



Penerimaan dan Kualitas Hidup *Caregiver* dengan Kekambuhan pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia

Medina Hayati¹, Rin Widya Agustin², Rahmah Saniatuzzulfa³

^{1,2,3}Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

¹medinahayatii@gmail.com, ²rinwidyaagustingazalba@gmail.com,

³rsaniatuzzulfa@gmail.com

Article History:

Received

2021-08-02

Review

2021-10-22

Revised

2021-12-20

Accepted

2021-12-21

Published

2021-12-28

Abstract. Relapse is a state of recurrence and worsening symptom experienced by patient. Acceptance and quality of life of caregivers can affect their attitude toward patient and might be affecting the possibility of schizophrenia relapse. This study intended to seek the correlation between caregiver's acceptance and quality of life with relapse of schizophrenia outpatient in Surakarta Regional Psychiatric Hospital that involved 35 caregivers with incidental sampling technique. The measurement used on this study are BPRS for assessing schizophrenia relapse ($\alpha = 0,908$), Caregiver Acceptance Scale ($\alpha = 0,934$), and Caregiver Quality of Life Scale ($\alpha = 0,960$). This study used multiple linear regression analysis to analyze the output. Based on the data showed that the level of acceptance and quality of life perceived by caregivers didn't affect the likelihood of relapse of schizophrenia outpatient in Surakarta Regional Psychiatric Hospital. A more thorough research is needed to be able to see the influence of other factors that can affect the relapse of schizophrenia, such as the knowledge of the caregiver and level of expressed emotion.

Keywords: *Acceptance, Caregiver, Schizophrenia Relapse, Quality of Life*

Abstrak. Kekambuhan merupakan keadaan muncul kembali dan bertambah parah simptom yang dialami oleh pasien skizofrenia. Penerimaan dan kualitas hidup dari *caregiver* dapat mempengaruhi sikapnya dalam merawat pasien sehingga mungkin mempengaruhi kemungkinan terjadinya kekambuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta yang melibatkan 35 *caregiver* dengan teknik *incidental sampling*. Instrumen yang digunakan adalah Skala Kekambuhan Skizofrenia ($\alpha = 0,908$), Skala Penerimaan *Caregiver* ($\alpha = 0,934$), dan Skala Kualitas Hidup *Caregiver* ($\alpha = 0,960$). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji regresi linear berganda. Berdasarkan hasil data penelitian menunjukkan bahwa tingkatan penerimaan dan kualitas hidup dari *caregiver* tidak memiliki pengaruh terhadap munculnya kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta. Perlu adanya penelitian yang lebih menyeluruh untuk bisa melihat pengaruh dari faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kekambuhan pada ODS, seperti pengetahuan yang dimiliki *caregiver* dan tingkat emosi yang diekspresikan *caregiver*.

Kata Kunci: *Caregiver, Kualitas Hidup, Penerimaan, Kekambuhan Skizofrenia*



Pendahuluan

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang sering kita temui di masyarakat. Akan tetapi, masih banyak orang yang kurang sadar mengenai cara memperlakukan orang dengan gangguan skizofrenia, termasuk keluarganya. Dalam kehidupan sehari-hari, kita sering menemui orang dengan skizofrenia dalam bahasa awam sebagai orang yang 'tidak waras', 'hilang ingatan', atau dengan sebutan yang lebih kasar seperti 'orang gila' dan 'sinting' (Sitanggang, 2015). Dalam dunia kesehatan, orang yang mengalami gangguan skizofrenia dapat disebut sebagai ODS (Orang Dengan Skizofrenia). Menurut data Riskesdas tahun 2018, angka gangguan jiwa skizofrenia di Indonesia mengalami peningkatan yang cukup besar, yaitu dari 1,7 per mil pada tahun 2013 menjadi 7 per mil pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Skizofrenia diklasifikasikan sebagai salah satu gangguan jiwa berat yang menyebabkan penderitanya mengalami kesulitan untuk membedakan kenyataan yang terjadi di sekitarnya dengan gejala-gejala gangguan yang mereka alami (simptom psikotik), sehingga mereka pun tidak menyadari bahwa ada sesuatu yang salah dengan dirinya (Oltmanns & Emery, 2012). Simptom yang sering ditemui pada ODS adalah halusinasi dan delusi. Karakteristik dari simptom-simptom tersebut juga berbeda-beda pada setiap individunya. Simptom-simptom yang dialami ODS seperti halusinasi dan delusi sangat mempengaruhi dirinya dalam berinteraksi di dalam masyarakat.

Kompleksnya gangguan skizofrenia membuat proses penanganan yang dibutuhkan untuk kesembuhan gangguan ini tidak sederhana. Dibutuhkan metode penanganan yang saling mendukung untuk mencapai tahap kesembuhan tersebut, seperti penanganan psikologis yang dilakukan oleh psikolog klinis berupa terapi kognitif-behavioral (CBT), terapi psikodinamika, pelatihan keterampilan sosial, terapi reatribusi, hingga terapi keluarga, serta penanganan secara medis yang menggunakan obat antipsikotik dan terapi kejut (Oltmanns & Emery, 2012; Veague, 2007; Davidson, Neale, & Kring, 2006). Namun, tidak menutup kemungkinan bahwa ODS akan tetap memiliki peluang yang cukup tinggi untuk mengalami kekambuhan (Kring, *et al.*, 2009).

Skizofrenia dikenal sebagai penyakit yang seringkali muncul secara berulang dan semakin lama, semakin sulit untuk dikendalikan (CNN Indonesia, 2018). Berdasarkan penelitian Weret & Mukherjee (2014), ditemukan bahwa prevalensi kekambuhan pada penderita skizofrenia berada dalam rentang 50-92% secara global. *Relapse* atau kekambuhan pada skizofrenia adalah saat muncul kembali simptom-simptom lama atau semakin bertambah parah simptom-simptom yang dialami oleh ODS, bahkan ketika



kekambuhan yang dialami oleh ODS sangat parah dibutuhkan penanganan rawat inap di rumah sakit. Kekambuhan yang terjadi dapat berupa munculnya simptom-simptom lama yang sudah hilang karena pengobatan, atau bahkan munculnya simptom yang lebih parah dari sebelumnya (Mueser & Gingerich, 2006). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Amelia & Anwar (2013), beberapa yang menjadi penyebab dari kekambuhan pada ODS adalah faktor ekonomi, ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat, perlakuan yang kurang baik, konflik, serta emosi yang diekspresikan oleh keluarga kepada ODS. Berdasarkan penelitian tersebut, dapat dilihat bahwa keluarga dan lingkungan memiliki peran penting dalam proses kesembuhan ODS.

Rohner (2006) mengemukakan konsep *Interpersonal Acceptance-Rejection Theory* (IPART), bahwa hubungan yang dilakukan oleh individu terhadap individu lain dinamakan sebagai *warmth dimension* (dimensi kehangatan) yang terbagi menjadi dua kubu yang berlawanan, yaitu penerimaan interpersonal (*acceptance*) dan penolakan interpersonal (*rejection*). Penerimaan interpersonal dapat digambarkan sebagai kehangatan, afeksi, kepedulian, kenyamanan, pengasuhan, dukungan, atau cinta yang diungkapkan atau dialami oleh seseorang dari orang lain. Penolakan interpersonal dikatakan sebagai ketiadaan atau penarikan secara signifikan dari perawaan dan tingkah laku positif, serta hadirnya beberapa perilaku dan pengaruh menyakitkan secara fisik dan psikis.

Menurut Hendriani, Hendriyati, & Sakti (2006), keluarga merupakan lingkungan terdekat dan paling utama dalam kehidupan seseorang. Oleh karena itu, bukan menjadi hal aneh ketika *caregiver* utama dari ODS adalah keluarga, terutama orangtua. Keluarga yang menghadapi ODS secara langsung dapat mengalami berbagai permasalahan seperti kurangnya pengetahuan dari anggota keluarga, emosi yang dirasakan, sikap yang ditunjukkan oleh ODS, serta penilaian dari lingkungan yang muncul pada saat munculnya gangguan dan pada fase kekambuhan (Laksmi & Herdiyanto, 2019). Segala permasalahan ini akan mempengaruhi bagaimana *caregiver* tersebut dalam menghadapi anggota keluarganya yang memiliki gangguan skizofrenia. Berdasarkan pada penelitian sebelumnya, menurut Nurdiana, Syafwani, & Umbransyah (2007), penerimaan keluarga berpengaruh terhadap kekambuhan dari pasien skizofrenia. Keluarga yang menjadi *caregiver* utama ketika ODS sedang di rumah sudah menerima kondisi anggota keluarganya tersebut, maka *caregiver* akan memberikan usaha maksimal untuk merawat ODS, sehingga dapat mengurangi kemungkinannya untuk mengalami kekambuhan.

Selain itu, keterlibatan *caregiver* merupakan hal yang penting dalam memberikan penanganan secara optimal untuk kesembuhan ODS dengan memastikan kepatuhannya



pada pengobatan, perawatan yang berkelanjutan, serta dukungan sosial (Richieri, *et al.*, 2011). Penanganan optimal yang berkelanjutan tersebut akan mencegah ODS dari mengalami kekambuhan. Penelitian yang dilakukan oleh Farkhah, Suryani, & Hernawati (2017), kualitas hidup dari *caregiver* sangat berpengaruh terhadap munculnya kekambuhan pada ODS.

Kualitas hidup itu sendiri didefinisikan oleh WHO (Department of Mental Health, World Health Organization, 2012) sebagai persepsi individual akan posisi mereka dalam kehidupan pada konteks sistem budaya dan nilai di mana mereka tinggal, serta hubungannya dengan tujuan, ekspektasi, standar, dan perhatiannya. Kualitas hidup *caregiver* artinya menjelaskan mengenai persepsi individu akan posisi mereka, secara spesifik dipengaruhi peran mereka sebagai *caregiver*. Kualitas hidup *caregiver* dapat mempengaruhi kualitas dan durasi dari perawatan yang diberikan oleh *caregiver*, sedangkan kekambuhan ODS dapat muncul karena pengaruh dari lingkungan sekitarnya, terutama dari perawatan yang diberikan oleh *caregiver*. Karenanya, peneliti melihat pentingnya peran *caregiver* dan ingin mengetahui hubungan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia yang melakukan perawatan di rumah atau rawat jalan.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Variabel dalam penelitian ini adalah kekambuhan skizofrenia sebagai variabel kriterium dan penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* sebagai variabel prediktor. Populasi dari penelitian ini merupakan *caregiver* dari pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta berjumlah 1.438 orang berdasarkan jumlah pasien pada rekam medis bulan Juni 2019. Peneliti menggunakan metode pengambilan sampel *incidental sampling* dengan jumlah minimal 30 subjek (Gay & Diehl, 1992), yaitu sejumlah 35 *caregiver* pasien rawat jalan skizofrenia. Peneliti menggunakan teknik *incidental sampling* dalam pengambilan data pada *caregiver* yang hadir saat melakukan kontrol medis di RSJ Daerah Surakarta pada bulan Desember 2019 hingga Februari 2020. Kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi (1) Merupakan *caregiver* dari pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta yang rutin menjalani pengobatan minimal satu bulan sekali, (2) Berusia 18-60 tahun, (3) Tinggal satu rumah dengan ODS dan memiliki minimal interaksi satu kali dalam seminggu, (4) ODS sudah dipulangkan selama lebih dari 4 bulan, dan (5) Bersedia dan mampu berpartisipasi dalam penelitian dibuktikan dengan persetujuan *informed consent*. Kriteria eksklusi dalam



penelitian ini adalah (1) Memiliki gangguan jiwa dan/atau penyakit fisik yang berat dan (2) ODS melakukan penyalahgunaan obat-obatan.

Instrumen penelitian menggunakan dua jenis skala, yaitu *Rating Scale* untuk mengukur kekambuhan skizofrenia dan Skala Likert untuk mengukur penerimaan dan kualitas hidup *caregiver*. Kekambuhan skizofrenia diukur menggunakan *The Brief Psychiatric Scale* (BPRS) dari Overall & Gorham (1962), terdiri dari 4 aspek yaitu (a) *thought disturbance*, (b) *anergia*, (c) *affect*, dan (d) *disorganization*. Skala terdiri dari 18 aitem dengan 7 pilihan jawaban. Skala penerimaan *caregiver* menggunakan skala yang dibuat oleh peneliti berdasarkan teori *Interpersonal Acceptance-Rejection Theory* (IPART) (Rohner, 2006). Skala ini secara spesifik melihat penerimaan *caregiver* terhadap pasien skizofrenia yang dirawat oleh dirinya. Teori yang digunakan ini memiliki dua subteori, yaitu *interpersonal acceptance* dan *interpersonal rejection*, kemudian dibagi menjadi empat aspek. Aspek pada *interpersonal acceptance* adalah (a) *warmth/affection*, sedangkan aspek pada *interpersonal rejection* terdiri dari (b) *hostility/aggression*, (c) *indifference/neglect*, dan (d) *undifferentiated rejection*. Skala tersebut terdiri dari 27 aitem dengan 4 pilihan jawaban. Sementara skala kualitas hidup *caregiver* menggunakan *Adult Carer's Quality of Life Questionnaire* (AC-QoL) yang dikemukakan oleh Elwick, Joseph, Becker, & Becker (2010) terdiri dari 8 aspek, yaitu (a) *support for caring*, (b) *caring choice*, (c) *caring stress*, (d) *money matters*, (e) *personal growth*, (f) *sense of value*, (g) *ability to care*, dan (h) *carer satisfaction*. Skala terdiri atas 40 aitem dengan 4 pilihan jawaban. Dalam penggunaan *The Brief Psychiatric Scale* (BPRS) untuk mengukur kekambuhan yang terjadi pada pasien skizofrenia dan *Adult Carer's Quality of Life Questionnaire* (AC-QoL) untuk mengukur tingkat kualitas hidup dari *caregiver* yang merawat ODS, peneliti melakukan proses penerjemahan skala dari Bahasa Inggris menjadi Bahasa Indonesia melalui Pusat Pelayanan dan Pengembangan Bahasa (UPTP3B) Universitas Sebelas Maret.

Tabel 1

Contoh Aitem Skala Penelitian dan Hasil Uji Validitas & Reliabilitas

Skala Penelitian	Jenis Skala	Jumlah Aitem	Reliabilitas	Aitem
Skala Kekambuhan Skizofrenia	Rating Scale	17	0,908	[2] Anxiety
				- Kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran yang berlebih mengenai keadaan sekarang atau masa depan
				- Rasa gelisah
				[5] Guilt Feelings
				- Menyalahkan diri sendiri



Skala Penelitian	Jenis Skala	Jumlah Aitem	Reliabilitas	Aitem
				dan perasaan malu - Penyesalan yang berlebihan akan perilaku atau perbuatan di masa lalu [6] Tension - Kegugupan yang dapat dilihat secara fisik atau motorik - Keaktifan tubuh yang berlebih
Skala Penerimaan Caregiver	Likert	26	0,934	[7] Saya memuji atas progres/kemajuan kesembuhan yang dialami oleh ODS [15] Saya mengatakan bahwa orang lain lebih baik dari ODS [26] Saya merasa keadaan ODS merupakan anugerah
Skala Kualitas Hidup Caregiver	Likert	37	0,960	[8] Saya merasa pilihan hidup saya ke depan menjadi lebih sedikit karena tugas sebagai caregiver [14] Saya mengalami kelelahan fisik karena menjadi caregiver [31] Saya puas dengan kinerja atau hasil kerja saya sebagai caregiver

Data yang sudah dikumpulkan akan dilakukan uji validitas isi melalui *expert judgement* dan uji reliabilitas dengan menggunakan metode pendekatan *single-test*. Pengujian tersebut menggunakan bantuan program *Statistic Product and Service Solution* (SPSS) versi 20 *for windows*. Setelah itu, data dilakukan analisis menggunakan Teknik analisis regresi berganda dengan langkah-langkah: (1) melakukan analisis deskriptif untuk mendapatkan gambaran data secara statistik terkait variabel kriterium dan prediktor, serta data demografinya, (2) melakukan uji asumsi dasar dan klasik sebagai uji prasyarat sebelum melakukan uji analisis hipotesis, yang terdiri dari uji normalitas, uji linearitas, uji multikolinearitas, uji autokorelasi, dan uji heteroskedastisitas, (3) melakukan uji analisis regresi berganda yang terdiri dari uji koefisien regresi secara

simultan (uji F), uji koefisien regresi secara parsial (uji t), dan uji koefisien determinasi (uji R²).

Hasil

Sebanyak 35 *caregiver* tercatat sebagai responden penelitian yang mengisi skala kekambuhan skizofrenia, skala penerimaan *caregiver*, dan skala kualitas hidup *caregiver* memiliki karakteristik demografis yang ditampilkan pada Tabel 1. Terlihat bahwa mayoritas *caregiver* pasien rawat jalan skizofrenia merupakan perempuan (77.14%), lebih dari 2 tahun merawat pasien (54.29%), status hubungan dengan pasien adalah orangtua (40%), berpendidikan SMA (42,86%), dan pasien pernah di rawat inap sebanyak 1 kali (31,43%).

Tabel 2
Karakteristik Demografis Responden Penelitian

Karakteristik	N	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	8	22,86
Perempuan	27	77,14
Lama Merawat		
< 2 tahun	16	45,71
> 2 tahun	19	54,29
Hubungan dengan Pasien		
Ayah/Ibu	14	40,00
Suami/Istri	3	8,57
Saudara Kandung	9	25,71
Anak	5	14,29
Lain-Lain	4	11,43
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	2	5,71
SD	6	17,14
SMP	6	17,14
SMA	15	42,86
Pendidikan Tinggi	6	17,14
Frekuensi Rawat Inap		
Tidak Pernah	7	20,00
1 kali	11	31,43
2 kali	9	25,71
3 kali	8	22,86

Peneliti melakukan uji validitas dan uji reliabilitas untuk ketiga skala yang digunakan. Hasil dari uji tersebut menunjukkan bahwa skala kekambuhan skizofrenia memiliki



koefisien reliabilitas sebesar 0,916 dengan aitem valid sebanyak 17, skala penerimaan *caregiver* memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0,934 dengan aitem valid sebanyak 26, dan skala kualitas hidup *caregiver* memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0,960 dengan 37 aitem valid.

Berdasarkan Tabel 3 dapat dikatakan bahwa hasil dari pengambilan data responden menunjukkan 71,43% pasien skizofrenia yang dirawat mengalami kekambuhan skizofrenia ringan saat melakukan perawatan di rumah, 57,14% *caregiver* memiliki penerimaan yang tinggi, dan 48,57% *caregiver* memiliki kualitas hidup yang sedang.

Tabel 3
 Kategorisasi Variabel Penelitian

Variabel	Kategorisasi	N	Persentase
Kekambuhan Skizofrenia	Ringan	25	71,43
	Sedang	8	22,86
	Berat	2	5,71
Penerimaan Caregiver	Rendah	1	2,86
	Sedang	14	40,00
	Tinggi	20	57,14
Kualitas Hidup Caregiver	Rendah	2	5,71
	Sedang	17	48,57
	Tinggi	16	45,71

Uji asumsi dilakukan sebelum melakukan uji analisis hipotesis. Hasil dari uji asumsi penelitian ini adalah (a) uji normalitas memiliki nilai signifikansi sebesar 0,482 ($p > 0,05$), (b) uji linearitas memiliki nilai *deviation from linearity* pada variabel kekambuhan skizofrenia dan penerimaan *caregiver* adalah 0,616 ($p > 0,05$) dan nilai *deviation from linearity* pada variabel kekambuhan skizofrenia dan kualitas hidup *caregiver* adalah 0,722 ($p > 0,05$), (c) uji multikolinearitas memiliki nilai *tolerance* pada kedua variabel kriterium adalah 0,512 ($p > 0,10$) dan nilai VIF adalah 1,954 ($p < 10$), (d) uji autokorelasi memiliki nilai Durbin-Watson adalah 2,041, dan (e) uji heterokedastisitas memiliki nilai signifikansi korelasi antara kekambuhan skizofrenia dengan penerimaan *caregiver* adalah 0,870, dan nilai signifikansi korelasi antara kekambuhan skizofrenia dengan kualitas hidup *caregiver* adalah 0,705 ($p > 0,05$).

Selanjutnya peneliti melakukan uji analisis hipotesis yaitu uji regresi berganda. Pada Tabel 4, ditemukan bahwa dalam uji koefisien regresi simultan (uji F) diperoleh F_{hitung} sebesar 0,803 dan signifikansi sebesar 0,457. F_{tabel} yang digunakan dengan df 1 (jumlah variabel-1) = 2, dan df 2 ($n-k-1$) = 32 (n adalah jumlah subjek; k adalah jumlah variabel prediktor) adalah 3,295. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa $F_{hitung} <$



F_{tabel} ($0,803 < 3,295$) dan signifikansi $> 0,05$ ($0,457 > 0,05$), sehingga dapat dikatakan bahwa hipotesis pertama ditolak, yaitu penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* secara bersama-sama tidak berpengaruh signifikan terhadap kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta.

Pada Tabel 4, ditemukan bahwa dalam uji keofisien regresi parsial (uji t) diperoleh nilai t_{tabel} yang digunakan pada penelitian ini adalah 2,037 (signifikansi $0,05/2 = 0,025$ dan derajat kebebasan $df (n-k-1) = 32$). Pada tabel tersebut, dapat dilihat bahwa dari hasil perhitungan didapatkan t_{hitung} pada variabel penerimaan *caregiver* dengan kekambuhan skizofrenia adalah sebesar -0,809 dan nilai signifikansi sebesar 0,425. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa $-t_{hitung} > -t_{tabel}$ ($-0,809 > -2,037$) dan nilai signifikansi $> 0,05$ ($0,425 > 0,05$), yaitu tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara penerimaan *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta. Selain itu, hasil perhitungan t_{hitung} pada variabel kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan skizofrenia adalah sebesar -0,133 dan nilai signifikansi sebesar 0,895. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa $-t_{hitung} > -t_{tabel}$ ($-0,133 > -2,037$) dan nilai signifikansi $> 0,05$ ($0,895 > 0,05$), yaitu tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta.

Pada Tabel 4, ditemukan bahwa dalam uji koefisien determinasi (uji R^2) diperoleh nilai dari R^2 pada penelitian ini adalah sebesar 0,048. Nilai tersebut diubah menjadi bentuk persen, yaitu memiliki hasil 4,8%. Disimpulkan bahwa persentasi sumbangan pengaruh variabel penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan skizofrenia adalah sebesar 4,8%, dan 95,2% sisanya dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Tabel 4
 Hasil Uji Analisis

Uji Analisis	Nilai Signifikansi	Nilai Koefisien
Uji F Simultan	0,457	0,803
Uji t Parsial		
Penerimaan <i>Caregiver</i>	0,425	-0,809
Kualitas Hidup <i>Caregiver</i>	0,895	-0,133
Uji R^2		0,048



Diskusi

Hasil analisis data yang telah dilakukan peneliti di atas menunjukkan bahwa hipotesis 1 pada penelitian ini yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta ditolak. Nilai signifikansi dan F_{hitung} dari uji F atau uji analisis varian (Anova) adalah 0,352 ($p > 0,05$) dan 1,079 ($F_{hitung} < F_{tabel}$), yang menunjukkan bahwa tidak adanya pengaruh dari variabel penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan variabel kekambuhan skizofrenia. Selain itu, hipotesis 2 yang menyatakan terdapat hubungan antara penerimaan *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta, dan hipotesis 3 yang menyatakan terdapat hubungan antara kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta juga ditolak. Hasil uji t atau uji koefisien regresi terpisah antara penerimaan *caregiver* dan kekambuhan skizofrenia menunjukkan nilai signifikansi dan t_{hitung} adalah 0,385 ($p > 0,05$) dan -0,880 ($-t_{hitung} > -t_{tabel}$), sedangkan hasil uji t antara kualitas hidup *caregiver* dan kekambuhan skizofrenia menunjukkan nilai signifikansi dan t_{hitung} adalah 0,823 ($p > 0,05$) dan -0,226 ($-t_{hitung} > -t_{tabel}$).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat diketahui bahwa analisis secara simultan maupun parsial dalam penelitian ini sama-sama membuktikan bahwa variabel terkait tidak memiliki hubungan yang signifikan, melihat nilai signifikansi yang dihasilkan jauh di atas 0,05. Hasil penelitian ini berlawanan dengan hasil penelitian dari Torrey (1983) yang menunjukkan bahwa penerimaan yang dimiliki *caregiver* dapat mencegah ODS dalam mengalami kekambuhan, serta penelitian Wilson, *et al.* (2006) yang menyebutkan bahwa kualitas hidup *caregiver* berpengaruh terhadap tingkat perawatan terhadap ODS serta munculnya kekambuhan pada ODS. Hal tersebut dapat disebabkan karena perbedaan budaya pada penelitian sebelumnya. Pada penelitian yang dilakukan oleh Azhar & Varma (1996) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan budaya antara negara bagian timur dengan negara bagian barat, yang menyebabkan tingginya tingkat emosi positif dalam keluarga dari ODS. Indonesia termasuk dalam negara bagian timur, sehingga memiliki “kepribadian timur” atau mementingkan kehidupan rohaniyah,



yaitu sederhana, religius, taat kepada Tuhan, tidak agresif, memiliki ikatan sosial yang kuat, dan jarang meluapkan emosi secara agresif (Azhar & Varma, 1996; Siswanto, 2010). Masyarakat Indonesia yang bersifat relasional, terutama dalam keluarga dekat, serta memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi membuat kondisi ODS dilihat dalam sudut pandang positif. Hal ini didukung dengan observasi yang dilakukan peneliti ketika pengambilan data dan menemukan *caregiver* menceritakan bahwa ODS merupakan “titipan dari Tuhan yang harus dijaga” atau “bagaimanapun kondisinya, (ODS) merupakan keluarga dan yakin bahwa bisa mencapai kesembuhan”. Atas dasar tersebut, penerimaan maupun kualitas hidup yang dimiliki oleh *caregiver* tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta.

Berdasarkan pada hasil dari analisis deskriptif pada penelitian ini, ditemukan bahwa pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta yang diambil data untuk penelitian ini mengalami kekambuhan ringan sebanyak 25 pasien (71,43%), kekambuhan sedang sebanyak 8 pasien (22,86%), dan kekambuhan berat sebanyak 2 pasien (5,71%). Dari data tersebut, pasien dalam penelitian ini seluruhnya mengalami kekambuhan walaupun mayoritas hanya mengalami kekambuhan ringan. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan skizofrenia sangat mudah untuk mengalami kekambuhan, walaupun pada tingkatan yang ringan. Selain itu, tidak adanya pasien dalam penelitian ini yang tidak mengalami kekambuhan mungkin dapat menyebabkan hasil dari penelitian ini adalah tidak ditemukannya hubungan yang signifikan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta.

Tidak adanya hubungan signifikan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan skizofrenia menunjukkan bahwa kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia tidak dipengaruhi oleh tingkat penerimaan dan kondisi kualitas hidup yang dimiliki oleh *caregiver*, melainkan bisa disebabkan oleh faktor-faktor lain yang belum dibahas dalam penelitian ini, seperti pengetahuan yang dimiliki *caregiver* mengenai gangguan skizofrenia, dan juga



Expressed Emotion (EE) atau emosi yang diekspresikan oleh *caregiver* terhadap ODS. Selain itu, menurut hasil uji R^2 atau uji analisis koefisien determinasi, besaran yang diberikan oleh variabel prediktor terhadap variabel kriterium pada penelitian ini sebesar 0,048 atau 4,8%. Sehingga, besaran pengaruh yang diterima oleh variabel kriterium dari variabel lain yang tidak diteliti adalah sebesar 95,2%. Dalam studi pendahuluan yang dilakukan peneliti sebelum melakukan penelitian, disebutkan bahwa ODS memiliki peluang yang cukup tinggi untuk mengalami kekambuhan walaupun telah melakukan berbagai macam penanganan yang saling mendukung. Faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya kekambuhan pada ODS dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu dari dalam individu, dari segi klinis, serta lingkungan. Terjadinya kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta diduga faktor utamanya bukan dari penerimaan dan kualitas hidup *caregiver*.

Selain penerimaan dan kualitas hidup, terdapat juga faktor dari *caregiver* lain yang dapat mempengaruhi munculnya kekambuhan pada ODS. Faktor dari *caregiver* yang paling banyak ditemukan memiliki hubungan signifikan terhadap terjadinya kekambuhan pada ODS adalah emosi yang diekspresikan yang tinggi (Linszen, *et al.*, 1997; King & Dixon, 1999; Aguilera, *et al.*, 2010; Sachit & Al-Juboori, 2013). Aspek dari emosi yang diekspresikan meliputi pemberian kritik (*criticism*), sikap bermusuhan (*hostility*), dan keterlibatan secara emosional yang berlebihan (*emotion over-involvement*). Temuan pada penelitian di atas menunjukkan bahwa tingkat emosi yang diekspresikan oleh keluarga atau orang lain yang bertindak sebagai *informal caregiver* ketika pasien dengan gangguan skizofrenia menjalani perawatannya di rumah mempunyai peran yang penting terhadap munculnya kekambuhan skizofrenia. Ketika emosi yang diekspresikan dari *caregiver* dikategorikan tinggi, maka kemungkinan dari pasien mengalami kekambuhan akan tinggi. Emosi yang diekspresikan menjadi salah satu faktor yang dapat memunculkan kekambuhan karena *caregiver* dengan emosi yang diekspresikan yang tinggi akan menjadi stresor bagi pasien. Stres yang dialami oleh pasien dapat menyebabkan perubahan secara fisiologis, terutama pada hormon dan otak (Corcoran & Malaspina, 2008; Schifani, *et al.*, 2018), sehingga



dapat memicu kembali berbagai simptom skizofrenia dan menimbulkan kekambuhan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sariah, Outwater, & Malima (2014) menyebutkan bahwa selain emosi yang diekspresikan yang menjadi faktor terjadinya kekambuhan, terdapat faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi terjadinya kekambuhan, yaitu kurangnya dukungan keluarga. Pasien dengan gangguan skizofrenia membutuhkan bantuan dari orang lain atau *caregiver* untuk bisa kembali berfungsi, sehingga peran *caregiver* sangatlah penting dalam proses kesembuhan pasien skizofrenia. Pada penelitian yang dilakukan oleh Simanullang (2018), ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan terjadinya kekambuhan pada pasien dengan gangguan skizofrenia.

Dari penjelasan di atas mengenai faktor kekambuhan yang bersumber dari lingkungan atau secara spesifik yaitu *caregiver*, dapat dilihat bahwa emosi yang diekspresikan dan dukungan keluarga merupakan perilaku dari *caregiver* yang dapat dirasakan langsung pada pasien skizofrenia. Perilaku yang dapat dirasakan secara langsung inilah yang kemudian menimbulkan efek pada kehidupan pasien dan akhirnya dapat menimbulkan kekambuhan skizofrenia. Berbeda dengan variabel prediktor pada penelitian ini, yaitu penerimaan dan kualitas hidup *caregiver*, yang merupakan sebuah kondisi personal dari *caregiver* dan belum tentu dapat dirasakan oleh pasien. Mengacu pada definisi operasional penelitian ini, penerimaan *caregiver* adalah kondisi *caregiver* tidak berusaha untuk melawan situasi yang sedang dialaminya, sedangkan kualitas hidup *caregiver* merupakan persepsi mengenai posisinya dalam kehidupan yang berhubungan dengan pemenuhan tujuan, ekspektasi, standar, dan perhatiannya sebagai *caregiver*. Penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* merupakan sebuah kondisi internal dari *caregiver* dan tidak dapat dipastikan kondisi tersebut merefleksikan tingkah lakunya pada pasien skizofrenia, sehingga mungkin dapat menyebabkan hasil penelitian ini tidak adanya hubungan antara kekambuhan skizofrenia dengan penerimaan dan kualitas hidup *caregiver*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nirmala, Vrandana, & Reddy (2011), yaitu kondisi personal dari



caregiver tidak menjadi penentu mengenai perilaku *caregiver* terhadap pasien, dan perilaku *caregiver* dapat mempengaruhi kemungkinan terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia.

Hasil pada penelitian ini tidak terlepas dari pengaruh proses pelaksanaan penelitian yang dilakukan. Pengambilan data pada subjek penelitian dilakukan pada saat pasien beserta *caregiver* menunggu waktu dipanggilnya untuk menemui psikiater pada instalasi rawat jalan, yaitu dengan rentang waktu kurang lebih 30 menit. Dengan waktu yang terbatas membuat peneliti dan tim penelitian lainnya membuat terbatasnya waktu dalam membangun rapport dan menjelaskan kepentingan penelitian dengan subjek, sehingga dapat mempengaruhi subjek dalam menjawab skala penelitian yang disediakan hingga beberapa *caregiver* tidak bersedia menjadi subjek dalam penelitian ini. Selain itu, beberapa subjek meminta agar peneliti atau tim penelitian lainnya membantu dalam pengisian skala penelitian, seperti membacakan hingga menuliskan jawaban sesuai dengan perkataan subjek. Aitem-aitem pada skala penelitian ini juga merupakan aitem yang menunjukkan kehidupan pribadi dari subjek serta keluarganya. Hal ini menyebabkan adanya kemungkinan subjek melakukan *bias faking-good*, atau respon yang disengaja oleh subjek agar terlihat baik. *Faking-good* dilakukan dengan cara menutupi informasi-informasi yang dianggap subjek sebagai hal yang memalukan atau melebih-lebihkan kondisi yang menurut subjek akan dilihat baik oleh orang lain. Peneliti sudah memberikan *informed consent* serta menjelaskan mengenai data akan bersifat konfidensial dan diperbolehkan menggunakan inisial dalam mengisi kuisioner, namun dapat terlihat dari kecenderungan jawaban responden yang positif serta hasil observasi dari peneliti dalam pengisian kuisioner. Kondisi ini mungkin ditimbulkan dari perasaan tidak aman yang dirasakan oleh subjek ketika mengerjakan skala tersebut (Petrova, Dewing, & Camilleri, 2014).

Keterbatasan waktu yang dimiliki subjek juga dapat mempengaruhi subjek dalam pengisian skala penelitian, yaitu menyebabkan subjek cenderung terburu-buru dan kurang konsentrasi dalam mengerjakan skala penelitian. Penelitian ini juga tidak terlepas dari keterbatasan lain, yaitu kecilnya jumlah sampel yang



digunakan dalam penelitian. Menurut Sugiyono (2015), semakin kecilnya jumlah sampel yang digunakan dalam suatu penelitian akan memperbesar peluang kesalahan generalisasi. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* yang memiliki kekurangan yaitu hasil yang tidak terlalu akurat sehingga kurang dapat merepresentasikan keseluruhan populasi.

Simpulan

Pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta yang dirawat oleh *caregiver* responden pernah mengalami kekambuhan. Hal ini menyebabkan tidak ada hubungan yang signifikan antara penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dengan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta. Tinggi atau rendahnya penerimaan dan kualitas hidup *caregiver* dari pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta tidak memiliki pengaruh terhadap tingkat keparahan kekambuhan yang terjadi pada pasien, baik secara simultan atau parsial. Berdasarkan hasil analisis sumbangan pengaruh, kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia lebih besar dipengaruhi oleh faktor lain. Sehingga, perlu adanya penelitian yang lebih menyeluruh untuk bisa melihat pengaruh dari faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kekambuhan pada ODS, seperti pengetahuan yang dimiliki *caregiver* dan emosi yang diekspresikan.

Saran

Berdasarkan simpulan di atas maka peneliti dapat memberikan saran sebagai pertimbangan atas persoalan kekambuhan pada pasien rawat jalan skizofrenia di RSJ Daerah Surakarta yaitu bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat lebih memahami mengenai kekambuhan pada pasien skizofrenia serta menelusuri lebih lanjut akan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kekambuhan, diharapkan untuk dapat melakukan pengukuran terhadap kekambuhan skizofrenia dengan lebih baik seperti melakukan perbandingan dengan status pasien sebelum terjadi kekambuhan, memperluas sebaran subjek penelitian sehingga dapat merepresentasikan populasi dengan menyeluruh, dan mempertimbangkan mengenai metode pengambilan data dan alat ukur yang



digunakan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya bias pada subjek dalam pengerjaan skala.

Kepustakaan

- Aguilera, A., Lopez, S., Breitborde, N. J., Kopelowicz, A., & Zarte, R. (2010). Expressed Emotion and Sociocultural Moderation in the Course of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 875-885.
- Amelia, D. R., & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 53-65.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1996). Relationship of Expressed Emotion with Relapse of Schizophrenia Patients in Kelantan. *Singapore Medical Journal*, 82-85.
- CNN Indonesia. (2018, Oktober 13). *Penderita Skizofrenia Bukan Orang Gila*. Diambil kembali dari CNN Indonesia: <https://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20180830203759-255-326351/penderita-skizofrenia-bukan-orang-gila>
- Corcoran, C., & Malaspina, D. (2008, Maret 1). *Schizophrenia and Stress*. Retrieved from The Doctor Will See You Now: <http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/stress/art1957.html>
- Davidson, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2006). *Psikologi Abnormal Edisi Kesembilan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Department of Mental Health, World Health Organization. (2012). *WHOQOL User Manual*. Geneva: World Health Organization.
- Elwick, H., Joseph, S., Becker, S., & Becker, F. (2010). *Manual for the Adult Carer Quality of Life Questionnaire (AC-QoL)*. London: The Princess Royal Trust for Carers.
- Farkhah, L., Suryani, & Hernawati, T. (2017). Faktor Caregiver dan Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Universitas Padjadjaran*, 5(1), 37-46.
- Gay, L., & Diehl, P. (1992). *Research Methods for Business and Management*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Hendriani, W., Hendariyati, R., & Sakti, T. M. (2006). Penerimaan Keluarga Terhadap Individu yang Mengalami Keterbelakangan Mental. *INSAN*, 8(2), 101-111.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diambil kembali dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>
- King, S., & Dixon, M. J. (1999). Expressed Emotion and Relapse in Young Schizophrenia Outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 377-386.
- Kring, A., Johnson, S., Davidson, G. C., & Neale, J. M. (2009). *Abnormal Psychology: 11th Edition*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Laksmi, I. A., & Herdiyanto, Y. K. (2019). Proses Penerimaan Anggota Keluarga Orang Dengan Skizofrenia. *Jurnal Psikologi Udayana*, 859-872.



- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M. A., Van der Does, A. J., Scholte, W. F., & Lenior, M. A. (1997). Patient Attributes and Expressed Emotion as Risk Factors for Psychotic Relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 119-130.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2006). *The Complete Family Guide to Schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Nirmala, B. P., Vranda, M. N., Reddy, S. (2011). Expressed Emotion and Caregiver Burden in Patients with Schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 119-122.
- Nurdiana, Syafwani, & Umbransyah. (2007). Korelasi Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 3(1), 1-10.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2012). *Abnormal Psychology: 7th Edition*. New Jersey: Pearson Education.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 799-812.
- Petrova, E., Dewing, J., & Camilleri, M. (2014). Confidentiality in Participatory Research: Challenges from One Study. *Nursing Ethics*, 1-13.
- Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A., Auquier, P., Lancon, C., & Simeoni, M. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire (S-CGQoL): Development and Validation of An Instrument to Measure Quality of Life of Caregivers of Individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192-201.
- Rohner, R. P. (2006). *Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection 4th Edition*. Connecticut: Rohner Research Publication.
- Sariah, A. E., Outwater, A. H., & Malima, K. I. (2014). Risk and Protective Factors for Relapse Among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 1-12.
- Sachit, K. R., & Al-Juboori, A. K. (2013). Impact of Caregivers Expressed Emotion upon Schizophrenic Patients Relapsing. *Kufa Journal of Nursing Sciences*, 82-92.
- Schifani, C., Tseng, H.-H., Kenk, M., Tagore, A., Kiang, M., Wilson, A. A., . . . Mizrahi, R. (2018). Cortical Stress Regulation is Disrupted In Schizophrenia But Not In Clinical High Risk for Psychosis. *Brain Journal of Neurology*, 1-12.
- Simanullang, R. H. (2018). The Correlation Between Family Support and Relapse in Schizophrenia at the Psychiatric Hospital. *Belitung Nursing Journal*, 566-571.
- Siswanto, D. (2010). Pengaruh Pandangan Hidup Masyarakat Jawa Terhadap Model Kepemimpinan. *Jurnal Filsafat*, 197-216.
- Sitanggang, S. R. (2015). *Living with Schizophrenia*. Diambil kembali dari Kompasnia: https://www.kompasiana.com/sattirajasitanggang/living-with-schizophrenia_54f94a9aa3331135028b4d8e
- Sugiyono. (2015). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Torrey, E. F. (1983). *Surviving Schizophrenia: A Family Manual Sixth Edition*. New York: Harper Parential.
- Veague, H. B., Collins, C., & Levitt, P. (2007). *Schizophrenia*. New York: Chelsea House Publishers.
- Weret, Z., & Mukherjee, R. (2014). Prevalence of Relapse and Associated Factors In Patient With Schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis



Ababa, Ethiopia: Institution Based Cross Sectional Study. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)*, 2(1), 184-192.

Wilson, K., Ruch, G., Lymbery, M., & Cooper, A. (2006). *Social Work: An Introduction to Contemporary Practice*. Essex: Pearson Education.