini dikarenakan apapun tipe keluarga responden tidak menjamin ketahanan keluarga di era pandemi COVID-19. Pernyataan tersebut diperkuat oleh penelitian (gardiner *et al.,* 2019; radetić-paić &

černe, 2020), yang menyatakan bahwa dibandingkan tipe keluarga dan penghasilan keluarga, *support* dari anggota keluarga lebih berpengaruh untuk memperkuat ketahanan keluarga.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah Ketahanan keluarga dalam memanfaatkan sumber daya sosial ekonomi sangat dipengaruhi oleh faktor *religious coping*. Penguatan masyarakat dengan pendekatan religi diperlukan untuk mendukung garis pertahanan keluarga menghadap kondisi pendemi ini.

Daftar Pustaka

Abu Khait, A., & Lazenby, M. (2021). Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: an integrative review. *BMC Palliative Care, 20(1),* 51. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00746-x

Ameis, S. H., Lai, M.-C., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Molecular Autism, 11(1),* 61. https://doi.org/10.1186/s13229-020-00365-y

Bentzen, J. S. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information*. January.

Bentzen, J. S. (2021). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of Economic Behavior & Organization, 192(January),* 541–583. https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014

Borges, C. C., dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 19(1),* 246. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7

Braam, D. H., Srinivasan, S., Church, L., Sheikh, Z., Jephcott, F. L., & Bukachi, S. (2021). Lockdowns, lives and livelihoods: the impact of COVID-19 and public health responses to conflict affected populations - a remote qualitative study in Baidoa and Mogadishu,

Somalia. *Conflict and Health, 15(1),* 47. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00382-5

Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Hein, R., & Dienberg, T. (2020). Perceived changes of specific attitudes, perceptions and behaviors during the Corona pandemic and their relation to well-being. *Health and Quality of Life Outcomes, 18(1),* 374. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01623-6

Chen, H., Gao, J., Dai, J., Mao, Y., Wang, Y., Chen, S., Xiao, Q., & Jia, Y. (2021). Generalized anxiety disorder and resilience during the COVID-19 pandemic : evidence from China during the early rapid outbreak. *BMC Public Health, 1–10*.

Chirico, F., & Nucera, G. (2020). An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic. *Journal of Religion and Health, 59(5),* 2193–2195. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01036-1

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes, 16(1),* 75. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x

Desie, Y., Habtamu, K., Asnake, M., Gina, E., & Mequanint, T. (2021). Coping strategies among Ethiopian migrant returnees who were in quarantine in the time of COVID-19: a center-based cross-sectional study. *BMC Psychology, 9(1),* 192. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00699-z

Ehrenberg, J. P., Utzinger, J., Fontes, G., da Rocha, E. M. M., Ehrenberg, N., Zhou, X.-N., & Steinmann, P. (2021). Efforts to mitigate the economic impact of the COVID-19 pandemic: potential entry points for neglected tropical diseases. *Infectious Diseases of Poverty, 10(1),* 2. https://doi.org/10.1186/s40249-020-00790-4

Fatima, H., Oyetunji, T. P., Mishra, S., Sinha, K., Olorunsogbon, O. F., Akande, O. S., Srinivasan, & Kar, S. K. (2022). Religious coping in the time of COVID-19 Pandemic in India and Nigeria: Finding of a cross-national community survey. International *Journal of Social Psychiatry, 68(2),* 309–315. https://doi.org/10.1177/0020764020984511

Gardiner, E., Mâsse, L. C., & Iarocci, G. (2019). A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of

children with autism spectrum disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 17(1),* 45. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x

Gayatri, M., & Irawaty, D. K. (2022). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. *The Family Journal, 30(2),* 132–138. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10664807211023875

Gijsberts, M.-J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences, 7(2),* 25. https://doi.org/10.3390/medsci7020025

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity, 87(May),* 172–176. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040

Harrop, E., Scott, H., Sivell, S., Seddon, K., Fitzgibbon, J., Morgan, F., Pickett, S., Byrne, A., Nelson, A., & Longo, M. (2020). Coping and well-being in bereavement: two core outcomes for evaluating bereavement support in palliative care. *BMC Palliative Care, 19(1),* 29. https://doi.org/10.1186/s12904-020-0532-4

Hassan, S. M., Ring, A., Tahir, N., & Gabbay, M. (2021). The impact of COVID-19 social distancing and isolation recommendations for Muslim communities in North West England. *BMC Public Health, 21(1),* 812. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10869-8

Heo, S., Desai, M. U., Lowe, S. R., & Bell, M. L. (2021). Impact of Changed Use of Greenspace during COVID-19 Pandemic on Depression and Anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(11),* 5842. https://doi.org/10.3390/ijerph18115842

Hossain, A., Alam, M. J., Mydam, J., & Tareque, M. (2022). Do the issues of religious minority and coastal climate crisis increase the burden of chronic illness in Bangladesh? *BMC Public Health, 22(1),* 270. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12656-5

Kabir, A., Datta, R., Raza, S. H., & Maitrot, M. R. L. (2019). Health shocks, care-seeking behaviour and coping strategies of extreme poor households in Bangladesh's Chittagong Hill tracts. *BMC Public Health, 19(1),* 1008. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7335-7

Kansiime, M. K., Tambo, J. A., Mugambi, I., Bundi, M., Kara, A., & Owuor, C. (2021). COVID-19 implications on household income and food security in Kenya and Uganda: Findings from a rapid assessment. *World Development, 137(January),* 105199. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105199

Khesroh, E., Butt, M., Kalantari, A., Leslie, D. L., Bronson, S., Rigby, A., & Aumiller, B. (2022). The use of emotional intelligence skills in combating burnout among residency and fellowship program directors. *BMC Medical Education, 22(1),* 127. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03187-z

Lormans, T., de Graaf, E., van de Geer, J., van der Baan, F., Leget, C., & Teunissen, S. (2021). Toward a socio-spiritual approach? A mixed-methods systematic review on the social and spiritual needs of patients in the palliative phase of their illness. *Palliative Medicine, 35(6),* 1071–1098. https://doi.org/10.1177/02692163211010384

Molenaar, J., Hanlon, C., Alem, A., Wondimagegn, D., Medhin, G., Prince, M., & Stevenson, E. G. J. (2020). Perinatal mental distres in a rural Ethiopian community: a critical examination of psychiatric labels. *BMC Psychiatry, 20(1),* 223. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02646-5

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery, 78(April),* 185–193. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018

Nuwematsiko, R., Nabiryo, M., Bomboka, J. B., Nalinya, S., Musoke, D., Okello, D., & Wanyenze, R. K. (2022). Unintended socio-economic and health consequences of COVID-19 among slum dwellers in Kampala, Uganda. *BMC Public Health, 22(1),* 88. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12453-6

O'Neill, A., Jayawickreme, N., Blackie, L. E. R., Demaske, A., Goonasekera, M. A., & Jayawickreme, E. (2021). Knowing when someone is resilient: Development and validation of a measure of adaptive functioning among war-affected Sri Lankan Tamils. *SSM - Mental Health, 1(September),* 100026. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100026

Olashore, A. A., Akanni, O. O., & Oderinde, K. O. (2021). Neuroticism, resilience, and social support: correlates of severe anxiety among hospital workers during the COVID-19 pandemic in Nigeria and Botswana. *BMC Health Services Research, 21(1),* 398. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06358-8

Oxholm, T., Rivera, C., Schirrman, K., & Hoverd, W. J. (2021). New Zealand Religious Community Responses to COVID-19 While Under Level 4 Lockdown. *Journal of Religion and Health, 60(1),* 16–33. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01110-8

Pirutinsky, S., Cherniak, A. D., & Rosmarin, D. H. (2020). COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox Jews. *Journal of Religion and Health, 59(5),* 2288–2301. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z

Pit, S., Fisk, M., Freihaut, W., Akintunde, F., Aloko, B., Berge, B., Burmeister, A., Ciacâru, A., Deller, J., Dulmage, R., Han, T. H., Hao, Q., Honeyman, P., Huber, P. C., Linner, T., Lundberg, S., Nwamara, M., Punpuing, K., Schramm, J., … Yap, J. C. H. (2021). COVID-19 and the ageing workforce: global perspectives on needs and solutions across 15 countries. *International Journal for Equity in Health, 20(1),* 221. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01552-w

Plenty, S., Bracegirdle, C., Dollmann, J., & Spiegler, O. (2021). Changes in young adults' mental well-being before and during the early stage of the COVID-19 pandemic: disparities between ethnic groups in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15(1),* 69. https://doi.org/10.1186/s13034-021-00418-x

Radetić-Paić, M., & Černe, K. (2020). The influence of family income on students' family resilience in Croatia. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja, 33(1),* 1172–1181. https://doi.org/10.1080/1331677X.2019.1697332

Riehm, K. E., Brenneke, S. G., Adams, L. B., Gilan, D., Lieb, K., Kunzler, A. M., Smail, E. J., Holingue, C., Stuart, E. A., Kalb, L. G., & Thrul, J. (2021). Association between psychological resilience and changes in mental distres during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders, 282(December 2020),* 381–385. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.071

Siette, J., Seaman, K., Dodds, L., Ludlow, K., Johnco, C., Wuthrich, V., Earl, J. K., Dawes, P., Strutt, P., & Westbrook, J. I. (2021). A

national survey on COVID-19 second-wave lockdowns on older adults' mental well-being, health-seeking behaviours and social outcomes across Australia. *BMC Geriatrics, 21(1),* 400. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02352-1

Suzuki, K., Hiratani, M., Mizukoshi, N., Hayashi, T., & Inagaki, M. (2018). Family resilience elements alleviate the relationship between maternal psychological distres and the severity of children's developmental disorders. *Research in Developmental Disabilities, 83(May),* 91–98. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.08.006

Toledano-Toledano, F., Moral de la Rubia, J., McCubbin, L. D., Liebenberg, L., Vera Jiménez, J. A., Rivera-Rivera, L., Hart, A., Barajas Nava, L. A., Salazar García, M., Martínez Valverde, S., Rivera Aragón, S., Sánchez Gómez, C., Villavicencio Guzmán, L., Granados García, V., & Garduño Espinosa, J. (2017). Validity and reliability of the Mexican resilience measurement scale in families of children with chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes, 15(1),* 242. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0817-3

van der Boor, C. F., Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C., & White, R. G. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health, 14(1),* 48. https://doi.org/10.1186/s13031-020-00292-y

van der Velden, P. G., Contino, C., Das, M., van Loon, P., & Bosmans, M. W. G. (2020). Anxiety and depression symptoms, and lack of emotional support among the general population before and during the COVID-19 pandemic. A prospective national study on prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 277(April),* 540–548. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.026

Xiao, Y., Liu, F., Ran, H., Deng, W., Che, Y., Fang, D., & Donald, A. R. (2021). Resilience mediates the association between self-harm and suicidal ideation in Chinese left-behind children. *BMC Public Health, 21(1),* 2055. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12153-1

Zarrouq, B., Abbas, N., Hilaly, J. El, Asri, A. El, Abbouyi, S., Omari, M., Malki, H., Bouazza, S., Moutawakkil, S. G., Halim, K., & Ragala, M. E. (2021). An investigation of the association between religious coping, fatigue, anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Morocco: a web-based cross-sectional survey. *BMC Psychiatry, 21(1),* 264. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03271-6

5

RELIGIOUS WELL-BEING DAN KETAHANAN SPIRITUALITAS KELUARGA

A. Latar Belakang

Tingginya penularan dan penyebaran penyakit COVID-19 menyerang banyak komunitas tanpa pandang bulu (Polizzi *et al.,* 2020) serta sangat membahayakan kesehatan. Pada bulan September 2021, tercatat 230.326.827 kasus baru diseluruh dunia dan 4.722.924 kematian karena COVID (October *et al.,* 2021) tidak mengherankan ketakutan akan COVID-19 dapat mempengaruhi kesejahteraan masyarakat. Ketakutan karena COVID-19 mempengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan (Masuyama *et al.,* 2022).

Penelitian yang dilakukan Parvar *et al.,* (2022) menunjukkan bahwa selama pandemi prevalensi depresi sebanyak 26,1 %, kecemasan sebanyak 33,2% dan stres sebanyak 5,8% (Parvar *et al.,* 2022). Adanya peraturan jarak sosial dan isolasi diri yang diterapkan banyak negara diseluruh dunia menyebabkan perubahan dramatis yang terjadi di lingkungan masyarakat dan menimbulkan berbagai kesehatan mental seperti kecemasan, ketakutan, kesedihan, perasaan khawatir, perilaku implusif dan sulit berkonsentrasi (Oosterhoff *et al.,* 2020). Keyakinan spiritualitas dapat mengurangi rasa takut dan kecemasan yang terjadi karena memberikan rasa aman (Krok *et al.,* 2021).

Religious Well-being merupakan ekspresi spiritual dari seseorang yang berhubungan dengan diri sendiri, Tuhan, masyarakat dan lingkungan yang diukur dalam dimensi kesejahteraan eksistensial dan keagamaan (Malinakova *et al.,* 2017; Oglesby *et al.,* 2021; Rachman, 2018). *Religious Well-being* atau kesejahteraan spiritual memiliki pengaruh terhadap ketahanan keluarga dalam aspek spiritualitas untuk menghadapi perubahan atau krisis yang terjadi (Li *et al.,* 2019). Pandemi

COVID-19 merupakan perubahan dan krisis yang dapat memberikan ancaman religiusitas dan mempengaruhi ketahanan keluarga dalam spiritualitas (Hassan *et al.,* 2021). Ketahanan keluarga mengacu kepada kekuatan bertahan dan pulih dari kesulitan yang memerlukan adaptasi konstruktif (Walsh, 2020). Pandemi COVID-19 menimbulkan tingkat ketakutan dan kecemasan yang tinggi dan menyebabkan perubahan signifikan dalam gaya hidup, termasuk keyakinan dan perilaku keagamaan (Lucchetti *et al.,* 2021). Ketahanan dimasa pandemi dapat menurunkan tingkat kekhawatiran terhadap kecemasan (Barzilay *et al.,* 2020).

Tingkat kesejahteraan spiritual yang rendah karena menurunnya tingkat kepuasan hidup dan terganggunya rasa akan makna dan tujuan kehidupan yang dialami masyarakat karena pandemi COVID-19 (Zhang *et al.,* 2020). Hal ini dapat diatasi dengan menguatkan ketahanan spiritual (Gardiner *et al.,* 2019; George-Edwards, 2019; Nelson-Becker & Thomas, 2020). Ketahanan spiritual berbeda bentuk dari ketahanan lainnya, ketahanan spiritual dapat menguatkan dan memberdayakan ketahanan yang diwujudkan dalam bentuk emosional biopsikososial lainnya (Nelson-Becker & Thomas, 2020).

Spiritual merupakan faktor yang efektif untuk mengatasi stres dan kecemasan terkait COVID-19 (Lucchetti *et al*., 2021; Walsh, 2020). Spiritual sebagai sumber dukungan sosial, menciptakan rasa berarti untuk mengatasi kebingungan, dan meningkatkan rasa kontrol secara tidak langsung atas suatu peristiwa (Dehghan *et al.,* 2021). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Sunarti *et al.,* 2022) menunjukkan bahwa menurut indikator ketahanan keluarga, sebanyak 95% peserta percaya jika pandemi ini merupakan ujian dari Tuhan Yang Maha Esa dan menyadarkan peserta akan pentingnya keluarga, hal ini menunjukkan bahwa nilai-nilai spiritualitas dapat menjadi koping yang baik dalam keluarga. Kesehatan spiritual tercipta ketika seseorang secara sukarela memperkuat kekuatan spiritualnya melalui do'a, relaksasi, dan bergaul dengan orang-orang yang memiliki pemikiran sama, dan juga belajar dari pembimbing spiritual serta membaca buku-buku tentang keagamaan (Sadat hoseini *et al.,* 2019).

Dalam mengatasi dampak menurunnya ketahanan spiritual, *religious well-being* atau kesejahteraan spiritual dapat digunakan sebagai pelindung dalam kesehatan psikologis dan mental dan juga kesehatan

fisik, hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Coppola *et al.,* 2021). Penelitian ini juga menyebutkan bahwa mengatasi kebutuhan psikososial dan spiritualitas dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan individu, terutama pada kondisi pandemi saat ini, hal ini juga terdapat dalam penelitian yang dilakukan oleh (Naja *et al.,* 2021). Tujuan penelitian ini adalah menganalisa pengaruh *religious well-being* terhadap ketahanan spiritualitas keluarga dimasa pandemic COVID-19.

B. Metode

Berikut ini hasil penelitian terkait dengan *religious well-being* dan ketahanan spiritual keluarga. Penelitian ini dilakukan dengan desain *cross-sectional survey*. Penelitian akan dilakukan pada tahun 2021-2022. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh warga negara Indonesia yang ada di wilayah Desa Tamanharjo Singosari Malang Provinsi Jawa Timur. Sampel penelitiannya adalah warga Indonesia di Desa Tamanharjo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang dengan besar sampel ditentukan dengan G Power versi 3.1 dengan z test, logistic regresi, odds ratio 1.5, kekuatan 80%, dan eror probabilitas 0.05 didapatkan besar sampel sebanyak 243 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* dengan teknik *accidental sampling*.

Variabel penelitian ini adalah variabel independent yang utama adalah *religious well-being*. Terdapat 10 item pertanyaan kuesioner dengan range skor 1-6 (1 = sering digunakan, 6 = tidak pernah digunakan). Beberapa pertanyaan sebagai berikut; "Saya tidak merasakan kepuasan saat berdoa pada Tuhan secara pribadi?, Saya tidak tahu siapa saya, dari mana saya berasal atau kemana tujuan saya?" Nilai minimal dan maksimal kuesioner ini adalah 10-60. Selanjutnya di kategorikan menjadi 2 yaitu *poor* (> median), good (< median). Selain variabel utama ada variabel independent yang lain meliputi: usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan. Usia dikategorikan menjadi 6 katagori (1= 17 -25 tahun; 2 = 26-5 tahun; 3 = 36-45 tahun; 4 = 46-55 tahun; 5 = 56-65 tahun; 6 = > 65 tahun). Pendidikan meliputi: 0: tidak sekolah; 1: SD; 2: SMP; 3: SMA; 4: PT. Tipe keluarga dibedakan menjadi: *nuclear family* = 1; *extended family* = 2; dan *single parent* = 3. Penghasilan terbagi menjadi 2 yaitu: kurang dari 3 juta = 1; lebih dari 3 juta = 2.

Varibel dependent penelitian ini adalah ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga. Terdapat 4 item pertanyaan meliputi: beribadah ditempat ibadah, meminta nasihat tokoh, keyakinan kepada Tuhan dan berpartisipasi dalam kegiatan ibadah. Kuesioner menggunakan skala *likert* 1-4 (1 = tidak setuju; 4 = sangat setuju). Skor komposit antara 4-108. Selanjutnya di kategorikan menjadi 2 yaitu adekuat (> median), inadekuat (< median). Peneliti mendesain survey dalam bentuk kuesioner elektronik dengan *google form*. Partisipan akan mendapatkan link dari survey elektronik. Persiapan membutuhkan waktu 30 menit untuk mengisi kuesioner. Untuk meningkatkan pertisipasi diberikan insentif kepada partisipan setelah mengisi kuesioner.

Seluruh data dianalisis menggunakan software SPSS (*Statistical Package for Sosial Science*) versi 21 (IBM USA). Analisa deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi religious coping, usia, usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan dan ketahanan keluarga dengan frekuensi dan persentase. Analisa binary logistik digunakan untuk menyeleksi kandidat variabel. Variabel dengan $p < 0.25$), masuk dalam pemodelan. Analisa Multivariat digunakan untuk menganalisa pengaruh variabel kandidat terhadap ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah di masa pandemi COVID-19. Tingkat kebebasan yang digunakan adalah 95% dengan *standart error* 0,05. Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan nomor protokol E.5.a/007/KEPK-UMM/I/2022. Partisipan memberikan persetujuan tertulis untuk partisipasi sebelum pengumpulan data.

C. Hasil penelitian

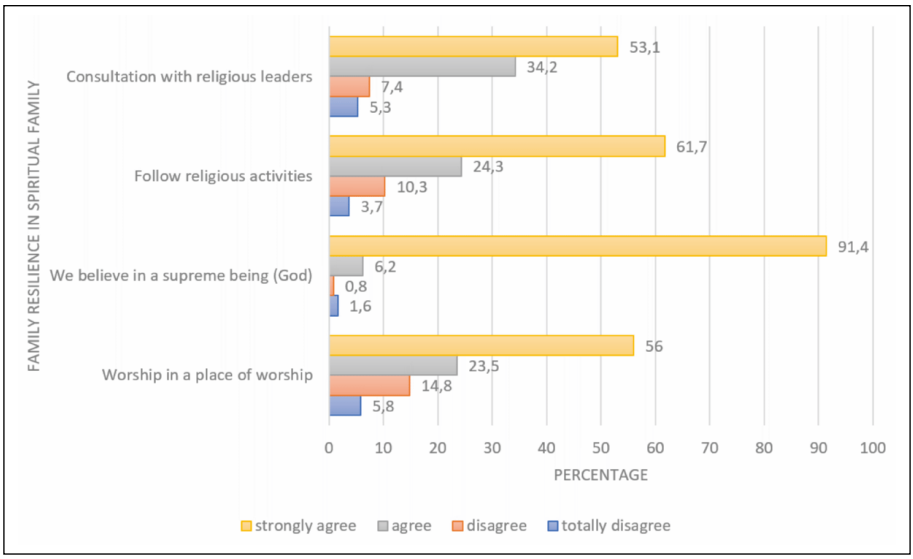
Hasil penelitian ini menemukan bahwa usia sebagian besar direntang 46 – 55 tahun sebanyak 30.9%, dengan tingkat pendidikan SMA (47.7%). Tipe keluarga paling banyak adalah *nuclear family* (66.7%). Sebagian warga berpenghasilan dibawah 3 juta rupiah (90.5%). Warga yang bekerja sebesar 33,3%. *Religious well-being* yang baik 51% dan ketahanan keluarga yang adekuat dalam spiritualitas keluarga 53,5% (tabel 9).

Tabel 9: Karakteristik responden (N=243)

Karakteristik	N	Persentase
Usia		
17-25	19	7.8%
26-35	57	23.5%
36-45	56	23.0%
46-55	75	30.9%
56-65	27	11.1%
>65	9	3.7%
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	0.4%
SD	46	18.9%
SMP	55	22.6%
SMA	116	47.7%
PT	25	10.3%
Tipe keluarga		
Nuclear family	162	66.7%
Extended family	60	24.7%
Single parent	21	8.6%
Penghasilan		
<3 juta	220	90.5%
>3 juta	23	9.5%
Pekerjaan		
Bekerja	81	33.3%
Tidak bekerja	162	66.7%
Religious well-being		
Poor	119	49%
Good	124	51%
Ketahanan spiritualitas keluarga		
Inadekuat	113	46.5%
Adekuat	130	53.5%

Gambar 4 menunjukkan ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga berupa keyakinannya pada kekuatan yang Maha Besar (Tuhan) 91.4%, mengikuti aktivitas beragama 61,7%, 56 beribadah di tempat ibadah, dan berkonsultasi dengan pemuka agama 53.1%.

Faktor yang mempengaruhi ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga adalah *religious well-being*. Keluarga yang memiliki *riligious well-being* yang adekuat akan berpeluang 4 kali memiliki ketahanan dalam spiritualitas keluarga dibandingkan dengan keluarga yang *religious well-being* tidak adekuat (OR:3.807; 95%CI: 2.230-6.498) (tabel 10).



Gambar 4: Skor item kuesioner ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga di tengah pandemi COVID-19 (N=243)

Tabel 10: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga

Variabel	B	SE	Wald	p-value	OR	95%CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
Religious well-being	1.337	.273	24.016	0.000	3.807	2.230	6.498
Constant	-1.822	.419	18.936	0.000	0.162		

Seleksi kandidat yang masuk model adalah *religious well-being*, pendidikan dengan nilai p<0.25 secara berturut-turut 0.000, 0.161, sedangkan variabel tidak masuk dalam model karena memiliki nilai p>0.25 yaitu usia (p:0.288), tipe keluarga (p:0.268), pekerjaan (p:0.552), penghasilan (p:0.321).

Hasil penelitian menunjukkan *religious well-being* atau kesejahteraan spiritual mempengaruhi ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Mendonça *et al.*, (2021) menyebutkan bahwa hubungan dengan Tuhan memiliki kontribusi dalam kesejahteraan hidup (Mendonça *et al.*, 2021). Keluarga yang terjangkit COVID-19 terkadang mengalami kesepian, *religious well-being* atau kesejahteraan spiritual dapat mengurangi

kesepian yang dirasakan (Durmuş *et al.,* 2022). Kesejahteraan spiritual juga memiliki peranan dalam mengatasi stres yang terjadi, hal disebabkan ada hubungan antara kesejahteraan spiritual, kedamaian, iman serta penyesuaian psikologis dengan stres yang terjadi (Park, 2017). Kesejahteraan spiritual bersama dengan harapan dan ketahanan dapat menjadi prediktor stres yang baik (Nooripour *et al.,* 2021).

Pandemi yang sedang berlangsung juga menyebabkan perubahan rutinitas dalam keluarga, perubahan tersebut dapat memicu masalah keluarga serta masalah kesehatan (Ameis *et al.,* 2020). Hal ini mengharuskan keluarga untuk saling mendukung satu sama lain termasuk dukungan spiritual. Karena, spiritualitas dapat menjadi dukungan yang berharga (Kvarfordt & Herba, 2018) dan menjadi sumber penting bagi kesehatan serta kesejahteraan yang tidak boleh diremehkan manfaatnya (Koenig *et al.,* 2020). Tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Braam & Koenig, (2019) menyebutkan bahwa beberapa aspek dari spiritualitas/religiusitas seperti kehadiran ditempat ibadah serta arti penting agama telah terbukti memiliki kemampuan sederhana namun konsisten untuk memprediksi tingkat masalah kesehatan mental dari waktu ke waktu (Braam & Koenig, 2019).

Religious well-being atau kesejahteraan spiritual dianggap sebagai faktor stabilitas hidup dan kedamaian rohani (Tassell-Matamua & Frewin, 2019). Dalam beberapa penelitian, dibuktikan bahwa memperkuat dimensi spiritual dalam kehidupan dapat meningkatkan kemampuan adaptasi seseorang dalam perubahan kondisi (Corbett *et al.,* 2017), menjaga kesehatan mental (Vitorino *et al.,* 2018), dan meningkatkan fungsi sosial (Mohammadi *et al.,* 2017). Spiritualitas juga meningkatkan fleksibilitas kognitif serta ketahanan individu untuk menerima situasi sulit (Plexico *et al.,* 2019). Penelitian Ebrahimi *et al.,* (2021) menunjukkan bahwa peningkatan ketahanan keluarga berhubungan dengan derajat kesejahteraan spiritualitas yang lebih tinggi dalam kesejahteraan religious dan kesejahteraan eksistensial (Ebrahimi *et al.,* 2021).

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa faktor usia, tipe keluarga, penghasilan keluarga serta tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap ketahanan spiritualitas keluarga. Faktor usia menjadi faktor langsung yang berhubungan dengan kematangan seseorang untuk mempersepsikan suatu hal. Sehingga usia tidak memiliki pengaruh terhadap ketahanan spiritual (Iqbal & Adriani, 2021). Hal ini

juga selaras dengan penelitian Koenig (2020) yang mengatakan bahwa usia memiliki dampak yang signifikan terhadap perpepsi seseorang dalam hal kesejahteraan spiritual (Koenig, 2020).

Tipe keluarga dan penghasilan keluarga tidak berpengaruh terhadap ketahanan spiritual. Tingginya penghasilan keluarga tidak menjamin ketahanan spiritual yang baik, dan juga rendahnya penghasilan keluarga tidak menutup kemungkinan jika keluarga tersebut memiliki ketahanan spiritual yang baik. Hal ini tergantung bagaimana keluarga bersyukur atas semua yang terjadi, (Gayatri & Irawaty, 2022) mengungkapkan jika pentingnya menciptakan praktik syukur setiap hari untuk membangun kesejahteraan keluarga serta ketahanan keluarga.

Tinggi rendahnya tingkat pendidikan tidak menjamin kuatnya ketahanan spiritual dalam keluarga. Karena ketahanan spiritual timbul dari keyakinan diri dan kesadaran akan adanya Yang Maha Tinggi (Tuhan), hal ini selaras dengan penelitian (Dey *et al.,* 2021) yang menyebutkan bahwa spiritualitas mengacu pada pengalaman dan perasaan batin yang mendalam serta kepercayaan yang timbul dari kesadaran adanya keberadaan Yang Maha Suci yang dapat meningkatkan makna tujuan hidup dan kedamaian batin. Penelitian yang dilakukan (Iqbal & Adriani, 2021) juga menunjukkan jika tingkat pendidikan tidak ditemukan hubungan yang signifikan dengan tingkat ketahanan spiritual.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan tidak berpengaruh terhadap ketahanan spiritualitas keluarga. Pada masa pandemi ini, tingkat pengangguran meningkat, serta perubahan pada peraturan kerja untuk mengurangi paparan COVID-19. Hal ini selaras dengan pernyataan (Fan *et al.*, 2021) yang menyebutkan berkembangnya pandemi secara global menyebabkan terjadinya pengangguran massal, dan peningkatan kerja jarak jauh. Terdapat dampak positif dari bekerja jarak jauh, dimana keluarga akan memiliki banyak waktu untuk lebih dekat dengan anggota keluarga lainnya. Penelitian terdahulu yang dilakukan (Luttik *et al.,* 2020) menyatakan diluar dampak negatif dari pandemi dapat mengganggu hubungan keluarga, pandemi juga memberikan dampak positif bagi keluarga, dimana keluarga memiliki banyak waktu yang berkualitas dan dapat dihabiskan bersama-sama. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ketahanan keluarga dalam spiritualitas keluarga sangat dipengaruhi oleh faktor *religiuos well-being*.

Penguatan masyarakat dengan pendekatan religi diperlukan untuk mendukung garis pertahanan keluarga menghadapi kondisi pendemi ini.

Daftar Pustaka

Ameis, S. H., Lai, M.-C., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Molecular Autism, 11(1),* 61. https://doi.org/10.1186/s13229-020-00365-y

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stres, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10(1).* https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4

Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 257(April),* 428–438. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063

Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 12(April).* https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.626944

Corbett, M., Lovell, M., & Siddall, P. J. (2017). The role of spiritual factors in people living with chronic pain:A qualitative investigation. *Journal for the Study of Spirituality, 7(2),* 142–153. https://doi.org/10.1080/20440243.2017.1370908

Dehghan, M., Namjoo, Z., Zarei, A., Tajedini, H., Bahrami, A., & Zakeri, M. A. (2021). The relationship between coronavirus anxiety, mindfulness and spiritual health in patients with cancer: A survey in southeast iran. *Psychiatry Investigation, 18(5),* 443–452. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0441

Dey, N. E. Y., Amponsah, B., & Wiafe-Akenteng, C. B. (2021). Spirituality and subjective well-being of Ghanaian parents of children with special needs: The mediating role of resilience.

Journal of Health Psychology, 26(9), 1377–1388. https://doi.org/10.1177/1359105319873956

Durmuş, M., Çiftci, N., Gerçek, A., & Durmuş, Y. (2022). The Effect of COVID -19 Crisis on Hopelessness, Loneliness and Spiritual Well-Being of Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes in Turkey. *Journal of Religion and Health*. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01496-z

Ebrahimi, A., Yadollahpour, M. H., Akbarzadeh Pasha, A., Seyedi-Andi, S. J., & Khafri, S. (2021). The relationship between spiritual health and resilience in hemodialysis patients. *Journal of Babol University of Medical Sciences, 23(1),* 135–141.

Fan, J., Senthanar, S., Macpherson, R. A., Sharpe, K., Peters, C. E., Koehoorn, M., & McLeod, C. B. (2021). An Umbrella Review of the Work and Health Impacts of Working in an Epidemic/Pandemic Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(13).* https://doi.org/10.3390/ijerph18136828

Gardiner, E., Mâsse, L. C., & Iarocci, G. (2019). A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 17(1),* 45. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x

Gayatri, M., & Irawaty, D. K. (2022). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. *The Family Journal, 30(2),* 132–138. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10664807211023875

George-Edwards, L. L. (2019). *The Relationships among Spirituality, Religious Coping, and Resilience in Northern Appalachian Displaced Workers Submitted by Lucinda Lea George-Edwards A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctorate of Phil*. Grand Canyon University.

Hassan, S. M., Ring, A., Tahir, N., & Gabbay, M. (2021). The impact of COVID-19 social distancing and isolation recommendations for Muslim communities in North West England. *BMC Public Health, 21(1),* 812. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10869-8

Iqbal, M., & Adriani, S. R. (2021). Overview of Family Resilience Index in South Tangerang City During COVID-19 Pandemic. *Jurnal Psikologi Malaysia, 35(3),* 6.

Koenig, H. G. (2020). Maintaining Health and Well-Being by Putting Faith into Action During the COVID-19 Pandemic. *Journal of*

Religion and Health, 59(5), 2205–2214. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2

Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: recent developments in research. *BJPsych Advances, 26(5),* 262–272. https://doi.org/10.1192/bja.2019.81

Krok, D., Zarzycka, B., & Telka, E. (2021). Religiosity, Meaning-Making and the Fear of COVID-19 Affecting Well-Being Among Late Adolescents in Poland: A Moderated Mediation Model. *Journal of Religion and Health, 60(5),* 3265–3281. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01375-7

Kvarfordt, C. L., & Herba, K. (2018). Religion and Spirituality in Social Work Practice with Children and Adolescents: A Survey of Canadian Practitioners. *Child and Adolescent Social Work Journal, 35(2),* 153–167. https://doi.org/10.1007/s10560-017-0513-5

Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., & Wang, K. (2019). Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European Journal of Cancer Care, 28(2),* 1–8. https://doi.org/10.1111/ecc.12984

Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. de A., do Carmo, V. M., & Manso, M. E. G. (2021). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. International *Journal of Social Psychiatry, 67(6),* 672–679. https://doi.org/10.1177/0020764020970996

Luttik, M. L. A., Mahrer-Imhof, R., García-Vivar, C., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Imhof, L., Østergaard, B., Svavarsdottir, E. K., & Konradsen, H. (2020). The COVID-19 Pandemic: A Family Affair. *Journal of Family Nursing, 26(2),* 87–89. https://doi.org/10.1177/1074840720920883

Malinakova, K., Kopcakova, J., Kolarcik, P., Geckova, A. M., Solcova, I. P., Husek, V., Kracmarova, L. K., Dubovska, E., Kalman, M., Puzova, Z., van Dijk, J. P., & Tavel, P. (2017). The Spiritual Well-Being Scale: Psychometric Evaluation of the Shortened Version in Czech Adolescents. *Journal of Religion and Health, 56(2),* 697–705. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0318-4

Masuyama, A., Shinkawa, H., & Kubo, T. (2022). Validation and Psychometric Properties of the Japanese Version of the Fear of

COVID-19 Scale Among Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20(1),* 387–397. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00368-z

Mendonça, A. B., Pereira, E. R., Magnago, C., da Silva, P. G., Morett Leão, D. C., Costa Rosa Andrade Silva, R. M., & Meira, K. C. (2021). Distres and Spiritual Well-Being in Brazilian Patients Initiating Chemotherapy during the COVID-19 Pandemic—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24),* 13200. https://doi.org/10.3390/ijerph182413200

Mohammadi, M., Alavi, M., Bahrami, M., & Zandieh, Z. (2017). Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 22(6),* 471–475. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_171_16

Naja, F., Radwan, H., Cheikh Ismail, L., Hashim, M., Rida, W. H., Abu Qiyas, S., Bou-Karroum, K., & Alameddine, M. (2021). Practices and resilience of dieticians during the COVID-19 pandemic: a national survey in the United Arab Emirates. *Human Resources for Health, 19(1),* 1–12. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00682-0

Nelson-Becker, H., & Thomas, M. (2020). Religious/spiritual struggles and spiritual resilience in marginalised older adults. *Religions, 11(9),* 1–17. https://doi.org/10.3390/rel11090431

Nooripour, R., Hosseinian, S., Hussain, A. J., Annabestani, M., Maadal, A., Radwin, L. E., Hassani-Abharian, P., Pirkashani, N. G., & Khoshkonesh, A. (2021). How Resiliency and Hope Can Predict Stres of Covid-19 by Mediating Role of Spiritual Well-being Based on Machine Learning. *Journal of Religion and Health, 60(4),* 2306–2321. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01151-z

October, K. R., Petersen, L. R., Adebiyi, B., Rich, E., & Roman, N. V. (2021). COVID-19 Daily Realities for Families: A South African Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(1),* 221. https://doi.org/10.3390/ijerph19010221

Oglesby, L. W., Gallucci, A. R., Wynveen, C., Ylitalo, K., & Benson, N. (2021). The relationship between spiritual well-being and burnout in collegiate athletic trainers. *Journal of Athletic Training, 56(5),* 518–528. https://doi.org/10.4085/1062-6050-0105-20

Oosterhoff, B., Palmer, C. A., Wilson, J., & Shook, N. (2020). Adolescents' Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. *Journal of Adolescent Health, 67(2),* 179–185. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.004

Park, C. L. (2017). Spiritual well-being after trauma: Correlates with appraisals, coping, and psychological adjustment. *Journal of Prevention and Intervention in the Community, 45(4),* 297–307. https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1197752

Parvar, S. Y., Ghamari, N., Pezeshkian, F., & Shahriarirad, R. (2022). Prevalence of anxiety, depression, stres, and perceived stres and their relation with resilience during the COVID-19 pandemic, a cross-sectional study. *Health Science Reports, 5(1),* 1–12. https://doi.org/10.1002/hsr2.460

Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 59(October),* 52–63. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.004

Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stres and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry, 17(2),* 59–62. https://doi.org/10.36131/CN20200204

Rachman, T. (2018). The contribution of spiritual well-being to the self-efficacy, resilience, and burnout of substance use disorder councelors. *Angewandte Chemie International Edition, 6(11),* 951–952., 10–27.

Sadat hoseini, A. S., Razaghi, N., Khosro Panah, A. H., & Dehghan Nayeri, N. (2019). A Concept Analysis of Spiritual Health. *Journal of Religion and Health, 58(4),* 1025–1046. https://doi.org/10.1007/s10943-017-0522-x

Sunarti, E., Fithriyah, A. F., Khoiriyah, N., Novyanti, W., Islamia, I., & Hasanah, V. R. (2022). Portrait of Indonesian Family During One Year the COVID-19 Pandemic: Analysis of Factors Influencing Family Welfare and Resilience. *Journal of Disaster Research, 17(1),* 31–42. https://doi.org/10.20965/jdr.2022.p0031

Tassell-Matamua, N. A., & Frewin, K. E. (2019). Psycho-spiritual transformation after an exceptional human experience. *Journal of*

Spirituality in Mental Health, 21(4), 237–258. https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1481487

Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports, 8(1),* 1–9. https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w

Walsh, F. (2020). Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. *Family Process, 59(3),* 898–911. https://doi.org/10.1111/famp.12588

Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distres and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research, 288(March),* 112958. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958

6

RELIGIOUS KOPING DAN KETAHANAN KELUARGA DALAM BERKOMUNIKASI

A. Latar Belakang

Religious Coping merupakan suatu mekanisme strategi coping adaptif dengan melibatkan iman individu ketika dihadapkan dengan permasalahan (Mesidor & Sly, 2019), pengelolahaan situasi permasalah dengan cara berdoa (Jong, 2021), dengan menyerahkan sepenuhnya pada kehendak Tuhan sehingga harapannya dapat beradaptasi dengan situasi yang terjadi (Rababa M, Hayajneh AA, 2020). Koping religius memiliki pengaruh strategis untuk menstabilkan ketahanan keluarga sebagai bentuk pengelolaan krisis kesehatan masyarakat akibat pandemi COVID-19, seperti kehilangan pekerjaan, kurangnya dukungan sosial dan permasalahan kesehatan mental akibat kekerasan dalam rumah tangga (Raman *et al.,* 2020).

Kondisi stres juga ditimbulkan dari berita utama yang didominasi oleh berita tentang COVID-19 (Rosenthal & Thompson, 2020). Menanggapi situasi tersebut dibutuhkan kesiapsiagaan dan respon kritis mencakup peran komunikasi efektif meliputi proaktif, santun, imajinatif, inovatif, kreatif, professional sebagai strategi penyelesaian masalah (Einspieler & Marschik, 2020; Konaszewski *et al.,* 2020). Penelitian Tang *et al.,* (2020) menunjukkan bahwa pandangan positif dengan melibatkan komunikasi efektif dapat mengelola kesehatan mental (Tang *et al.,* 2020), dan sekaligus sebagai penyelesaian masalah untuk dapat menjadi penyangga dalam pengelolaan ketahanan keluarga serta melibatkan dukungan koping religius ketika berhadapan dengan permasalahan sulit di masa pandemi COVID-19 ini (Hassan *et al.,* 2021).

Pandemi COVID- 19 menimbulkan krisis kesehatan masyarakat, Hal ini merupakan permasalahan serius dikarenakan dapat

memberikan ancaman pada ketahanan keluarga (Kar *et al.,* 2020). Masa pandemic berisiko memunculkan konflik permasalahan keluarga, sehingga keluarga diharapakan fokus pada penyelesaian terkait pemecahan masalah bersama dengan membangun hubungan harmonis dan komunikasi positif dalam keluarga (Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, 2022). Permasalahan ketegangan keluarga mengenai pandemi bermunculan di negara-negara berkembang (Banati *et al.,* 2020), khususnya negara berpenghasilan rendah dan menengah (Zhang & Lange, 2021). COVID-19 menyerang berbagai sektor tanpa pandang bulu sehingga mengharuskan penduduk untuk melakukan sosial dan *physical distancing* (Polizzi *et al.,* 2020).

Prevalensi permasalahan terkait ketahanan keluarga meliputi tekanan psikologis tingkat sedang sebanyak (30,6%) dan tingkat berat sebanyak (11,5%), masalah keuangan tingkat sedang (36,6%) dan tingkat buruk sebanyak (40%), masalah kesehatan mental tingkat sedang (24,4%), dan tingkat parah sebanyak (21,5%), masalah kekerasan dalam keluarga tingkat sedang sebanyak (4%) dan tingkat parah sebanyak (53%), anggota keluarga memiliki kecanduan akibat penyalahgunaan narkoba sebanyak (21,5%) dan mengalami penurunan sebanyak (15,4%) (Zhuang *et al.,* 2021).

Permasalahan *religious coping* tergantung pada masing-masing individu memaknai sebuah masalah. Individu dengan tingkat religiusitas dan spiritualitas tinggi cenderung mudah memaknai kejadian di masa pandemi COVID-19 dengan pandangan positif (Counted et al., 2018). Selama pandemi COVID-19 religiusitas dan spiritualitas masyarakat mengalami peningkatan sekitar 30% (Bentzen, 2020). *Religious coping* dapat memunculkan rasa aman dan tentram terkait mendekatkan diri untuk tunduk berdo'a pada sang penciptanya untuk meminta perlindungan atau keselamatan (Braam *et al.,* 2021),

Koping religius sangat efektif jika digunakan untuk pengelolaan ketahanan keluarga ketika mengalami ancaman permasalahan, dengan melibatkan respon koping adaptif untuk mengelola masalah (Mathias *et al.,* 2020). Krisis kesehatan pada masyarakat dipengaruhi banyak faktor salah satunya pandangan negatif sehingga menimbulkan buruknya komunikasi dan penyelesaian masalah, hal tersebut menyebabkan terjadinya penurunan dukungan sosial sehingga memunculkan terjadinya isolasi sosial, dan deskriminasi sosial pada masyarakat

(Gayatri & Irawaty, 2022). Penggunaan koping adaptif dapat berdampak positif pada ketahanan keluarga (Masten & Motti-Stefanidi, 2020).

B. Metode

Berikut ini hasil penelitian dengan tujuan menganalisa pengaruh *religious coping* terhadap ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah di masa pandemi COVID-19. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional survey*. Penelitian akan dilakukan pada tahun 2021-2022. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh warga negara Indonesia yang ada di wilayah Desa Tamanharjo Singosari Malang Provinsi Jawa Timur. Sampel penelitiannya adalah warga Indonesia di Desa Tamanharjo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang dengan besar sampel ditentukan dengan G Power versi 3.1 dengan z test, logistic regresi, odds ratio 1.5, kekuatan 80%, dan eror probabilitas 0.05 didapatkan besar sampel sebanyak 243 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* dengan teknik *accidental sampling*.

Variabel independent yang utama adalah riligous coping. Terdapat 9 item pertanyaan kuesioner dengan range skor 1-4 (1 = jarang dilakukan sampai 4 = sering dilakukan). Beberapa pertanyaan sebagai berikut; "Seberapa sering Saudara melakukan doa individu?, Seberapa sering Saudara ke masjid atau tempat ibadah untuk beribadah?" Nilai minimal dan maksimal kuesioner ini adalah 9-36. Selanjutnya di kategorikan menjadi 2 yaitu *good* (> median), *poor* (<median). Selain variabel utama terdapat juga variabel independent yang lain meliputi: usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan dan *religious coping*. Usia dikategorikan menjadi 6 katagori (1= 17-25 tahun; 2 = 26 -35 tahun; 3 = 36-45 tahun; 4 = 46-55 tahun; 5 = 56-65 tahun; 6 = >65 tahun). Pendidikan meliputi: 0: tidak sekolah; 1: SD; 2: SMP; 3: SMA; 4: PT. Tipe keluarga dibedakan menjadi: *nuclear family* = 1; *extended family* = 2; dan *single parent* = 3. Penghasilan terbagi menjadi 2 yaitu: kurang dari 3 juta = 1; lebih dari 3 juta = 2.

Varibel dependent penelitian ini adalah ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah. Terdapat 27 item pertanyaan meliputi: fleksibilitas, konstribusi, keterbukaan, kejujuran, kebebasan mengungkapkan perasaan, berbagi tanggung jawab dan lainnya (tabel 2). Kuesioner menggunakan skala *likert* 1-4 (1 = tidak setuju; 4 =

sangat setuju). Skor komposit antara 12-108. Selanjutnya di kategorikan menjadi 2 yaitu adekuat (> median), inadekuat (<median).

Peneliti mendesain survei dalam bentuk kuesioner elektronik dengan *google form*. Partisipan akan mendapatkan *link* dari survei elektronik. Persiapan membutuhkan waktu 30 menit untuk mengisi kuesioner. Untuk meningkatkan pertisipasi diberikan insentif kepada partisipan setelah mengisi kuesioner. Seluruh data dianalisis menggunakan software SPSS (*Statistical Package for Sosial Science*) versi 21 (IBM USA). Analisa deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi religious coping, usia, usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan dan ketahanan keluarga dengan frekuensi dan persentase. Analisa binary logistik digunakan untuk menyeleksi kandidat variabel. Variabel dengan $p < 0.25$), masuk dalam pemodelan. Analisa Multivariat digunakan untuk menganalisa pengaruh variabel kandidat terhadap ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah di masa pandemi COVID-19. Tingkat kebebasan yang digunakan adalah 95% dengan *standart errorr* 0,05. Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan nomor protokol E.5.a/007/KEPK-UMM/I/2022. Partisipan memberikan persetujuan tertulis untuk partisipasi sebelum pengumpulan data.

C. Hasil Penelitian

Karakteristik responden antara lain usia responden sebagian besar berada direntang 46-55 tahun sebanyak 30.9%, dengan tingkat pendidikan terakhir mayoritas adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanayak 47.7%. Adapun, tipe keluarga didominasi *nuclear family* sebesar 66.7%. Sebagian besar responden berpenghasilan dibawah 3 juta rupiah (90.5%), sedangkan warga yang bekerja sebanyak 33,3%. Berdasarkan hasil *collecting* data juga menunjukkan bahwa lebih dari sebagian responden yang memiliki *religious koping* yang baik, yaitu sebesar 58.4% dan ketahanan keluarga yang adekuat dalam komunikasi dan pemecahan masalah 51.9% (tabel 11).

Tabel 11: Karakteristik responden (N=243)

Karakteristik	N	Persentase
Usia		
17-25	19	7.8%
26-35	57	23.5%
36-45	56	23.0%
46-55	75	30.9%
56-65	27	11.1%
>65	9	3.7%
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	0.4%
SD	46	18.9%
SMP	55	22.6%
SMA	116	47.7%
PT	25	10.3%
Tipe keluarga		
Nuclear family	162	66.7%
Extended family	60	24.7%
Single parent	21	8.6%
Penghasilan		
<3 juta	220	90.5%
>3 juta	23	9.5%
Pekerjaan		
Bekerja	81	33.3%
Tidak bekerja	162	66.7%
Religious coping		
Poor	101	41.6
Good	142	58.4
Ketahanan komunikasi		
Inadekuat	117	48.1
Adekuat	126	51.9

Tabel 12 menunjukkan bahwa range skore kuesioner ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah adalah 56%-85.6%. Warga masyarakat menyatakan 56% mampu beradaptasi dengan tuntutan yang dialami keluarga dan 85.6% merasa bahagia meluangkan waktu dan tenaga bersama keluarga di masa pandemi COVID-19.

Faktor yang mempengaruhi ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah adalah riligious koping dan pekerjaan. Pengaruh paling dominan dari faktor pekerjaan (OR:1.924; 95%CI: 1.068-3.465) artinya masyarakat yang bekerja berpeluang 2 kali lebih baik memiliki ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan memecahkan masalah dibandingkan dengan keluarga yang tidak bekerja. Keluarga yang memiliki *riligious coping* yang adekuat

akan berpeluang 1 kali memiliki ketahanan dalam komunikasi dan memecahkan masalah dibandingkan dengan keluarga yang religious kopingnya tidak adekuat (OR:1.131; 95%CI: 1.077-1.188) (tabel 13).

Tabel 12: Skor dari kuesioner ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah (N=243;n/%)

	1	2	3	4
Fleksibilitas	6/2.5%	15/6.2%	54/22.2%	168/69.1%
Konstribusi	3/1.2%	18/7.4%	52/21.4%	170/70%
Mengatasi rasa sakit	5/2.1%	20/8.2%	46/18.9%	172/70.8%
Pemenuhan harapan	9/3.7%	32/13.2%	66/27.2%	136/56%
Keterbukaan	8/3.3%	16/6.6%	52/21.4%	167/68.7%
Pemahaman	4/1.6%	9/3.7%	39/16%	191/78.6%
Klarifikasi	4/1.6%	11/4.5%	40/16.5%	188/77.4%
Kejujuran	5/2.1%	7/2.9%	29/11.9%	202/83.1%
Bebas mengungkapkan perasaan	13/5.3%	15/6.2%	59/24.3%	156/64.2%
Berdiskusi	4/1.6%	5/2.1%	41/16.9%	193/79.4%
Menerima perbedaan	7/2.9%	5/2.1%	47/19.3%	184/75.4%
Klarifikasi	3/1.2%	8/3.3%	49/20.2%	183/75.3%
Bebas berpendapat	4/1.6%	4/1.6%	53/21.8%	182/74.9%
Mengatasi kesulitan	5/2.1%	12/4.9%	63/25.9%	163/67.1%
Konsultasi terhadap keputusan	4/1.6%	7/2.9%	40/16.5%	192/79%
Penyelesaian masalah	2/0.8%	3/1.2%	31/12.8%	207/85.2%
Menemukan solusi	2/0.8%	5/2.1%	52/21.4%	184/75.7%
Tercapaian keputusan	3/1.2%	8/3.3%	46/18.9%	186/76.5%
Merasa bahagia	5/2.1%	8/3.3%	22/9.1%	208/85.6%
Belajar dari pengalaman	4/1.6%	6/2.5%	37/15.2%	196/80.7%
Komitmen	4/1.8%	5/2.1%	44/18.1%	190/78.2%
Berbagi tanggung jawab	5/2.1%	7/2.9%	47/19.3%	184/75.7%
Perhatian	3/1.2%	3/1.2%	37/15.2%	200/82.3%
Penggunaan cara baru	3/1.2%	11/4.5%	60/24.7%	169/69.5%
Cara bicara	3/1.2%	5/2.1%	43/17.7%	192/79%
Kepastian aman	4/1.6%	5/2.1%	33/13.6%	201/82.7%

Frekuensi relatif dari skor item kuesioner ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah. Range skor dari 1 (tidak dilakukan) sampai 4 (sering dilakukan).

Tabel 13: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah

Variabel	B	SE	Wald	p-value	OR	95%CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
Religious coping	0.123	0.025	24.240	0.000	1.131	1.077	1.188
Pekerjaan	0.654	0.300	4.750	0.029	1.924	1.068	3.465
Constant	-7.578	1.456	27.069	.000	.001		

Seleksi kandidat yang masuk model adalah *religious coping*, pendidikan, dan pekerjaan dengan nilai p<0.25 secara berturut-turut 0.000, 0.131, 0.057, sedangkan variabel tidak masuk dalam model karena memiliki nilai p>0.25 yaitu usia (p:0.298), tipe keluarga (p:0.935), penghasilan (p:0.824).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa koping religius terbukti efektif dalam meningkatkan ketahanan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian dari De Rossett (2021) dan Abu Khait (2021) mengatakan bahwa koping religius positif berfungsi sebagai pelindungan terhadap adanya perilaku negatif (Abu Khait & Lazenby, 2021; DeRossett *et al.,* 2021). Frekuensi perilaku religious berhubungan dengan kecemasan terhadap COVID-19, kecemasan tersebut dipengaruhi oleh latar belakang keyakinan agama dan adanya peningkatan stres sehingga individu melakukan peningkatkan doa dan meditasi keagamaan untuk mengelola kecemasannya (Ting *et al.,* 2021).

COVID-19 berdampak serius hingga mengakibatkan kematian. Hal ini mempengaruhi kesehatan mental keluarga seperti adanya kecemasan, ketakutan, depresi dan stres sehingga keluarga mempraktikkan agama sebagai sumber dalam mendapatkan ketenangan jiwa (Kar *et al.,* 2020; Pirutinsky *et al.,* 2020). Religius koping dapat mempengaruhi faktor psikologis keluarga dalam menghadapi situasi sulit, sehingga religious koping dapat disebut sebagai bentuk dukungan dalam menguatkan mental keluarga (Olashore *et al.,* 2021).

Coping religious memiliki keterkaitan hubungan yang erat dengan komunikasi meliputi konsistensi dalam berkomunikasi, ekspresi emosional yang terbuka dalam berkomunikasi, dan pemecahan masalah secara kolaboratif (Gardiner *et al.,* 2019). (Zhu *et al.,* 2020) (Giallonardo *et al.,* 2020). Penggunaan keterampilan koping positif seperti strategi komunikasi dan keterampilan dalam pemecahan masalah koping religius positif memiliki hasil yang signifikan sebagai intervensi psikologis baru bagi masyarakat, terutama selama pandemi saat ini seperti konseling agama dan spiritualitas (Chow *et al.,* 2021; Ginicola *et al.,* 2017; Rajaei, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan pekerjaan memiliki pengaruh terhadap ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19. Pengaruh pekerjaan sangat memiliki pengaruh besar dalam mengelola ketahanan keluarga (Luthar *et al.,* 2021). Pada masa pandemi COVID-19 banyak terjadinya pemutusan hubungan kerja, hal ini berdampak pada pendapatan dalam keluarga yang menurun drastis sehingga menyebabkan krisis ketahanan (Ameis *et al.,* 2020; Barzilay *et al.,* 2020; Pit *et al.,* 2021). Kehilangan pekerjaan dan menurunkan pendapatan manjadi penyebab stres utama pada keluarga (Matrose *et al.,* 2019; Miller *et al.,* 2020).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat adanya pengaruh antara usia, tipe keluarga, penghasilan dan pendidikan terhadap ketahanan keluarga. Menurut Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa usia dewasa tua memiliki pengelolaan emosional yang berbeda dengan dewasa muda (Havnen *et al.,* 2020; Lau *et al.,* 2021; Öcal *et al.,* 2020). Orang dewasa dengan usia 60 tahun atau lebih mengalami tingkat stres relatif rendah dibandingkan dengan usia dewasa muda dimasa pandemic ini, akan tetapi dikaitkan dengan ketahan keluarga usia dewasa muda maupun tua menunjukkan tidak ada pengaruh dikarenakan setiap masing-masing individu memiliki kecenderungan masing-masing dalam mengelola stresor selama pandemi (Chan *et al.,* 2021).

Dalam hal pendidikan individu dengan gelar sarjana tidak bisa untuk diartikan sebagai individu banyak pengetahuan sehingga ketahanan keluarganya kuat, sebaliknya tingkat pendidikan rendah tidak bisa diartikan sebagai ketahanan keluarga lemah (Khesroh *et al.,* 2022). Ketahanan keluarga juga tidak bisa dipengaruhi oleh tipe keluarga mulai dari *nuclear family, extended family* dan *singgel*, tipe-tipe keluarga ini tidak menjamin ketahanan keluarga terlebih di era pandemi COVID-19 (Gardiner *et al.,* 2019; Radetić-Paić & Černe, 2020).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah sangat dipengaruhi oleh faktor pekerjaan dan *riligous coping*. Saat masa pandemi masyarakat menggunakan *religious coping* untuk menguatkan emosional dan spiritual dalam mengelola ketahanan keluarga dengan memanfaatkan faktor komunikasi efektif dan pemecahan masalah yang positif. Perlunya penguatan masyarakat dengan pendekatan religi sangat diperlukan untuk mendukung garis pertahanan keluarga dalam menghadap kondisi pendemi saat ini.

Daftar Pustaka

Abu Khait, A., & Lazenby, M. (2021). Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: an integrative review. *BMC Palliative Care, 20(1),* 51. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00746-x

Ameis, S. H., Lai, M.-C., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people

and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Molecular Autism, 11(1),* 61. https://doi.org/10.1186/s13229-020-00365-y

Banati, P., Jones, N., & Youssef, S. (2020). Intersecting Vulnerabilities: The Impacts of COVID-19 on the Psycho-emotional Lives of Young People in Low- and Middle-Income Countries. *European Journal of Development Research, 32(5),* 1613–1638. https://doi.org/10.1057/s41287-020-00325-5

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stres, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10(1).* https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4

Bentzen, J. S. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information*. January.

Braam, D. H., Srinivasan, S., Church, L., Sheikh, Z., Jephcott, F. L., & Bukachi, S. (2021). Lockdowns, lives and livelihoods: the impact of COVID-19 and public health responses to conflict affected populations - a remote qualitative study in Baidoa and Mogadishu, Somalia. *Conflict and Health, 15(1),* 47. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00382-5

Chan, A. C. Y., Piehler, T. F., & Ho, G. W. K. (2021). Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic: Findings from Minnesota and Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 295(February),* 771–780. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.144

Chow, S. K., Francis, B., Ng, Y. H., Naim, N., Beh, H. C., Ariffin, M. A. A., Yusuf, M. H. M., Lee, J. W., & Sulaiman, A. H. (2021). Religious coping, depression and anxiety among healthcare workers during the covid-19 pandemic: A malaysian perspective. *Healthcare (Switzerland), 9(1).* https://doi.org/10.3390/healthcare9010079

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health*

and Quality of Life Outcomes, 16(1), 75. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x

DeRossett, T., LaVoie, D. J., & Brooks, D. (2021). Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety. *Journal of Religion and Health, 60(5),* 3161–3176. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01385-5

Einspieler, C., & Marschik, P. B. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- company's public news and information website. Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-r*. January, 19–21.

Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2022). *Lessons in Resilience: Initial Coping among Older Adults during the COVID-19 Pandemic*.

Gardiner, E., Mâsse, L. C., & Iarocci, G. (2019). A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 17(1),* 45. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x

Gayatri, M., & Irawaty, D. K. (2022). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. *The Family Journal, 30(2),* 132–138. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10664807211023875

Giallonardo, V., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M. G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., Volpe, U., & Fiorillo, A. (2020). The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Frontiers in Psychiatry, 11(June),* 533. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00533

Ginicola, M. M., Furth, B. H., & Smith, C. (2017). The Role of Religion and Spirituality in Counseling. *Affirmative Counseling With LGBTQI+ People, 297–312.* https://doi.org/10.1002/9781119375517.ch22

Hassan, S. M., Ring, A., Tahir, N., & Gabbay, M. (2021). The impact of COVID-19 social distancing and isolation recommendations for Muslim communities in North West England. *BMC Public Health, 21(1),* 812. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10869-8

Havnen, A., Anyan, F., Hjemdal, O., Solem, S., Riksfjord, M. G., & Hagen, K. (2020). Resilience moderates negatif outcome from

stres during the COVID-19 pandemic: A moderatedmediation approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18),* 1–12. https://doi.org/10.3390/ijerph17186461

Jong, J. (2021). Death anxiety and religion. *Current Opinion in Psychology, 40*, 40–44. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.004

Kar, S. K., Yasir Arafat, S. M., Kabir, R., Sharma, P., & Saxena, S. K. (2020). *Coping with Mental Health Challenges During COVID-19 (Vol. 2019, pp. 199–213).* https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_16

Khesroh, E., Butt, M., Kalantari, A., Leslie, D. L., Bronson, S., Rigby, A., & Aumiller, B. (2022). The use of emotional intelligence skills in combating burnout among residency and fellowship program directors. *BMC Medical Education, 22(1),* 127. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03187-z

Konaszewski, K., Niesiobędzka, M., & Surzykiewicz, J. (2020). Validation of the Polish version of the Brief Resilience Scale (BRS). *PLOS ONE, 15(8),* e0237038. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237038

Lau, B. H. P., Chan, C. L. W., & Ng, S. M. (2021). Resilience of Hong Kong people in the COVID-19 pandemic: lessons learned from a survey at the peak of the pandemic in Spring 2020. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 31(1–2),* 105–114. https://doi.org/10.1080/02185385.2020.1778516

Luthar, S. S., Ebbert, A. M., & Kumar, N. L. (2021). Risk and resilience during COVID-19: A new study in the Zigler paradigm of developmental science. *Development and Psychopathology, 33(2),* 565–580. https://doi.org/10.1017/S0954579420001388

Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster: Reflections in the Context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science, 1(2),* 95–106. https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w

Mathias, K., Rawat, M., Philip, S., & Grills, N. (2020). "We've got through hard times before: acute mental distres and coping among disadvantaged groups during COVID-19 lockdown in North India - a qualitative study." *International Journal for Equity in Health, 19(1),* 1–12. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01345-7

Matrose, N. A., Obikese, K., Belay, Z. A., & Caleb, O. J. (2019). Resilience and demographic characteristics predicting distres during the COVID-19 crisis. *Science of the Total Environment, 135907*.

Mesidor, J. K., & Sly, K. F. (2019). Religious coping, general coping strategies, perceived social support, PTSD symptoms, resilience, and posttraumatic growth among survivors of the 2010 earthquake in Haiti. *Mental Health, Religion and Culture, 22(2),* 130–143. https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1580254

Miller, J. J., Niu, C., & Moody, S. (2020). Child welfare workers and peritraumatic distres: The impact of COVID-19. *Children and Youth Services Review, 119(July),* 105508. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105508

Öcal, A., Cvetković, V. M., Baytiyeh, H., Tedim, F. M. S., & Zečević, M. (2020). Public reactions to the disaster COVID-19: a comparative study in Italy, Lebanon, Portugal, and Serbia. *Geomatics, Natural Hazards and Risk, 11(1),* 1864–1885. https://doi.org/10.1080/19475705.2020.1811405

Olashore, A. A., Akanni, O. O., & Oderinde, K. O. (2021). Neuroticism, resilience, and social support: correlates of severe anxiety among hospital workers during the COVID-19 pandemic in Nigeria and Botswana. *BMC Health Services Research, 21(1),* 398. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06358-8

Pirutinsky, S., Cherniak, A. D., & Rosmarin, D. H. (2020). American Orthodox Jews. *Journal of Religion and Health, 59(5),* 2288–2301.

Pit, S., Fisk, M., Freihaut, W., Akintunde, F., Aloko, B., Berge, B., Burmeister, A., Ciacâru, A., Deller, J., Dulmage, R., Han, T. H., Hao, Q., Honeyman, P., Huber, P. C., Linner, T., Lundberg, S., Nwamara, M., Punpuing, K., Schramm, J., … Yap, J. C. H. (2021). COVID-19 and the ageing workforce: global perspectives on needs and solutions across 15 countries. *International Journal for Equity in Health, 20(1),* 221. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01552-w

Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stres and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry, 17(2),* 59–62. https://doi.org/10.36131/CN20200204

Rababa M, Hayajneh AA, B.-I. W. (2020). Association of Death Anxiety with Spiritual Well - Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID - 19. *Springer Science+Business Media, LLC, Part of Springer Nature 2020, 0123456789*. https://doi.org/doi.org/10.1007/s10943-020-01129-x ORIGINAL PAPER Association

Radetić-Paić, M., & Černe, K. (2020). The influence of family income on students' family resilience in Croatia. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja, 33(1),* 1172–1181. https://doi.org/10.1080/1331677X.2019.1697332

Rajaei, A. R. (2010). Religious cognitive-emotional therapy: a new form of psychotherapy. *Iranian Journal of Psychiatry, 5(3),* 81–87.

Raman, S., Harries, M., Nathawad, R., Kyerematen, R., Seth, R., Lonne, B., Zwi, K., Spencer, N. J., Goldhagen, J., Mercer, R., Rubio, B., Tamburlini, G., Goldfeld, S., Woolfenden, S., Gander, S., & Oberg, C. (2020). Where do we go from here? A child rights-based response to COVID-19. *BMJ Paediatrics Open, 4(1),* 3–6. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000714

Rosenthal, C. M., & Thompson, L. A. (2020). Child abuse awareness month during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Pediatrics, 174(8),* 812. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1459

Tang, S., Xiang, M., Cheung, T., & Xiang, Y. (2020). *Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: the importance of parent-child discussion. J Affect Disord*. January.

Ting, R. S. K., Aw Yong, Y. Y., Tan, M. M., & Yap, C. K. (2021). Cultural Responses to Covid-19 Pandemic: Religions, Illness Perception, and Perceived Stres. *Frontiers in Psychology, 12(July),* 1–19. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634863

Zhang, Y., & Lange, K. W. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Global Health Journal (Amsterdam, Netherlands), 5(1),* 31–36. https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.004

Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W., & Xiao, S. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry, 11(April),* 386. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00386

Zhuang, X., Lau, Y. Y., Chan, W. M. H., Lee, B. S. C., & Wong, D. F. K. (2021). Risk and resilience of vulnerable families in Hong Kong under the impact of COVID-19: an ecological resilience perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56(12),* 2311–2322. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02117-6

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

7

RELIGIOUS KOPING DAN RESILIENSI KELUARGA DALAM BERINTERAKSI

A. Latar Belakang

COVID-19 merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus SARS CoV-2 baru yang merupakan virus RNA *positive-sense* berselubung tunggal yang berasal dari Wuhan-China dan telah menyebar ke seluruh negara di dunia (Onyeaka *et al.,* 2021). Selama pandemi COVID-19, kebanyakan orang harus menghadapi berbagai pembatasan seperti *lockdown* yang membuat mereka ketakutan, merasa tidak aman, dan terisolasi (Büssing *et al.,* 2020). Pandemi COVID-19 terbukti dapat berpotensi memicu masalah kesehatan mental, antara lain kecemasan, stres, dan depresi (Shah *et al.,* 2021). Secara global, sepanjang tanggal 21 hingga 27 Februari 2022, jumlah kasus dan kematian COVID-19 terus menurun masing-masing sebesar 16% dan 10% dibandingkan dengan minggu sebelumnya dengan lebih dari 433 juta kasus yang terkonfirmasi, serta lebih dari 5,9 juta kematian telah dilaporkan secara global per tanggal 27 Februari 2022 (WHO, 2022). Pada tingkat regional, wilayah Asia Tenggara melaporkan penurunan jumlah kasus mingguan baru sekitar 37% dan penurunan jumlah kematian mingguan sekitar 9% (WHO, 2022).

Untuk menahan infeksi virus yang meluas dan mengurangi angka morbiditas dan mortalitas, maka diberlakukanlah *physical* atau *social distancing* (Chu *et al.,* 2020). Sebuah studi menunjukkan adanya hubungan positif antara *social distancing*, isolasi, dan pengalaman lain selama pandemi COVID-19 dengan ketakutan dan kecemasan (Koenig, 2020), serta berbagai masalah kesehatan mental (Hossain *et al.,* 2020). Kebijakan *physical distancing* ini telah menyebabkan berbagai implikasi kesehatan psikososial dan mental jangka pendek maupun jangka

panjang bagi semua anggota keluarga yang dapat berdampak terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga (Gayatri & Irawaty, 2021).

Ketahanan keluarga merupakan kapasitas keluarga untuk mempertahankan atau meningkatkan fungsinya dalam konteks tantangan yang memiliki tiga proses utama, yaitu pola komunikasi keluarga, sistem kepercayaan, dan proses organisasi (Walsh, 2016) dalam (Isaacs *et al.,* 2020). Menurut penelitian dari (A. *et al.,* 2020), pandemi COVID-19 dapat memberikan dampak positif bagi keluarga seperti lebih banyak waktu luang yang dapat dihabiskan bersama seluruh anggota keluarga, namun pandemi ini juga dapat mengganggu hubungan keluarga. Selama karantina, setiap orang akan kehilangan kemampuan untuk memiliki koneksi tatap muka dan interaksi sosial, dan banyak dari mereka menganggap krisis ini sebagai fenomena yang sangat menegangkan (Zhang *et al.,* 2020).

Pandemi telah mengubah struktur dan rutinitas keluarga, sehingga berdampak pada perubahan beberapa domain seperti masalah kesehatan fisik, mental, serta masalah ketahanan keluarga (Ameis *et al.,* 2020; Gayatri & Irawaty, 2021). Sebuah studi epidemiologis yang dilakukan selama pandemi COVID-19 telah melaporkan peningkatan drastis masalah kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan, peningkatan rasa kesepian, dan perasaan terputus dari orang lain selama COVID-19 yang berdampak negatif terhadap ketahanan keluarga (Godara *et al.,* 2021). Pandemi COVID-19 berdampak besar pada masyarakat secara global, terutama keluarga di seluruh dunia yang harus beradaptasi dengan gaya hidup baru yang didominasi dengan ketidakpastian yang menguji ketahanan keluarga mereka (Mariotti *et al.,* 2021). Untuk mengatasi berbagai tantangan kesehatan selama pandemi COVID-19, setiap orang akan mengadopsi berbagai langkah untuk mengatasinya (Fullana *et al.,* 2020). Biasanya, setiap orang mengatasi stres mereka dengan melibatkan diri dalam kegiatan kreatif, rekreasi, olahraga, bekerja atau belajar *online*, yoga, meditasi, dan berdoa atau *religious coping* (Fatima *et al.,* 2020).

Religious coping (RC) merupakan cara seorang individu dalam menggunakan strategi kognitif atau perilaku berdasarkan keyakinan atau praktik keagamaan untuk mengatasi stres dan masalah kehidupan yang dapat dibagi menjadi 2 jenis, yaitu positive *religious coping* (membaca kitab suci, mencari nasihat dari pimpinan agama, dan

mengurangi pikiran yang tidak menyenangkan) dan *negatif religious coping* (koping maladaptif yang menafsirkan masalah hidup sebagai hukuman Tuhan) (Francis *et al.,* 2019; Rego *et al.,* 2020; Zarrouq *et al.,* 2021). Dalam sebuah penelitian, terlihat bahwa positive *religious coping* berkaitan dengan berkurangnya stres (Pirutinsky *et al.,* 2020). Namun, COVID-19 dan peraturan pemerintah terkait social distancing, isolasi, dan larangan membuat bentuk-bentuk kerumunan menjadikan religious coping menjadi sulit untuk dilakukan (Digregorio *et al.,* 2021). Studi sebelumnya menunjukkan bahwa bencana alam memiliki efek jangka panjang pada religiusitas yang tersebar dari generasi ke generasi (Sinding Bentzen, 2019). Efek jangka panjang COVID-19 terhadap religiusitas ini dikhawatirkan dapat menjadi salah satu faktor risiko gangguan ketahanan keluarga mengingat hubungan positif antara *religious coping* dengan skor ketahanan keluarga pada penelitian terdahulu.

Penelitian terkait *Religious coping* menunjukkan keunikan jenis koping ini dibandingkan dengan koping lainnya, serta perannya yang penting dalam mengatasi stres (David A. Bowlus, 2018). Banyak penelitian yang telah mengkonfirmasi keefektifan perilaku *religious coping* dalam membantu individu mengelola perasaan tertekan dan cemas mereka karena koping ini dapat memungkinkan individu mengatasi rasa bersalah, tunduk sepenuhnya pada kehendak Tuhan, memandang segala sesuatu dari sisi positif, dan mengendalikan ketakutan mereka (Rababa *et al.,* 2021). Peningkatan skor *religious coping* juga sangat berpengaruh terhadap peningkatan skor ketahanan keluarga (Saputro *et al.,* 2021). Hal ini didukung oleh penelitian dari (Ebrahim & Alothman, 2021) yang menyatakan bahwa terdapat korelasi positif yang signifikan antara ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga dengan *religious coping*.

Penelitian terdahulu karya (Zhuang *et al.,* 2021) yang meneliti terkait dampak pandemi COVID-19 terhadap anggota keluarga dengan remaja yang memiliki kecenderungan memiliki masalah kesehatan di Hongkong, menunjukkan bahwa 30,6% dan 11,5% responden melaporkan tingkat tekanan psikologis sedang dan berat hampir dua kali lipat dibandingkan sebelum pandemi COVID-19, hal ini dinilai dapat menjadi faktor risiko terhadap ketahanan keluarga. Hal ini didukung oleh penelitian dari (Eales *et al.,* 2021) yang meneliti terkait pengaruh

pandemi COVID-19 terhadap ketahanan keluarga di Amerika Serikat menemukan bahwa 10,4% keluarga yang diteliti melaporkan hubungan keluarga yang memburuk selama pandemi, 45% melaporkan hubungan yang tidak berubah, dan 44,5% yang lain melaporkan hubungan yang membaik.

Sejak awal pandemi COVID-19, telah banyak penelitian yang dilakukan untuk mengevaluasi dampak COVID-19 terhadap koping keluarga dan ketahanan keluarga (Eales *et al.*, 2021; Marzilli *et al.*, 2021), namun masih sedikit penelitian yang membahas terkait hubungan *religious coping* (RC) terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga selama pandemi COVID-19. Disamping itu, berdasarkan data-data yang telah dijabarkan sebelumnya terkait masalah *religious coping* dan ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19, maka hal inilai yang membuat peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh *religious coping* terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga terkhusus di Indonesia.

B. Metode

Berikut ini hasil dari penelitian dengan tujuan menganalisa pengaruh *religious coping* terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga. Penelitian *cross-sectional survey* ini dilakukan pada mulai tahun 2021 - februari 2022. Sampel dalam penelitian ini merupakan warga Desa Tamanharjo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang yang ditentukan dengan G Power versi 3.1 dengan z test, logistik regresi, odds ratio 1.5, kekuatan 80%, dan eror probabilitas 0.05 didapatkan besar sampel sebanyak 243 responden dari total populasi seluruh warga. Pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* dengan teknik *accidental sampling*.

Variabel independen yang utama merupakan *religious coping*. Terdapat 9 item pertanyaan kuesioner dengan range skor 1-4 (1 = jarang dilakukan sampai 4 = sering dilakukan). Beberapa pertanyaan sebagai berikut; "Seberapa sering saudara melakukan doa individu? seberapa sering Saudara ke masjid atau tempat ibadah untuk beribadah?" Nilai minimal dan maksimal kuesioner ini merupakan 9-36. Selanjutnya dikategorikan menjadi 2 yaitu *good* (> median), *poor* (<median).

Selain variabel utama ada variabel independen yang lain meliputi: usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan dan *religious*

coping. Usia dikategorikan menjadi 6 kategori (1= 17-25 tahun; 2 = 26-35 tahun; 3 = 36-45 tahun; 4 = 46-55 tahun; 5 = 56-65 tahun; 6 = >65 tahun). Pendidikan meliputi: 0: tidak sekolah; 1: SD; 2: SMP; 3: SMA; 4: PT. Tipe keluarga dibedakan menjadi: *nuclear family* = 1; *extended family* = 2; dan *single parent* = 3. Penghasilan terbagi menjadi 2 yaitu: kurang dari 3 juta = 1; lebih dari 3 juta = 2.

Variabel dependen penelitian ini merupakan ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga. Terdapat 6 item pertanyaan meliputi: penghargaan, penerimaan, cinta kasih dan lainnya. Kuesioner menggunakan skala *likert* 1-4 (1 = tidak setuju; 4 = sangat setuju). Skor komposit antara 12-108. Selanjutnya dikategorikan menjadi 2 yaitu adekuat (> median), inadekuat (<median).

Peneliti mendesain survei dalam bentuk kuesioner elektronik dengan *google form*. Partisipan akan mendapatkan link dari survei elektronik. Persiapan membutuhkan waktu 30 menit untuk mengisi kuesioner. Selama pengisian kuesioner, partisipan akan dibantu untuk mengisi survei apabila terdapat kesulitan dalam pengisian survei. Untuk meningkatkan partisipasi diberikan insentif kepada partisipan setelah mengisi kuesioner.

Seluruh data dianalisis menggunakan software SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versi 21 (IBM USA). Analisa deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi *religious coping*, usia, usia, pendidikan, tipe keluarga, penghasilan, pekerjaan dan ketahanan keluarga dengan frekuensi dan persentase. Analisa binary logistik digunakan untuk menyeleksi kandidat variabel. Variabel dengan $p < 0.25$), masuk dalam pemodelan. Analisa Multivariat digunakan untuk menganalisa pengaruh variabel kandidat terhadap ketahanan keluarga dalam berkomunikasi dan pemecahan masalah di masa pandemi COVID-19. Tingkat kebebasan yang digunakan merupakan 95% dengan *standar error* 0,05. enelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan nomor protokol E.5.a/007/KEPK-UMM/I/2022. Partisipan memberikan persetujuan tertulis untuk partisipasi sebelum pengumpulan data.

C. Hasil Penelitian

Karakteristik responden antara lain usia sebagian besar direntang 46-55 tahun sebanyak 30.9%, dengan tingkat pendidikan SMA (47.7%).

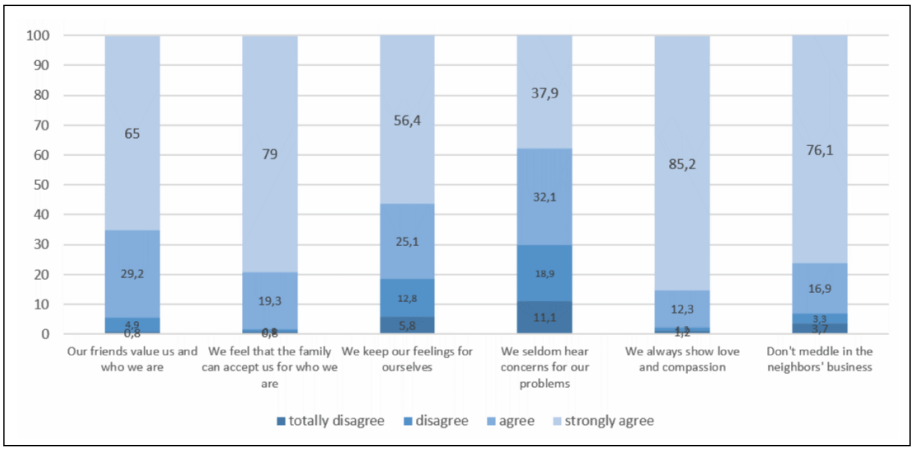
Tipe keluarga paling banyak merupakan *nuclear family* (66.7%). Sebagian warga berpenghasilan dibawah 3 juta rupiah (90.5%). Warga yang bekerja sebesar 33,3%. *Religious coping* yang baik 58.4% dan ketahanan keluarga yang adekuat dalam interaksi keluarga 51% (tabel 14).

Tabel 14: Karakteristik responden (N=243)

Karakteristik	N	Persentase
Usia		
17-25	19	7.8%
26-35	57	23.5%
36-45	56	23.0%
46-55	75	30.9%
56-65	27	11.1%
>65	9	3.7%
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	0.4%
SD	46	18.9%
SMP	55	22.6%
SMA	116	47.7%
PT	25	10.3%
Tipe keluarga		
Nuclear family	162	66.7%
Extended family	60	24.7%
Single parent	21	8.6%
Penghasilan		
<3 juta	220	90.5%
>3 juta	23	9.5%
Pekerjaan		
Bekerja	81	33.3%
Tidak bekerja	162	66.7%
Religious coping		
Poor	101	41.6%
Good	142	58.4%
Ketahanan dalam interaksi keluarga		
Inadekuat	119	49.0%
Adekuat	124	51.0%

Gambar 5 menunjukkan ketahanan keluarga dalam berinteraksi di masa pandemi COVID-19 berupa: saling mencintai dan kasih sayang (85.2%). Saling menerima dalam keluarga (79%), tidak penting untuk mencampuri urusan tetangga (76.2%). Faktor yang mempengaruhi ketahanan keluarga dalam berinteraksi merupakan *religious coping* dan pendidikan. Keluarga yang memiliki *religious coping* yang adekuat akan berpeluang 1 kali memiliki ketahanan dalam berinteraksi dibandingkan

dengan keluarga yang *religious coping* nya tidak adekuat (OR:1.059; 95%CI: 1.019-1.101). Keluarga yang bekerja akan berpeluang 0.8 kali memiliki ketahanan dalam berinteraksi dibandingkan dengan keluarga yang tidak bekerja (OR:0.759; 95%CI: 0.572-1.006) (tabel 15).



Gambar 5: ***Family resilience in family interaction during the COVID-19 pandemic***

Tabel 15: Model akhir multivariat regresion logistik ketahanan keluarga dalam memanfaat sosial ekonomi

Variabel	B	SE	Wald	p-value	OR	95% CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
Pendidikan	-0.276	0.144	3.682	0.050	0.759	0.572	1.006
Religious coping	0.058	0.020	8.647	0.003	1.059	1.019	1.101
Constant	-2.190	1.063	4.247	.039	0.112		

Seleksi kandidat yang masuk model merupakan *religious coping*, pendidikan, dan usia dengan nilai p<0.25 secara berturut-turut 0.000, 0.050, 0.189, sedangkan variabel tidak masuk dalam model karena memiliki nilai p>0.25 yaitu tipe keluarga (p:0.835), penghasilan (p:0.730), Pekerjaan (p:0.618).

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara *religious coping* terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga di masa pandemi COVID-19. Interaksi dalam hal ini tergambar dalam hubungannya dengan penghargaan dari teman, penerimaan dari keluarga, menyimpan perasaan untuk diri sendiri, mendengarkan kekhawatiran atas masalah diri sendiri, menunjukkan rasa cinta dan kasih sayang, dan tidak ikut campur urusan tetangga.

Pandemi COVID-19 telah menyebabkan peningkatan tingkat stres dan kecemasan yang dialami oleh banyak orang di seluruh dunia (Agbaria & Abu-Mokh, 2022). Tidak hanya menghadirkan krisis kesehatan medis global, pandemi COVID-19 juga menimbulkan krisis kesejahteraan keluarga dan kesehatan mental (Prime *et al.,* 2020). Beberapa permasalahan yang terjadi akibat pandemi COVID-19 ini menunjukkan bahwa ketahanan memainkan peran penting dalam menjaga stabilitas keluarga (CASMINI, 2020). Dihadapkan dengan ambiguitas dan kesulitan, manusia biasanya lebih suka menggunakan agama untuk mencari kenyamanan dan penjelasan atas hal yang sedang terjadi (Fatima *et al.,* 2020). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh religious coping terhadap ketahanan keluarga dalam interaksi keluarga di masa pandemi COVID-19.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa selama pandemi COVID-19, *religious coping* dapat mempengaruhi ketahanan keluarga dalam berinteraksi. Hal ini ditunjukkan dengan hasil data, bahwa keluarga yang memiliki *religious coping* adekuat akan berpeluang satu kali memiliki ketahanan dalam berinteraksi dibandingkan dengan keluarga yang memiliki *religious coping* tidak adekuat (OR:1.059; 95%CI: 1.019-1.101). Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat dari (Somos, 2020) yang menyatakan bahwa terdapat korelasi positif yang kuat antara *positive religious coping* dengan ketahanan atau resiliensi. Selain itu, penelitian dari (Saputro *et al.,* 2021) juga melaporkan bahwa *Islamic coping religious* dapat mendorong individu untuk memiliki perilaku positif terhadap diri sendiri dan orang lain, sehingga dapat meningkatkan resiliensi. Hal ini dapat disebabkan karena tingkat spiritualitas yang tinggi memungkinkan keluarga untuk mampu mengatasi atau mendalami masalah dan mengembalikan masalah kepada Tuhan sehingga keluarga akan merasakan kelegaan batin (Sriyono *et al.,* 2020).

Menurut penelitian (Ekwonye *et al.,* 2021), peserta dalam penelitiannya mendapatkan makna dari hubungan sosial, tujuan hidup, keyakinan agama, pelayanan, dan kesehatan yang baik yang bersumber dari hubungan. Suatu hubungan dapat secara positif berkontribusi pada seseorang ketika mengalami peristiwa negatif seperti COVID-19. Selama pandemi, individu cenderung merasa kesepian, kehilangan, isolasi, dan kemarahan, hal tersebut berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain. Beberapa orang memandang

hubungan sebagai bagian dari sistem nilai, pengembangan diri, kepuasan, kebahagiaan, kegembiraan, kesenangan, dan kesejahteraan batin (Wissing *et al.,* 2020). Ketika interaksi dalam hubungan terputus, maka akan terjadi keputus asaan, tidak berarti, dan kekalahan. Spiritualitas yang tinggi akan meningkatkan kesejahteraan seseorang dan hubungannya dengan lingkungan sekitar (Borges *et al.,* 2021).

Selain hubungannya dengan *religious coping*, ketahanan keluarga juga dipengaruhi oleh pekerjaan. Hal ini dibuktikan dengan hasil pada penelitian ini, dimana keluarga yang bekerja akan berpeluang 0,8 kali memiliki ketahanan dalam berinteraksi dibandingkan dengan keluarga yang tidak bekerja (OR:0.759; 95%CI: 0.572-1.006). Penerapan *lockdown* yang menyebabkan peningkatan jumlah pengangguran dan mengganggu rute transportasi dapat berimbas pada rantai pasokan lokal dan internasional (Dasgupta & Robinson, 2022). Beberapa konsekuensi dari krisis ekonomi, seperti pengangguran, peningkatan beban kerja atau reorganisasi kerja, dan pengurangan staf serta upah dapat berubah menjadi salah satu faktor stres yang dapat berdampak negatif pada kesehatan mental (Marazziti *et al.,* 2021). Pengangguran merupakan salah satu faktor risiko yang dapat mengembangkan gejala mental, terutama depresi selama periode pandemi (Lei *et al.,* 2020). Adanya hubungan antara ketahanan keluarga dengan pekerjaan dapat disebabkan karena aspek ketahanan keluarga berasal dari aspek psikologis, ekonomi, kesehatan, dan psikososial yang saling terkait dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain (Casmini, 2020). Penurunan kehidupan dan interaksi sosial yang dilaporkan selama pandemi COVID-19 dapat dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup serta peningkatan depresi (Lebrasseur *et al.,* 2021). Pembatasan kunjungan juga memiliki dampak negatif yang serius pada kesejahteraan dan kesehatan anggota keluarga (Creutzfeldt *et al.,* 2021). Beberapa masalah terkait pembatasan kunjungan ini dapat diatasi dengan teknologi, namun solusi tersebut tetap tidak dapat menggantikan keberadaan nyata secara tatap muka (Mercadante *et al.,* 2020).

Penelitian ini menemukan bahwa faktor tipe keluarga, penghasilan, dan pendidikan tidak berpengaruh terhadap ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa ketahanan keluarga secara signifikan dipengaruhi oleh kesadaran pengelolaan keuangan pribadi, kondisi

kerja orang tua atau pengasuh, pendapatan rata-rata bulanan atau tingkat pendapatan keluarga, banyaknya sumber daya manusia yang dimiliki keluarga, jumlah saudara kandung, serta tingkat pendidikan (Nopriadi Saputra, Adler Haymans Manurung, Muhammad Asrorun Niam Sholeh, 2021; Xie *et al.,* 2022; Yang *et al.,* 2021). Pandemi COVID-19 yang berdampak pada segi sosial ekonomi, yang menurut penelitian dari (de Almeida *et al.,* 2020), 55,1% partisipan pada penelitian ini mengalami penurunan pendapatan keluarga, 70% tidak memiliki pendapatan, dan 25,8% kehilangan pekerjaan. Kehilangan pekerjaan atau kurangnya pendapatan yang besar dapat menyebabkan timbulnya kekerasan antar pasangan orang tua yang dapat berakibat pada semua jenis penganiayaan terhadap anak (Wong *et al.,* 2021).

Menurut (Pinchoff *et al.,* 2021), kehilangan penghasilan pada orang dewasa yang dikaitkan dengan melewatkan makan, gejala depresi, ketegangan atau kekerasan rumah tangga, dan pengabaian perawatan kesehatan dapat mengakibatkan timbulnya kerawanan pangan dan memburuknya gejala depresi. Hal ini dapat disebabkan karena selama pandemi, terdapat masalah dalam menyeimbangkan pekerjaan dengan mengasuh anak atau sekolah di rumah dan ketidakstabilan keuangan yang merupakan faktor kunci yang dapat mempengaruhi stres keluarga (Carroll *et al.,* 2020). Keluarga dengan latar belakang sosial ekonomi yang rendah dapat meningkatkan kerawanan pangan selama pandemi COVID-19 (Singh *et al.,* 2021).

Penelitian dari (Santana *et al.,* 2021) mendapatkan hasil bahwa 61,4% responden yang memiliki pendapatan bulanan kurang atau sama dengan 70 dolar dapat lebih berisiko mengalami kerawanan pangan dan dapat digolongkan sebagai kelompok berisiko tinggi mengalami tekanan psikologis. Selain itu, tipe keluarga terbanyak pada penelitian ini merupakan *nuclear family* sebanyak 66,7%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Rana *et al.,* 2021), budaya hidup dalam lingkungan *nuclear family* terguncang hebat selama pandemi COVID-19. Hal ini dapat disebabkan karena selama pandemi COVID-19, tipe keluarga *nuclear family* cenderung menghadapi tantangan dalam merawat anggota keluarga yang sakit atau cacat, merawat anak-anak mereka, mendukung anak-anak dalam pembelajaran jarak jauh, serta melanjutkan aktivitas kerja mereka, hal ini tampaknya telah menyebabkan semacam *sort of retreating* pada keluarga itu sendiri (Mazzucchelli *et al.,* 2020). Penelitian

dari (Tok & Ünal, 2020) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan ketahanan keluarga, hal ini disebabkan karena fakta bahwa dengan meningkatnya tingkat pendidikan, maka sikap orang tua menjadi lebih demokratis, serta perkembangan sosial-emosional orang tua, seperti komunikasi, empati, dan hubungan protektif dapat lebih terdukung.

Pada penelitian ini juga tidak menemukan adanya pengaruh faktor usia terhadap ketahanan keluarga selama pandemi COVID-19. Hal ini serupa dengan penelitian (Hawryluck *et al.,* 2004) yang dikutip dalam (Mazza *et al.,* 2020), dimana tidak ditemukan adanya hubungan antara usia partisipan dengan depresi selama masa karantina SARS. Disamping itu, rentang usia sebagian besar responden antara 46-55 tahun, juga dapat berpengaruh dalam hasil penelitian ini. Rentang usia 45-64 tahun dapat dikategorikan dalam grup usia middle-aged adults (Backonja *et al.,* 2018; Okoro *et al.,* 2018). Hal ini dapat disebabkan karena pada setiap aspek uji kesehatan mental yang dilakukan oleh (Pieh *et al.,* 2020), orang dewasa yang lebih tua (usia lebih dari 35 tahun) tampaknya dapat menangani situasi diluar ekspektasi lebih baik daripada kelompok usia dewasa muda yang berusia kurang dari 35 tahun. Selain itu, penelitian lain juga menyatakan hal serupa dimana kelompok usia muda dapat dikaitkan dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi selama pandemi COVID-19 ini (Mazza *et al.,* 2020).

Kesimpulan penelitian ini adalah ketahanan keluarga dalam berinteraksi sangat dipengaruhi oleh faktor *religous coping*. Penguatan masyarakat dengan pendekatan religi diperlukan untuk mendukung garis pertahanan keluarga menhadap kondisi pendemi ini.

Daftar Pustaka

A., M. L., Mahrer-Imhof, R., Garcia-vivar, C., Brodsgaard, A., Dieperink, K. B., Imhrof, L., Østergaard, B., Svavarsdottir, E. K., & Konradsen, H. (2020). The COVID-19 Pandemic: A Family Affair. *Journal of Family Nursing, 26(2),* 87–89. https://doi.org/10.1177/1074840720920883

Agbaria, Q., & Abu-Mokh, A. J. (2022). The use of religious and personal resources in coping with stres during COVID-19 for Palestinians. *Current Psychology, 0123456789*. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02669-5

Ameis, S. H., Lai, M. C., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Molecular Autism, 11(1),* 1–9. https://doi.org/10.1186/s13229-020-00365-y

Backonja, U., Hall, A. K., Painter, I., Kneale, L., Lazar, A., Cakmak, M., Thompson, H. J., & Demiris, G. (2018). Comfort and Attitudes Towards Robots Among Young, Middle-Aged, and Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship, 50(6),* 623–633. https://doi.org/10.1111/jnu.12430

Borges, C. C., dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 19(1),* 1–13. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7

Büssing, A., Rodrigues Recchia, D., Hein, R., & Dienberg, T. (2020). Perceived changes of specific attitudes, perceptions and behaviors during the Corona pandemic and their relation to well-being. *Health and Quality of Life Outcomes, 18(1),* 1–17. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01623-6

Carroll, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D. W. L., & Haines, J. (2020). The impact of covid-19 on health behavior, stres, financial and food security among middle to high income canadian families with young children. *Nutrients, 12(8),* 1–14. https://doi.org/10.3390/nu12082352

CASMINI. (2020). Read the reality of family resilience in facing pandemics Covid-19 in Indonesia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24(10),* 4354–4365.

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., El-harakeh, A., Bognanni, A., Lotfi, T., Loeb, M., Hajizadeh, A., Bak, A., Izcovich, A., Cuello-Garcia, C. A., Chen, C., Harris, D. J., Borowiack, E., Chamseddine, F., Schünemann, F., … Reinap, M. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 395(10242),* 1973–1987. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9

Creutzfeldt, C. J., Schutz, R. E. C., Zahuranec, D. B., Lutz, B. J., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2021). Family Presence for Patients with Severe Acute Brain Injury and the Influence of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine, 24(5),* 743–746. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0520

Dasgupta, S., & Robinson, E. J. Z. (2022). Impact of COVID-19 on food insecurity using multiple waves of high frequency household surveys. *Scientific Reports, 12(1).* https://doi.org/10.1038/s41598-022-05664-3

David A. Bowlus. (2018). *Alliance Theological Seminary the Relationship Between Religious Coping and Resilience Among Senior Army Leaders in the United States Army War College a Dissertation Submitted To the Faculty in Partial Fulfillment for the Degree of Doctor of Ministry By D*. January.

de Almeida, W. da S., Szwarcwald, C. L., Malta, D. C., Barros, M. B. de A., Júnior, P. R. B. de S., Azevedo, L. O., Romero, D., Lima, M. G., Damacena, G. N., Machado, Í. E., Gomes, C. S., de Pina, M. de F., Gracie, R., Werneck, A. O., & da Silva, D. R. P. (2020). Changes in brazilians' socioeconomic and health conditions during the covid-19 pandemic. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 23,* 1–14. https://doi.org/10.1590/1980-549720200105

Digregorio, B. D., Corcoran, K. E., Colyer, C. J., & Stein, R. E. (2021). 'When the Waves Roll High': Religious Coping among the Amish and Mennonites during the COVID-19 Pandemic. *Religions, 12(9).* https://doi.org/10.3390/rel12090678

Eales, L., Ferguson, G. M., Gillespie, S., Smoyer, S., & Carlson, S. M. (2021). Family Resilience and Psychological Distres in the COVID-19 Pandemic: A Mixed Methods Study. *Developmental Psychology, 57(10),* 1563–1581. https://doi.org/10.1037/dev0001221

Ebrahim, M. T., & Alothman, A. A. (2021). Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities, 113(March),* 103943. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103943

Ekwonye, A. U., Ezumah, B. A., & Nwosisi, N. (2021). Meaning in life and impact of COVID-19 pandemic on African immigrants in the

United States. *Well-being, Space and Society, 2(January),* 100033. https://doi.org/10.1016/j.wss.2021.100033

Fatima, H., Oyetunji, T. P., Mishra, S., Sinha, K., Olorunsogbon, O. F., Akande, O. S., Srinivasan, & Kar, S. K. (2020). Religious coping in the time of COVID-19 Pandemic in India and Nigeria: Finding of a cross-national community survey. *International Journal of Social Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/0020764020984511

Francis, B., Gill, J. S., Yit Han, N., Petrus, C. F., Azhar, F. L., Ahmad Sabki, Z., Said, M. A., Ong Hui, K., Chong Guan, N., & Sulaiman, A. H. (2019). Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(2),* 1–13. https://doi.org/10.3390/ijerph16020259

Fullana, M. A., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., & Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders, 275,* 80–81. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027

Gayatri, M., & Irawaty, D. K. (2021). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. *Family Journal, 1*. https://doi.org/10.1177/10664807211023875

Godara, M., Silveira, S., Matthäus, H., Heim, C., Voelkle, M., Hecht, M., Binder, E. B., & Singer, T. (2021). Investigating differential effects of socioemotional and mindfulness-based online interventions on mental health, resilience and social capacities during the COVID-19 pandemic: The study protocol. *In PLoS ONE (Vol. 16, Issue 11 November 2021).* https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256323

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases, 10(7),* 1206–1212. https://doi.org/10.3201/eid1007.030703

Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health, 42*, 1–11. https://doi.org/10.4178/epih.e2020038

Isaacs, S. A., Roman, N., & Carlson, S. (2020). Fostering Family Resilience: A Community Participatory Action Research Perspective. *Child Care in Practice, 26(4),* 358–372. https://doi.org/10.1080/13575279.2020.1801578

Koenig, H. G. (2020). Maintaining Health and Well-Being by Putting Faith into Action During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health, 59(5),* 2205–2214. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2

Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Raymond, E., Bussières, E. L., Lapierre, N., Faieta, J., Vincent, C., Duchesne, L., Ouellet, M. C., Gagnon, E., Tourigny, A., Lamontagne, M. È., & Routhier, F. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on older adults: Rapid review. *JMIR Aging, 4(2).* https://doi.org/10.2196/26474

Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine during the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor, 26*, 1–12. https://doi.org/10.12659/MSM.924609

Marazziti, D., Avella, M. T., Mucci, N., Della Vecchia, A., Ivaldi, T., Palermo, S., & Mucci, F. (2021). Impact of economic crisis on mental health: A 10-year challenge. CNS Spectrums, 26(1), 7–13. https://doi.org/10.1017/S1092852920000140

Mariotti, M., Muratori, G., Langella, A., & Scaltriti, N. (2021). COVID: Using the DAN Model with Couples to Increase Family Resilience. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 42(1),* 44–57. https://doi.org/10.1002/anzf.1436

Marzilli, E., Cerniglia, L., Tambelli, R., Trombini, E., De Pascalis, L., Babore, A., Trumello, C., & Cimino, S. (2021). The covid-19 pandemic and its impact on families' mental health: The role played by parenting stres, parents' past trauma, and resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(21).* https://doi.org/10.3390/ijerph182111450

Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distres among italian people during the covid-19 pandemic: Immediate

psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9),* 1–14. https://doi.org/10.3390/ijerph17093165

Mazzucchelli, S., Bosoni, M. L., & Medina, L. (2020). The Impact of COVID-19 on Family Relationships in Italy: Withdrawal on the Nuclear Family. *Italian Sociological Review, 10(November),* 687–709. https://doi.org/10.13136/isr.v10i3S.394

Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., Giuliana, F., Terruso, L., & Piccione, T. (2020). Palliative Care in the Time of COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management, 60(2),* e79–e80. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.025

Nopriadi Saputra, Adler Haymans Manurung, Muhammad Asrorun Niam Sholeh. (2021). The Influential Factor of Family Resilience: Awareness of Islamic Law on Family. *Psychology and Education Journal, 58(1),* 3195–3207. https://doi.org/10.17762/pae.v58i1.1261

Okoro, C. A., Hollis, N. D., Cyrus, A. C., & Griffin-Blake, S. (2018). Prevalence of Disabilities and Health Care Access by Disability Status and Type Among Adults — United States, 2016. MMWR. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 67(32),* 882–887. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a3

Onyeaka, H., Anumudu, C. K., Al-Sharify, Z. T., Egele-Godswill, E., & Mbaegbu, P. (2021). COVID-19 pandemic: A review of the global lockdown and its far-reaching effects. *Science Progress, 104(2),* 1–18. https://doi.org/10.1177/00368504211019854

Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research, 136(June),* 110186. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186

Pinchoff, J., Friesen, E. L., Kangwana, B., Mbushi, F., Muluve, E., Ngo, T. D., & Austrian, K. (2021). How Has COVID-19-Related Income Loss and Household Stres Affected Adolescent Mental Health in Kenya? *Journal of Adolescent Health, 69(5),* 713–720. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.023

Pirutinsky, S., Cherniak, A. D., & Rosmarin, D. H. (2020). COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox

Jews. *Journal of Religion and Health, 59(5),* 2288–2301. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01070-z

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 75(5),* 631–643. https://doi.org/10.1037/amp0000660

Rababa, M., Hayajneh, A. A., & Bani-Iss, W. (2021). Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health, 60(1),* 50–63. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01129-x

Rana, R., Sood, R., & Bhardwaj, S. (2021). Women and children's well-being in Indian nuclear families during the COVID-19 pandemic. *Journal of Childhood, Education & Society, 2(2),* 178–193. https://doi.org/10.37291/2717638x.202122108

Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., Castro, L., & Nunes, R. (2020). The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care, 19(1),* 22. https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3

Santana, C. L. A., Manfrinato, C. V., Souza, P. R. P., Marino, A., Condé, V. F., Stedefeldt, E., Tomita, L. Y., & do Carmo Franco, M. (2021). Psychological distres, low-income, and socio-economic vulnerability in the COVID-19 pandemic. *Public Health, 199,* 42–45. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.016

Saputro, I., Nashori, F., & Sulistyarini, I. (2021). *Promoting Resilience among Family Caregiver of Cancer through Islamic Religious Coping*. 6(2), 55–66.

Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M. Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stres in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Mental Health Journal, 57(1),* 101–110. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y

Sinding Bentzen, J. (2019). Acts of god? Religiosity and natural disasters across subnational world districts*. *Economic Journal, 129(622),* 2295–2321. https://doi.org/10.1093/ej/uez008

Singh, D. R., Sunuwar, D. R., Shah, S. K., Sah, L. K., Karki, K., & Sah, R. K. (2021). Food insecurity during COVID-19 pandemic: A genuine

concern for people from disadvantaged community and low-income families in Province 2 of Nepal. *PLoS ONE, 16(July),* 1–20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254954

Somos, A. (2020). *The Impact of Religious Coping and Resilience on Psychological Well-Being among International Students in Hungary The Impact of Religious Coping and Resilience on Psychological well-being among International Students in Hungary*. Iscte, 48.

Sriyono, S., Nursalam, N., & Hamzah, H. (2020). Religious behavior shapes adaptive family coping into well -prepared in Disaster. *Systematic Reviews in Pharmacy, 11(6),* 1145–1147. https://doi.org/10.31838/srp.2020.6.166

Tok, Y., & Ünal, M. (2020). Examining the correlation between resilience levels and math and science process skills of 5-year-old preschoolers. *Research in Pedagogy, 10(2),* 203–228. https://doi.org/10.5937/istrped2002203t

Walsh, F. (2016). Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process, 55(4),* 616–632. https://doi.org/10.1111/famp.12260

WHO. (2022). COVID-19 weekly epidemiological update. *World Health Organization, 58*, 1–23.

Wissing, M. P., Wilson Fadiji, A., Schutte, L., Chigeza, S., Schutte, W. D., & Temane, Q. M. (2020). Motivations for Relationships as Sources of Meaning: Ghanaian and South African Experiences. *Frontiers in Psychology, 11(August),* 1–21. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02019

Wong, J. Y. H., Wai, A. K. C., Wang, M. P., Lee, J. J., Li, M., Kwok, J. Y. Y., Wong, C. K. H., & Choi, A. W. M. (2021). Impact of COVID-19 on child maltreatment: Income instability and parenting issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4),* 1–10. https://doi.org/10.3390/ijerph18041501

Xie, J., Mei, H., Ouyang, Y., Huang, Y., Liu, K., Zhu, G., Hou, S., & Wang, Y. (2022). *Analysis of Influencing Factors of Family Resilience in Children with Congenital Tibial Pseudoarthrosis*. February, 331–337.

Yang, B., Feldman, M. W., & Li, S. (2021). The Status of Family Resilience: Effects of Sustainable Livelihoods in Rural China. *Social Indicators*

Research, 153(3), 1041–1064. https://doi.org/10.1007/s11205-020-02518-1

Zarrouq, B., Abbas, N., Hilaly, J. El, Asri, A. El, Abbouyi, S., Omari, M., Malki, H., Bouazza, S., Moutawakkil, S. G., Halim, K., & Ragala, M. E. (2021). An investigation of the association between religious coping, fatigue, anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Morocco: a web-based cross-sectional survey. *BMC Psychiatry, 21(1),* 264. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03271-6

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine, 3(1),* 3–8.

Zhuang, X., Lau, Y. Y., Chan, W. M. H., Lee, B. S. C., & Wong, D. F. K. (2021). Risk and resilience of vulnerable families in Hong Kong under the impact of COVID-19: an ecological resilience perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56(12),* 2311–2322. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02117-6

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

8

Diagnosis KEPERAWATAN BERHUBUNGAN DENGAN MASALAH RELIGI DAN SPIRITUAL

A. Definisi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, di mana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosis keperawatan di tetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang di peroleh dari pengkajian keperawatan klien.

Diagnosis keperawatan adalah diagnosis yang paling logis terjadi ketika terjadi suatu kondisi kesehatan tertentu. Tentu saja seorang pasien dengan satu kondisi medis tidak akan mempunyai semua Diagnosis keperawatan yang ditampilkan. Tujuan Diagnosis keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, memberikan kesatuan bahasa dalam profesi keperawatan, meningkatkan komunikasi antar sejawat dan profesi kesehatan lainnya, dan membantu merumuskan hasil yang di harapkan/tujuan yang tepat dalam menjamin mutu asuhan keperawatan sehingga pemilihan intervensi lebih akurat dan menjadi pedoman dalam melakukan evaluasi.

Jenis Diagnosis keperawatan ada lima yaitu: aktual, risiko, kemungkinan, kesejahteraan, dan sindrom. Diagnosis keperawatan aktual adalah: suatu Diagnosis keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi oleh perawat karena adanya batasan karakteristik mayor. Syarat untuk menegakkan Diagnosis keperawatan maka diperukan adanya problem, etiologi, symptom. Diagnosis keperawatan risiko adalah Diagnosis keperawatan yang

menggambarkan penilaian klinis dimana individu maupun kelompok lebih rentang mengalami masalah yang sama dibandingkan orang lain didalam situasi yang sama atau serupa. Syarat untuk menegakkan Diagnosis risiko ada unsur problem dan etimologi.

Diagnosis keperawatan kemungkinan adalah: Diagnosis keperawatan yang membutuhkan data tambahan, yang betujuan untuk mencegah timbulnya suatu Diagnosis yang bersifat sementara. Sedangkan diagnosis keperawatan kesejahteraan adalah diagnosis keperawatan kesejahteraan merupakan penilaian klinis tentang keadaan individu keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu menjadi tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Diagnosis keperawatan sindrom adalah kumpulan gejala diagnosis keperawatan, karena terdiri dari diagnosis keperawatan aktual dan risiko. Dan didalam diagnosis sindrom terdapat etiologi dan faktor pendukung lainnya yang mempermudah dalam menegakkan suatu diagnosis.

B. Diagnosis Keperawatan Spiritual

Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan situasi dan kondisi religi dan spiriual adalah sebagai berikut:

1. Distres spiritual berhubungan dengan perubahan pola hidup.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: pasien mempertanyakan makna/ tujuan hidupnya, menyatakan hidupnya terasa tidak/ kurang bermakna, merasa menderita/ tidak berdaya, tidak mampu beribadah, marah pada tuhan, menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang, mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah), merasa bersalah, merasa terasing, menyatakan telah diabaikan, menolak berinteraksi dengan orang terdekat/ pemimpin spiritual, tidak mampu berkreativitas, koping tidak efektif, tidak berminat pada alam/literatur spiritual.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesiapan dan ketidakberdayaan
   b. Mengidentifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan
   c. Mengidentifikasi harapan dan kekuatan pasien

d. Mengidentifikasi ke taatan dalam beragama
e. Memberikan asupan cairan oral
f. Memberikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian
g. Memberikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara cepat
h. Meyakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan
i. Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual
j. Mendiskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup jika perlu
k. Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah
l. Menganjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain
m. Menganjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung
n. Menganjurkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing
o. Mengatur kunjungan dengan rohaniawan (misalnya ustadz, pendeta, romo, biksu)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat
b. Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup meningkat
c. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat
d. Verbalisasi perasaan tenang meningkat
e. Verbalisasi penerimaan meningkat
f. Verbalisasi percaya pada orang lain meningkat
g. Perilaku marah pada Tuhan menurun
h. Verbalisasi perasaan bersalah menurun
i. Verbalisasi perasaan asing menurun
j. Verbalisasi perasaan diabaikan menurun
k. Verbalisasi menyalahkan diri sendiri menurun

l. Mimpi buruk menurun
m. Perasaan takut menurun
n. Penghindaran aktivitas, tempat, orang terkait trauma menurun
o. Kewaspadaan berlebihan menurun
p. Perilaku merusak diri menurun
q. Kemampuan beribadah membaik
r. Interaksi dengan orang terdekat/ pemimpin spiritual membaik
s. Koping membaik
t. Memori membaik
u. Interpretasi realitas membaik

2. Koping tidak efektif b.d ketidakadekuatan strategi koping.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah, tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai, tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, kekhawatiran kronis, penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginan sendiri, perilaku tidak asertif, partisipasi sosial kurang.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik
   b. Memfasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan
   c. Mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi
   d. Memfasilitasi melihat situasi secara realistik
   e. Memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan
   f. Memfasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif
   g. Menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi
   h. Memfasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, Jika perlu
   i. Memfasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya

j. Informasikan alternatif solusi secara jelas
k. Memberikan informasi yang diminta pasien
l. Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat
b. Perilaku koping adaptif meningkat
c. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat
d. Verbalisasi pengakuan masalah meningkat
e. Verbalisasi kelemahan diri meningkat
f. Perilaku asertif meningkat
g. Partisipasi sosial meningkat
h. Tanggung jawab diri meningkat
i. Orientasi realitas meningkat
j. Minat mengikuti perawatan/ pengobatan meningkat
k. Kemampuan membina hubungan meningkat
l. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun
m. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun
n. Hipersensitif terhadap kritik menurun
o. Perilaku penyalahgunaan zat menurun
p. Perilaku manipulasi menurun
q. Perilaku permusuhan menurun
r. Perilaku superior menurun

3. Berduka berhubungan dengan kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, hubungan sosial).

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: merasa sedih, merasa bersalah atau menyalahkan orang lain, tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan, menangis, pola tidur berubah, tidak mampu berkonsentrasi, mimpi buruk atau pola mimpi berubah, merasa tidak berguna, fobia, marah, tampak panik, fungsi imunitas terganggu.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

a. Mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi
b. Mengidentifikasi proses berduka yang dialami
c. Mengidentifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal
d. Mengidentifikasi reaksi awal terhadap Kehilangan
e. Tunjukkan sikap menerima dan empati
f. Memotivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan
g. Memotivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat
h. Memfasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial
i. Memfasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis. membaca buku, menulis, menggambar atau bermain)
j. Mendiskusikan strategi koping yang dapat digunakan
k. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan
l. Menganjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan
m. Menganjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan
n. Menganjurkan melewati proses berduka secara bertahap

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Verbalisasi menerima kehilangan meningkat
b. Verbalisasi harapan meningkat
c. Verbalisasi perasaan berguna meningkat
d. Verbalisasi perasaan sedih menurun
e. Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun
f. Menangis menurun

g. Verbalisasi mimpi buruk menurun
h. Fobia menurun
i. Marah menurun
j. Panik menurun
k. Pola tidur membaik
l. Konsentrasi membaik
m. Imunitas membaik

4. Ansietas berhubungan dengan terpapar bahaya lingkungan (pandemi COVID-19).

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
   b. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan
   c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
   d. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
   e. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
   f. Memahami situasi yang membuat ansietas
   g. Mendengarkan dengan penuh perhatian
   h. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
   i. Menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
   j. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
   k. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

l. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
m. Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
n. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Jika perlu
o. Menganjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
p. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
q. Melatih kegiatan pengelihatan untuk mengurangi ketegangan
r. Melatih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
s. Melatih teknik relaksasi
t. Berkolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Suhu tubuh membaik
b. Verbalisasi kebingungan menurun
c. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
d. Perilaku gelilsah menurun
e. Perilaku tegang menurun
f. Keluhan pusing menurun
g. Anoreksia menurun
h. Palpitasi menurun
i. Diaforesis menurun
j. Tremor menurun
k. Pucat menurun
l. Konsentrasi membaik
m. Pola tidur membaik
n. Frekuensi pernapasan membaik
o. Frekuensi nadi membaik
p. Tekanan darah membaik
q. Kontak mata membaik
r. Pola berkemih membaik
s. Orientasi membaik

5. Keputusasaan berhubungan dengan kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: mengungkapkan keputusasaan, berperilaku pasif, sulit tidur, selera makan menurun, afek datar, kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara, kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien
   b. Mengidentifikasi hal yang telah memicu emosi
   c. Memfasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih
   d. Membuat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka
   e. Melakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk)
   f. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu
   g. Mengurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah
   h. Menjelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
   i. Menganjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)
   j. Menganjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respon yang biasa digunakan
   k. Mengajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
   l. Merujuk untuk konseling, jika perlu

   Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

   a. Suhu tubuh membaik
   b. Keterlibatan dalam aktifitas perawatan meningkat
   c. Selera makan meningkat
   d. Inisiatif meningkat

e. Minat komunikasi verbal meningkat
f. Verbalisasi keputusasaan perilaku pasif menurun
g. Afek datar menurun
h. Mengangkat bahu saat bicara menurun
i. Pola tidur membaik

6. Ketidakberdayaan berhubungan dengan interaksi interpersonal tidak memuaskan.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain, merasa diasingkan, menyatakan keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang kontrol, menyatakan rasa malu, merasa tertekan (depresi), tidak berpartisipasi dalam perawatan, pengasingan.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup
   b. Menyadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting
   c. Memandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan
   d. Melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan
   e. Mengembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks
   f. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok
   g. Menciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual
   h. Menganjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis
   i. Menganjurkan mempertahankan hubungan (mis. menyebutkan nama orang yang dicintai)
   j. Menganjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
   k. Melatih cara menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan

l. Melatih cara mengembangkan spiritual diri
m. Melatih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. prestasi, pengalaman)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Verbalisasi mampu melaksanakan aktivitas meningkat
b. Verbalisasi keyakinan tentang kinerja peran meningkat
c. Berpartisipasi dalam perawatan meningkat
d. Verbalisasi frustasi ketergantungan pada orang lain menurun
e. Perasaan diasingkan menurun
f. Pernyataan kurang kontrol menurun
g. Pernyataan rasa malu menurun
h. Perasaan tertekan (depresi) menurun
i. Pengasingan menurun

7. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: merasa diabaikan, tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga, tidak toleran, mengabaikan anggota keluarga, terlalu khawatir dengan anggota keluarga, merasa tertekan (depresi), perilaku menyerang (agresi), perilaku menghasut (agitasi), tidak berkomitmen, menunjukkan gejala psikosomatis, perilaku menolak, perawatan yang mengabaikan kebutuhan dasar klien, mengabaikan perawatan/ pengobatan anggota keluarga, perilaku bermusuhan, perilaku individualistik, upaya membangun hidup bermakna terganggu, ketergantungan anggota keluarga meningkat, realitas kesehatan anggota keluarga terganggu.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   a. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi pada saat ini
   b. Mengidentifikasi beban prognosis secara psikologis
   c. Mengidentifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah setelah pulang

d. Mengidentifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan
e. Mendengarkan masalah,perasaan, dan pertanyaan keluarga
f. Menerima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi
g. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan
h. Memfasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
i. Memfasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, Jika perlu
j. Memfasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan penyelesaian menyelesaikan konflik nilai
k. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (misal. tempat tinggal, makanan, pakaian)
l. Memfasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka. Jika perlu
m. Memfasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
n. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
o. Menghargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan
p. Memberikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
q. Menginformasikan kemajuan pasien secara berkala
r. Menginformasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
s. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kepuasan terhadap perilaku bantuan anggota keluarga lain meningkat
b. Keterpaparan informasi meningkat

c. Perasaan diabaikan menurun
d. Kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun
e. Perilaku mengabaikan anggota keluarga menurun
f. Komitmen pada perawatan/pengobatan meningkat
g. Komunikasi antara anggota keluarga meningkat
h. Perasaan tertekan (depresi) menurun
i. Perilaku menyerang (agresi) menurun
j. Perilaku menghasut menurun
k. Gejala psikosomatis menurun
l. Perilaku menolak perawatan menurun
m. Perilaku bermusuhan menurun
n. Perilaku individualistik menurun
o. Ketergantung pada anggota keluarga lain menurun
p. Perilaku overprotektif menurun
q. Toleransi membaik
r. Perilaku bertujuan membaik
s. Perilaku sehat membaik

8. Penurunan koping keluarga berhubungan dengan krisis situasional yang dialami orang terdekat.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: klien mengeluh/ khawatir tentang respon orang terdekat pada masalah kesehatan, orang terdekat menarik diri dari klien, terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien, orang terdekat menyatakan kurang terpapar informasi tentang upaya mengatasi masalah klien, bantuan yang dilakukan orang terdekat menunjukkan hasil yang tidak memuaskan, orang terdekat berperilaku protektif yang tidak sesuai dengan kemampuan/ kemandirian klien.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

   - Mengidentifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
   - Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki

- Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- Mengidentifikasi pemahaman proses penyakit
- Mengidentifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- Mengidentifikasi metode penyelesaian masalah
- Mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
- Mendiskusikan perubahan peran yang dialami
- Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Mendiskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- Mendiskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- Mendiskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- Mendiskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- Memfasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- Memberikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- Memotivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- Meninjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- Menghindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan
- Memotivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- Memotivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- Mendampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
- Memperkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- Mendukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- Mengurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
- Menganjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- Menganjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu

- Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Menganjurkan keluarga terlibat
- Menganjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- Mengajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- Melatih penggunaan teknik relaksasi
- Melatih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
- Melatih mengembangkan penilaian obyektif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga meningkat
b. Anggota keluarga saling mendukung meningkat
c. Anggota keluarga menjalankan peran yang diharapkan meningkat
d. Adaptasi terhadap masalah meningkat
e. Adaptasi terhadap transisi perkembangan
f. Pembagian tanggung jawab kepada setiap anggota keluarga
g. Lingkungan mendukung anggota keluarga mengungkapkan perasaan meningkat
h. Pelibatan anggota keluarga dalam penyelesaian masalah meningkat
i. Verbalisasi komitmen terhadap keluarga meningkat
j. Anggota keluarga terlibat dalam akivitas komunitas
k. Mempertahankan tradisi keluarga

9. Kesiapan peningkatan koping keluarga.

   Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat, anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan, anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan, anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan, anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama.

   Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

a. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan
b. Ciptakan hubungan terapiotik pasien dengan keluarga dalam perawatan
c. Diskusikan cara perawatan di rumah (mis. kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah)
d. Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan
e. Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan
f. Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga
g. Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga
h. Informasikan harapan pasien kepada keluarga
i. Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan
j. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Mendiskusikan makna krisis meningkat
b. Mempertahankan kebiasaan rutin keluarga meningkat
c. Dukungan kemandirian antar anggota keluarga meningkat
d. Verbalisasi harapan yang positif antar anggota keluarga meningkat
e. Menggunakan strategi koping yang efektif meningkat
f. Verbalisasi perasaan antar anggota keluarga meningkat
g. Mencari dukungan emosional dari anggota keluarga lain meningkat
h. Menganggap kesulitan sebagai tantangan meningkat
i. Toleransi perpisahan meningkat
j. Mengidentifikasi sumber daya di komunitas meningkat
k. Memanfaatkan sumber daya di komunitas meningkat
l. Memanfaatkan kelompok komunitas untuk dukungan emosional meningkat
m. Memanfaatkan tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi meningkat
n. Memanfaatkan tenaga kesehatana untuk mendapatkan bantuan meningkat

o. Verbalisasi kesiapan untuk belajar meningkat

10. Kesiapan peningkatan koping komunitas.

Diagnosis keperawatan ini ditandai dengan data sebagai berikut: perencanaan aktif oleh komunitas mengenai prediksi stresor, pemecahan masalah aktif oleh komunitas saat menghadapi masalah, terdapat sumber-sumber daya yang adekuat untuk mengatasi stresor, bersepakat bahwa komunitas bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan stres, berkomunikasi positif di antara anggota komunitas, berkomunikasi positif di antara komunitas, tersedia program untuk rekreasi, tersedia program untuk relaksasi/ bersantai.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah:

a. Mengidentifikasi masalah yang sebenarnya dialami kelompok
b. Mengidentifikasi kelompok memiliki masalah yang sama
c. Mengidentifikasi hambatan menghadiri sesi kelompok (misal. stigma, cemas, tidak aman)
d. Mengidentifikasi aturan dan norma yang perlu dimodifikasi pada sesi selanjutnya, Jika perlu
e. Menyiapkan lingkungan terapeutik dan rileks
f. Membentuk kelompok dengan pengalaman dan masalah yang sama
g. Memulai sisi kelompok dengan mengenalkan semua anggota kelompok dan terapis
h. Memulai dengan percakapan ringan, berbagi informasi tentang diri masing-masing dan alasan terlibat dalam kelompok
i. Mensepakati jumlah sesi yang diperlukan dalam kelompok
j. Membangun rasa tanggung jawab dalam kelompok
k. Mendiskusikan penyelesaian masalah dalam kelompok
l. Memberikan kesempatan individu untuk berhenti sejenak saat merasa stres akibat topik tertentu sampai mampu berpartisipasi kembali
m. Memberikan kesempatan istirahat di setiap sesi untuk memfasilitasi percakapan individual dalam kelompok

n. Memberikan kesempatan saling mendukung dalam kelompok terkait masalah dan penyelesaian masalah
o. Memberikan kesempatan kelompok menyimpulkan masalah, penyelesaian masalah dan dukungan yang diperlukan untuk setiap anggota kelompok
p. Menghindarkan percakapan ofensif, tidak sensitif, seksual atau humor yang tidak perlu atau tidak pada tempatnya
q. Menyediakan media untuk kebutuhan berkomunikasi di luar kelompok (misal. email telepon, sms, wa)
r. Melakukan refleksi manfaat dukungan kelompok pada setiap awal dan akhir pertemuan
s. Mengakhiri kegiatan sesuai sesi yang disepakat
t. Menganjurkan anggota kelompok mendengarkan dan memberi dukungan saat mendiskusikan masalah dan perasaan
u. Menganjurkan bersikap jujur dalam menceritakan perasaan dan masalah
v. Menganjurkan setiap anggota kelompok mengemukakan ketidakpuasan, keluhan, kritik dalam kelompok dengan cara santun
w. Menganjurkan kelompok untuk menuntaskan ketidakpuasan, keluhan dan kritik
x. Mengajarkan relaksasi-relaksasi pada setiap sesi, jika perlu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien membaik dengan kriteria sebagai berikut:

a. Keberdayaan komunitas meningkat
b. Perencanaan komunitas meningkat
c. Pemecahan masalah komunitas meningkat
d. Sumber daya komunitas meningkat
e. Partisipasi masyarakat meningkat
f. Kegiatan komunitas memenuhi harapan anggotanya meningkat
g. Komunikasi positif meningkat
h. Program rekreasi meningkat
i. Program relaksasi/bersantai meningkat

j. Tanggung jawab komunitas terhadap penatalaksanaan stres meningkat
k. Insiden masalah kesehatan dalam komunitas menurun
l. Kerentanan komunitas menurun
m. Konflik dalam komunitas menurun
n. Tingkat kejadian penyakit menurun
o. Tingkat stres menurun

Daftar Pustaka

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016b). Standar Diagnosis keperawatan Indonesia. *In Dewan Pengurus Pusat*. https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.77.1889

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016c). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

9

OVERVIEW PROGRAM RISET KEILMUAN

A. Kebijakan Merdeka Belajar - Kampus Merdeka (MBKM)

Kebijakan Merdeka Belajar - Kampus Merdeka (MBKM) adalah suatu inovasi yang dicanangkan oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi (Kemendikbudristek) Republik Indonesia dalam meningkatkan akses pendidikan tinggi dan meningkatkan *link and match* antara lulusan pendidikan tinggi dengan dunia kerja di era revolusi industri 4.0. Program MBKM ini sesuai dengan Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, yaitu mahasiswa memiliki kesempatan untuk 1 (satu) semester atau setara dengan 20 (dua puluh) sks menempuh pembelajaran di luar program studi pada Perguruan Tinggi yang sama; dan paling lama 2 (dua) semester atau setara dengan 40 (empat puluh) sks menempuh pembelajaran pada program studi yang sama di Perguruan Tinggi yang berbeda, pembelajaran pada program studi yang berbeda di Perguruan Tinggi yang berbeda; dan/atau pembelajaran di luar Perguruan Tinggi.

Kemendikbudristek juga telah memperkuat program MBKM, melalui Permendikbud Nomor 3/M/2021 Tahun 2021 tentang Indikator Kinerja Utama (IKU) Perguruan Tinggi Negeri (PTN) dan Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi (LLDIKTI) di Lingkungan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Tahun 2021. Melalui implementasi IKU diharapkan dapat meningkatkan kualitas lulusan pendidikan tinggi, meningkatkan kualitas dosen pendidikan tinggi, dan meningkatkan kualitas kurikulum dan pembelajaran. Meningkatkan mutu dan relevansi pendidikan tinggi agar dapat berkontribusi dalam meningkatkan daya saing bangsa.

Dalam rangka menyukseskan kebijakan MBKM, pelaksanaan Tri Dharma di Perguruan Tinggi harus senantiasa dilakukan. Pengembangan kompetensi dan kualifikasi dosen untuk mendukung dharma bidang penelitian, merupakan suatu hal yang penting dalam meningkatkan daya saing bangsa melalui hasil-hasil riset. Dosen Indonesia dengan jumlah 271.280 orang adalah modal yang luar biasa dan sangat potensial untuk menjadi agen-agen transformatif yang bertugas melakukan kegiatan riset keilmuan dan membimbing mahasiswa menjadi agen-agen perubahan yang adaptif, kreatif serta inovatif. Melalui berbagai kegiatan riset keilmuan, diharapkan seorang dosen dapat menggali berbagai ide dan kreatifitasnya melalui berbagai kegiatan riset yang mendukung pelaksanaan Kampus Merdeka.

Peningkatan kompetensi dan kualifikasi dosen dalam kegiatan penelitian dapat diberikan melalui program peningkatan kompetensi dan kualifikasi yang lebih terstruktur, dinamis, dan inovatif dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Riset yang mendukung MBKM sangat penting dilakukan oleh dosen sebagai landasan pengambilan kebijakan dan menyusun regulasi yang strategis dan tepat sasaran dalam melaksanakan 9 kegiatan MBKM (magang, asistensi mengajar, pertukaran pelajar/mahasiswa, penelitian/riset, proyek kemanusiaan, membangun desa, studi/proyek mandiri/independent, proyek kewirausahaan, proyek kemanusiaan, bela negara).

Dosen yang akan mengikuti kegiatan riset keilmuan PT ini adalah dosen perguruan tinggi akademik yang masing-masing memiliki kualifikasi kepakaran sesuai dengan bidang keilmuannya. Mempertimbangkan hal-hal tersebut di atas, Kemendikbud meluncurkan Program Riset Keilmuan yang diharapkan akan menghasilkan model atau rancangan pembelajaran yang kolaboratif dan partisipatif antara dosen, mahasiswa dan mitra terkait. Rancangan pembelajaran semester yang jelas dimana termasuk didalamnya terdapat capaian pembelajaran, kegiatan belajar, sistem evaluasi, dan beban studi yang jelas dan yang dapat memungkinkan diikuti oleh mahasiswa lintas prodi dan atau lintas perguruan tinggi. Dosen juga diharapkan dapat memainkan perannya sebagai dosen fasilitator dengan mengajak mahasiswa untuk terlibat secara aktif dalam kegiatan risetnya.

B. Program Riset Keilmuan

Program riset keilmuan dapat dibedakan atas empat jenis skema riset yaitu hibah riset mandiri dosen; hibah riset kewirausahaan; hibah riset desa; dan hibah riset kegiatan kemanusiaan. Riset mandiri yang dilakukan oleh seorang dosen di perguruan tinggi pada hakekatnya adalah menghasilkan prinsip dasar dari teknologi, formulasi konsep dan/atau aplikasi teknologi, hingga pembuktian konsep (*proof-of-concept*) fungsi dan/atau karakteristik penting secara analitis dan eksperimental. Hasil dari penelitian ini selanjutnya dapat ditingkatkan lagi menjadi suatu penelitian terapan dan penelitian pengembangan untuk selanjutnya dapat diaplikasikan di lingkungan industri atau masyarakat pengguna.

Riset mandiri dapat disinergikan dengan kegiatan Merdeka Belajar dan Kampus Merdeka (MBKM) dengan mengajak para mahasiswa untuk terlibat aktif dalam kegiatan MBKM, dalam rangka menjelaskan atau menemukan suatu ipteks guna mengantisipasi suatu gejala/ fenomena, kaidah, model, atau postulat baru yang mendukung suatu proses teknologi, kesehatan, pertanian, dan lain-lain dalam rangka mendukung penelitian terapan. Skema Riset mandiri dosen ini dapat dilakukan untuk penelitian kerjasama dosen dengan mitra Lembaga penelitian, Lembaga Pendidikan dan Lembaga lainnya, atau kelompok masyarakat.

Hibah riset kewirausahaan meningkatkan peran dosen dalam mengembangkan riset-riset yang berkaitan dengan kewirausahaan. Riset tentang kewirausahaan telah berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir dan masuk ke berbagai dimensi, dari dimensi sosial yang luas sampai dimensi teknologi yang kompleks. Dengan skema merdeka belajar - kampus merdeka (MBKM) Perguruan Tinggi bahkan dapat menggalang partisipasi mahasiswa dan mitra-mitra terkait dalm mengembangkan riset kewirausahaan. Kewirausahaan juga harus didorong untuk Pembangunan Ekonomi Kreatif Berkelanjutan. Indonesia adalah sponsor utama proposal tersebut, yang dipresentasikan oleh kelompok negara global, termasuk Australia, Cina, India, Indonesia, Mongolia, Filipina, dan Thailand. Hasil riset Kewirausahaan dari Perguruan Tinggi ini tentunya dapat dijadikan dasar bagi pemerintah dalam merumuskan strategi pengembangan kewirausahaan dalam rangka mendorong ekonomi kreatif di Indonesia.

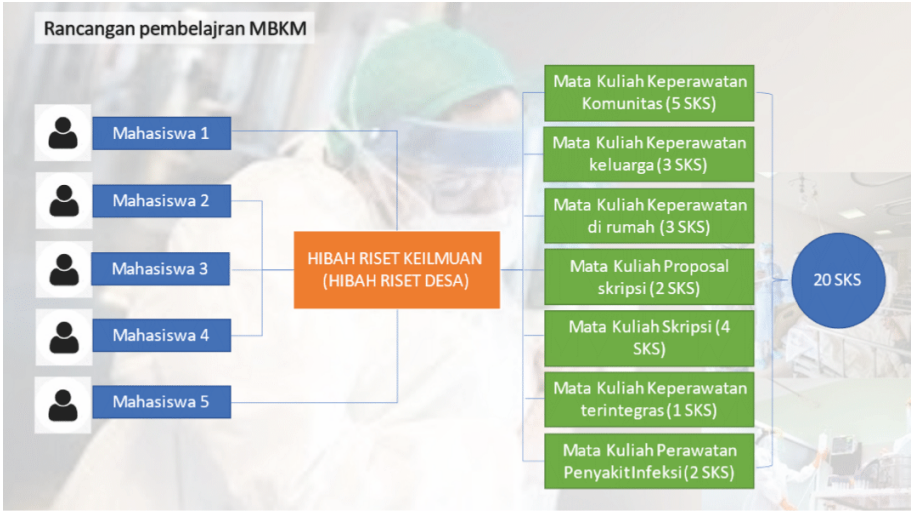
Hibah riset desa adalah riset yang dilakukan untuk membangun desa, sehingga desa dapat berkembang dengan potensi lokal yang dimilikinya. Hibah riset desa bertujuan untuk: menghasilkan rancangan atau model pembelajaran membangun Desa dengan "akronim" yang menarik dan monumental yang dapat menjadi acuan atau model yang siap diterapkan dalam pembelajaran MBKM khususnya dalam skema "Pembangunan Desa", menghasilkan model pembelajaran Pembangunan Desa yang sudah mengadopsi kearifan lokal yang bernilai universal, menghasilkan ipteks, peralatan atau kebijakan yang berguna sesuai dengan bidang riset pembangunan desa dan keahlian dosen masing-masing, menggabungkan kegiatan riset dengan program pembelajaran dalam kegiatan pembangunan desa.

Hibah riset kegiatan kemanusiaan. Riset terkait masalah kebencanaan senantiasa dikembangkan di perguruan tinggi untuk membantu memecahkan permasalahan yang ada di masyarakat. Pelibatan mahasiswa selama ini bersifat voluntary dan hanya berjangka pendek. Oleh karena itu dalam rangka kegiatan Kampus Merdeka dapat didorong suatu kegiatan Kemanusiaan yang harapannya dapat menyatukan kegiatan belajar mengajar terkait Kampus Merdeka, melakukan riset kemanusiaan dan sekaligus melaksanakan program pengabdian kepada masyarakat di daerah bencana tersebut. Dengan kolaborasi dengan mitra kebencanaan baik di tingkat daerah seperti BPBD, dinas sosial, tingkat nasional seperti BNPB, PMI, dan tingkat internasional UNESCO, UNICEF, WHO, dan sebagainya, maka implementasi dari kegiatan Kemanusiaan ini juga dapat dilakukan riset dan kajian yang mendalam mengenai kebencanaan. Para dosen dapat membuat model atau rancangan pembelajaran berbasis kegiatan kemanusiaan yang dihasilkan dari serangkaian riset terkait penanganan bencana di Indonesia. Mahasiswa dengan jiwa muda, kompetensi ilmu, dan minatnya dapat menjadi *"foot soldiers"* dapat diajak dalam menangani proyek-proyek kemanusiaan. Hasil dari riset Kemanusiaan dari perguruan tinggi ini dapat dijadikan dasar bagi pemerintah dalam merumuskan strategi penanganan kebencanaan.

C. Ekuivalensi Mata Kuliah Pendukung Program Hibah Riset

Rancangan pembelajaran MBKM akan didesain dengan ekuivalensi mata kuliah yang disajikan di semester VII di Prodi Ilmu Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhamamdiyah Malang. Mahasiswa yang terlibat dalam penelitian ini akan mendapatkan pengalaman belajar setara dengan 20 SKS yang terdiri dari: konversi mata kuliah keperawatan komunitas 5 SKS, Keperawatan keluarga 3 SKS, Proposal Skripsi 2 SKS, Skripsi 4 SKS, Keperawatan di rumah 3 SKS, Keperawatan terintegrasi 1 SKS, dan perawatan penyakit infeksi 2 SKS (Gambar 6).



Gambar 6: Rancangan pembelajaran MBKM

Indikator capaian kompetensi antara lain: a) analisa permasalahan kesehatan komunitas masyarakat desa terutama pada masalah spiritual dalam menghadapai pandemi COVID-19, b) membandingkan pendekatan keluarga yang tepat dengan berbagai tipe, jumlah, dan karakteristik keluarga, c) membuat peta permasalahan ketahanan keluarga dalam menghadapi situasi pandemi COVID-19, d) melakukan penyelidikan berbagai faktor yang mempengaruhi ketahanan masyarakat dalam menghadapi memanjangnya pandemi COVID-19

Khusus untuk pengalaman penelitian mahasiswa akan mendapatkan kesempatan belajar untuk mengembangkan proposal dengan variabel yang sesuai dengan topik penelitian ini. Sehingga akan dihasilkan 5 proposal penelitian dari 5 mahasiswa yang tergabung dalam penelitian ini. Pengalaman ini akan dikonversikan pada mata ajar proposal yang tersaji di semester VII dengan bobot 2 SKS. Selanjutnya proposal yang

dihasilkan akan dilanjutkan dengan penelitian dan akan menghasilkan karya ilmiah yang akan dikonversikan dalam mata ajar Skripsi dengan bobot 4 SKS.

D. Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) dinyatakan sebagai kemampuan yang diperoleh melalui internalisasi pengetahuan, sikap, keterampilan, kompetensi, dan akumulasi pengalaman kerja selama mahasiswa menempuh pembelajaran di perguruan tinggi.

Tabel 16: Daftar Capaian Pembelajaran konversi MBKM

No.	Nama Mata Kuliah	Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	
			Rumusan CPL
1	Keperawatan Komunitas	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik
		S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
		KU4	Mengkomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
		KK6	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;

		KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;
		KK8	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;
		KK17	Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.
		P4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa dan keperawatan komunitas;
		P5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan;
		P6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik;
		P7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier;
		P13	Menguasai pengetahuan al islam dan kemuhammadiyahan sesuai al quran dan hadist untuk proses asuhan keperawatan
		P14	Menguasai pengetahuan asuhan keperawatan berbagai sistem dan tingkat usia dalam konteks keperawatan komunitas
		P5	Menguasai teknologi informasi yang dibutuhkan guna menunjang asuhan keperawatan dan berkompetisi global
2	Keperawatan Keluarga	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;

		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
		S12	Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia;
		KU1	Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;
		KU2	Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
		KU3	Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik;
		KU4	Mengkomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
		KK2	Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area spesialisasi (keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa atau keperawatan komunitas) sesuai dengan delegasi dari ners spesialis;
		KK3	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga/ pendamping/penasehat utnuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;

		KK4	Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
		KK6	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;
		KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;
		KK8	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;
		KK17	Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.
		KK19	Mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan berbagai sistem dan tingkat usia dalam konteks keperawatan komunitas
		P3	Menguasai nilai-nilai kemanusiaan (*humanity values*);
		P4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa dan keperawatan komunitas;
		P5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan;
		P6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik;
		P7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier;

		P9	Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan;
		P10	Menguasai pengetahuan faktual tentang sistem informasi asuhan keperawatan dan kesehatan
		P13	Menguasai pengetahuan al islam dan kemuhammadiyahan sesuai al quran dan hadist untuk proses asuhan keperawatan
		P14	Menguasai pengetahuan asuhan keperawatan berbagai sistem dan tingkat usia dalam konteks keperawatan komunitas
		P15	Menguasai teknologi informasi yang dibutuhkan guna menunjang asuhan keperawatan dan berkompetisi global
3	Keperawatan di Rumah	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik
		S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
		KU12	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
		KK4	Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
		KK6	Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;
		KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;

		KK8	Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;
		KK17	Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.
		P4	Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok, pada bidang keilmuan keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa dan keperawatan komunitas;
		P6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik;
		P7	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier;
4	Keperawatan Terintegrasi *Interprofesional Education* (IPE)	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius;
		S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika;
		S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik
		S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
		S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
		KU5	Mengkomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya;

		KU7	Bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya;
		KU8	Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;
		KU10	Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya;
		KU11	Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya;
		KU13	Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri
		KU14	Mampu meningkatkan keahlian profesional di bidang keperawatan melalui pembelajaran seumur hidup
		KK3	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga / pendamping/penasehat utnuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya;
		KK7	Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat
		KK18	Mampu melaksanakan edukasi dengan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah
		P5	Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan;
		P6	Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik;
		P11	Menguasai pengetahuan al islam dan kemuhammadiyahan sesuai al quran dan hadist untuk proses asuhan keperawatan
		P14	Menguasai teknologi informasi yang dibutuhkan guna menunjang asuhan keperawatan dan berkompetisi global
5	Proposal Skripsi	KK16	Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi;

		P12	Menguasai metode penelitian ilmiah.
6	Skripsi	KK16	Mampu melakukan penelitian dalam bidang keperawatan untuk menghasilkan langkah-langkah pengembangan strategis organisasi;
		P12	Menguasai metode penelitian ilmiah.

Daftar Pustaka

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2021). *Riset Keilmuan Perguruan Tinggi Akademik*. https://beasiswadosen.kemdikbud.go.id/risetkeilmuan

Keperawatan, P. studi ilmu. (2018). *Kurikulum Program studi ilmu keperawatan*. Universitas Muhammadiyah Malang. https://s1-keperawatan.umm.ac.id/id/pages/kurikulum-11.html

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

GLOSARIUM

Berduka adalah respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan adanya perasaan sedih, cemas, sesak nafas, susah tidur dan lain-lain.

Cemas adalah suatu istilah yang menggambarkan gangguan psikologis yang dapat memiliki karakteristik yaitu berupa rasa takut, keprihatinan terhadap masa depan, kekhawatiran yang berkepanjangan, dan rasa gugup.

Corona virus adalah virus yang menyerang sistem pernapasan.

Daring adalah akronim dalam jaringan yang mana terhubung melalui jaringan komputer, internet maupun terhubung dengan jaringan yang lainnya.

Depresi adalah gangguan suasana hati (*mood*) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan kehilangan minat terhadap hal-hal yang disukai.

Diagnosa keperawatan adalah Masalah keperawatan yang merupakan salah satu komponen utama dalam diagnosis keperawatan dan menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

Distres spiritual merupakan gangguan pada keyakinan berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup baik dengan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan.

Faktor protektif adalah faktor-faktor yang menjadi pelindung, yang berperan dalam menurunkan dampak dari faktor resiko dalam kehidupan keluarga.

Faktor risiko adalah variabel-variabel yang berhubungan dengan peningkatan risiko suatu penyakit atau infeksi tertentu.

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan perubahan yang dialami klien skizofrenia. Suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif.

Keputusasaan adalah harapan negatif dan ketidakberdayaan dari hasil yang negatif yang dilihat dari tiga dimensi yakni dimensi kognitif, dimensi afektif dan dimensi motivasi.

Kesehatan mental adalah kondisi ketika batin kita berada dalam keadaan tentram dan tenang, sehingga memungkinkan kita untuk menikmati kehidupan sehari-hari dan menghargai orang lain di sekitar.

Kesehatan spiritual merupakan suatu kemampuan bersifat alami atau bawaan. Merupakan hal yang alamiah seperti halnya kemampuan kita untuk tertawa dan menangis.

Kesejahteraan spiritual adalah proses menguraikan sifat ikatan yang dinamis dan harmonis antara pribadi, komunitas, lingkungan dan Tuhan.

Ketahanan keluarga adalah keadaan keluarga yang dinamis dengan keuletan, keuletan, dan kemampuan fisik, material, dan mental untuk hidup mandiri.

Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi.

Keyakinan adalah suatu sikap yang ditunjukkan oleh manusia kala beliau merasa cukup kenal dan menyimpulkan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran.

Kohesi keluarga adalah ikatan emosional yang dimiliki anggota keluarga terhadap satu sama lain, dengan fokus kohesi keluarga ialah bagaimana sistem tersebut menyeimbangkan keterpisahan mereka.

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang berhasil mencapai kesepahaman antara pengirim dan penerima pesan.

Koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

Koping beragama adalah suatu upaya penyelesaian masalah dengan menggunakan pendekatan keagamaan yang bentuknya seperti berdoa, beribadah, berdzikir, mengikuti kajian keagamaan, mendengarkan ceramah yang memberikan dampak secara fisik maupun psikis serta berdamai dengan situasi yang sulit.

Koping tidak efektif adalah suatu keadaan keluarga yang menunjukkan resiko tinggi perilaku dekstruktif dalam berespon terhadap ketidakmampuan untuk mengatasi stresor internal atau eksternal karena ketidakmampuan (fisik, psikologis, dan kognitif) yang dimiliki.

Kualitas hidup adalah sebagai tingkat kepuasan hidup individu pada area fisik, psikologis, sosial, aktivitas, materi, dan kebutuhan.

Pandemi adalah epidemi yang menyebar ke berbagai negara lain dan memengaruhi orang di seluruh dunia dalam jumlah besar secara simultan atau berkelanjutan.

PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) atau gangguan stres pasca trauma adalah kondisi kesehatan jiwa yang dipicu oleh peristiwa yang traumatis, baik dengan mengalaminya maupun menyaksikannya.

Rentan adalah mudah terkena penyakit.

Self-perception adalah individu mengamati dunia luarnya dengan menggunakan alat indranya atau proses yang berwujud diterimanya stimulus oleh individu melalui reseptornya.

Spiritualitas adalah kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal-usul. Kebutuhan dasar tersebut meliputi: kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, cinta kasih, dihargai dan aktualitas diri.

Stress adalah reaksi seseorang baik secara fisik maupun emosional (mental/psikis) apabila ada perubahan dari lingkungan yang mengharuskan seseorang menyesuaikan diri.

Tahap perkembangan keluarga adalah tantangan emosional dan intelektual yang harus dihadapi oleh sebuah keluarga.

Transendensi adalah upaya mengarahkan tujuan hidup manusia agar bisa hidup secara bermakna.

(Halaman ini sengaja dikosongkan)

INDEKS

A

Ancaman: 1, 3, 59.

Ancaman kehidupan: 1, 3, 59.

Angka kejadian: 2, 3.

B

Berduka: 125, 126, 132, 134.

C

Capaian pembelajaran lulusan: 146.

Cemas: 2, 3, 4, 129, 137.

Corona virus: 1.

D

Daring: 3.

Depresi: 2, 3, 13, 14, 15, 16, 19, 49, 65, 73, 93, 100, 102, 109, 126, 130, 131, 133.

Diagnosa keperawatan: 121, 122, 124, 125, 127, 129, 130, 131.

Distres spiritual: 122.

E

Ekonomi: 2, 3, 10, 17, 19, 20, 36, 45, 59, 63, 64, 65, 67, 109, 143.

Existential well-being: 15, 31, 47, 50.

F

Faktor protektif: 9, 13.

Faktor risiko: 9, 103, 109.

I

Individu: 3, 9, 12, 13, 17, 19, 20, 31, 44, 46, 47, 49, 65, 87, 89, 94, 104, 121, 137.

Instrumen: 32, 34, 36, 43.

Interaksi: 9, 12, 18, 43, 49, 102, 104, 105, 107, 109, 124, 130.

Isolasi sosial: 3, 88.

K

Kegagalan keluarga: 3.

Keluarga: 1, 3, 5, 9, 14, 19, 31, 36, 43, 45, 48, 51, 59, 63, 65, 69, 74, 79, 88, 91, 103, 105, 111, 130, 133, 145.

Keperawatan keluarga: 145.

Keperawatan komunitas: 145.

Keputusasaan: 13, 47, 129, 130.

Kesehatan: 2, 3, 12, 15, 19, 32, 44, 49, 73, 79, 87, 101, 105, 109, 125, 135, 145.

Kesehatan mental: 2, 4, 15, 44, 49, 66, 73, 79, 87, 101, 108, 111.

Kesehatan spiritual: 12, 74.

Kesejahteraan eksistensial: 15, 19, 44, 48, 73, 79.

Kesejahteraan spiritual: 14, 17, 19, 34, 46, 50, 73, 78, 80.

Ketahanan keluarga: 1, 5, 9, 14, 19, 36, 43, 48, 51, 59, 65, 69, 79, 88, 91, 105, 111, 133, 145.

Ketakutan: 2, 60, 73, 93, 101, 126.

Ketidakberdayaan: 122, 123, 130.

Keyakinan: 11, 18, 32, 50, 74, 93, 131.

Kohesi keluarga: 9.

Komunikasi: 9, 16, 50, 87, 92, 93, 130, 137, 138.

Komunikasi efektif: 16, 87, 94.

Koping: 5, 12, 32, 43, 50, 63, 74, 103, 124, 131, 135, 137.

Koping beragama: 32, 36.

Koping tidak efektif: 122, 124.

Kualitas hidup: 12, 15, 45, 48, 65, 75, 109.

M

Mahasiswa: 141, 144, 145, 146.

Mata kuliah: 144, 145.

Metode: 12, 36, 40, 59, 61, 75, 89, 104, 123, 134.

Model: 31, 36, 40, 78, 142, 144.

Model Reli-CS: 31, 32.

P

Pendidikan: 2, 10, 59, 66, 75, 89, 94, 105, 109, 141, 143.

Pengangguran: 3, 80, 109.

Prevalensi: 2, 73.

PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*): 3.

R

Religious coping: 11, 13, 20, 50, 64, 94, 103, 106, 108.

Religious non coping: 43, 51.

Rentan: 3.

Resilience: 15, 31, 36, 45, 107.

Resiliensi: 17, 49, 108.

S

Self-perception: 12.

Skripsi: 145, 146.

Spiritual coping strategies scale: 32.

Spiritual well-being: 4, 15, 31, 32, 34, 43, 49.

Spiritual well-being scale: 32, 34.

Spiritualitas: 12, 14, 19, 34, 47, 50, 60, 73, 77, 79, 93, 108, 109.

Stress: 2, 4, 14, 20, 50, 65, 79, 93, 110, 137.

T

Tahap perkembangan keluarga: 9.

Tekanan psikologis: 2, 46, 60, 64, 88, 103, 110.

The family resilience assessment scale: 32, 36.

Tindakan keperawatan: 122, 125, 127, 129, 131, 136, 138.

V

Variabel: 32, 75, 90, 105, 145.

BIODATA PENULIS

Dr. Yoyok Bekti Prasetyo, M.Kep., Sp.Kom., adalah doktor lulusan Program Doktor Ilmu Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia. Dosen di program studi ilmu keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Malang. Minat penelitiannya adalah *community health nursing* atau *public health*. Mengajar keperawatan komunitas, keperawatan keluarga, dan keperawatan gerontik di program studi Ilmu Keperawatan, dan Program profesi Ners. Selain itu juga berkonstribusi pada Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPPKI) Propinsi Jawa Timur, Dewan Pimpinan Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPW-PPNI) Propinsi Jawa Timur, dan juga sebagai anggota Asosiasi Institusi Pendidian Ners Muhammadiyah-Aisyiyah (AIPNEMA) di Indonesia. Karya Ilmiah yang telah dihasilkan adalah 6 buku, 13 Hak Cipta, 7 artikel terindeks scopus dan 3 artikel terindeks WoS, 62 karya ilmiah tercatat di google scholar. Sinta ID = 6643244, ORCID ID = 0000-0001-8801-7760, Web of Science Researcher ID = AAC-5089-2021, Scopus ID = 57211336239.

Nur Lailatul Masruroh, MNS., adalah Magister Keperawatan lulusan Kasetsart University of Thailand. Saat ini sedang menjabat Kaprodi di prodi Ilmu Keperawatan dan sekaligus menjadi Ketua Departemen Keperawatan Komunitas. Minat penelitiananya di *family nursing*, *community health nursing*. Karya ilmiah yang telah dihasilkan 3 Hak Cipta, 8 artikel terindeks Scopus, 43 karya ilmiah tercatat di google scholar. Sinta ID = 6028714, ORCID ID = 0000-0003-0655-2132, Scopus ID = 57208115730.

Dr. Faridi, MSi., adalah doktor lulusan doktor program studi pendidikan agama Islam di Universitas Muhammadiyah Malang. Minat penelitiannya di metodologi pendidikan Agama Islam. Saat ini menjabat sebagai kepala pusat studi Islam dan Filsafat. Terdapat 10 karya ilmiah yang tercatat di google schoolar. Sinta ID = 6649528.

Nur Melizza, M.Kep., adalah dosen pada program studi Ilmu Keperawatan. Saat ini sedang menjabat sebaga sekretaris program studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang. Interest penelitian pada bidang keperawatan komunitas, keluarga, dan gerontik. Salah satu karya ilmiahnya berjudul *Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among Indonesian nursing students: application of Health Belief Model* dipublikasikan di jurnal internasional bereputasi. Sinta ID : 6682935. Scopus ID : 57220156667, Web of Science ID : AAD-2868-2021, ORCID ID : 0000-0001-5533-2561.

Rosita Devi Angganita dan ***Muhammad Iqbal Reza Fauqi***, aktif sebagai pengurus mahasiswa himpunan keperawatan (HIMIKA), ***Elma***, aktif dalam kegiatan ilmiah dan mendapatkan pendanaan program kreativitas mahasiswa tahun 2021. Prestasi dibidang olahraga yaitu juara 3 *Rector Cup* Bola Voli, juara 1 Badminton di *Dekan Cup* dan aktif menjadi pengurus himpunan mahasiswa keperawatan (HIMIKA), ***Dinda Putri Savira***, juara 1 lomba essai nasional PHSA unsri, juara 1 essai nasional Miometrium Polkesma, sedang mengikuti organisasi hipotalamus fikes UMM, ***Siska Sufianti Safitri***, aktif mengikuti organisasi HIMIKA, ***Yazid Abdullah*** aktif mengikuti organisasi HIMIKA, ***Sita Afkarina Mutmainnah***, aktif mengikuti organisasi HIMIKA dan organisasi KIM-Hipotalamus fikes UMM, ***Muhammad Hafiz Maulana***, aktif organisasi IMM UMM Komisariat Cardiovascular Fikes UMM.