



**KEBAHAGIAAN PADA *INFORMAL CAREGIVER*
PENDERITA SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

**disajikan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi**

oleh
Tri Isnaeni
1511410043

**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2015



**KEBAHAGIAAN PADA *INFORMAL CAREGIVER*
PENDERITA SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

**disajikan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi**

oleh
Tri Isnaeni
1511410043

**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2015

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi dengan judul *Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia* benar-benar hasil karya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Maret 2015



Tri Isnaeni
1511410043

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul *Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia* telah dipertahankan di hadapan sidang Panitia Penguji Skripsi Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang untuk memenuhi sebagian syarat-syarat guna memperoleh derajat Sarjana Psikologi pada hari Kamis, 12 Maret 2015.

Panitia Ujian Skripsi:



Sekretaris

Rahmawati Prihastuty, S.Psi., M.Si.

NIP. 197905022008012018

Penguji I

Moh. Iqbal Mabruhi, S.Psi., M.Si.

NIP. 197503092008011008

Penguji II

Andromeda, S.Psi., M.Psi.

NIP. 198205312009122001

Penguji III/ Pembimbing

Anna Undarwati, S.Psi., M.A.

NIP. 198205202006042002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

Kebahagiaan bukan sesuatu yang telah jadi. Kebahagiaan akan datang dari tindakan-tindakanmu (Dalai Lama).

Jika kamu mendapatkan lebih banyak kebahagiaan dari memberikan kebahagiaan kepada orang lain, maka kamu harus memusatkan pemikiran pada kebahagiaan yang mampu untuk diberikan (Eleanor Roosevelt).

Persembahan:

Kedua orang tua penulis, Bapak Samsuri dan Ibu Nurjanah.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, karunia, dan anugerah-Nya sehingga skripsi yang berjudul *Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia* terselesaikan dengan baik.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari dukungan berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis sampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Fakhrudin, M.Pd. selaku Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Dr. Drs. EdyPurwanto, M.Si. selaku Ketua Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
3. Drs. Sutaryono, M.Pd. selaku Ketua Panitia Ujian Skripsi.
4. Rahmawati Prihastuty, S.Psi., M.Si. selaku Sekretaris Panitia Ujian Skripsi.
5. Anna Undarwati, S.Psi., M.A. selaku dosen pembimbing yang dengan sabar memberi petunjuk, pengarahan, dan motivasi penulis dalam menyusun skripsi.
6. Moh. Iqbal Maburi, S.Psi., M.Si. selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan, penilaian, pengarahan untuk perbaikan skripsi penulis.
7. Andromeda, S.Psi., M.Psi. selaku dosen penguji II dan dosen wali yang telah memberikan pengarahan, keteladanan, serta mendukung kelancaran studi penulis.

8. Seluruh dosen Psikologi Universitas Negeri Semarang atas sumbangsih ilmu yang diberikan.
9. Pihak RSJD Dr. Amino Gondohutomo, pihak RSUD Kabupaten Batang, pihak UPT RPSBM Kota Pekalongan yang telah memberikan ijin dan kelancaran pelaksanaan penelitian ini.
10. Seluruh *informal caregiver* penderita skizofrenia yang menjadi responden penelitian ini, terima kasih tulus untuk kalian.
11. Kedua orang tua (Bapak Samsuri dan Ibu Nurjanah), kakak (Priyo Sigit, Alfiyati, Alistin, Muslim, Yanuar Humaniarso), adik (Mufakhiroh), keponakan (Vario Prasty, Abiyyu Rassy, Fairel Atharizz), terima kasih. Keluarga adalah hal terbaik yang pernah terjadi dalam hidup penulis.
12. Sahabat dan teman penulis, Erni Elisnawati, Khilma Nahdia, Dwi Ariyani, Jeli Pratiwi, Nur Astuti, Silpia Fitriani, Agustin Nur Windiasih, Vatin Hamamah, Fatkhurizza, Mualif, dan Adji Setiawan, terima kasih semangatnya.
13. Teman-teman Psikologi Universitas Negeri Semarang Angkatan 2010.
14. Semua pihak yang telah membantu, yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Semoga karya ini bermanfaat.

Semarang, Maret 2015

Penulis

ABSTRAK

Isnaeni. Tri. 2015. *Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia*. Skripsi. Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Utama: Anna Undarwati, S.Psi., M.A.

Kata Kunci: Kebahagiaan, *Informal Caregiver* Penderita Skizofrenia

Kebahagiaan merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia. Merawat penderita skizofrenia tidak hanya membebani secara fisik dan psikis melainkan juga memberi hasil positif bagi *caregiver*. Kondisi terbebani berpengaruh terhadap perasaan tidak bahagia, sementara kondisi tanpa beban membuat *caregiver* menerima perannya secara positif sehingga lebih bahagia.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia, faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia, dan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia. Penelitian ini menggunakan pendekatan gabungan (*mix method*) antara pendekatan kuantitatif dengan pendekatan kualitatif. Responden dalam penelitian ini adalah *informal caregiver* penderita skizofrenia sebanyak 200 orang. Teknik *sampling* yang digunakan yaitu *purposive sampling*. Alat pengumpul data berupa *Subjective Happiness Scale* untuk mengukur tingkat kebahagiaan responden serta kuesioner terbuka untuk mengukur faktor-faktor kebahagiaan dan ketidakbahagiaan responden.

Hasil penelitian menunjukkan tingkat kebahagiaan mayoritas *informal caregiver* penderita skizofrenia berada dalam kategori sedang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan *informal caregiver* penderita skizofrenia meliputi perilaku adaptif penderita, perilaku patuh penderita, kestabilan emosi penderita, pikiran penderita normal, sikap positif dalam merawat, perubahan positif penderita, ketidakparahan penyakit penderita, biaya perawatan tercukupi, dan faktor lain-lain. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kebahagiaan *caregiver* adalah perubahan positif penderita. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakbahagiaan *informal caregiver* penderita skizofrenia meliputi perilaku maladaptif penderita, perilaku tidak patuh penderita, ketidakstabilan emosi penderita, pikiran penderita abnormal, keterbatasan biaya perawatan, beban dan tekanan selama merawat, keparahan kondisi penderita, dan faktor lain-lain. Faktor yang paling berpengaruh terhadap ketidakbahagiaan *caregiver* adalah keparahan penyakit penderita.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN.....	ii
PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
 BAB	
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
 BAB	
2. LANDASAN TEORI DAN KAJIAN PUSTAKA	
2.1 Kebahagiaan	13

2.1.1	Definisi Kebahagiaan	13
2.1.2	Aspek-aspek Kebahagiaan	16
2.1.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan	18
2.1.4	Pengukuran Kebahagiaan	25
2.2	<i>Informal Caregiver</i>	26
2.2.1	Definisi <i>Informal Caregiver</i>	26
2.2.2	Tugas-tugas <i>Informal Caregiver</i>	28
2.2.3	Dampak Memberikan Perawatan	28
2.3	Skizofrenia	30
2.3.1	Definisi Skizofrenia	30
2.3.2	Pedoman Diagnostik Skizofrenia	31
2.3.3	Tipe-tipe Skizofrenia	33
2.3.4	Prevalensi dan Penyebab Skizofrenia	38
2.3.5	Kajian Pustaka	42
 BAB		
3.	METODE PENELITIAN	
3.1	Jenis dan Desain Penelitian	47
3.2	Variabel Penelitian	48
3.2.1	Identifikasi Variabel	48
3.2.2	Definisi Operasional Variabel	48
3.3	Populasi dan Sampel	49
3.3.1	Populasi	49
3.3.2	Sampel	49

3.4	Metode dan Alat Pengumpulan Data	50
3.4.1	Penyusunan Instrumen	47
3.5	Uji Coba Instrumen	53
3.6	Daya Diskriminasi	53
3.6.1	Hasil Uji Daya Diskriminasi	54
3.7	Validitas dan Reliabilitas	54
3.7.1	Validitas	54s
3.7.1.1	<i>Hasil Uji Validitas</i>	55
3.7.2	Reliabilitas	56
3.7.2.1	<i>Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Uji Coba Subjective Happiness Scale</i>	57
3.7.2.2	<i>Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian Subjective Happiness Scale</i>	57
3.8	Analisis Data	58
3.9	Verifikasi Data	60
BAB		
4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1	Persiapan Penelitian	61
4.1.1	Profil Tempat Penelitian	61
4.1.2	Proses Perijinan	61
4.2	Proses Penelitian	62
4.2.1	Pelaksanaan Penelitian	62
4.2.2	Kendala Pelaksanaan Penelitian	63

4.3	Responden Penelitian	64
4.4	Hasil Penelitian	65
4.4.1	Gambaran Umum Kebahagiaan	65
4.4.2	Gambaran Kebahagiaan Berdasarkan Demografi Responden	68
4.4.2.1	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Jenis Kelamin</i>	<i>68</i>
4.4.2.2	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Usia</i>	<i>70</i>
4.4.2.3	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Status Pernikahan</i>	<i>73</i>
4.4.2.4	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Pendidikan Terakhir.....</i>	<i>75</i>
4.4.2.5	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Lama Perawatan</i>	<i>79</i>
4.4.3	Gambaran Kebahagiaan Berdasarkan Indikator per Aspek	82
4.4.3.1	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator pada Aspek Komponen Afektif</i>	<i>82</i>
4.4.3.1.1	<i>Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Secara Global</i>	<i>82</i>
4.4.3.1.2	<i>Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Dibandingkan dengan Orang Lain</i>	<i>84</i>
4.4.3.2	<i>Gambaran Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator pada Aspek Komponen Kognitif</i>	<i>87</i>
4.4.3.2.1	<i>Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Bahagia</i>	<i>87</i>

4.4.3.2.2	<i>Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Tidak Bahagia</i>	89
4.4.3.2.3	Gambaran Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan dan Ketidakhahagiaan Responden	91
4.4.4	<i>Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia</i>	91
4.4.4.1	<i>Kategori Perilaku Adaptif Penderita</i>	93
4.4.4.1.1	<i>Kategori Perilaku Patuh Penderita</i>	94
4.4.4.1.2	<i>Kategori Kestabilan Emosi Penderita</i>	95
4.4.4.1.3	<i>Kategori Pikiran Penderita Normal</i>	95
4.4.4.1.4	<i>Kategori Sikap Positif dalam Merawat</i>	96
4.4.4.1.5	<i>Kategori Perubahan Positif Penderita</i>	97
4.4.4.1.6	<i>Kategori Ketidakparahan Penyakit Penderita</i>	97
4.4.4.1.7	<i>Kategori Biaya Perawatan Tercukupi</i>	98
4.4.4.1.8	<i>Kategori Lain-lain</i>	99
4.4.4.2	<i>Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakhahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia</i>	100
4.4.4.2.1	<i>Kategori Perilaku Maladaptif Penderita</i>	101
4.4.4.2.2	<i>Kategori Perilaku Tidak Patuh Penderita</i>	102
4.4.4.2.3	<i>Kategori Ketidakstabilan Emosi Penderita</i>	103
4.4.4.2.4	<i>Kategori Pikiran Penderita Abnormal</i>	103
4.4.4.2.5	<i>Kategori Keterbatasan Biaya Perawatan</i>	104
4.4.4.2.6	<i>Kategori Lamanya Kesembuhan Penderita</i>	105

4.4.4.2.7	<i>Kategori Beban dan Tekanan Selama Merawat</i>	105
4.4.4.2.8	<i>Kategori Keparahan Kondisi Penderita</i>	106
4.4.4.2.9	<i>Kategori Lain-lain</i>	106
4.5	Pembahasan Hasil Penelitian	108
4.6	Keterbatasan Penelitian	121
BAB		
5.	SIMPULAN DAN SARAN	
5.1	Simpulan	122
5.2	Saran	123
DAFTAR PUSTAKA		125
LAMPIRAN		129

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1 Tabel <i>Blue-print Subjective Happiness Scale</i>	52
3.2 Ringkasan Hasil Uji Daya Diskriminasi <i>Subjective Happiness Scale</i>	54
3.3 Ringkasan Hasil Uji Validitas <i>Subjective Happiness Scale</i>	56
3.4 Interpretasi Reliabilitas	57
4.1 Pelaksanaan Penelitian	62
4.2 Data Demografi Responden	64
4.3 Penggolongan Kategori Responden	65
4.4 Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Umum Responden.....	67
4.5 Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Responden Ditinjau dari Jenis Kelamin .	69
4.6 <i>Mean</i> Empirik Kebahagiaan Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	70
4.7 Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Responden Ditinjau dari Usia	71
4.8 <i>Mean</i> Empirik Kebahagiaan Responden Berdasarkan Usia	73
4.9 Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Responden Ditinjau dari Status Pernikahan	74

4.10	<i>Mean</i> Empirik Kebahagiaan Responden Berdasarkan Status Pernikahan	75
4.11	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Responden Ditinjau dari Pendidikan Terakhir	76
4.12	<i>Mean</i> Empirik Kebahagiaan Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	78
4.13	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Responden Ditinjau dari Lama Perawatan	79
4.14	<i>Mean</i> Empirik Kebahagiaan Responden Berdasarkan Lama Perawatan	82
4.15	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Secara Global	83
4.16	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Dibandingkan dengan Orang Lain	85
4.17	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Bahagia	88
4.18	Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Tidak Bahagia	90
4.19	Kategori Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan Responden	92
4.20	Kategori Perilaku Adaptif Penderita	93
4.21	Kategori Perilaku Patuh Penderita	94

4.22	Kategori Kestabilan Emosi Penderita	95
4.23	Kategori Pikiran Penderita Normal	95
4.24	Kategori Sikap Positif dalam Merawat	96
4.25	Kategori Perubahan Positif Penderita	97
4.26	Kategori Ketidakparahan Penyakit Penderita	98
4.27	Kategori Biaya Perawatan Tercukupi	98
4.28	Kategori Lain-lain	99
4.29	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakhagiaan Responden	100
4.30	Kategori Perilaku Maladaptif Penderita	101
4.31	Kategori Perilaku Tidak Patuh Penderita	102
4.32	Kategori Ketidakstabilan Emosi Penderita	103
4.33	Kategori Pikiran Penderita Abnormal	103
4.34	Kategori Keterbatasan Biaya Perawatan	104
4.35	Kategori Lamanya Kesembuhan Penderita	105
4.36	Kategori Beban dan Tekanan Selama Merawat	105
4.37	Kategori Keparahan Kondisi Penderita	106
4.38	Kategori Lain-lain	107

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.1 Interval Aitem <i>Favorable Subjective Happiness Scale</i>	51
3.2 Interval Aitem <i>Unfavorable Subjective Happiness Scale</i>	52
4.1 Diagram Kebahagiaan Umum	67
4.2 Diagram Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Secara Global	84
4.3 Diagram Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Dibandingkan dengan Orang Lain	86
4.4 Diagram Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Bahagia	88
4.5 Diagram Kebahagiaan Ditinjau dari Indikator Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Tidak Bahagia	90
4.6 Perbandingan Hasil Penelitian dengan Penelitian Terdahulu	116

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1 Instrumen Uji Coba	130
2 Tabulasi Data Skor Uji Coba	136
3 Uji Daya Diskriminasi Skala Uji Coba	138
4 Uji Reliabilitas Skala Uji Coba	140
5 Instrumen Penelitian	142
6 Tabulasi Data Demografi Responden.....	148
7 Tabulasi Data Skor Penelitian	155
8 Uji Validitas Skala Penelitian	162
9 Uji Reliabilitas Skala Penelitian	164
10 Statistik Deskriptif Skala Kebahagiaan Tiap Indikator	166
11 Tabulasi Data Faktor-faktor Kebahagiaan Responden	180
12 Tabulasi Data Faktor-faktor Ketidakhahagiaan Responden.....	208
13 Surat Penelitian	239

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kebahagiaan adalah dambaan setiap manusia dan dijadikan sebagai tujuan hidup. Manusia selalu ingin bahagia, sehingga apa saja yang diusahakan dan dilakukannya adalah untuk meraih kebahagiaan. Kebahagiaan merupakan konsep yang subjektif karena setiap individu memiliki tolak ukur kebahagiaan yang berbeda. Banyak orang mengukur kebahagiaan dengan pernikahan, anak, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, uang, dan status sosial, namun tak sedikit pula orang yang bahagia karena menjalani kehidupan yang positif dengan keluarga dan lingkungan.

Keluarga berperan penting dalam menentukan kebahagiaan seseorang. Setiap orang mendambakan kehidupan keluarga yang menyenangkan serta jauh dari permasalahan. Akan tetapi, harapan terkadang tidak sesuai dengan kenyataan ketika dihadapkan dengan persoalan bahwa salah satu dari anggota keluarga menderita “skizofrenia”.

Skizofrenia tergolong gangguan jiwa berat yang dapat muncul setiap saat dalam kehidupan, baik pada masa kanak-kanak, masa remaja, maupun masa dewasa. Merawat anggota keluarga dengan skizofrenia tidaklah mudah. Keluarga harus menghadapi berbagai masalah yang ditimbulkan penderita, melakukan

proses penanganan dan pemulihan yang sangat panjang, serta memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional.

Torrey, 1988 (dalam Arif, 2006:101) menyebut permasalahan skizofrenia diantaranya “ketidakmampuan merawat diri, ketidakmampuan menangani uang, menarik diri dari lingkungan sosial, ancaman bunuh diri, gangguan pada kehidupan keluarga, ketakutan atas keselamatan baik pada penderita maupun keluarga, serta perasaan malu dan bersalah”. Permasalahan skizofrenia lainnya yakni stigma masyarakat. Banyak kalangan yang menganggap penderita skizofrenia sebagai “orang gila”, “orang *stress*”, bahkan “sinting”. Kondisi penderita tidak stabil. Terkadang tampak normal namun suatu waktu memperlihatkan tingkah laku yang abnormal seperti melamun, tertawa sendiri, berbicara tidak jelas, berteriak, menangis, mengamuk, dan memukul. Perilaku aneh yang sering ditunjukkan serta isi pikiran dan pembicaraan yang sulit dipahami membuat penderita skizofrenia cenderung dipandang buruk oleh orang lain.

Meskipun skizofrenia memiliki pengaruh terhadap kehidupan keluarga dan masyarakat, dampak terbesarnya justru dirasakan oleh penderita. Masalah yang seringkali dialami penderita yaitu munculnya simptom positif dan simptom negatif. Simptom positif merupakan “simptom skizofrenia yang menonjol, seperti halusinasi, waham, dan gangguan pikiran, sedangkan simptom negatif mencakup hilang atau berkurangnya fungsi-fungsi normal, seperti miskin motivasi, sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul” (Nevid

dkk. 2005:119; PPDGJ-III:46-47). Kedua simtom inilah yang menyebabkan fungsi kerja, fungsi peran, dan fungsi sosial penderita terganggu.

Smith dkk., 1996 (dalam Durand & Barlow, 2007:263) mengungkapkan “efek buruk skizofrenia akan mengurangi kemampuan interaksi sosial penderita sehingga tidak mampu mempertahankan pertemanan”. Berkurangnya kapasitas hubungan dengan orang lain dan adanya stigma “orang gila” oleh masyarakat mengakibatkan penderita skizofrenia terisolasi secara sosial.

Skizofrenia juga mengganggu fungsi kerja yang menjadikan penderitanya tidak produktif. Orang-orang dengan skizofrenia (ODS) tidak dapat mengerjakan segala sesuatu secara mandiri dan sangat bergantung dengan orang lain. Sebagian besar dari penderita tidak mampu merawat diri, tidak dapat bekerja, serta kehilangan perannya di dalam keluarga maupun masyarakat. Keterbatasan kemampuan yang dimiliki menyebabkan penderita skizofrenia membutuhkan seseorang untuk merawat dan membantunya dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Seseorang yang memberikan perawatan (*caregiving*) disebut *caregiver*, sedangkan seseorang yang menerima perawatan dari *caregiver* disebut *care-recipient*. *Caregiver* dibedakan menjadi dua, *formal caregiver* dan *informal caregiver*. Penelitian ini difokuskan pada *informal caregiver* yang merupakan keluarga dari penderita skizofrenia atas dasar dua pertimbangan berikut. Pertama, “hanya 3,5 % penderita skizofrenia (dari total resiko 1.093.150 jiwa penduduk Indonesia) yang terlayani di rumah sakit jiwa, rumah sakit umum, atau pusat kesehatan masyarakat dengan fasilitas memadai” (Gani 2014). Hal ini berarti

sebagian besar dari penderita skizofrenia menjalani perawatan di rumah oleh keluarganya. Kedua, berdasarkan hasil penelitian Donelan dkk., 2002 (dalam Dewi dkk. 2013:86) bahwa “40-90 % *caregiver* yang merawat penderita skizofrenia merupakan *informal caregiver* dan 77 % dari *informal caregiver* adalah keluarga penderita”.

Proses penanganan penderita skizofrenia dimulai dari perawatan rumah sakit, perawatan harian, dan pemberian dukungan sosial. Perawatan harian dilakukan oleh keluarga dengan memenuhi kebutuhan penderita seperti makanan, pakaian, obat-obatan, dan kebutuhan lainnya. Sementara itu, dukungan sosial ditunjukkan dengan bersikap peduli terhadap penderita termasuk dengan memberikan rasa aman dan nyaman. Proses perawatan dilakukan secara rutin hingga penderita dinyatakan sembuh serta akan berulang apabila terjadi kekambuhan.

Lamanya waktu merawat dengan segala permasalahan yang harus dihadapi dapat menimbulkan beban bagi *caregiver*. Sebagian besar *caregiver* mengungkapkan adanya beban selama memberikan perawatan. Pendapat ini didukung oleh hasil penelitian berikut. Pertama, penelitian Fitrikasari dkk. (2012) terhadap 100 orang *caregiver* penderita skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan RSJ Amino Gondohutomo Semarang. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 89 *caregiver* merasa terbebani dengan kondisi penderita. Komponen beban perawatan yang paling berpengaruh bagi *caregiver* yakni dampak terhadap perasaan nyaman. Kedua, penelitian Darwin dkk. (2013) pada 118 *caregiver* penderita skizofrenia yang menjalani perawatan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa

Islam Klender Jakarta. Perangkat *Burden Assessment Schedule* (BAS) digunakan untuk mengukur beban *caregiver*. Hasil penelitian ini juga menunjukkan 67,8 % dari *caregiver* penderita skizofrenia merasa terbebani selama merawat penderita.

Sahoo dkk. (2010:39) menjelaskan beban *caregiver* sebagai “konsekuensi fisik, psikis-emosional, sosial, dan keuangan yang dialami *caregiver* dalam memberikan perawatan”. Beban *caregiver* terdiri dari beban objektif dan beban subjektif. “Beban objektif mengacu pada masalah-masalah praktis selama merawat” (Basheer dkk. 2005:27), seperti “terganggunya aktivitas sosial dan waktu luang, kesulitan pekerjaan” (Sahoo dkk. 2010:39), “masalah finansial, isolasi sosial” (Hartmann dkk. 2012:2). Sementara itu, “beban subjektif mengacu pada reaksi emosional *caregiver*” (Basheer dkk. 2005:27), seperti “peningkatan kecemasan dan depresi” (Goodhead & McDonald 2007:6), “perasaan takut, sedih, marah, bersalah, hilang, ditolak” (Sahoo dkk. 2010:39), “masalah kesehatan fisik, *distress*, dan *stress*” (Summerville & Atherley 2012:2). Efek terbebani ini secara nyata mempengaruhi kehidupan *caregiver* serta dapat mengganggu kondisi fisik maupun psikis dari *caregiver*.

Selain memberikan pengaruh negatif, merawat penderita skizofrenia juga memberi pengaruh positif bagi *caregiver*. Pengaruh positif dari memberikan perawatan diantaranya “mempertahankan martabat dan memaksimalkan potensial *care-recipient*, merasa bertanggung jawab, saling berbagi cinta dan dukungan, pengembangan pribadi” (Nolan dkk. 1996; Lund 1999 dalam Savage & Bailey 2004:104), “perasaan dekat dengan *care-recipient*, serta mempertinggi harga diri” (Ashworth & Baker dalam Savage & Bailey 2004:104). Pengaruh positif lainnya

ditunjukkan oleh hasil penelitian berikut. Pertama, hasil penelitian *Victorian Careers Program* menemukan bahwa 84 % *caregiver* menerima kepuasan yang tinggi dalam memberikan perawatan (Schofield dkk. 1998 dalam Savage & Bailey 2004:104). Kedua, penelitian Yiengprugsawan dkk. (2012) terhadap 60.569 orang dewasa untuk mengetahui *distress* psikologi dan kesehatan mental para *caregiver* di Thailand. Hasil penelitian ini menemukan bahwa *caregiver* mengalami *distress* yang lebih tinggi dibandingkan dengan bukan *caregiver*. Meskipun demikian, *caregiver* memiliki kesehatan mental yang lebih tinggi, kapasitas mental positif yang lebih tinggi, serta kualitas mental positif yang lebih tinggi.

Berdasarkan penjelasan di atas disimpulkan bahwa memberikan perawatan menimbulkan dampak yang berbeda bagi setiap *caregiver*. Banyak *caregiver* yang merasa terbebani dalam menjalankan perannya, namun tidak sedikit dari *caregiver* merasa senang akan perannya. Kondisi terbebani selama merawat penderita skizofrenia dapat menimbulkan perasaan tidak bahagia, sedangkan kondisi tanpa beban memberikan berbagai pengalaman positif sehingga membuat *caregiver* lebih bahagia.

Menurut Seligman (2005), ilmu psikologi telah berkembang dari psikologi patogenis (berfokus pada problem dan penyakit) menjadi psikologi salutogenis/ psikologi positif (berfokus pada kekuatan dan kebahagiaan)”. “Kebahagiaan adalah salah satu hasil yang ingin dicapai oleh psikologi positif” (Carr 2004:42). “Kebahagiaan dapat dicapai ketika seseorang mampu memahami dirinya sendiri secara tepat, benar, dan jujur” (Suryomentaram:2002). “Secara umum, orang yang bahagia memiliki kesehatan fisik yang lebih baik, hidup lebih lama, serta mampu

mengatasi berbagai tantangan dalam hidupnya” (Lyubomirsky dkk. 2005 dalam Boehm & Lyubomirsky 2008:110).

Kebahagiaan dialami oleh setiap orang, termasuk *informal caregiver* penderita skizofrenia. Keadaan yang penuh tekanan dan tuntutan peran dalam merawat penderita skizofrenia tidak menjadi halangan bagi *caregiver* untuk bahagia. Penelitian Costa dkk., 1987 (dalam Synder dkk., 2002:67) menemukan bahwa orang yang hidup dalam keadaan stabil tidak lebih stabil daripada orang yang mengalami perubahan yang besar dalam hidupnya. Ketika kehidupan nyaris tanpa kendala, seseorang menjalani hidup yang lurus ke depan, tak berbelok. Apabila suatu waktu masalah muncul, orang tersebut kurang siap menghadapinya dan cenderung tidak menyadari seberapa besar kemampuannya dalam menyelesaikan masalah. Ketidakmampuan menyelesaikan masalah dapat menyebabkan keputusan yang berujung pada ketidakstabilan dalam hidup. Berbeda dengan orang yang mengalami perubahan besar dalam hidupnya seperti *caregiver* penderita skizofrenia. Persoalan yang dihadapi, sulit untuk dihindari juga tidak mudah diselesaikan. *Caregiver* harus merawat dan mendampingi penderita secara berkelanjutan tanpa batas waktu yang ditentukan, dihadapkan pada beban perawatan, dan stigma masyarakat. Setelah sembuh, *caregiver* dihadapkan pula dengan kekambuhan penyakit penderita yang dapat muncul sewaktu-waktu. Beberapa kasus skizofrenia berlangsung lama hingga puluhan tahun karena adanya siklus sembuh dan kambuh, yaitu penderita yang telah sembuh kemudian kambuh lagi, dan seterusnya. Berbagai masalah yang muncul ketika merawat penderita skizofrenia menyebabkan *caregiver* terbiasa dalam

situasi dan kondisi yang penuh tekanan, sehingga memungkinkan *caregiver* untuk lebih optimis, lebih bahagia, dan memaknai hidup.

Kebahagiaan dianggap sangat penting bagi sebagian orang. Survei Diener terhadap mahasiswa di 17 negara menemukan bahwa kebahagiaan dan kepuasan hidup merupakan sesuatu yang penting, bahkan lebih penting nilainya daripada uang (Diener dkk. 2003:190). Hasil penelitian King & Broyles, 1997 (dalam Linley & Joseph, 2004:36) menemukan bahwa ketika orang-orang diminta untuk menyebutkan tiga keinginan dalam hidupnya, maka kebahagiaan secara konsisten dipilih sebagai satu dari tiga keinginan tersebut. Meneliti kebahagiaan *caregiver* pada penderita skizofrenia akan memberikan bukti nyata bahwa *caregiver* tidak selalu dihubungkan dengan perasaan terbebani dalam memberikan perawatan.

Studi pendahuluan penelitian ini dilakukan melalui wawancara dengan lima orang *informal caregiver* penderita skizofrenia. Pada tanggal 3 Mei 2014 dilakukan wawancara terhadap tiga orang responden. Responden pertama telah merawat selama 13 tahun. Hasil wawancara menunjukkan responden terbebani selama merawat. Beban emosi dirasakan responden karena perilaku penderita yang tidak sabar dan memaksa apabila keinginannya tidak dituruti, perilaku penderita yang mengamuk apabila penyakitnya kambuh, dan merasa tersinggung karena penderita menjadi bahan pembicaraan masyarakat sekitar. Beban finansial merupakan beban terberat dimana responden harus menyediakan rokok bagi penderita setiap hari. Kondisi ini menyulitkan karena keuangan keluarga yang tidak mencukupi. Meskipun di awal kemunculan penyakit merasa tertekan, sekarang ini responden dan keluarga sudah bisa menerima kondisi penderita.

Responden kedua dan ketiga merupakan suami istri yang telah merawat penderita selama 15 tahun. Responden terbebani dengan perilaku penderita yang sering marah-marah, mengamuk, membantah, dan susah makan apabila penyakitnya kambuh. Responden merasa sudah tidak mampu lagi dalam menghadapi penderita. Hal ini dikarenakan penderita tidak dapat ditangani dengan obat. Meskipun sudah berkali-kali minum obat, kondisi penderita tidak membaik.

Wawancara terhadap responden keempat dan kelima dilakukan tanggal 6 Mei 2014. Responden keempat telah merawat penderita selama 10 tahun. Responden mengaku kewalahan ketika penyakit penderita kambuh. Penderita susah makan, susah mandi, tidak mau minum obat, serta sulit diatur. Walaupun demikian, responden tetap merasakan kebahagiaan yakni ketika kondisi penderita normal atau tidak kambuh.

Responden kelima, ibu kandung penderita yang telah merawat selama 22 tahun. Responden melakukan upaya penyembuhan dengan membawa penderita berobat ke rumah pengobatan, panti rehabilitasi dan memasukkan penderita ke pondok pesantren. Upaya ini tidak membuahkan hasil karena penyakit penderita bertambah parah. Responden juga mengalami kesulitan keuangan untuk biaya berobat dan perawatan harian. Kondisi ini tidak membuat responden putus asa. Responden tetap merawat penderita dengan baik. Saat ini, responden merasa bahagia karena telah menemukan tempat berobat yang sesuai sehingga kondisi penderita sudah lebih baik.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa kelima responden merasa terbebani ketika merawat penderita. Beban yang dirasakan meliputi beban emosi

dan beban finansial. Meskipun terbebani, responden pertama, responden keempat, dan responden kelima mau menerima kondisi penderita. Sebaliknya, responden kedua dan ketiga kurang bisa menerima kondisi penderita. *Caregiver* yang menerima perannya secara positif akan lebih bahagia daripada yang tidak menerima.

Memberikan perawatan menimbulkan berbagai pengaruh negatif maupun positif bagi *informal caregiver* penderita skizofrenia. Berbagai pengaruh yang timbul dari memberikan perawatan tidak menjadi halangan bagi *caregiver* untuk merasakan kebahagiaan. Meskipun dihadapkan dengan masalah yang sama yakni merawat penderita skizofrenia, masing-masing *caregiver* memiliki tolak ukur yang berbeda dalam menentukan kebahagiaannya karena kebahagiaan merupakan konsep yang subjektif.

Berdasarkan apa yang telah dipaparkan, peneliti bermaksud melakukan penelitian dengan judul **“Kebahagiaan pada *Informal Caregiver* Penderita Skizofrenia”**.

1.2 Rumusan Masalah

Memberikan perawatan bagi *informal caregiver* penderita skizofrenia akan membebani secara fisik dan psikis. Walaupun demikian, memberikan perawatan juga dapat memberikan berbagai pengalaman positif, seperti perasaan dihargai dan meningkatkan tanggung jawab. Efek terbebani menyebabkan ketidakbahagiaan pada *caregiver*, sedangkan pengalaman positif dalam merawat akan berpengaruh terhadap kebahagiaan *caregiver*.

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, maka perumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

- (1) Berapa tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia?
- (2) Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia?
- (3) Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia, faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia, serta faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia serta memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan dan ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Pemahaman mendalam mengenai tingkat kebahagiaan serta faktor-faktor kebahagiaan dan ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia diharapkan dapat memberikan kesadaran, khususnya bagi *caregiver* itu sendiri,

bahwa kebahagiaan mampu diraih meski dihadapkan dengan situasi dan kondisi yang sangat sulit selama memberikan perawatan. Selain itu, hasil penelitian ini dapat mendukung berbagai upaya atau intervensi dari praktisi kesehatan jiwa dalam menangani permasalahan *caregiver*, termasuk upaya untuk meningkatkan kebahagiaan *caregiver*.

BAB 2

LANDASAN TEORI DAN KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kebahagiaan

2.1.1 Definisi Kebahagiaan

“Kebahagiaan adalah hasil yang ingin dicapai oleh psikologi positif” (Carr 2004:42). “Psikologi positif mempelajari aspek positif dari pengalaman manusia atau fungsi-fungsi optimal yang membuat kehidupan manusia menjadi lebih bermakna” (Csikszentmihalyi 2003:113; Sheldon dkk. 2000:114 dalam Price 2007:3).

Menurut Seligman (2005:549), “kebahagiaan meliputi perasaan positif/ emosi positif dan aktivitas positif yang tidak melibatkan perasaan sama sekali”. “Emosi positif bersifat sesaat, meliputi kegembiraan, kenikmatan, kepuasan, ketenangan, harapan, dan semangat” (Seligman 2005:63), misalnya kenikmatan yang kita rasakan ketika mengkonsumsi ekstasi. “Kegiatan positif yang tidak melibatkan perasaan sama sekali meliputi keterserapan dan keterlibatan” (Seligman 2005:549), misalnya seorang mahasiswa lebih menyukai membantu orang lain dengan melibatkan diri pada berbagai kegiatan amal daripada menghabiskan uangnya untuk berbelanja.

Kebahagiaan merupakan konsep yang subjektif. Snyder & Lopez, 2007:128 (dalam Price, 2007:3) mengungkapkan bahwa kebahagiaan adalah “keadaan emosional positif yang dimaknai berbeda oleh masing-masing orang”,

sedangkan menurut Veenhoven (2004_a:2) kebahagiaan adalah “kesenangan subjektif dari keseluruhan kehidupan seseorang”.

Boehm & Lyubomirsky (2008:1) mendefinisikan kebahagiaan sebagai “bentuk pengalaman emosi positif individu seperti kesenangan, kepuasan, kegembiraan, antusiasme, dan ketertarikan. Orang yang bahagia adalah orang yang sering mengalami emosi positif dalam hidupnya”. Sementara itu, Alston & Dudley (dalam Hurlock n.d:20) mendefinisikan kebahagiaan sebagai “kemampuan seseorang untuk menikmati pengalaman-pengalamannya yang disertai tingkat kegembiraan.

“Kebahagiaan memiliki tiga komponen, yakni kepuasan hidup yang tinggi, afek positif tinggi, serta afek negatif yang rendah” (Carr 2004:47). Sejalan dengan pendapat Carr, Nettle (2005:18) juga mengungkap “tiga level dari kebahagiaan. Level pertama adalah perasaan sesaat, meliputi kegembiraan dan kesenangan; level kedua adalah penilaian tentang perasaannya, meliputi kesejahteraan dan kepuasan; level ketiga adalah kualitas hidup, meliputi kemajuan dan pemenuhan potensial diri”.

Beberapa definisi kebahagiaan yang telah disebutkan merupakan konsep kebahagiaan berdasarkan teori-teori psikologi barat. Konsep kebahagiaan masyarakat lokal diungkapkan oleh Suryomentaram (2002) melalui teori “*kawruh jiwa*”. Menurut Suryomentaram, keinginan manusia bersifat *mulur* (memanjang) dan *mungkret* (menyusut). Keinginan manusia terwujud dalam upaya untuk mencari *semat* (kekayaan), *derajat* (kedudukan), dan *kramat* (kekuasaan). Tercapainya keinginan dapat menimbulkan perasaan senang, enak, lega, puas,

tenang, dan gembira. Ketika seseorang mampu memenuhi satu keinginannya, maka akan memunculkan keinginan-keinginan lainnya yang semakin lama semakin bertambah baik secara kualitas maupun kuantitas. Peningkatan keinginan yang tidak disertai dengan upaya pemenuhan/ pencapaian dapat menimbulkan kesusahan.

Suryomentaram (2002) menjelaskan bahwa perasaan senang dan susah bersifat tidak tetap. Setiap orang merasa senang dan sedih secara bergantian, sehingga tidak ada satu orang pun yang selalu senang atau selalu sedih sepanjang hidupnya. Perasaan susah timbul apabila keinginan seseorang tidak terpenuhi, seperti rasa tidak enak, menyesal, kecewa, tersinggung, marah, malu, sakit, terganggu, dan sebagainya. Keinginan-keinginan yang tidak terpenuhi ini akan *mungkret* atau semakin berkurang dari waktu ke waktu baik secara kualitas maupun kuantitas. Apabila keinginan yang *mungkret* ini masih tidak terpenuhi, maka akan *mungkret* lagi sampai keinginan tersebut bisa dipenuhi sehingga dapat menimbulkan perasaan senang bagi orang tersebut. Misalnya, orang lapar ingin makan, tentu dipilihnya lauk-pauk yang serba lezat seperti daging, telur, dan sebagainya. Apabila keinginan untuk makan dengan lauk lezat tidak terpenuhi, orang tersebut pasti *mungkret*, sehingga makan nasi dengan garam saja sudah senang. Apabila nasi dengan garam pun tidak diperolehnya, pasti keinginannya *mungkret* lagi, sehingga makan ketela bakar saja sudah merasa senang. Ketika seseorang memahami falsafah *mulur mungkret*, maka orang tersebut sadar bahwa kehidupan setiap manusia pasti sebentar senang lalu sebentar susah/ sedih. Hal ini berarti tidak ada satu orang pun di dunia yang merasa senang selamanya atau

sedih selamanya. Oleh karena itu, setiap orang tidak boleh iri (merasa kalah dari orang lain) dan tidak boleh sombong (merasa menang dari orang lain). Orang yang menyadari bahwa perasaan setiap manusia itu sama akan terhindar dari perasaan iri dan sombong sehingga akan menjalani kehidupan yang tentram dan bahagia.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas, maka kebahagiaan dalam penelitian ini dimaknai sebagai kondisi seseorang yang lebih banyak mengalami perasaan positif seperti kesenangan, ketertarikan, kenikmatan, ketenangan, dan kepuasan sehingga membuat kehidupan orang tersebut menjadi bermakna.

2.1.2 Aspek-aspek Kebahagiaan

Kebahagiaan memiliki dua komponen, yaitu komponen afektif dan komponen kognitif (Lyubomirsky & Lepper 1997:139; Diener dkk. 2003:191; Veenhoven 2006_b). Kedua komponen tersebut diukur dalam “*Subjective Happiness Scale*”, alat ukur kebahagiaan yang digunakan dalam penelitian ini.

(1) Komponen Afektif

Veenhoven (2006_b) menyebut komponen afektif ini sebagai “*hedonic level of affect*”. Setiap orang mengalami berbagai macam afek dalam dirinya, yaitu perasaan, emosi, dan mood. Masing-masing afek memiliki dimensi yang berbeda, seperti aktif-tidak aktif dan menyenangkan-tidak menyenangkan.

Hedonic level of affect dapat dicapai ketika ada keseimbangan antara afek positif dengan afek negatif. Afek positif merupakan kombinasi dari gejala (*arousal*) dan kesenangan, meliputi emosi-emosi seperti aktif dan gembira,

sedangkan kombinasi dari gejala dan ketidaksenangan disebut afek negatif, berupa emosi-emosi seperti cemas, marah, takut (Watson & Tellegen 1985 dalam Diener dkk. 2003:193). Kedua afek tersebut merefleksikan reaksi langsung terhadap kondisi baik dan buruk kehidupan seseorang (Diener dkk. 2003:191).

Penilaian afektif terhadap situasi tertentu turut mempengaruhi penilaian orang akan kesejahteraan subjektifnya. Penilaian afektif terdiri dari emosi dan mood. Emosi merupakan reaksi sementara atas rangsangan eksternal atau kejadian spesifik, sedangkan mood lebih lama dirasakan daripada emosi dan tidak dipengaruhi oleh kejadian spesifik (Frijda 1999; Kahneman 1999; Morris 1999 dalam Diener dkk. 2003:191). Penilaian afektif sangat penting karena dengan mengetahui jenis afeksi yang dialami seseorang maka kita bisa memahami cara orang tersebut mengevaluasi kondisi dan kejadian dalam hidupnya (Diener dkk. 2003:191).

(2) Komponen Kognitif

Komponen kognitif disebut pula "*contentment*" atau "kepuasan", yakni tingkat dimana seseorang menganggap keinginannya telah terpenuhi (Veenhoven 2006_b). Orang akan merasa puas dan bahagia apabila pengalaman-pengalaman yang menyenangkan lebih banyak daripada pengalaman-pengalaman tidak menyenangkan. Sebaliknya, orang akan merasa tidak puas dan tidak bahagia apabila pengalaman menyenangkan lebih sedikit daripada pengalaman tidak menyenangkan (Hurlock n.d:20).

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa aspek-aspek dalam kebahagiaan terdiri dari komponen afektif dan komponen kognitif.

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan

Berikut ini adalah penjabaran dari faktor-faktor eksternal yang berkontribusi terhadap kebahagiaan seseorang menurut pendapat beberapa ahli.

(1) Tingkat Otonomi

Semakin besar otonomi yang dapat dicapai, semakin besar kesempatan untuk merasa bahagia. Hal ini ditemukan baik pada masa kanak-kanak maupun masa dewasa (Hurlock n.d:22).

(2) *Personality Traits*

Studi kepribadian tentang kebahagiaan menunjukkan orang yang bahagia dan tidak bahagia mempunyai profil kepribadian yang berbeda (Diener dkk. 1999 dalam Carr 2004:20). Orang yang bahagia dalam kebudayaan barat adalah orang yang *ekstrovert*, optimis, mempunyai harga diri tinggi, dan *locus of control* internal. Sebaliknya orang yang tidak bahagia memiliki kadar kecemasan (*neuroticism*) yang tinggi (Carr 2004:20).

(3) Budaya

Kebudayaan dan faktor sosial-politik yang spesifik berperan penting dalam menentukan kebahagiaan (Triandis 2000 dalam Carr 2004:22). Berdasarkan studi lintas budaya, kehidupan politik suatu negara yang stabil dan tanpa ada konflik berpengaruh terhadap kebahagiaan. Kebahagiaan juga lebih tinggi dalam budaya individualis daripada budaya kolektivis (Carr 2004:22). Orang-orang tidak menikah yang hidup bersama lebih bahagia daripada

orang-orang yang *single* atau menikah dalam kebudayaan individualis, sebaliknya dalam kebudayaan kolektivistis, orang-orang tidak menikah yang hidup bersama kurang bahagia daripada yang *single* atau menikah (Diener 2000 dalam Snyder dkk. 2002:69).

(4) Pernikahan

Perkawinan sangat erat hubungannya dengan kebahagiaan (Seligman 2005:162). Survei menunjukkan bahwa orang yang menikah lebih bahagia daripada orang yang tidak menikah, bercerai, atau ditinggal mati pasangannya (Diener dkk. 1999 dalam King & Lyubomirsky 2005:824). Ada dua penjelasan untuk menerangkan hubungan pernikahan dengan kebahagiaan. Penjelasan pertama, orang lebih bahagia ketika menikah karena orang tersebut memiliki ketertarikan yang lebih dengan pasangannya. Penjelasan kedua, pernikahan memberi manfaat bagi sebagian besar orang sehingga membuat bahagia. Pernikahan memberikan kedekatan fisik dan psikologis, membangun sebuah keluarga, memberikan peran sosial sebagai pasangan suami istri dan orang tua, sebagai suatu penegasan identitas, serta memberikan keturunan (Carr 2004:23).

Kebahagiaan orang yang menikah mempengaruhi panjang usia dan besar penghasilan baik pada laki-laki maupun perempuan. Orang yang menjalani pernikahan yang “tidak begitu berbahagia” memiliki tingkat kebahagiaan lebih rendah daripada orang yang menikah atau bercerai (Seligman 2005:162-163).

(5) Kehidupan Sosial

Orang yang sangat bahagia menjalani kehidupan sosial yang kaya dan memuaskan, sering bersosialisasi, dan sedikit sekali menghabiskan waktu sendirian (Seligman 2005:162-163). Kehidupan sosial meliputi kekeluargaan, persahabatan, dan dukungan sosial. Berikut penjelasannya:

Kekeluargaan. Hubungan yang dekat antara orang tua dan anak, antar saudara kandung, dan antar anggota keluarga mempertinggi dukungan sosial. Dukungan sosial tersebut akan meningkatkan kesejahteraan subjektif yang merupakan penghubung kuat untuk memperoleh kebahagiaan (Argyle 2001; Buss 2000 dalam Carr 2004:25).

Persahabatan. Persahabatan berkorelasi positif dengan kebahagiaan rata-rata orang. Orang yang bahagia lebih puas dengan teman-temannya dan aktivitas sosialnya serta sedikit mempunyai rasa iri terhadap orang lain (Campbell dkk. 1976; Cooper dkk. 1992; Gladow & Ray 1986; Lyubomirsky dkk.; Pfeiffer & Wong dalam King & Lyubomirsky 2005:824). Tiga alasan dikemukakan oleh Carr (2004:26) mengenai hubungan persahabatan dengan kebahagiaan. Pertama, orang yang bahagia kemungkinan lebih sering dipilih sebagai teman dan sahabat karena lebih menarik. Orang bahagia juga lebih sering membantu orang lain dibandingkan dengan orang depresi yang hanya fokus pada diri sendiri dan kurang altruistik. Kedua, hubungan kepercayaan dengan orang lain memenuhi kebutuhan afiliasi yang menyebabkan seseorang merasa bahagia

dan puas dalam hidupnya. Ketiga, memiliki teman dekat dapat memberikan dukungan sosial bagi seseorang sehingga merasa lebih bahagia.

(6) Daya Tarik Fisik

Daya tarik fisik menyebabkan seseorang dapat diterima dan disukai oleh masyarakat, dan sering merupakan penyebab dari prestasi yang lebih besar daripada apa yang mungkin dicapai seseorang yang kurang memiliki daya tarik (Hurlock n.d:22).

(7) Usia

Pengaruh usia terhadap kebahagiaan sangatlah kecil (Diener dkk. dalam Snyder dkk. 2002:68). Sebuah penelitian otoritatif atas 60.000 orang dewasa dari empat puluh bangsa, membagi kebahagiaan dalam tiga komponen: kepuasan hidup, afek menyenangkan, dan afek tidak menyenangkan. Kepuasan hidup sedikit meningkat sejalan dengan bertambahnya usia, afek menyenangkan yang sedikit berubah, serta afek negatif yang sama sekali tidak berubah. Ketika kita menua, yang berubah adalah intensitas emosi kita. Perasaan “mencapai puncak dunia” dan “terpuruk dalam keputusasaan” menjadi berkurang seiring bertambahnya umur dan pengalaman (Seligman 2005:165-168).

(8) Keseimbangan antara Harapan dan Pencapaian

Kalau harapan-harapan itu realistis, orang akan puas dan bahagia apabila tujuannya tercapai (Hurlock n.d:22).

(9) Kesehatan

Kesehatan secara objektif tidak begitu berkaitan dengan kebahagiaan, karena yang terpenting adalah persepsi subjektif kita terhadap seberapa sehat diri kita. Kemampuan untuk beradaptasi terhadap penderitaan menyebabkan kita bisa menilai kesehatan secara positif bahkan ketika sedang sakit. Kunjungan ke dokter dan rawat inap di rumah sakit tidak mempengaruhi kepuasan hidup, melainkan hanya berpengaruh pada penilaian subjektif atas kesehatan yang dipengaruhi oleh emosi negatif (Seligman 2005:168).

(10) Pendidikan, Iklim, Ras, dan Jenis Kelamin

Pendidikan. Meskipun merupakan sarana untuk mencapai penghasilan yang lebih besar, pendidikan bukanlah sarana untuk mencapai kebahagiaan yang lebih tinggi, kecuali bagi kalangan yang berpenghasilan rendah. Begitu pula dengan kecerdasan, yang juga tidak mempengaruhi kebahagiaan (Seligman 2005:169).

Iklim. Walaupun iklim yang berlimpah sinar matahari mampu mengatasi gangguan afektif akibat musim (depresi musim dingin), tingkat kebahagiaan tidak bervariasi sesuai dengan iklim (Seligman 2005:169).

Ras. Setidaknya di Amerika Serikat, ras sama sekali tidak berkaitan dengan kebahagiaan. Meskipun secara ekonomi lebih buruk, orang-orang Afro Amerika dan Hispanik memiliki angka depresi yang jauh lebih rendah daripada orang Kaukasia. Level kebahagiaan orang-orang Afro Amerika dan

Hispanik juga tidak lebih tinggi daripada orang Kaukasia (Seligman 2005:169-170).

Jenis Kelamin. Penelitian Lucas dan Ghom tahun 2000 terhadap 40 bangsa, menemukan bahwa perbedaan jenis kelamin berpengaruh kecil dalam kebahagiaan (Diener dkk. dalam Snyder dkk. 2002:68). Menurut Seligman (2005:170), tingkat emosi rata-rata laki-laki dengan perempuan tidak jauh berbeda. Akan tetapi, perempuan lebih bahagia sekaligus lebih sedih daripada laki-laki.

(11) Status Kerja

Status pekerjaan berhubungan dengan kebahagiaan (Argyle 2001). Orang yang profesional dan menggunakan keterampilan dalam bekerja lebih bahagia daripada yang tidak menggunakan keterampilan dalam bekerja. Hal ini karena bekerja berpotensi memberikan stimulasi tingkat optimal yang membuat seseorang menemukan hal-hal menyenangkan, memberi kesempatan untuk memenuhi dorongan keingintahuan dan mengembangkan keterampilan, memberi dukungan sosial, memberi rasa aman secara finansial, serta menimbulkan perasaan memiliki identitas dan tujuan dalam hidup (Carr 2004:32).

(12) Uang

Banyak penelitian mengenai pengaruh kekayaan dan kemiskinan terhadap kebahagiaan. Para peneliti membandingkan kesejahteraan subjektif rata-rata orang yang tinggal di negara kaya dengan orang-orang yang tinggal di negara miskin. Kemiskinan bisa mengancam nyawa di negara-negara

miskin, sehingga kaya bisa berarti lebih bahagia. Namun, di negara yang lebih makmur, dimana hampir semua orang memperoleh kebutuhan dasar, peningkatan kekayaan tidak begitu berdampak pada kebahagiaan. Temuan Biswas-Diener menunjukkan kepuasan hidup tunawisma di Fresno, California (1,29) jauh lebih rendah daripada tunawisma di daerah kumuh Calcutta, India (1,60). Berdasarkan temuan ini disimpulkan bahwa kemiskinan merupakan penyakit sosial. Orang-orang miskin memiliki kepekaan terhadap kebahagiaan lebih rendah daripada orang kaya. Akan tetapi, di tengah penderitaan yang dialami, orang-orang miskin beranggapan bahwa kehidupannya memuaskan. Uang tidak berpengaruh terhadap kebahagiaan, tetapi penilaian seseorang terhadap uangnya yang akan mempengaruhi kebahagiaannya (Seligman 2005:155-161).

(13) Penyesuaian Emosional

Orang-orang yang dapat menyesuaikan diri dengan baik dan bahagia, jarang dan tidak terlampau intensif mengungkapkan perasaan-perasaan negatif seperti takut, marah, dan iri hati daripada orang-orang yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan baik dan tidak bahagia (Hurlock n.d:22).

(14) Agama

Data survei secara konsisten menunjukkan bahwa orang-orang yang religius lebih bahagia dan lebih puas terhadap kehidupannya dibandingkan dengan orang yang tidak religius (Seligman 2005:171).

Menurut Carr (2004:27), terdapat tiga kaitan antara agama dengan kebahagiaan. Pertama, agama mengisi manusia dengan harapan akan masa

depan dan menciptakan makna dalam hidup. Kedua, keterlibatan dalam kehadiran secara rutin dalam kegiatan agama serta menjadi bagian dari komunitas keagamaan mampu memberikan dukungan sosial bagi setiap orang. Ketiga, keterlibatan dalam keagamaan seringkali dihubungkan dengan gaya hidup yang sehat secara fisik maupun psikologis, diantaranya kesetiaan dalam pernikahan, perilaku altruistik, sikap tidak berlebihan dalam makan dan minum, dan komitmen untuk bekerja keras.

Berdasarkan uraian di atas, terdapat faktor-faktor yang berpengaruh penting terhadap kebahagiaan dan faktor-faktor yang tidak begitu berpengaruh. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan meliputi tingkat otonomi, *personality traits*, budaya, pernikahan, kehidupan sosial, daya tarik fisik, usia, keseimbangan antara harapan dan pencapaian, kesehatan, pendidikan, iklim, ras, jenis kelamin, status kerja, uang, penyesuaian emosional, dan agama.

2.1.4 Pengukuran Kebahagiaan

Beberapa peneliti mempelajari tentang berbagai cara untuk mengukur tingkat kebahagiaan seseorang. Para peneliti banyak menggunakan metode laporan diri/ *self report* karena belum ada “termometer” yang tepat dalam mengukur kebahagiaan. Metode ini biasanya digabungkan dengan data informan, wawancara, observasi, dan penilaian fisiologis. Berikut merupakan alat ukur kebahagiaan yang secara luas digunakan (Lyubomirsky & Lepper 1997:139):

- (1) *Bradburn's Affect Balance Scale* (1969), mengukur komponen afektif, yakni keseimbangan antara afek positif dan afek negatif yang dialami selama empat minggu terakhir.

- (2) *Satisfaction with Life Scale* (Diener dkk. 1985) dan *Delighted-Terrible Scale* (Andrews & Whitey 1976), mengukur komponen kognitif, yakni inventori kepuasan hidup.
- (3) Skala dengan satu aitem seperti *Cantril's (1965) Self-Anchoring Scale*, *Bradburn's (1969) Global Happiness Item*, dan *Gurin Scale* (Gurin dkk. 1960) yang juga mengukur komponen kognitif.
- (4) *MUNSH* (Kozma & Stone 1980), instrumen yang dikembangkan untuk mengukur kebahagiaan lanjut usia.

Alat ukur tersebut di atas mengukur satu dari dua komponen dalam kebahagiaan, yakni hanya mengukur tingkat dari afek positif dan afek negatif (komponen afektif) atau hanya menilai tentang kepuasan hidup saja (komponen kognitif).

“*Subjective Happiness Scale*” merupakan skala kebahagiaan global yang mampu mengukur komponen afektif sekaligus komponen kognitif. Pengukuran dalam “*Subjective Happiness Scale*” didasarkan atas penilaian subjektif dari masing-masing individu, sehingga hasilnya berbeda antar individu. Melalui alat ukur ini, seseorang mampu menilai secara subjektif, apakah dirinya termasuk orang yang bahagia atau tidak. Seseorang terkadang menilai dirinya sangat bahagia meski kehidupannya tidak begitu menyenangkan, sementara ada pula yang menilai dirinya tidak bahagia meski merasa senang atau sangat gembira dalam beberapa bulan terakhir (Lyubomirsky & Lepper 1997:139-140).

2.2 *Informal Caregiver*

2.2.1 Definisi *Informal Caregiver*

National Health Committee, 1998 (dalam Goodhead & McDonald, 2007:4) mendefinisikan *informal caregiver* sebagai “seseorang yang melakukan perawatan terhadap seorang teman, anggota keluarga, atau tetangga karena sakit, lemah, dan cacat sehingga tidak mampu menjalani hidup tanpa bantuan dan dukungan”.

Menurut Winder & Bray (dalam Goodhead & McDonald, 2007:16), *informal caregiver* adalah “seseorang yang melakukan tugas-tugas untuk orang lain yang disebut sebagai *recipient* (penerima) karena penerima tidak dapat melakukannya sendiri”. Sejalan dengan pendapat tersebut, Savage & Bailey (dalam Goodhead & McDonald, 2007:16) menyatakan bahwa *informal caregiver* adalah “seorang kerabat, teman, atau tetangga yang menyediakan layanan dari hari ke hari secara sukarela untuk *care recipient* yakni seseorang dengan kondisi kronis dan tidak mampu melakukan aktivitas rutinnnya sendiri”.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas, disimpulkan bahwa *informal caregiver* merupakan seseorang yang memberikan perawatan secara sukarela dan tanpa diberi upah kepada anggota keluarga, teman, maupun kerabat yang menderita penyakit sehingga tidak mampu menjalani hidup tanpa bantuan dan dukungan.

2.2.2 Tugas-tugas *Informal Caregiver*

Secara umum tugas-tugas memberikan perawatan menurut Arksey dkk., 2005 (dalam Goodhead & McDonald, 2007:20) adalah membantu dalam perawatan personal, yang meliputi berpakaian, mandi, dan urusan toilet;

membantu dalam mobilitas, seperti berjalan atau membantu membaringkan di tempat tidur; melakukan tugas-tugas keperawatan, termasuk pengawasan obat atau mengganti pakaian; mengawasi dan memonitor *recipient*; memberikan dukungan emosional; sebagai teman dekat bagi *recipient*; melakukan tugas-tugas praktis rumah tangga, termasuk memasak, berbelanja, pekerjaan rumah; serta membantu masalah-masalah finansial dan kerja administratif.

Arksey dkk., 2005 (dalam Goodhead & McDonald, 2007:21) menjelaskan bahwa *informal caregiver* orang-orang dengan masalah kesehatan mental memiliki tugas-tugas meliputi menjaga keselamatan *recipient*; berurusan (*deal*) dengan perilaku agresif atau yang tidak diterima secara sosial; mendorong *recipient* untuk mengusahakan kesehatan pribadi; memastikan bahwa pengobatan yang dilakukan tepat; mengatur atau menyediakan keuangan; memastikan adanya dukungan dari lingkungan; bertindak sebagai penghubung dengan profesional kesehatan dan lainnya; mengedukasi keluarga dan teman-teman *recipient*; serta memberikan perawatan, akomodasi, dan advokasi.

Berdasarkan uraian di atas maka disimpulkan tugas-tugas *informal caregiver* meliputi perawatan pribadi dan kesehatan, pemberian obat, memberikan dukungan emosional, serta dukungan finansial.

2.2.3 Dampak Memberikan Perawatan

“Studi melaporkan bahwa *caregiver* mengalami penurunan kesehatan fisik serta lebih tinggi dalam penggunaan obat daripada orang yang bukan *caregiver*. Memberikan perawatan atau *caregiving* diasosiasikan dengan munculnya beban, peningkatan depresi dan kecemasan, serta berkurangnya kepuasan hidup”

(Goodhead & McDonald 2007:6). Selain itu, “*caregiving* menyebabkan *caregiver* mengalami berbagai masalah finansial, kehilangan kontak sosial dengan orang lain, dan tingkat partisipasi kerja yang lebih rendah daripada bukan *caregiver*” (Goodhead & McDonald 2007:58).

Menurut Horsburg & Trenholme, 2002 (dalam Goodhead & McDonald, 2007:43), dampak negatif *caregiving* pada *informal caregiver* antara lain meningkatkan *stress* dalam pernikahan; munculnya perasaan bersalah, marah, dan hancur; penurunan kohesi keluarga dan kemampuan dalam berhubungan; sangat mengurangi kontak sosial; kurang istirahat dan tidur; beban finansial.

Peran sebagai *caregiver* tidak hanya menimbulkan dampak negatif. “Meskipun dihadapkan pada berbagai tuntutan, banyak *caregiver* yang memberikan perawatan secara sukarela dan merasa positif akan perannya. Kualitas dari prioritas hubungan antara *caregiver* dengan *recipient* mempunyai pengaruh positif bagi *caregiver* untuk menerima perannya” (Goodhead & McDonald, 2007:58).

“Aspek positif dari *caregiving* adalah “*caregiver* dapat memaksimalkan potensi *care-recipient*, mengalami peningkatan hubungan, merasa bertanggung jawab, saling berbagi cinta dan dukungan, pengembangan pribadi, perasaan dekat dengan *care-recipient*, serta mempertinggi harga diri” (Nolan dkk. 1996; Lund 1999; Ashworth & Baker dalam Savage & Bailey 2004:104).

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa peran sebagai *informal caregiver* mempunyai dampak negatif maupun positif. Dampak negatif *caregiving* meliputi kecemasan dan *stress*, berkurangnya hubungan sosial serta munculnya

beban *caregiver*, sedangkan dampak positif *caregiving* meliputi perasaan lebih berguna dan dibutuhkan serta peningkatan hubungan antara *caregiver* dengan *recipient*.

2.3 Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan kombinasi antara kata dalam bahasa Yunani untuk “*split*” (pecah) (*skhizein*) dan “*mind*” (pikiran) (*phren*). Eugen Bleuler, seorang psikiater Swiss pertama kali memperkenalkan istilah skizofrenia pada 1908, yang berarti pikiran yang pecah. “Bleuler menyakini bahwa yang mendasari semua perilaku tidak lazim yang diperlihatkan oleh gangguan ini adalah adanya *associative splitting* (asosiasi yang terpecah belah) dalam fungsi-fungsi dasar kepribadian” (Durand & Barlow 2007:228).

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III:46), skizofrenia adalah “suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*)”.

Durand & Barlow (2007:227) mendefinisikan skizofrenia sebagai “gangguan psikotik yang merusak, yang dapat melibatkan gangguan yang khas dalam berpikir (delusi), persepsi (halusinasi), pembicaraan, emosi dan perilaku”. Skizofrenia adalah “gangguan psikotis yang ditandai oleh munculnya delusi, halusinasi, ketidakteraturan, cara bicara yang tidak koheren, perilaku yang tidak sesuai, dan gangguan kognitif” (Wade & Tavis 2007:359).

Skizofrenia merupakan “kelompok gangguan psikosis atau psikotik yang ditandai oleh distorsi-distorsi mengenai realitas, juga sering terlihat adanya perilaku menarik diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi dan fregmentasi dalam hal persepsi, pikiran, dan kognisi” (Carson & Butcher 1992 dalam Wiramihardja 2007:134).

Berdasarkan pendapat para ahli di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai oleh penyimpangan pikiran, persepsi, pembicaraan, emosi, dan perilaku.

2.3.2 Pedoman Diagnostik Skizofrenia

Pedoman diagnostik Skizofrenia menurut PPDGJ-III dijelaskan sebagai berikut:

- (1) Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
 - a. “*Thought eco*” yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama namun kualitasnya berbeda atau; “*thought insertion or withdrawal*” yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan “*thought broadcasting*” yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
 - b. “*Delusion of control*” yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*delusion of influence*” yaitu

waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*delusion of passivity*” yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap sesuatu dari luar; dan “*delusion perception*” yaitu pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

- c. “Halusinasi auditorik” yaitu suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien diantara pasien sendiri/ diantara berbagai suara yang berbicara, atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- d. “Waham-waham menetap jenis lainnya”, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa.

(2) Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus ada secara jelas:

- a. “Halusinasi yang menetap” dari panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.
- b. “Arus pikiran yang terputus” atau yang mengalami sisipan, yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak tidak relevan, atau neologisme.

- c. “Perilaku katatonik”, seperti keadaan gaduh-gelisah, posisi tubuh tertentu, atau *fleksibilitas cerea*, *negativisme*, *mutisme*, dan *stupor*.
 - d. “Gejala-gejala negatif” seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- (3) Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase *nonpsikotik prodromal*).
- (4) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri, dan penarikan diri secara sosial.

2.3.3 Tipe-tipe Skizofrenia

Tipe-tipe Skizofrenia menurut PPDGJ-III sebagai berikut:

(1) F20.0 Skizofrenia Paranoid

Pedoman diagnostik:

- a. Memenuhi kategori umum diagnosis skizofrenia.
- b. Halusinasi dan/ atau waham harus menonjol.
- c. Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/ tidak menonjol.

(2) F20.1 Skizofrenia Hebefrenik

Pedoman diagnostik:

- a. Memenuhi kategori umum diagnosis skizofrenia.
- b. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15 - 25 tahun).
- c. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis.
- d. Untuk diagnosis hebefrenia yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama dua atau tiga bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan:
 - (1) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, *mannerisme*, ada kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
 - (2) Afek pasien dangkal dan tidak wajar, sering disertai oleh cekikikan atau perasaan puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, menyeringai, *mannerisme*, mengibuli secara bersendau gurau, keluhan hipokondriakal, dan ungkapan kata yang diulang-ulang.
 - (3) Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu serta inkoheren.
- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tetapi biasanya

tidak menonjol. Dorongan kehendak dan yang bertujuan hilang serta sasaran ditinggalkan sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas yaitu perilaku tanpa tujuan dan tanpa maksud. Adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

(3) F20.2 Skizofrenia Katatonik

Pedoman diagnostik:

- a. Memenuhi kategori umum untuk diagnosis skizofrenia.
- b. Satu atau lebih dari perilaku berikut harus mendominasi gambaran klinisnya:
 - (1) *Stupor* (amat berkurangnya dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas spontan) atau *mutisme* (tidak berbicara).
 - (2) Gaduh-gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal).
 - (3) Menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh).
 - (4) *Negativisme* (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan ke arah berlawanan).
 - (5) *Rigiditas* (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya).

(6) Fleksibilitas cerea/ “*waxy flexibility*” (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar).

(7) Gejala-gejala lain seperti “*command automatism*” (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

c. Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi dari gangguan katatonik, diagnosa skizofrenia mungkin harus ditunda sampai didapatkan bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain. Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolik, atau alkohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif.

(4) F20.3 Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Pedoman diagnostik:

- a. Memenuhi kategori umum untuk diagnosis skizofrenia.
- b. Tidak memenuhi kategori untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik.
- c. Tidak memenuhi kategori untuk diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

(5) F20.4 Depresi Pasca-skizofrenia

a. Diagnosis harus ditegakkan apabila:

- (1) Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kategori umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini.

- (2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - (3) Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kategori untuk episode depresif (f32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit dua minggu.
- b. Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia, diagnosis menjadi Episode Depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 – F20.3).
- (6) F20.5 Skizofrenia Residual

Pedoman diagnostik:

Untuk satu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut harus dipenuhi semua:

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non-verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau yang memenuhi kategori untuk diagnosis skizofrenia.

- c. Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat demencia atau penyakit/ gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

(7) F20.6 Skizofrenia Simpleks

Pedoman diagnostik:

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:

- (1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
- (2) Disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan sub tipe skizofrenia lainnya.

(8) F20.8 Skizofrenia Lainnya

(9) F20.9 Skizofrenia YTT (Yang Tidak Tergolongkan)

2.3.4 Prevalensi dan Penyebab Skizofrenia

Menurut Durand & Barlow (2007:244), prevalensi skizofrenia di seluruh dunia sama antara laki-laki dan perempuan yakni sekitar 0,2 % sampai 1,5 % dari populasi secara umum serta memiliki harapan hidup yang sedikit lebih rendah. Berdasarkan hasil penelitian, skizofrenia didiagnosis antara usia 25 sampai 45 tahun serta cenderung terjadi lebih sering di kalangan wanita daripada pria, yakni wanita 1,9 % dan pria 1,1 % (Robins dkk. 1984 dalam Semiun 2006:38).

Barlow & David (2007:244-258) menjelaskan faktor-faktor yang menyebabkan skizofrenia antara lain:

(1) Perkembangan

Penelitian menemukan bahwa anak-anak yang kelak menderita skizofrenia akan menunjukkan beberapa tanda abnormal sebelum anak-anak tersebut memperlihatkan gejala-gejala skizofrenia yang khas (Fish 1987). Kerusakan otak yang terjadi pada periode perkembangan awal menjadi penyebab skizofrenia yang kelak akan dialami seseorang (McNeil dkk. 2001). Kerusakan tidak mengakibatkan kemunduran progresif yang segera tampak, tetapi tetap tertidur (tidak aktif) sampai pada perkembangan lebih lanjut ketika tanda-tanda skizofrenia muncul untuk pertama kalinya.

(2) Faktor-faktor Kultural

Skizofrenia bersifat universal, menimpa semua kelompok ras dan kultural. Hasil penelitian di Inggris dan Amerika Serikat menemukan bahwa orang-orang dari kelompok etnis minoritas lebih banyak menerima diagnosis

skizofrenia sebagai korban bias dan stereotip dari kelompok yang dominan (Jones & Gray 1986; Croft-Jeffreys & Anthony 1990).

Di Amerika Serikat, lebih banyak orang Afrika-Amerika yang menerima diagnosis skizofrenia dibandingkan dengan orang kulit putih (Lindsey & Paul 1989). Studi perspektif mengenai skizofrenia diantara berbagai kelompok etnis di London menemukan bahwa meskipun gejala skizofrenia diantara kelompok-kelompok etnis ini tampak mirip, orang kulit hitam lebih banyak dijejloskan ke rumah sakit jiwa dan diberikan suntikan emergensi (Goater dkk. 1999). Angka-angka skizofrenia yang berbeda bisa jadi disebabkan oleh kekeliruan diagnosis, bukan karena perbedaan kultural.

(3) Pengaruh Genetik

Family Studies. Studi besar di rumah sakit jiwa Berlin terhadap 1.000 keluarga yang didiagnosis skizofrenia menunjukkan bahwa semakin parah skizofrenia yang diderita oleh orang tua maka semakin besar kemungkinan anak-anaknya untuk mengembangkan gangguan yang sama.

Twin Studies. Berdasarkan sebuah studi, apabila dibesarkan bersama-sama, orang-orang kembar identik yang memiliki 100 % gen dan 100 % lingkungan yang sama apabila terkena skizofrenia akan berbeda secara signifikan pada *onset* skizofrenia, gejala dan diagnosisnya, pola perkembangan gangguan, serta akibat yang ditimbulkan. Hal ini disebabkan karena kembar identik memiliki pengalaman prenatal dan pengalaman keluarga yang berbeda sehingga terpapar oleh berbagai *stress* biologi dan lingkungan dengan kadar yang berbeda.

Adoption Studies. Anak adopsi yang mempunyai ibu biologis menderita skizofrenia memiliki peluang sebesar 5 % untuk mengalami gangguan yang sama. Akan tetapi, apabila ibu angkatnya mengidap skizofrenia atau salah satu gangguan psikotik terkait (misalnya gangguan delusional, gangguan skizoniform), maka resiko anak yang diadopsi itu untuk mengalami salah satu gangguan tersebut akan naik kira-kira sebesar 22 % (Tienari dkk. 2003).

Anak-anak dari Orang Kembar. Ketika salah satu atau kedua orang tua kita kembar dan menderita skizofrenia, maka peluang anak untuk mengalami skizofrenia sebesar 17 %. Apabila orang tua tidak mengidap skizofrenia tetapi saudara kembar fraternalnya mengidap skizofrenia, maka resiko anak mengalami skizofrenia sekitar 2 %.

(4) Pengaruh Neurobiologis

Dopamin. Obat-obatan antipsikotik yang efektif dalam menangani penderita skizofrenia merupakan antagonis dopamin yang secara parsial memblokir penggunaan dopamin oleh otak (Creese dkk. 1976; Seeman dkk. 1976). Obat-obatan ini dapat menyebabkan gejala negatif serupa dengan penyakit *Parkinson*.

Amfetamin. Amfetamin yang juga mengaktifkan dopamin dapat memperburuk gejala-gejala psikotik pada sebagian penderita skizofrenia (Kammen dkk. 1982). Apabila obat yang diadministrasikan diketahui meningkatkan dopamin/ agonis maka perilaku skizofrenik juga meningkat.

Struktur Otak. Kerusakan/ disfungsi otak dapat menyebabkan atau menyertai skizofrenia. Seorang anak yang orang tuanya memiliki gangguan skizofrenia cenderung menunjukkan masalah neurologis seperti refleks yang abnormal dan gangguan pemusatan perhatian (Fish 1997; Hans & Marcus 1991).

(5) Pengaruh Psikologis dan Psikososial

Interaksi keluarga tidak memberikan kontribusi terhadap *onset* skizofrenia melainkan berkontribusi terhadap kekambuhan yang terjadi. Hasil penelitian menemukan bahwa mantan pasien yang memiliki kontak terbatas dengan keluarganya menunjukkan perkembangan yang lebih baik dibanding dengan mantan pasien yang menghabiskan banyak waktu bersama keluarganya (Brown dkk. 1962).

Berdasarkan uraian di atas maka disimpulkan faktor-faktor yang menyebabkan skizofrenia meliputi perkembangan, faktor-faktor kultural, pengaruh genetik, pengaruh neurobiologis, serta pengaruh psikologis dan psikososial.

2.4 Kajian Pustaka

Skizofrenia tergolong gangguan jiwa berat yang dapat menyerang semua umur baik kanak-kanak, remaja, maupun dewasa. Skizofrenia seringkali memunculkan simptom-simptom atau gejala-gejala pada penderitanya seperti “halusinasi, waham, sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar” (PPDGJ-III:46-47). Munculnya simptom tersebut menghambat beberapa fungsi dalam diri penderita terutama fungsi kerja

dan fungsi sosial. Penurunan fungsi sosial ditandai oleh perilaku penderita yang menarik diri dari lingkungan sosial termasuk menunjukkan perilaku yang aneh seperti melamun, berbicara tidak jelas, tertawa sendiri, memukul, dan mengamuk. Sementara itu, penurunan fungsi kerja menyebabkan penderita menjadi kurang produktif sehingga tidak mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri. Torrey, 1988 (dalam Arif, 2006:101) mengungkapkan bahwa “permasalahan skizofrenia diantaranya ketidakmampuan merawat diri, ketidakmampuan menangani uang, serta menarik diri dari lingkungan sosial”. Berbagai ketidakmampuan ini membuat penderita skizofrenia membutuhkan orang lain untuk merawat dan membantunya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Seseorang yang memberikan perawatan disebut *caregiver*. *Caregiver* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keluarga dari penderita.

Merawat penderita skizofrenia tidaklah mudah. *Caregiver* tidak hanya dituntut untuk memberikan perawatan secara rutin melainkan juga dihadapkan pada stigma masyarakat dan resiko kekambuhan penyakit penderita. Peningkatan peran sebagai *caregiver* beserta permasalahan yang dihadapi menimbulkan reaksi yang berbeda pada masing-masing *caregiver*. Sebagian besar *caregiver* merasa terbebani dengan kondisi penderita, namun tidak sedikit dari *caregiver* yang menerima positif perannya. *Caregiver* yang kurang bisa menerima perannya akan terbebani dan merasa tidak nyaman dalam memberikan perawatan. Sementara itu, *caregiver* yang merasa senang dengan perannya mampu memberikan perawatan secara sukarela, tidak terbebani, lebih optimis, serta lebih bahagia.

Kebahagiaan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia. Alston & Dudley (dalam Hurlock n.d:20) mendefinisikan kebahagiaan sebagai “kemampuan seseorang untuk menikmati pengalaman-pengalamannya, yang disertai tingkat kegembiraan. Sementara itu, Boehm & Lyubomirsky (2008:1) mendefinisikan kebahagiaan sebagai “bentuk pengalaman emosi positif individu seperti kesenangan, kepuasan, kegembiraan, antusiasme, dan ketertarikan”. “Orang akan merasa puas dan bahagia apabila pengalaman yang menyenangkan lebih banyak daripada pengalaman tidak menyenangkan. Sebaliknya, orang akan merasa tidak puas dan tidak bahagia apabila pengalaman menyenangkan lebih sedikit daripada pengalaman tidak menyenangkan” (Hurlock n.d:20).

Kebahagiaan memiliki dua komponen, yakni komponen afektif dan komponen kognitif (Lyubomirsky & Lepper 1997:139; Diener dkk. 2003:191; Veenhoven 2006_b). “Komponen afektif merupakan keseimbangan antara afek positif dengan afek negatif, sedangkan komponen kognitif merupakan tingkat kepuasan seseorang karena menganggap keinginannya telah terpenuhi” (Veenhoven 2006_b).

Berbagai alat ukur digunakan oleh beberapa peneliti untuk mengukur kebahagiaan, seperti “*Bradburn’s Affect Balance Scale*”, “*Satisfaction with Life Scale*”, dan “*Delighted-Terrible Scale*”. Alat ukur yang banyak digunakan hanya mengukur salah satu komponen dari kebahagiaan, yakni hanya mengukur komponen afektif atau komponen kognitif saja. “*Subjective Happiness Scale*”

merupakan alat ukur kebahagiaan yang mampu mengukur kedua komponen kebahagiaan sekaligus.

Kebahagiaan adalah konsep yang subjektif. Konsep ini menyebabkan masing-masing individu memiliki sumber kebahagiaan yang berbeda. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan seseorang diantaranya “tingkat otonomi, keseimbangan antara harapan dan pencapaian, penyesuaian emosional” (Hurlock n.d:22), “*personality traits*, status kerja” (Carr 2004), “budaya, pernikahan, kehidupan sosial, daya tarik fisik, usia, kesehatan, pendidikan, iklim, ras, jenis kelamin, uang, dan agama” (Seligman 2005). Hasil *polling* nasional terhadap 1000 orang di Australia (dalam Henry, 2013:2) menemukan bahwa hubungan personal adalah *central to happiness* (pusat kebahagiaan), dimana 60 % subjek menilai keluarga dan hubungan dengan orang lain sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap kebahagiaan. Hanya 4 % yang menganggap uang dan situasi finansial sebagai faktor terpenting dalam kebahagiaan.

Kebahagiaan merupakan bahasan yang sudah banyak diteliti di Indonesia. Meskipun demikian, penelitian mengenai kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia masih jarang dilakukan. Hal ini karena peneliti lebih banyak meneliti aspek negatif dari *caregiver* seperti beban *caregiver* dibandingkan dengan aspek positif dari *caregiver* seperti kebahagiaan.

Berikut merupakan penelitian terkait kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia. Penelitian Widyanti (2009) bertujuan untuk mengetahui gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa yang menjadi *caregiver informal* penderita skizofrenia. Hasil penelitian ini menemukan bahwa

wanita dewasa yang menjadi *caregiver informal* memiliki tingkat kebahagiaan yang berbeda-beda bergantung pada intensitas emosi positif di masa lalu, masa kini, dan masa depan. Selain itu, kebahagiaan *caregiver* juga dipengaruhi oleh keluarga, pekerjaan, dukungan sosial, religiusitas, tingkat keparahan penyakit penderita, serta adanya karakteristik positif transendensi dan keberanian dalam diri *caregiver*.

Penelitian Dewi (2013) bertujuan untuk mengetahui gambaran *family functioning* dan kualitas hidup pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum *family functioning* anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia tidak mengalami masalah pada semua dimensi yang diukur dan kualitas hidup anggota keluarga yang merawat penderita skizofrenia berada dalam tingkat sedang.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kombinasi (*mix method*) antara pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif. Penggunaan metode kuantitatif dan kualitatif secara bersama bertujuan untuk memperoleh data penelitian yang lebih komprehensif sehingga dapat memperkuat hasil analisis akhir.

“Penelitian kuantitatif menekankan analisisnya pada data-data numerik yang diolah dengan metode statistika” (Azwar_{2011a}:5), sedangkan penelitian kualitatif bermaksud untuk “memahami fenomena yang dialami oleh subjek penelitian seperti perilaku, persepsi, dan motivasi dengan mendeskripsikannya dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus alamiah, serta dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah” (Moleong 2007:6). Sementara itu, penelitian dengan desain deskriptif merupakan “penelitian yang mengamati suatu objek dan kemudian menjelaskan apa yang diamati” (Morissan 2012:37). “Data yang dikumpulkan semata-mata bersifat deskriptif sehingga tidak bermaksud mencari penjelasan, menguji hipotesis, membuat prediksi, maupun mempelajari implikasi” (Azwar 2011_a:7).

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengetahui tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia, sedangkan pendekatan kualitatif

digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan dan ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia.

3.2 Variabel Penelitian

Variabel adalah “objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian” (Arikunto 2010:161).

3.2.1 Identifikasi Variabel

Identifikasi variabel merupakan “langkah penetapan variabel-variabel utama dalam penelitian dan penetapan fungsinya masing-masing” (Azwar 2011_a:61). Penelitian ini hanya memiliki satu variabel, yakni “kebahagiaan”.

3.2.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel merupakan “definisi mengenai variabel yang dirumuskan, berdasarkan karakteristik variabel tersebut yang dapat diamati” (Azwar 2011_a:74).

Kebahagiaan, dalam penelitian ini, secara operasional didefinisikan sebagai kondisi seseorang yang lebih banyak mengalami perasaan positif seperti kesenangan, ketertarikan, kenikmatan, ketenangan, dan kepuasan sehingga membuat kehidupan orang tersebut menjadi bermakna. Kebahagiaan diukur menggunakan “*Subjective Happiness Scale*”, berdasar pada aspek-aspek berikut:

- (1) Komponen afektif.
- (2) Komponen kognitif.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi didefinisikan sebagai “kelompok subjek yang hendak dikenai generalisasi hasil penelitian. Sebagai suatu populasi, kelompok subjek harus memiliki ciri-ciri atau karakteristik individu yang sama, yang membedakannya dari kelompok subjek yang lain” (Azwar 2011_a:77).

Karakteristik populasi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- (1) Laki-laki dan perempuan.
- (2) Usia minimal 13 tahun (remaja awal). Pembatasan usia ini didasarkan atas pendapat Hurlock (n.d:209) bahwa “dengan bertambahnya pengalaman pribadi, pengalaman sosial, dan kemampuan untuk berpikir rasional maka seorang remaja mampu memandang diri sendiri, keluarga, teman-teman, serta kehidupannya secara lebih realistis”. Oleh karena itu, ketika diminta untuk menilai kebahagiaannya, remaja dapat menentukan apakah dirinya termasuk orang yang bahagia atau tidak.
- (3) Merupakan *informal caregiver* anggota keluarganya yang menderita skizofrenia, baik sebagai *primary caregiver* (*caregiver* utama) maupun *secondary caregiver* (*caregiver* tambahan).
- (4) Bertempat tinggal di wilayah Jawa Tengah.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah “sebagian dari populasi” (Azwar 2011_a:79). Sampel dalam penelitian ini berjumlah 200 orang dan ditentukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengambilan sampel *purposive* didasarkan atas pertimbangan

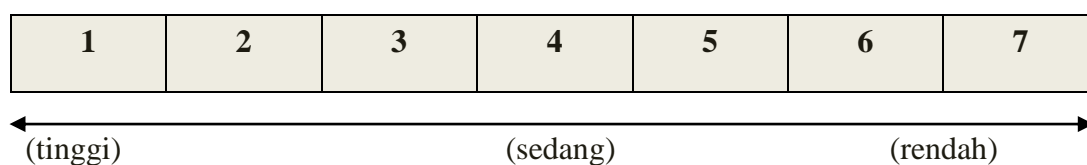
peneliti sendiri sehingga dapat diketahui secara tepat apakah sumber data yang didapatkan, sesuai atau tidak dengan variabel yang diteliti.

3.4 Metode dan Alat Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah “cara yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data penelitiannya” (Arikunto 2010:203). “Metode pengumpulan data mempunyai tujuan mengungkap fakta mengenai variabel yang diteliti. Tujuan untuk mengetahui (*goal of knowing*) harus dicapai melalui metode atau cara-cara yang efisien dan akurat” (Azwar 2011_b:91-92).

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah “*Subjective Happiness Scale*” yang dimodifikasi oleh peneliti untuk mengungkap tingkat kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia dan “kuesioner terbuka” untuk mengungkap faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan serta ketidakbahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia.

“*Subjective Happiness Scale*” merupakan skala empat aitem yang disusun berdasarkan komponen afektif dan komponen kognitif dari kebahagiaan (Lyubomirsky & Lepper 1997:139). Skala ini menggunakan metode skala sikap model Likert. “Skala sikap berisi pernyataan-pernyataan sikap, yakni suatu pernyataan mengenai objek sikap (Azwar 2011_a:97). “Pernyataan sikap meliputi pernyataan *favorable* dan pernyataan *unfavorable*. Pernyataan *favorable* adalah pernyataan yang mendukung atau memihak pada objek sikap, sementara pernyataan *unfavorable* adalah pernyataan yang tidak mendukung objek sikap” (Azwar 2011_a:98). Aitem pertama, aitem kedua, dan aitem ketiga merupakan



Gambar 3.2. Interval Aitem *Unfavorable* “*Subjective Happiness Scale*”

Blue-print dari “*Subjective Happiness Scale*” dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 3.1. *Blue-print* “*Subjective Happiness Scale*”

No	Aspek	Indikator	Bobot (%)
1.	Komponen Afektif	Evaluasi kebahagiaan individu secara global.	50
		Evaluasi kebahagiaan individu dibandingkan dengan orang lain.	
2.	Komponen Kognitif	Evaluasi individu sesuai dengan karakteristik orang yang bahagia.	50
		Evaluasi individu sesuai dengan karakteristik orang yang tidak bahagia.	
Total			100 %

Selain “*Subjective Happiness Scale*”, peneliti juga menggunakan alat ukur berupa “kuesioner terbuka” (*open-ended questionnaire*). “Kuesioner ini disusun berdasarkan instrumen pengukuran kebahagiaan Kim tahun 2006. Aitem yang digunakan berbentuk pertanyaan terbuka yaitu: peristiwa apa yang paling membuatmu bahagia?” (Anggoro & Widhiarso 2010:179). Peneliti kemudian mengembangkan instrumen tersebut menjadi dua pertanyaan terbuka yaitu “hal-

hal apa yang membuat Anda bahagia selama merawat penderita skizofrenia?” dan “hal-hal apa yang membuat Anda tidak bahagia selama merawat penderita skizofrenia?”.

3.5 Uji Coba Instrumen

Instrumen “*Subjective Happiness Scale*” dan “kuesioner terbuka” yang telah selesai disusun kemudian diujicobakan pada 20 responden uji coba yang memiliki karakteristik sama dengan responden penelitian.

3.6 Daya Diskriminasi Aitem

Daya diskriminasi aitem adalah “sejauh mana aitem mampu membedakan antara individu atau kelompok individu yang memiliki dan yang tidak memiliki atribut yang diukur” (Azwar 2012_b:80). “Pengujian daya diskriminasi aitem dilakukan dengan cara menghitung koefisien korelasi antara distribusi skor aitem dengan distribusi skor skala itu sendiri. Komputasi ini akan menghasilkan koefisien korelasi aitem-total (r_{ix})” (Azwar 2012_b:80-81).

Daya diskriminasi menguji aitem-aitem dalam instrumen uji coba “*Subjective Happiness Scale*”. Uji daya diskriminasi aitem pada penelitian ini menggunakan formula *Pearson* dengan bantuan *software* statistik. Berikut rumusnya:

$$r_{ix} = \frac{\sum iX - (\sum i)(\sum X)/n}{\sqrt{[\sum i^2 - (\sum i)^2/n][\sum X^2 - (\sum X)^2/n]}}$$

Keterangan :

i = skor aitem

Y = skor skala

n = banyaknya subjek

“Sebagai kategori pemilihan aitem berdasarkan korelasi aitem total, biasanya digunakan batasan $r_{ix} \geq 0,30$. Semua aitem yang mencapai koefisien korelasi minimal 0,30 daya bedanya dianggap memuaskan dan sebaliknya” (Azwar 2012_b:86).

3.6.1 Hasil Uji Daya Diskriminasi

Hasil uji daya diskriminasi diperoleh koefisien korelasi aitem nomor satu sebesar 0,888; aitem nomor dua sebesar 0,901; aitem nomor tiga sebesar 0,778; dan aitem nomor empat sebesar 0,744. Oleh karena korelasi keempat aitem lebih dari 0,30 maka seluruh aitem tersebut memiliki daya beda yang memuaskan.

Tabel 3.2. Ringkasan Hasil Uji Daya Diskriminasi “*Subjective Happiness Scale*”

No Aitem	Koefisien Korelasi	Koefisien Korelasi Minimal	Status
1	0,888	0,30	Memuaskan
2	0,901		Memuaskan
3	0,778		Memuaskan
4	0,744		Memuaskan

3.7 Validitas dan Reliabilitas

3.7.1 Validitas

Validitas adalah “suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sahih mempunyai validitas tinggi. Sebaliknya, instrumen yang kurang valid mempunyai validitas rendah” (Arikunto 2010:211).

“Validitas isi menunjukkan keselarasan atau relevansi aitem dengan tujuan ukur, yang penilaiannya tidak hanya didasarkan pada penilaian peneliti tetapi juga

didasarkan pada penilaian dari penilai yang kompeten atau *expert judgement*” (Azwar_b:132). Penilaian validitas isi dalam penelitian ini dilakukan oleh dosen pembimbing.

“Validitas konstruk adalah sejauhmana definisi operasional (dalam bentuk indikator berperilaku) mencerminkan konstruk yang hendak diukur” (Jamie DeCoster 2000; Altemat 2007 dalam Azwar 2012_b:132). Pengujian validitas konstruk dilakukan terhadap aitem-aitem dalam instrumen penelitian “*Subjective Happiness Scale*” dengan menggunakan rumus *Product Moment* dari Karl Pearson dan bantuan *software* statistik. Berikut merupakan rumus *Product Moment*:

$$r_{iY} = \frac{\sum iY - (\sum i)(\sum Y) / n}{\sqrt{[\sum i^2 - (\sum i)^2 / n] [\sum Y^2 - (\sum Y)^2 / n]}}$$

Keterangan :

- i = skor aitem
- Y = skor skala
- n = banyaknya subjek

“Koefisien validitas dianggap memuaskan apabila mencapai batasan 0,30. Apabila koefisien validitas kurang dari 0,30 maka dianggap tidak memadai” (Azwar 2012_b:143).

3.7.1.1 Hasil Uji Validitas

Pengujian validitas dilakukan setelah “*Subjective Happiness Scale*” disebar ke lapangan pada 200 responden penelitian.

Tabel 3.3. Ringkasan Hasil Uji Validitas “*Subjective Happiness Scale*”

No Aitem	Koefisien Korelasi	Koefisien Korelasi Minimal	Status
1	0,896	0,30	Valid
2	0,904		Valid
3	0,837		Valid
4	0,843		Valid

Tabel 3.3. menunjukkan koefisien korelasi aitem nomor satu sebesar 0,896; aitem nomor dua sebesar 0,904; aitem nomor tiga sebesar 0,837; dan aitem nomor empat sebesar 0,843. Oleh karena korelasi keempat aitem lebih dari 0,30 maka seluruh aitem tersebut dinyatakan valid.

3.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas mengacu pada “keterpercayaan atau konsistensi hasil ukur, yang mengandung makna seberapa tinggi kecermatan pengukuran” (Azwar 2012_b:111). Alat ukur yang diuji reliabilitasnya dalam penelitian ini adalah “*Subjective Happiness Scale*”. Pengujian dilakukan dengan menggunakan rumus Cronbach’s Alpha dan bantuan *software* statistik. Adapun rumusnya sebagai berikut:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right)$$

Keterangan:

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varians butir

σ_t^2 = varians total

“Koefisien reliabilitas berada dalam rentang angka dari 0 sampai dengan 1,00. Semakin mendekati angka 1,00 maka pengukurannya semakin reliabel, sebaliknya semakin mendekati angka 0 maka semakin tidak reliabel” (Azwar 2012_b:112). Interpretasi reliabilitas penelitian ini didasarkan atas interpretasi reliabilitas nilai r menurut Hadi, 1979:310 (dalam Arikunto, 2010:319) dengan rincian pada tabel 3.4.

Tabel 3.4. Interpretasi Reliabilitas

Nilai r	Interpretasi
0,800 - 1,00	Tinggi
0,600 - 0,800	Cukup
0,400 - 0,600	Agak Rendah
0,200 - 0,400	Rendah
0,000 - 0,200	Sangat Rendah

3.7.2.1 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Uji Coba “*Subjective Happiness Scale*”

Hasil uji reliabilitas instrumen uji coba “*Subjective Happiness Scale*” didapatkan koefisien Cronbach’s Alpha sebesar 0,810. Berdasarkan hasil tersebut maka instrumen uji coba “*Subjective Happiness Scale*” dikatakan sangat reliabel.

3.7.2.2 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian “*Subjective Happiness Scale*”

Hasil uji reliabilitas instrumen penelitian “*Subjective Happiness Scale*” didapatkan koefisien Cronbach’s Alpha sebesar 0,881. Berdasarkan hasil tersebut maka instrumen penelitian “*Subjective Happiness Scale*” dikatakan sangat reliabel.

3.8 Analisis Data

Analisis data dimaksudkan sebagai “suatu cara mengorganisasikan data sedemikian rupa sehingga dapat dibaca (*readable*) dan ditafsirkan (*interpretable*)” (Azwar 2011_a:123). Tiga tahapan dalam analisis data menurut Arikunto (2010:278) yakni:

(1) Persiapan.

Merupakan “tahap pemilihan atau penyortiran data sehingga hanya data terpakai saja yang tinggal. Tahap ini dilakukan dengan mengecek nama dan kelengkapan identitas responden, memeriksa isi instrumen pengumpulan data, dan mengecek macam isian data” (Arikunto 2010:278).

(2) Tabulasi.

Tabulasi adalah “proses pembuatan tabel induk yang memuat susunan data penelitian berdasarkan klasifikasi sistematis untuk memudahkan analisis lebih lanjut” (Azwar 2011_a:123). Tabulasi data dalam penelitian ini menggunakan bantuan komputer, dengan memasukkan data sesuai dengan kelompok dan kode variabelnya ke dalam suatu *data file*.

(3) Penerapan Data.

Merupakan “tahapan pengolahan data menggunakan rumus atau aturan yang ada, sesuai dengan pendekatan penelitian” (Arikunto 2010:281). Analisis data penelitian ini meliputi analisis data “*Subjective Happiness Scale*” dan analisis data “kuesioner terbuka”, dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis data “*Subjective Happiness Scale*” menggunakan metode statistik deskriptif. Analisis deskriptif bertujuan “memberikan deskripsi

mengenai responden penelitian berdasarkan data dari kelompok responden. Hasil analisis disajikan dalam bentuk frekuensi dan prosentase, tabulasi silang, grafik, *chart* pada data kategorikal serta statistik kelompok pada data non kategorikal” (Azwar 2011_a:126).

b. Analisis data “kuesioner terbuka” menggunakan koding, terdiri dari empat tahap sebagai berikut:

- (1) *Preliminary coding* merupakan “tahap awal dari koding dimana peneliti harus mengenali jawaban-jawaban responden agar terbiasa dengan berbagai jawaban tersebut” (Tukiran 2008 dalam Primasari & Yuniarti 2012:55).
- (2) *Axial coding* dilakukan dengan cara “memilah-milah jawaban responden yang memiliki kesamaan respon lalu melakukan kombinasi terhadap berbagai jawaban tersebut” (Primasari dan Yuniarti 2012:55).
- (3) *Categorization* dilakukan setelah proses *axial coding* dengan mengelompokkan berbagai jawaban responden yang memiliki kesamaan makna ke dalam kategori-kategori tertentu.
- (4) *Cross-tabulation* merupakan tahap terakhir koding. “Proses ini dilakukan dengan membuat prosentase dari hasil koding yang telah dikelompokkan ke dalam bentuk tabel frekuensi” (Effendi & Manning 2008 dalam Primasari & Yuniarti 2012:55).

3.9 Verifikasi Data

Validasi akhir data merupakan “usaha meningkatkan derajat kepercayaan data sehingga hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah” (Moleong 2007:320).

Teknik verifikasi data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik pemeriksaan sejawat melalui diskusi. Hasil sementara atau hasil akhir penelitian diekspos dalam bentuk diskusi antara peneliti dengan dua rekan peneliti dari konsentrasi Psikologi Klinis. “Tujuan dari teknik ini agar peneliti tetap mempertahankan sikap terbuka dan jujur” (Moleong 2007:332).

Teknik verifikasi lainnya yang dipakai dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan bahan referensi. “Bahan referensi merupakan pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti” (Sugiyono 2012:128). Bukti data dalam penelitian ini berupa hasil dari tabulasi data yang diperoleh dari proses pengumpulan data.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka ditarik kesimpulan bahwa kebahagiaan mayoritas *informal caregiver* penderita skizofrenia dalam kategori sedang. Artinya, mayoritas *informal caregiver* penderita skizofrenia merasa cukup bahagia selama memberikan perawatan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebahagiaan *informal caregiver* penderita skizofrenia meliputi perilaku adaptif penderita, perilaku patuh penderita, kestabilan emosi penderita, pikiran penderita normal, sikap positif dalam merawat, perubahan positif penderita, ketidakparahan penyakit penderita, biaya perawatan tercukupi, dan faktor lain-lain. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kebahagiaan *caregiver* adalah perubahan positif penderita.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakbahagiaan *informal caregiver* penderita skizofrenia meliputi perilaku maladaptif penderita, perilaku tidak patuh penderita, ketidakstabilan emosi penderita, pikiran penderita tidak normal, keterbatasan biaya perawatan, beban dan tekanan selama merawat, keparahan kondisi penderita, dan faktor lain-lain. Faktor yang paling berpengaruh terhadap ketidakbahagiaan *caregiver* adalah keparahan penyakit penderita.

5.2 Saran

Merujuk pada simpulan penelitian di atas, diajukan beberapa saran sebagai berikut.

(1) Bagi *Informal Caregiver* Penderita Skizofrenia

Informal caregiver penderita skizofrenia hendaknya meningkatkan pengetahuan mengenai skizofrenia agar lebih memahami berbagai cara untuk dapat memberikan perawatan secara tepat. Selain itu, masing-masing *caregiver* hendaknya menerapkan strategi *coping* selama merawat penderita untuk mengurangi kemunculan berbagai *stressor*.

(2) Bagi Praktisi Kesehatan Mental

Para praktisi di bidang kesehatan mental diharapkan untuk tidak hanya berfokus pada penderita skizofrenia tetapi juga memberi edukasi dan perhatian pada *caregiver*. Bentuk edukasi yang diberikan yakni dengan melakukan berbagai program intervensi yang berhubungan dengan psikologi positif. Salah satunya adalah latihan berpikir positif dari Seligman (2005). Pelatihan ini bertujuan agar *caregiver* lebih mengenali kejadian-kejadian positif dalam hidupnya dibandingkan dengan kejadian-kejadian negatif. Selain itu, menyediakan wadah atau komunitas bagi *caregiver* skizofrenia dirasa perlu, khususnya di daerah kabupaten di Indonesia. Wadah atau komunitas ini dimaksudkan sebagai ruang bagi para *caregiver* untuk mengungkapkan berbagai pengalamannya selama merawat penderita skizofrenia atau sebagai sarana untuk meningkatkan dukungan sosial.

(3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian secara lebih mendalam terkait faktor-faktor kebahagiaan dalam temuan penelitian ini dan dapat pula meneliti perbedaan kebahagiaan antara *formal caregiver* dan *informal caregiver* penderita skizofrenia. Temuan-temuan baru mengenai kebahagiaan pada *informal caregiver* penderita skizofrenia dapat mendukung berbagai intervensi psikologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarsari, R.D. dan Sari, E.P. 2012. Penyesuaian Diri *Caregiver* Orang dengan Skizofrenia (ODS). *Psikologika*. 17/ 02: 77 – 85.
- Anggoro, W.J. dan Widhiarso, W. 2010. Konstruksi dan Identifikasi Psikometris Instrumen Kebahagiaan Berbasis Pendekatan *Indigenous Psychology*: Studi *Multitrait-Multimethod*. *Jurnal Psikologi*. 37/2: 176 – 188.
- Arif, I.S. 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* (Edisi Revisi Empat). Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. 2011. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- , 2012. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., dan Tice, D.M. 1998. Ego Depletion: Is the Active Self a Limited Resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74/5: 1252 – 1265.
- Basheer, S., Niazi, R.S., Mihas, F.A., dan Najam, N. 2005. Depression and Anxiety in The Caregivers of Mentally Ill Patients. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*. 2/1: 27.
- Boehm, J.K. dan Lyubomirsky, S. 2008. Does Happiness Promote Career Success?. *Journal of Career Assessment*. 16/1: 101 – 116.
- Carr, A. 2004. *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Darwin, P., Hadisukanto, G., dan Elvira, S.D. 2013. Beban Perawatan dan Ekspresi Emosi pada Pramurawat Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa. *J Indon Med Assoc*. 63/2: 46 – 51.
- Dewi, P.L. 2013. Gambaran *Family Functioning* dan Kualitas Hidup pada Anggota Keluarga yang Merawat Penderita Skizofrenia. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Diener, E., Scollon, C.N., dan Lucas, R.E. 2003. The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. *Advance in Cell Aging and Gerontology*. 15: 187 – 219.

- Durand, V.M. dan Barlow, D.H. 2007. *Intisari Psikologi Abnormal Edisi Keempat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Fitrikasari, A., Agung, K., Woroasih, S., dan Widodo, S. 2012. Gambaran Beban *Caregiver* Penderita Skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan RSJ Amino Gondohutomo Semarang. *Medica Hospitalia*. 1/2: 118 – 122.
- Gani, A. 2014. Di Indonesia, Ada 18 ribu Penderita Gangguan Jiwa Berat Dipasung. Online. <http://www.merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung.html> [diakses 19 Maret 2014].
- Goodhead, A. dan McDonald, J. 2007. *Informal Caregivers Literature Review: a Report Prepared for The National Health Committee*. Health Services Research Center: Victoria University of Wellington. Hlm. 1 – 125.
- Hartmann, M.J., Wens, J., Verhoeven, V., dan Remmen, R. 2012. The Effect of Caregiver Support Interventions for Informal Caregivers of Community-Dwelling Frail Elderly: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*. 12: 1 – 16.
- Henry, N. 2013. Well-being and Happiness. The Australian Collaboration. Online. <http://www.australiancollaboration.com.au/pdf/FactSheets/Wellbeing-happiness-FactSheet.pdf> [diakses 18 Juni 2014].
- Hurlock, B.E. n.d. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan* (Edisi Kelima). Diterjemahkan oleh Istiwidayanti dan Soedjarwo. Jakarta: Erlangga.
- Kim, U., Yang, K.S., dan Hwang, K.K. 2006. *Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context*. New York: Springer Science + Business Media, Inc.
- King, L. dan Lyobomirsky, S. 2005. The Benefit of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*. 131/6: 803 – 855.
- Kumar, M.M. 2009. Family Burden, Coping, and Psychological Well-Being Among Caregivers of Schizophrenia. *Dissertation*. Department of Psychiatry: Kempegowda Institute of Medical Science Bangalore.
- Liftiah. 2009. *Psikologi Abnormal*. Semarang: Widya Karya.
- Linley, A. dan Joseph, S. *Positive Psychology in Practice*. 2004. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Lyubomirsky, S. dan Lepper, H.S. 1997. A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*. 46: 137 – 155.
- Moleong, L.J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosdakarya.
- Nainggolan, N.J. dan Hidajat, L.L. 2013. Profil Kepribadian dan *Psychological Well-Being Caregiver* Skizofrenia. *Soul*. 6/1: 21 – 42.
- Nettle, D. 2005. *Happiness: The Science Behind Your Smile*. New York: Oxford University Press.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., dan Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal Edisi Kelima*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Price, O. A. 2007. Can Happiness be Taught? The Effects on Subjective Wellbeing of Attending a Course in Positive Psychology that Includes the Practice of Multiple Interventions. *Thesis*. Master of Science Psychology: University of Canterbury.
- Primasari, A. dan Yuniarti K.W. 2012. What Make Teenagers Happy? An Exploratory Study Using Indegenous Psychology Approach. *International Journal of Research Studies in Psychology*. 1/2: 53 – 61.
- Rusdi, M. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Sahoo, S., Brahma, P.K., dan Mohapatra, P.K. 2010. Burden of Caregiver's Among The Mentally Ill and Diabetic Patients - A Comparative Study. *The Orissa Journal of Psychiatry*. Hlm. 39 – 47.
- Sato, T., Harman, B.A., Donohoe, W.M., Weaver, A., dan Hall, W.A. 2010. Individual Differences in Ego Depletion: The Role of Sociotropy - Autonomy. *Motiv Emot*. 34: 205 – 213.
- Savage, S. dan Bailey, S. 2004. The Impact of Caring on Caregivers' Mental Health: A Review of The Literature. *Australian Health Review*. 27/1: 103 – 109.
- Seligman, M.E.P. 2005. *Authentic Happiness: Menciptakan Kebahagiaan dengan Psikologi Positif*. Diterjemahkan oleh Nukman, E. V. Bandung: Mizan.
- Snyder, C.R. dan Lopez, S.J. 2002. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University.

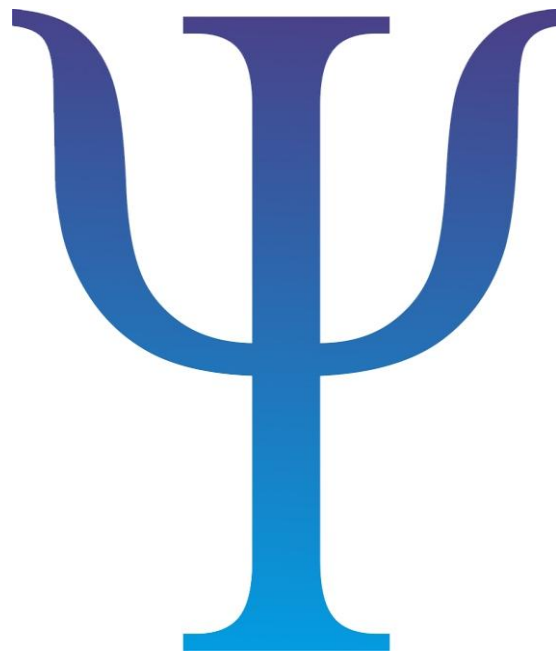
- Stanley, S. dan Shwetha, S. 2006. Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 10/2: 113 – 128.
- Summerville, C. dan Atherley, G. 2012. Hope for Family Caregivers Caring for Family Members with Schizophrenia: A Discussion.
- Suryomentaram, K.A. 2002. Falsafah Hidup Bahagia: Jalan Menuju Aktualisasi Diri. Online. <http://reocities.com/SouthBeach/Tidepool/1029/ib5.html> [diakses 16 Maret 2015].
- Taylor, S.E., Peplau, L.A., dan Sears, D.O. 2012. *Psikologi Sosial* (Edisi Kedua Belas). Jakarta: Kencana.
- Triratnawati, A. 2005. Konsep *Dadi Wong* Menurut Pandangan Wanita Jawa. *Humaniora*. 17/3: 300 – 311.
- Veenhoven, R. 2004. World Database of Happiness: Continuous Register of Research on Subjective Appreciation of Life. *Social Indicators Research Series*. 24: 1 – 19.
- . How do We Assess How Happy We are? Tenets, Implications, and Tenability of Three Theories. *Paper*. Presented at conference on New Directions in The Study of Happiness: University of Notre Dame, USA. October 22 – 24, 2006.
- Wade, C., dan Travis, C. 2007. *Psikologi* (Edisi Kesembilan, Jilid 2). Diterjemahkan oleh Mursalin, P. dan Dinastuti. Jakarta: Erlangga.
- Widyanti, N.R. 2009. Gambaran Kebahagiaan dan Karakteristik Positif pada Wanita Dewasa Madya yang Menjadi *Caregiver Informal* Penderita Skizofrenia. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Wiramihardja, S.A. 2007. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: Refika Aditama.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Instrumen Uji Coba

SKALA PSIKOLOGI



**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2014

Yth. Bapak/ Ibu/ Saudara

di tempat.

Saya adalah mahasiswa jurusan Psikologi Universitas Negeri Semarang yang sedang mengadakan penelitian. Penelitian ini memakai alat ukur berupa skala yang terdiri dari empat aitem disertai dengan dua buah pertanyaan terbuka. Hasil dari penelitian ini selanjutnya akan digunakan sebagai bahan penyusunan skripsi.

Mohon kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara meluangkan waktu di tengah kesibukan yang dijalani, untuk mengisi skala ini secara terbuka, apa adanya, dan sebenar-benarnya sesuai dengan keadaan diri Anda.

Identitas dan semua jawaban dari Bapak/ Ibu/ Saudara saya jamin kerahasiaannya. Oleh karena itu, diharapkan untuk menjawab semua pernyataan/ pertanyaan dalam skala ini.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Tri Isnaeni

1. Identitas Responden

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Status :
- e. Pendidikan terakhir :
- f. Lama perawatan : tahun

2. Petunjuk Pengisian

- a. Lengkapi identitas Anda.
- b. Bacalah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan seksama.
- c. Jawablah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan jujur, teliti, dan sesuai dengan keadaan Anda.
- d. Tanyalah apabila ada kesulitan dalam mengisi skala.

Selamat Mengerjakan . . .

Bagian 1

Untuk setiap pernyataan dan pertanyaan di bawah ini, nyatakanlah apakah isinya sesuai dengan keadaan diri Anda, kemudian berikan jawaban Anda dengan cara melingkari angka di dalam kotak yang telah tersedia.

1. Secara umum, saya menganggap diri saya:

bukan orang yang- 1 2 3 4 5 6 7 **orang yang-**
sangat bahagia **sangat bahagia**

2. Dibandingkan dengan orang lain, saya menganggap diri saya:

kurang bahagia 1 2 3 4 5 6 7 **lebih bahagia**

3. Sebagian orang sangat bahagia. Mereka menikmati hidup apa pun yang terjadi dan mendapatkan hampir segalanya yang mereka inginkan. Apakah kondisi ini mirip dengan Anda?

tidak mirip- 1 2 3 4 5 6 7 **sangat mirip sekali**
sama sekali

4. Sebagian orang merasa tidak begitu bahagia. Walaupun tidak tertekan, mereka tidak terlihat bahagia. Apakah kondisi ini mirip dengan Anda?

tidak mirip- 1 2 3 4 5 6 7 **sangat mirip sekali**
sama sekali

Bagian 2

Selama merawat penderita skizofrenia:

1. Hal-hal apa yang membuat Anda bahagia?

Jawaban:

.....
.....
.....
.....

2. Hal-hal apa yang membuat Anda tidak bahagia?

Jawaban:

.....
.....
.....
.....
.....



LAMPIRAN 2

Tabulasi Data Skor Uji Coba

Tabulasi Data Skor Uji Coba Skala Kebahagiaan

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
1	3	5	4	4	16
2	5	5	4	5	19
3	5	5	4	5	19
4	5	5	5	5	20
5	1	1	3	4	9
6	4	5	4	4	17
7	5	5	5	5	20
8	1	4	3	4	12
9	5	5	4	6	20
10	4	4	5	5	18
11	5	5	3	4	17
12	4	1	3	4	12
13	1	1	1	4	7
14	2	2	1	4	9
15	4	2	4	4	14
16	1	1	4	4	10
17	2	2	4	4	12
18	1	1	3	4	9
19	1	1	2	4	8
20	5	2	3	4	14

LAMPIRAN 3

Uji Daya Diskriminasi Skala Uji

Coba

Uji Daya Diskriminasi Skala Uji Coba

Correlations

		VAR00005
VAR00001	Pearson Correlation	,888 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
VAR00002	Pearson Correlation	,901 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
VAR00003	Pearson Correlation	,778 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
VAR00004	Pearson Correlation	,744 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	20
VAR00005	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

LAMPIRAN 4

Uji Reliabilitas Skala Uji Coba

Uji Reliabilitas Skala Uji Coba

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	10,0
	Excluded ^a	180	90,0
	Total	200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

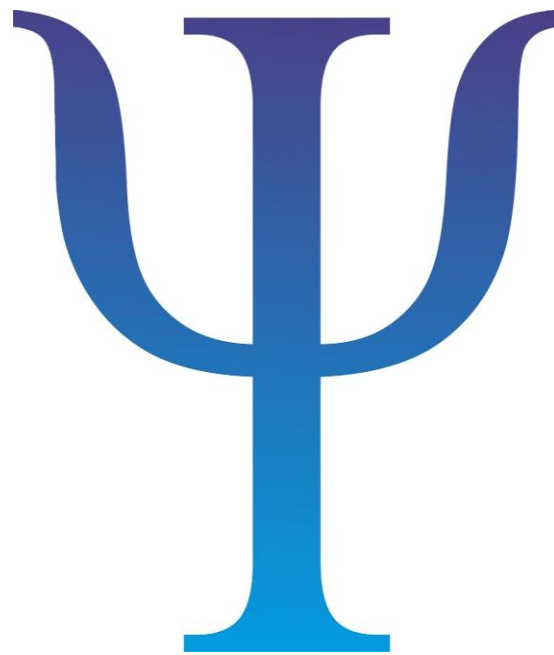
Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,810	4

LAMPIRAN 5

Instrumen Penelitian

SKALA PSIKOLOGI



**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2014

Yth. Bapak/ Ibu/ Saudara

di tempat.

Saya adalah mahasiswa jurusan Psikologi Universitas Negeri Semarang yang sedang mengadakan penelitian. Penelitian ini memakai alat ukur berupa skala yang terdiri dari empat aitem disertai dengan dua buah pertanyaan terbuka. Hasil dari penelitian ini selanjutnya akan digunakan sebagai bahan penyusunan skripsi.

Mohon kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara meluangkan waktu di tengah kesibukan yang dijalani, untuk mengisi skala ini secara terbuka, apa adanya, dan sebenar-benarnya sesuai dengan keadaan diri Anda.

Identitas dan semua jawaban dari Bapak/ Ibu/ Saudara saya jamin kerahasiaannya. Oleh karena itu, diharapkan untuk menjawab semua pernyataan/ pertanyaan dalam skala ini.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu/ Saudara, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Tri Isnaeni

1. Identitas Responden

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Status :
- e. Pendidikan terakhir :
- f. Lama perawatan : tahun

2. Petunjuk Pengisian

- a. Lengkapi identitas Anda.
- b. Bacalah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan seksama.
- c. Jawablah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan jujur, teliti, dan sesuai dengan keadaan Anda.
- d. Tanyalah apabila ada kesulitan dalam mengisi skala.

Selamat Mengerjakan . . .

Bagian 1

Untuk setiap pernyataan/ pertanyaan di bawah ini, nyatakanlah apakah isinya sesuai dengan keadaan diri Anda, kemudian berikan jawaban Anda dengan cara melingkari angka di dalam kotak yang telah tersedia.

1. Secara umum, saya menganggap diri saya:

Bukan orang yang sangat bahagia	1	2	3	4	5	6	7	Orang yang sangat bahagia
---------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------

2. Dibandingkan dengan orang lain, saya menganggap diri saya:

Kurang bahagia	1	2	3	4	5	6	7	Lebih bahagia
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------

3. Sebagian orang sangat bahagia. Mereka menikmati hidup apa pun yang terjadi dan mendapatkan hampir segalanya yang mereka inginkan. Apakah kondisi ini mirip dengan Anda?

Tidak mirip sama sekali	1	2	3	4	5	6	7	Sangat mirip sekali
-------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------

4. Sebagian orang merasa tidak begitu bahagia. Walaupun tidak tertekan, mereka tidak terlihat bahagia. Apakah kondisi ini mirip dengan Anda?

Tidak mirip sama sekali	1	2	3	4	5	6	7	Sangat mirip sekali
-------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------

Bagian 2

Selama merawat penderita skizofrenia:

1. Hal-hal apa yang membuat Anda bahagia?

Jawaban:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

2. Hal-hal apa yang membuat Anda tidak bahagia?

Jawaban:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

Terima Kasih . . .

LAMPIRAN 6

Tabulasi Data

Demografi Responden

Tabulasi Data Demografi Responden

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
1	P	15	BM	SMP	9 thn
2	L	21	BM	SMA	9 thn
3	L	35	M	Tidak tamat SD	10 thn
4	P	37	M	SMP	10 thn
5	L	32	M	SMP	7 thn
6	P	14	BM	SD	15 thn
7	P	32	M	SMP	15 thn
8	P	40	M	SD	2 thn
9	L	53	M	Tidak tamat SD	2 thn
10	P	52	M	Tidak tamat SD	22 thn
11	P	24	M	SMP	23 thn
12	P	40	M	Tidak tamat SD	5 thn
13	L	45	M	Tidak tamat SD	5 thn
14	L	52	M	S2	9 thn
15	P	44	M	Tidak tamat SD	27 thn
16	P	41	M	SMA	3 thn
17	P	55	M	SMP	15 thn
18	L	34	M	SMK	2 thn
19	P	65	M	SMP	15 thn
20	P	48	M	Tidak tamat SD	3,5 thn
21	L	37	M	MI	13 thn
22	L	47	M	SMA	1 thn
23	L	50	M	SD	2 thn
24	L	53	M	MI	3 thn
25	L	60	M	SMP	8 thn
26	P	64	M	SMP	10 thn
27	L	55	M	SD	2 thn
28	P	19	BM	SMA	4 thn
29	L	52	M	SD	2 thn
30	L	57	M	S1	10 thn
31	L	16	BM	SMP	5 thn
32	P	49	M	SD	10 thn
33	P	59	M	SD	20 thn
34	P	40	BM	SMP	3 thn
35	P	70	M	Tidak tamat SD	2 thn
36	L	55	M	Tidak tamat SD	7 thn

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
37	L	24	BM	SD	3,5 thn
38	L	30	M	SMA	20 thn
39	L	63	M	SMA	3 thn
40	P	40	M	SD	1 thn
41	P	36	M	SD	11 thn
42	L	49	M	Tidak tamat SD	1 thn
43	L	42	M	SD	15 thn
44	P	47	M	SD	1 thn
45	P	49	M	SD	2 thn
46	L	65	M	SMK	10 thn
47	L	44	M	SMP	7 bln
48	P	54	M	SD	1 thn
49	P	45	M	SD	1 thn
50	L	35	M	SD	7 thn
51	P	31	M	SMA	6 bln
52	P	47	M	SD	7 thn
53	P	52	M	Tidak tamat SD	4 thn
54	L	37	M	SMP	1 thn
55	P	57	M	Tidak tamat SD	1 thn
56	P	50	M	Tidak tamat SD	15 thn
57	P	38	M	SMA	15 thn
58	P	70	M	Tidak tamat SD	14 thn
59	P	46	M	SD	14 thn
60	L	24	BM	SMP	24 thn
61	P	50	M	SD	12 thn
62	P	40	M	Tidak tamat SD	22 thn
63	L	59	M	SMA	16 thn
64	P	38	M	SMA	1 thn
65	L	34	M	SMP	8 thn
66	L	75	M	Tidak tamat SD	10 thn
67	L	54	M	SMA	1 thn
68	P	42	M	SD	1 thn
69	P	41	M	SD	4 thn
70	L	32	M	SMK	10 thn
71	L	42	M	SD	6 thn
72	L	53	M	Tidak tamat SD	3 thn
73	P	40	M	SD	7 thn
74	L	24	BM	SD	10 thn
75	L	53	M	Tidak tamat SD	25 thn

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
76	L	65	M	SD	5 thn
77	P	28	M	SD	3 thn
78	P	50	M	SD	10 thn
79	P	49	M	SMP	22 thn
80	L	50	M	SD	3 thn
81	L	58	M	SMP	10 thn
82	L	35	M	SMP	10 thn
83	L	55	M	MI	2 thn
84	L	25	BM	SMP	3 thn
85	L	70	M	SD	10 thn
86	P	72	M	SPG	3 thn
87	L	40	M	SD	2 thn
88	L	29	M	D1	2 thn
89	L	27	BM	S1	5 thn
90	L	51	M	SD	10 thn
91	P	45	M	SMA	15 thn
92	P	60	M	SMP	10 thn
93	L	59	M	SD	1,5 thn
94	P	32	M	SMP	7 thn
95	L	80	M	SMP	25 thn
96	P	33	M	SMP	2 thn
97	P	40	M	SD	2 thn
98	L	59	M	SMP	20 thn
99	P	47	M	SMA	6 bln
100	L	27	BM	SMA	5 thn
101	L	54	M	Tidak tamat SD	11 thn
102	L	60	M	SD	5 thn
103	P	25	M	SD	2 thn
104	P	43	M	SD	5 thn
105	L	40	M	SMP	1 thn
106	L	26	BM	SMK	2 thn
107	L	58	M	SD	6 thn
108	P	40	M	SD	2 thn
109	P	72	M	SD	15 thn
110	L	44	M	SMA	16 thn
111	L	27	M	SMA	5 thn
112	L	52	M	Tidak tamat SD	12 thn
113	L	60	M	SD	3 thn
114	P	58	M	SMP	23 thn

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
115	L	40	M	SD	2 thn
116	P	36	M	SMA	2 thn
117	P	30	M	SD	7 bln
118	L	37	M	SMP	7 thn
119	L	46	M	SMP	5 thn
120	P	48	M	S1	7 thn
121	L	55	M	Tidak tamat SD	8 thn
122	P	50	M	Tidak tamat SD	10 thn
123	P	49	M	SD	23 thn
124	L	43	M	SD	2 thn
125	L	41	M	SMP	5 thn
126	P	55	M	SMP	25 thn
127	L	45	M	SD	10 thn
128	P	64	M	S1	20 thn
129	L	43	M	SMP	19 thn
130	L	32	M	SMP	1 thn
131	L	46	BM	SMP	14 thn
132	L	57	M	SMP	5 thn
133	L	64	M	SMP	6 thn
134	P	54	M	Tidak tamat SD	13 thn
135	L	55	M	SD	5 thn
136	P	32	M	SMP	2 thn
137	P	36	BM	SMA	1,5 thn
138	L	49	M	Tidak tamat SD	7 thn
139	P	68	M	SD	5 thn
140	L	55	M	SMA	5 thn
141	L	30	M	SMA	2 thn
142	P	58	M	SD	20 thn
143	L	51	M	Tidak tamat SD	7 thn
144	L	53	M	S1	3 thn
145	L	50	M	Tidak tamat SD	9 thn
146	L	46	M	SMA	9 thn
147	L	46	M	SMA	1 thn
148	P	50	M	SD	13 thn
149	L	40	M	SMK	17 thn
150	P	48	M	SD	5 thn
151	L	54	M	Mts	5 thn
152	L	50	M	SMP	18 thn
153	L	42	M	SMP	3 thn

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
154	L	59	M	STM	20 thn
155	P	58	M	SMA	10 thn
156	P	30	M	SMA	4 thn
157	L	67	M	SMA	36 thn
158	L	44	M	SD	1 thn
159	L	60	M	Tidak tamat SD	3 thn
160	P	49	M	SMP	3,5 thn
161	L	28	M	SMA	30 thn
162	L	38	M	SMP	5 thn
163	L	33	M	SMA	4 thn
164	L	57	M	SMA	10 thn
165	L	44	M	SD	5 thn
166	L	48	M	SMP	3 thn
167	L	62	M	Tidak tamat SD	18 thn
168	L	40	M	Tidak tamat SD	7 thn
169	L	45	M	SMA	1 thn
170	P	77	M	SD	20 thn
171	P	42	M	SMP	20 thn
172	L	48	M	SMA	6 bln
173	P	54	M	Tidak tamat SD	1,5 thn
174	L	45	M	SD	5 thn
175	P	24	BM	SMA	1 thn
176	L	38	M	SD	9 thn
177	P	45	M	SD	2 thn
178	P	54	M	Tidak tamat SD	3 thn
179	P	57	M	S1	5 thn
180	L	37	M	SMA	1 thn
181	P	63	M	S1	14 thn
182	L	40	M	SMA	10 thn
183	L	29	BM	D3	10 thn
184	P	32	M	SMP	15 thn
185	P	68	M	Tidak tamat SD	4 thn
186	L	28	M	SMA	4 thn
187	L	46	M	SMA	6 thn
188	L	23	M	S1	20 thn
189	P	51	M	S1	2 thn
190	P	52	M	SD	3 thn
191	P	35	M	SMP	6 thn
192	P	60	M	SD	9 thn

Responden	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Status	Pendidikan Terakhir	Lama Perawatan
193	L	40	M	SD	1 thn
194	L	49	M	SMP	2 thn
195	L	42	M	SMA	10 thn
196	P	38	M	SD	8 thn
197	P	60	M	SMP	10 thn
198	P	44	M	SD	2 thn
199	L	24	BM	SMA	3 thn
200	L	67	M	Tidak tamat SD	14 thn

LAMPIRAN 7

Tabulasi Data Skor Penelitian

Tabulasi Data Skor Penelitian Skala Kebahagiaan

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
1	4	3	4	4	15
2	3	1	3	3	10
3	3	3	4	4	14
4	1	1	1	2	5
5	2	2	2	3	9
6	3	1	3	4	11
7	2	2	2	3	9
8	2	1	2	3	8
9	3	1	3	3	10
10	4	3	4	4	15
11	3	1	2	3	9
12	2	1	2	3	8
13	2	2	2	3	9
14	5	3	5	4	17
15	3	1	2	3	9
16	3	2	3	3	11
17	2	1	1	3	7
18	3	2	1	3	9
19	1	1	1	2	5
20	3	2	2	3	10
21	3	1	4	4	12
22	4	4	4	4	16
23	3	1	3	3	10
24	3	3	3	4	13
25	3	1	2	3	9
26	2	1	2	3	8
27	3	3	1	3	10
28	3	3	3	4	13
29	4	4	4	4	16
30	5	4	5	5	19
31	3	2	2	4	11
32	1	1	2	3	7
33	1	2	2	3	8
34	5	3	3	4	15
35	5	4	5	5	19

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
36	3	2	3	4	12
37	2	1	1	3	7
38	3	3	3	4	13
39	1	1	1	2	5
40	3	3	3	4	13
41	3	3	4	4	14
42	3	2	2	3	10
43	2	1	1	3	7
44	2	1	3	4	10
45	3	3	3	4	13
46	3	3	4	3	13
47	4	3	3	4	14
48	2	1	3	3	9
49	3	1	1	3	8
50	2	1	1	3	7
51	5	3	5	5	18
52	1	1	3	3	8
53	2	1	2	3	8
54	1	1	1	3	6
55	3	1	1	4	9
56	3	1	2	3	9
57	3	2	3	4	12
58	3	1	3	4	11
59	3	1	3	3	10
60	3	1	3	4	11
61	3	2	3	4	12
62	3	3	2	4	12
63	3	3	4	4	14
64	4	4	4	5	17
65	3	1	3	4	11
66	1	1	1	3	6
67	4	4	4	5	17
68	3	1	3	4	11
69	2	2	3	4	11
70	3	3	4	4	14
71	3	1	3	4	11
72	1	1	1	3	6
73	1	1	1	3	6
74	3	3	1	4	11

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
75	3	2	1	4	10
76	1	1	1	3	6
77	4	3	4	4	15
78	3	1	1	3	8
79	3	1	3	4	11
80	1	1	1	3	6
81	1	1	1	3	6
82	3	1	1	3	8
83	3	1	1	3	8
84	3	3	4	4	14
85	2	1	1	4	8
86	1	1	3	4	9
87	1	1	3	4	9
88	5	5	4	5	19
89	5	5	5	5	20
90	3	3	3	4	13
91	5	4	4	5	18
92	5	4	4	4	17
93	3	1	3	4	11
94	5	4	4	4	17
95	3	3	3	4	13
96	4	4	2	3	13
97	3	3	3	4	13
98	4	3	4	4	15
99	4	4	4	4	16
100	5	4	4	5	18
101	4	3	4	5	16
102	3	3	2	4	12
103	4	3	4	4	15
104	1	1	3	3	8
105	5	3	3	4	15
106	4	3	1	4	12
107	4	3	3	4	14
108	4	3	3	4	14
109	1	1	3	3	8
110	3	1	4	5	13
111	4	4	4	5	17
112	1	1	3	3	8
113	3	3	3	4	13

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
114	5	3	4	4	16
115	1	1	3	3	8
116	5	4	4	5	18
117	5	4	4	4	17
118	3	1	3	3	10
119	4	4	4	4	16
120	5	4	4	5	18
121	5	3	4	4	16
122	3	1	3	4	11
123	4	1	1	3	9
124	1	1	3	4	9
125	4	4	4	5	17
126	4	3	4	5	16
127	3	3	3	4	13
128	4	4	4	5	17
129	2	1	3	4	10
130	3	3	2	4	12
131	3	2	3	4	12
132	4	3	4	3	14
133	3	1	3	4	11
134	1	1	1	3	6
135	1	1	1	3	6
136	5	4	4	5	18
137	5	3	4	4	16
138	3	3	3	4	13
139	1	1	1	3	6
140	5	4	3	4	16
141	5	5	4	4	18
142	4	3	4	5	16
143	3	1	4	4	12
144	5	5	4	5	19
145	3	1	3	4	11
146	3	3	2	4	12
147	4	4	3	4	15
148	1	1	1	3	6
149	3	1	3	5	12
150	1	1	3	4	9
151	4	3	3	4	14
152	5	5	4	5	19

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
153	5	4	4	4	17
154	4	3	3	4	14
155	5	4	4	5	18
156	4	4	4	5	17
157	4	3	3	4	14
158	3	4	4	4	15
159	5	5	4	5	19
160	5	5	4	5	19
161	5	4	4	4	17
162	3	3	3	4	13
163	5	4	4	4	17
164	5	4	4	4	17
165	2	1	1	3	7
166	4	4	4	4	16
167	5	3	4	5	17
168	3	1	3	4	11
169	5	5	4	5	19
170	3	1	3	3	10
171	5	3	3	4	15
172	5	4	4	5	18
173	1	1	3	3	8
174	3	1	3	3	10
175	3	2	3	4	12
176	4	3	3	4	14
177	3	4	3	4	14
178	1	1	3	4	9
179	4	4	3	5	16
180	5	4	4	5	18
181	5	4	5	5	19
182	4	4	5	4	17
183	5	5	4	5	19
184	2	1	3	3	9
185	4	1	3	3	11
186	4	3	3	4	14
187	5	4	4	5	18
188	5	5	3	5	18
189	5	5	5	5	20
190	2	2	3	4	11
191	4	3	3	4	14

Responden	Nomor Aitem				Total
	1	2	3	4	
192	2	2	4	5	13
193	2	1	3	4	10
194	2	2	3	4	11
195	4	1	3	4	12
196	2	1	3	4	10
197	5	3	3	5	16
198	3	1	3	4	11
199	2	2	3	4	11
200	2	1	4	4	11

LAMPIRAN 8

Uji Validitas Skala Penelitian

Hasil Uji Validitas Skala Kebahagiaan

Correlations		
		VAR00005
VAR00001	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
VAR00002	Pearson Correlation	,904**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
VAR00003	Pearson Correlation	,839**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
VAR00004	Pearson Correlation	,839**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	200
VAR00005	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	200

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

LAMPIRAN 9

Uji Reliabilitas Skala Penelitian

Hasil Uji Reliabilitas Skala Kebahagiaan

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	
Cases	Valid	200	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,881	4

LAMPIRAN 10

Statistik Deskriptif Skala

Kebahagiaan

Statistik Deskriptif Skala Kebahagiaan Berdasarkan Demografi Responden

1. Jenis Kelamin

Frequencies

[DataSet0]

Jenis Kelamin Laki-laki

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	88	88	88	88	88
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,1250	2,2386	2,9886	3,8295	12,1818
Median		3,0000	2,0000	3,0000	4,0000	11,5000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	8,00 ^a
Std. Deviation		1,33746	1,26849	1,03384	,74620	3,87015
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

Frequencies

[DataSet0]

Jenis Kelamin Perempuan

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	112	112	112	112	112
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,2768	2,5357	2,9732	3,9107	12,6964
Median		3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	13,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	11,00 ^a
Std. Deviation		1,21707	1,34853	1,12674	,67855	3,81046
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

2. Usia

Frequencies

[DataSet0]

Usia 13 – 18 tahun

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	3	3	3	3
	Missing	0	0	0	0
Mean	3,3333	2,0000	3,0000	4,0000	12,3333
Median	3,0000	2,0000	3,0000	4,0000	11,0000
Mode	3,00	1,00 ^a	2,00 ^a	4,00	11,00
Std. Deviation	,57735	1,00000	1,00000	,00000	2,30940
Minimum	3,00	1,00	2,00	4,00	11,00
Maximum	4,00	3,00	4,00	4,00	15,00

Frequencies

[DataSet0]

Usia 19 – 40 tahun

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	68	68	68	68
	Missing	0	0	0	0
Mean	3,3824	2,6324	3,0294	3,9265	12,9706
Median	3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	13,0000
Mode	3,00	3,00	3,00	4,00	14,00 ^a
Std. Deviation	1,22205	1,30332	1,07856	,69789	3,76540
Minimum	1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

Frequencies

[DataSet0]

Usia 41 – 60 tahun

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	108	108	108	108	108
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,1944	2,3889	2,9630	3,8796	12,4259
Median		3,0000	2,0000	3,0000	4,0000	12,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	16,00
Std. Deviation		1,27124	1,33138	1,05835	,70668	3,81635
Minimum		1,00	1,00	1,00	3,00	6,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

Frequencies

[DataSet0]

Usia Lebih dari 60 tahun

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	21	21	21	21	21
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,6190	1,8095	2,7619	3,6190	10,8095
Median		3,0000	1,0000	3,0000	4,0000	11,0000
Mode		1,00	1,00	3,00	3,00	11,00
Std. Deviation		1,46548	1,20909	1,33809	,92066	4,44544
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	4,00	5,00	5,00	19,00

3. Status Pernikahan

Frequencies

[DataSet0]

		Status Menikah				
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	18	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,5556	2,6111	3,0000	4,0556	13,2222
Median		3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	12,0000
Mode		3,00	3,00	3,00	4,00	11,00
Std. Deviation		1,04162	1,24328	1,13759	,53930	3,38779
Minimum		2,00	1,00	1,00	3,00	7,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

Frequencies

[DataSet0]

		Status Belum Menikah				
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	182	182	182	182	182
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,1648	2,3846	2,9615	3,8516	12,3626
Median		3,0000	2,5000	3,0000	4,0000	12,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	9,00 ^a
Std. Deviation		1,29822	1,32773	1,08920	,73955	3,92053
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

4. Pendidikan Terakhir

Frequencies

[DataSet0]

Tidak Lulus SD

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,8485	1,7879	2,7576	3,6970	11,0909
Median		3,0000	1,0000	3,0000	4,0000	11,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	11,00
Std. Deviation		1,20211	1,08275	1,09059	,68396	3,44931
Minimum		1,00	1,00	1,00	3,00	6,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	19,00

Frequencies

[DataSet0]

Pendidikan Terakhir SD

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	64	64	64	64	64
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,4844	1,7969	2,5469	3,6094	10,4375
Median		3,0000	1,0000	3,0000	4,0000	10,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	8,00
Std. Deviation		1,03881	1,04167	1,03785	,55255	2,93244
Minimum		1,00	1,00	1,00	3,00	6,00
Maximum		5,00	4,00	4,00	5,00	17,00

Frequencies

[DataSet0]

Pendidikan Terakhir SMP

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	47	47	47	47	47
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,3830	2,4681	2,8936	3,7660	12,5106
Median		3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	13,0000
Mode		3,00	1,00 ^a	3,00	4,00	11,00
Std. Deviation		1,24330	1,24850	1,00508	,72869	3,77562
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	4,00	5,00	19,00

Frequencies

[DataSet0]

Pendidikan Terakhir SMA

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	41	41	41	41	41
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,9512	3,1707	3,4634	4,1951	14,7805
Median		4,0000	3,0000	4,0000	4,0000	16,0000
Mode		5,00	4,00	4,00	4,00	18,00
Std. Deviation		,99878	1,11585	,92460	,71483	3,12660
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	19,00

Frequencies

[DataSet0]

Pendidikan Terakhir Diploma

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	2	2	2	2	2
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		5,0000	5,0000	4,0000	5,0000	19,0000
Median		5,0000	5,0000	4,0000	5,0000	19,0000
Mode		5,00	5,00	4,00	5,00	19,00
Std. Deviation		,00000	,00000	,00000	,00000	,00000
Minimum		5,00	5,00	4,00	5,00	19,00
Maximum		5,00	5,00	4,00	5,00	19,00

Frequencies

[DataSet0]

Pendidikan Terakhir Sarjana

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	13	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,3077	3,9231	4,0769	4,7692	17,0769
Median		5,0000	4,0000	4,0000	5,0000	18,0000
Mode		5,00	4,00	5,00	5,00	17,00 ^a
Std. Deviation		1,18213	1,11516	,86232	,43853	3,06761
Minimum		1,00	1,00	3,00	4,00	9,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

5. Lama Perawatan

Frequencies

[DataSet0]

Lama Perawatan 6 bulan – 10 tahun

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	150	150	150	150	150
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,2200	2,5000	2,9667	3,8667	12,5533
Median		3,0000	3,0000	3,0000	4,0000	12,5000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	11,00
Std. Deviation		1,31011	1,34489	1,10773	,71105	3,95705
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	20,00

Frequencies

[DataSet0]

Lama Perawatan 11 – 20 tahun

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	37	37	37	37	37
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,9730	2,0811	3,0270	3,8919	11,9730
Median		3,0000	2,0000	3,0000	4,0000	12,0000
Mode		3,00	1,00	3,00	4,00	12,00
Std. Deviation		1,27990	1,25562	1,04047	,84274	3,89078
Minimum		1,00	1,00	1,00	2,00	5,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	19,00

Frequencies

[DataSet0]

Lama Perawatan 21 – 30 tahun

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	12	12	12	12	12
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,5833	2,1667	2,7500	3,8333	12,3333
Median		3,0000	2,5000	3,0000	4,0000	11,5000
Mode		3,00	1,00 ^a	4,00	4,00	9,00
Std. Deviation		,79296	1,11464	1,13818	,57735	2,99495
Minimum		3,00	1,00	1,00	3,00	9,00
Maximum		5,00	4,00	4,00	5,00	17,00

Frequencies

[DataSet0]

Lama Perawatan 31 – 40

		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
N	Valid	1	1	1	1	1
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,0000	3,0000	3,0000	4,0000	14,0000
Median		4,0000	3,0000	3,0000	4,0000	14,0000
Mode		4,00	3,00	3,00	4,00	14,00
Minimum		4,00	3,00	3,00	4,00	14,00
Maximum		4,00	3,00	3,00	4,00	14,00

Statistik Deskriptif Tiap Indikator

1. Indikator 1: Evaluasi Kebahagiaan Individu Secara Global

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

Indikator 1

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		3,2000
Median		3,0000
Mode		3,00
Std. Deviation		1,2799
Minimum		2
Maximum		1,00
		5,00

Indikator 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	27	13,5	13,5
	2,00	25	12,5	26,0
	3,00	70	35,0	61,0
	4,00	37	18,5	79,5
	5,00	41	20,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0

2. Indikator 2: Evaluasi Kebahagiaan Individu Dibandingkan dengan Orang Lain

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

Indikator 2

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		2,4050
Median		3,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,31897
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Indikator 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	79	39,5	39,5
	2,00	20	10,0	49,5
	3,00	53	26,5	76,0
	4,00	37	18,5	94,5
	5,00	11	5,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0

3. Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Bahagia

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

Indikator 3

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		2,9650
Median		3,0000
Mode		3,00
Std. Deviation		1,09074
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Indikator 3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	31	15,5	15,5
	2,00	21	10,5	26,0
	3,00	80	40,0	66,0
	4,00	60	30,0	96,0
	5,00	8	4,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0

4. Evaluasi Kebahagiaan Individu Sesuai dengan Karakteristik Orang yang Bahagia

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

Indikator 4

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		3,8700
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		,72507
Minimum		2,00
Maximum		5,00

Indikator 4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	2,00	3	1,5	1,5
	3,00	58	29,0	30,5
Valid	4,00	101	50,5	81,0
	5,00	38	19,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

LAMPIRAN 11

Tabulasi Data Faktor-faktor

Kebahagiaan Responden

**Tabulasi Data Mentah (Keseluruhan Jawaban Mengenai Faktor-faktor
yang Mempengaruhi Kebahagiaan Responden)**

Responden	Jawaban Responden
1	a. Ketika dia tidak pergi dari rumah.
	b. Ketika dia tenang.
2	Mengerti arti kesabaran.
3	a. Kesabaran.
	b. Mensyukuri.
	c. Ikhtiar.
4	Tidak ada.
5	a. Sehabis kontrol, setelah minum obat, setengah jam kemudian kondisinya baik.
	b. Kalau dilihat bersih, sehabis mandi, senang.
6	Tidak ada.
7	Tidak ada.
8	a. Kalau ibu saya tidak pergi-pergi.
	b. Kalau sudah mandi.
	c. Mau makan.
	d. Anteng di rumah.
9	Kadang-kadang ibu saya bicaranya menyenangkan.
10	Kalau waras, tidak kambuh, senang.
11	Tidak ada.
12	Kalau anak saya tidak kambuh.
13	a. Kalau waras, bisa bekerja.

Responden	Jawaban Responden
	b. Ingin seperti dulu, ketika belum sakit.
14	a. Merasa senang bisa berbagi.
	b. Satu sisi, adik merupakan amanat dari orang tua yang harus dirawat, dengan harapan bisa sembuh.
15	a. Kalau tidak marah, saya bahagia.
	b. Kalau ingin makan dituruti, jadi tenang.
16	a. Memberikan sesuatu yang diinginkan.
	b. Bisa mengajak bicara nenek.
17	Kalau tidak kambuh, saya senang sekali.
18	a. Kadang-kadang membantu ibu melakukan pekerjaan rumah.
	b. Disuruh ibu mau.
19	a. Sesedih apapun saya, ada yang lebih parah dari anak saya.
	b. Anak saya masih mencarikan nafkah untuk saya.
20	Ketika istri saya mau mengobrol dengan anak saya.
21	Tidak ada.
22	Kesembuhan
23	a. Sudah mau bekerja, memberi uang ibu.
	b. Sudah dua tahun, kondisinya membaik.
	c. Ada perubahan yang lebih baik.
24	Alhamdulillah anak saya lebih sadar dan mendingan daripada dulu yang parah.
25	Tidak ada, payah semua.
26	Tidak ada.

Responden	Jawaban Responden
27	Tidak ada.
28	Tidak ada.
29	Bisa kembali ke asal mula.
30	a. Anaknya tenang.
	b. Tidak mengamuk.
31	a. Kalau sembuh.
	b. Mendingan.
32	a. Sadar.
	b. Sehat.
33	Tidak ada.
34	Sehat, kondisi normal.
35	a. Sehat.
	b. Mau diperintah.
36	a. Mensyukuri.
	b. Anaknya menurut.
37	a. Ketika sehat.
	b. Sudah bisa bekerja.
38	Kalau patuh minum obat.
39	Tidak ada.
40	Ketika suami saya sudah sehat, sudah bisa bekerja kembali, pikiran saya tentram.
41	Kalau adik saya mau minum obat, mau diajak rutin berobat/ periksa, saya senang.
42	Dulu anak saya sering marah-marah, sekarang tidak.

Responden	Jawaban Responden
43	Kalau waras.
44	Kalau adik saya waras, sehat.
45	Diperintah mau.
46	a. Cobaan bagi saya, menuntut saya untuk lebih arif.
	b. Menerima.
47	Bisa merawat sendiri, saya senang.
48	Tidak ada.
49	Menerima, dibuat biasa saja.
50	Kalau mau diajak berobat, saya senang.
51	Kalau ibu sehat.
52	Tidak ada.
53	Bahagia karena anak masih diberi umur panjang.
54	Bisa membantu.
55	Ketika sehat, senang.
56	Kalau kondisinya baik, tidak mengamuk.
57	a. Dekat dengan ibu.
	b. Ketika ibu sehat.
58	Ada tempat berobat untuk cucu saya.
59	Ada tempat berobat gratis dan dekat, sehingga tidak repot.

Responden	Jawaban Responden
60	Ketika waras.
61	Ada perkembangan menjadi lebih baik.
62	a. Kalau tidak kambuh. b. Merasa kasihan.
63	a. Ketika kondisinya tidak seperti orang sakit jiwa. b. Anaknya masih bisa diatur.
64	Sekarang sudah bisa tidur dan makan, pikiran saya senang karena ada perubahan.
65	Adik saya masih ingat dengan Tuhan, keluarga, dan teman-temannya.
66	Dibantu keponakan selama merawat.
67	Ketika anak saya tenang, tidak ribut.
68	Kalau pikirannya waras dan tidak rewel, saya senang.
69	Ketika kondisinya sehat, tidak merugikan orang lain.
70	Ketika istri saya patuh minum obat.
71	Tidak ada.
72	Ketika membaik dari sebelumnya, setelah diobati.
73	Tidak ada.
74	Ikhlas ingin menyembuhkan saudara saya.
75	Ketika keadannya waras.
76	Tidak ada.

Responden	Jawaban Responden
77	Kalau sudah sembuh.
78	a. Sekarang sudah tidak mengamuk. b. Sudah mau mandi.
79	a. Sudah mau diajak berbicara dan mau solat. b. Dua tahun ini bersyukur karena sudah ada perubahan.
80	Bisa mengurusnya sendiri.
81	Kalau anak saya waras.
82	Kalau mendingan sakitnya.
83	Tidak nakal.
84	Ketika waras.
85	Tidak ada.
86	a. Doa. b. Kondisi sehat.
87	Ada perubahan.
88	Dari yang tidak sadar menjadi sangat sadar.
89	a. Ketika adik saya mau minum obat. b. Mau diajak berbicara dengan keluarga. c. Mau beraktivitas.
90	Bisa mengajak anak saya kontrol tiap bulan, saya senang.
91	Kalau keponakan sedang tidak kambuh, saya senang.
92	Sabar dalam merawat.

Responden	Jawaban Responden
93	a. Kesembuhan istri saya.
	b. Ikhlas menjalaninya.
94	Ketika ibu senang, saya juga merasa senang.
95	Kalau anak menurut dan gampang diatur.
96	Kalau kakak saya sembuh, bisa meringankan beban orang tua saya.
97	Kalau tenang/ diam di rumah, saya merasa senang.
98	Menerima apa adanya.
99	a. Ketika mempunyai pemikiran bahwa penyakit menantu saya bisa sembuh.
	b. Sudah ada istrinya yang merawat.
100	Mempunyai kesempatan untuk merawat bapak saya.
101	Ketika sembuh, pikirannya menjadi baik dan bisa bekerja, sehingga saya senang.
102	Kalau ponakan saya mau diajak berobat, saya senang.
103	Kalau tenang, tidak pergi.
104	Kalau mau diajak berobat, saya senang.
105	Bahagia karena bisa mengantar berobat.
106	a. Kalau ibu merasa lebih baik.
	b. Kalau minum obat ada perubahan.
107	Sudah agak waras, saya senang.

Responden	Jawaban Responden
108	a. Kalau tidak pergi-pergi.
	b. Tenang di rumah.
109	a. Kalau tidak kambuh.
	b. Kalau minum obat, saya senang.
110	Kalau mau diajak berobat/ kontrol, saya senang.
111	Kalau biasa/ normal.
112	Saya senang karena dia sadar ketika minum obat.
113	a. Kalau mau diajak berobat.
	b. Setelah berobat, pembicaraannya bagus/ ada perubahan.
114	Menerima dan bersyukur agar anak saya sembuh.
115	Tidak ada.
116	Bisa merawat dan meringkan beban.
117	a. Tidak marah-marah.
	b. Lebih sabar.
118	Tidak ada.
119	Tidak ada.
120	a. Ketika dia sembuh.
	b. Diajak bicara normal.
121	Ketika kondisinya waras, sehat, saya senang.
122	Ketika waras, tidak sakit, saya senang.
123	Kalau kondisinya normal.

Responden	Jawaban Responden
124	Meskipun sakit, tidak pernah mengamuk.
125	a. Kalau adik saya menurut.
	b. Bisa diajak komunikasi.
126	a. Saya menjalani semua.
	b. Sudah lebih baik, sudah bisa pergi ke luar, bisa memasak, sudah seperti orang biasa.
127	a. Sudah sembuh.
	b. Sudah bisa diobati.
128	a. Bisa membantu merawat.
	b. Bisa meningkatkan imannya.
129	Tidak ada.
130	Bangga bisa merawat.
131	a. Tidak khawatir karena bisa dikendalikan.
	b. Merasa senang karena penderita tidak membuat keributan.
132	Tidak ada.
133	a. Bersyukur.
	b. Kondisinya baik.
	c. Sudah sembuh.
134	Tidak ada.
135	Tidak ada.
136	a. Senang karena mau diajak beribadah.
	b. Kondisinya baik.
137	Bisa mengatasi masalah-masalah yang ditimbulkan oleh penderita.
138	Bahagia karena sudah diberi kesembuhan.

Responden	Jawaban Responden
139	Tidak ada.
140	Kondisi anak yang semakin membaik.
141	a. Kalau perkembangannya lebih bagus. b. Bisa berkumpul bersama dengan anaknya.
142	a. Ketika kondisinya baik. b. Ketika teratur minum obat.
143	a. Kondisinya sehat. b. Diperintah mau. c. Bisa masak, mencuci baju, dan merawat anak dan cucunya.
144	a. Berusaha agar sembuh, mempunyai usaha keras untuk mengobati. b. Ketika ada perubahan.
145	Tidak ada.
146	Bisa diajak berbicara ketika kondisi sehat.
147	Tidak ada.
148	Tidak ada.
149	a. Kalau menurut. b. Mau minum obat.
150	Ketika kondisinya baik.
151	a. Rutin menyuruhnya minum obat. b. Diterima dan dirawat dengan baik meskipun sakit.
152	Biaya perawatan tercukupi.
153	Pengalaman selama merawat.

Responden	Jawaban Responden
154	Apapun itu harus disyukuri karena merupakan amanat dari Tuhan.
155	Tidak ada.
156	Ketika sehat.
157	Ada kemajuan.
158	Menerima apa adanya, berserah diri.
159	Kalau sudah waras, senang.
160	Bisa berpikir normal, pikirannya sudah baik.
161	Mau kalau disuruh mandi dan makan.
162	Sakitnya tidak terlalu parah, bisa diobati.
163	a. Saudara mau membantu. b. Tetangga mau memperhatikan.
164	Ketika sembuh.
165	a. Kalau pergi dari rumah, dicari, ketemu. b. Kalau tidak mengamuk. c. Tidak meresahkan masyarakat.
166	Bisa pulih.
167	a. Adik saya tidak marah-marah. b. Keluarga mendukung.
168	Bisa merawatnya dengan baik.
169	a. Kondisinya sehat. b. Anaknya menurut. c. Taat dengan orang tua.
170	Ketika sembuh.

Responden	Jawaban Responden
171	a. Kesembuhan.
	b. Kalau bisa normal.
172	Bisa peduli dengannya.
173	Tidak ada.
174	a. Menerima.
	b. Ada uang untuk berobat.
175	Tidak ada.
176	Biaya berobat dibantu orang.
177	a. Sabar.
	b. Menerima.
	c. Berusaha
178	Tidak ada.
179	a. Anaknya taat beragama.
	b. Disiplin.
	c. Tidak menuntut macam-macam.
180	Ketika patuh minum obat.
181	a. Sekarang sudah banyak yang menolong, didukung oleh saudara dan masyarakat sekitar.
	b. Kondisinya sudah baik.
182	a. Menerima segalanya karena diberi amanah untuk merawat adik yang sakit.
	b. Diambil hikmahnya.
183	a. Disyukuri.
	b. Berusaha.
184	a. Menjadi lebih sabar.
	b. Ketika berhasil menemukan penderita yang pergi dari rumah tanpa pamit.

Responden	Jawaban Responden
185	Didukung suami dan saudara.
186	a. Karena saya sayang dengan istri. b. Ketika diajak bercanda istri saya.
187	Belum sampai parah sakitnya.
188	a. Kasih sayang dalam merawat. b. Merasa kasihan.
189	a. Anak saya sadar bahwa dirinya sakit, sehingga tidak menambah beban. b. Menerima.
190	Senang karena anaknya mau dirawat.
191	a. Ketika sembuh, mau membantu saya. b. Kalau minum obat, jadi patuh/ menurut.
192	Ada biaya.
193	Ketika tenang, tidak mengganggu.
194	Kalau dia sehat.
195	Senang kalau anak saya menurut.
196	Kalau waras merasa senang karena bisa bekerja.
197	Tidak ada.
198	Tidak ada.
199	Bisa mensyukuri.
200	a. Kalau tidak melamun. b. Kalau disuruh mau.

Tabulasi Data Koding Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebahagiaan *Informal Caregiver* Penderita Skizofrenia

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
1.	Perilaku adaptif penderita.	Penderita tidak pergi tanpa pamit.	1	Ketika dia tidak pergi dari rumah.	4	14	7 %
			8	Kalau ibu saya tidak pergi-pergi.			
			103, 108	Kalau tidak pergi.			
		Perilaku penderita dapat dikendalikan.	30, 56, 78	Tidak mengamuk.	10		
			67	Ketika anak saya tenang, tidak ribut.			
			83, 193	Tidak mengganggu.			
			97	Kalau tenang/ diam di rumah, saya merasa senang.			
			124	Meskipun sakit, tidak pernah mengamuk.			
			131	Tidak khawatir karena perilakunya bisa dikendalikan dan tidak membuat keributan.			
			165	Kalau tidak mengamuk dan tidak meresahkan			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				masyarakat.			
2.	Perilaku patuh penderita.	Penderita mau makan.	5	Disuruh makan mau.	2	23	11,5 %
161			Mau kalau disuruh makan.				
Penderita menurut.		18	Disuruh ibu mau.	7			
		45	Diperintah mau.				
		36	Anaknya menurut.				
		95	Kalau anak menurut dan gampang diatur.				
		125	Kalau adik saya menurut.				
		149	Kalau menurut.				
		179	Tidak menuntut macam-macam.				
		195	Senang kalau anak saya menurut.				
Penderita mau minum obat.		38, 180	Kalau patuh minum obat.	8			
		41	Kalau adik saya mau minum obat.				
		70	Ketika istri saya patuh				

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				minum obat.			
			89	Ketika adik saya mau minum obat.			
			142	Ketika teratur minum obat.			
			149	Mau minum obat.			
			191	Kalau minum obat, jadi patuh/ menurut.			
		Penderita mau diajak berobat.	50, 104, 110	Kalau mau diajak berobat, saya senang.	5		
			102	Kalau keponakan saya mau diajak berobat, saya senang.			
			113	Kalau mau diajak berobat.			
		Penderita mau dirawat.	190	Senang karena anaknya mau dirawat.	1		
3.	Kestabilan emosi penderita.	Penderita tidak marah-marah.	15	Kalau tidak marah, saya bahagia.	4	4	2 %
			42	Anak saya tidak marah-marah.			
			117	Tidak marah-marah.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			167	Kalau adik saya tidak marah-marah.			
4.	Pikiran penderita normal.	Pembicaraan penderita koheren.	9	Kadang-kadang ibu saya bicaranya menyenangkan.	4	9	4,5 %
			16	Bisa mengajak bicara nenek.			
			20	Ketika istri saya mau mengobrol dengan anak saya.			
			146	Bisa diajak berbicara ketika kondisi sehat.			
		Penderita mampu berpikir normal.	68	Kalau pikirannya waras.	3		
			88	Dari yang tidak sadar menjadi sangat sadar.			
			160	Bisa berpikir normal, pikirannya sudah baik.			
		Penderita menyadari bahwa dirinya sakit.	189	Anak saya sadar bahwa dirinya sakit, sehingga tidak menambah beban.	1		
		Penderita tidak melamun.	200	Tidak melamun.	1		

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
5.	Sikap positif dalam merawat.	Memaknai kesabaran.	2	Mengerti arti kesabaran.	5	31	15,5 %
			3	Kesabaran.			
			92	Sabar dalam merawat.			
			184	Lebih sabar.			
			177	Sabar.			
		Mensyukuri.	114	Bersyukur agar anak saya sembuh.	4		
			154	Apapun itu harus disyukuri karena merupakan amanat dari Tuhan.			
			183	Disyukuri.			
			199	Bisa mensyukuri.			
		Peduli terhadap penderita.	14	Merasa senang bisa berbagi.	15		
			47	Bisa merawat sendiri, saya senang.			
			53	Bisa membantu.			
			80	Bisa mengurusnya sendiri.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			90	Bisa mengajak anak saya kontrol tiap bulan, saya senang.			
			99	Sudah dirawat istrinya.			
			100	Mempunyai kesempatan untuk merawat bapak saya.			
			105	Bahagia karena bisa mengantar berobat.			
			116	Bisa merawat dan meringkan beban.			
			128	Bisa merawat dan meningkatkan imannya.			
			151	Rutin menyuruhnya minum obat.			
			168	Bisa merawatnya dengan baik.			
			172	Bisa peduli dengannya.			
			186	Karena saya sayang dengan istri.			
			188	Kasih sayang dalam merawat.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
		Menuntut untuk lebih bijaksana.	46	Cobaan bagi saya, menuntut saya untuk lebih arif.	1		
		Menerima.	49	Menerima, dibuat biasa saja.	5		
			74	Ikhlas ingin menyembuhkan saudara saya.			
			98	Menerima apa adanya.			
			158	Menerima apa adanya, berserah diri.			
			182	Menerima segalanya karena diberi amanah untuk merawat adik yang sakit, diambil hikmahnya.			
		Pengalamanmerawat.	153	Pengalaman selama merawat.	1		
6.	Perubahan positif penderita.	Kondisi penderita membaik.	5	Sehabis kontrol, setelah minum obat, setengah jam kemudian kondisinya baik.	22	66	33 %
			18	Kadang-kadang membantu ibu melakukan pekerjaan rumah.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			23	Sudah dua tahun kondisinya membaik, ada perubahan yang lebih baik. Sekarang sudah bisa bekerja, memberi uang ibu.			
			34, 123	Kondisi normal.			
			40	Ketika suami saya sudah sehat dan sudah bisa bekerja kembali, pikiran saya tenang.			
			61	Ada perkembangan menjadi lebih baik.			
			64	Sekarang sudah bisa tidur dan makan, pikiran saya senang karena ada perubahan.			
			72	Ketika membaik dari sebelumnya, setelah diobati.			
			79	Dua tahun ini bersyukur karena sudah ada perubahan.			
			82	Kalau mendingan sakitnya.			
			87, 144	Ada perubahan.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			106	Kalau ibu merasa lebih baik, ada perubahan.			
			107	Sudah agak waras, saya senang.			
			112	Saya senang karena dia sadar ketika minum obat.			
			126	Sudah lebih baik, sudah bisa pergi ke luar, bisa memasak, sudah seperti orang biasa.			
			136	Kondisinya baik.			
			140	Kondisi anak yang semakin membaik.			
			141	Kalau perkembangannya lebih bagus.			
			157	Ada kemajuan.			
			181	Kondisinya sudah baik.			
		Penderita tidak kambuh.	10, 17	Kalau tidak kambuh, saya senang.	6		
			12	Kalau anak saya tidak kambuh.			
			62, 109	Kalau tidak kambuh.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			91	Kalau keponakan sedang tidak kambuh, saya senang.			
		Kesembuhan penderita.	43, 60, 84	Kalau waras.	38		
			13	Ingin seperti dulu, ketika belum sakit.			
			22, 171	Kesembuhan.			
			29	Bisa kembali ke asal mula.			
			31	Kalau sembuh.			
			32, 35, 37, 156	Ketika sehat.			
			44	Kalau adik saya waras dan sehat.			
			51, 57	Ketika ibu sehat.			
			55	Ketika sehat, saya senang.			
			69	Ketika kondisinya sehat, tidak merugikan orang lain.			
			77	Kalau sudah sembuh.			
			81	Kalau anak saya waras.			
			86, 143,	Kondisi sehat.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			169				
			93	Kesembuhan istri saya.			
			96	Kalau kakak saya sembuh, bisa meringankan beban orang tua saya.			
			101	Ketika sembuh, pikirannya menjadi baik dan bisa bekerja, sehingga saya senang.			
			120	Ketika dia sembuh.			
			121	Ketika kondisinya waras, sehat, saya senang.			
			122	Ketika waras, tidak sakit, saya senang.			
			127, 133	Sudah sembuh.			
			138	Bahagia karena sudah diberi kesembuhan.			
			159	Kalau sudah waras, saya senang.			
7.	Ketidakparahan penyakit penderita.	Penyakit penderita belum parah.	19	Sesedih apapun saya, ada yang lebih parah dari anak	3	5	2,5 %

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
9.	Lain-lain.	Ada tempat untuk berobat.	58	Ada tempat berobat untuk cucu saya.	2	44	22 %
			59	Ada tempat berobat gratis dan dekat, sehingga tidak repot.			
		Dukungan sosial.	66	Dibantu keponakan selama merawat.	5		
			163	Saudara mau membantu dan tetangga mau memperhatikan.			
			167	Keluarga mendukung.			
			181	Sekarang sudah banyak yang menolong, didukung oleh saudara dan masyarakat sekitar.			
			185	Didukung suami dan saudara.			
		Kebahagiaan penderita.	94	Ketika ibu senang, saya juga merasa senang.	1		
		Mampu menangani masalah yang ditimbulkan oleh penderita.	137	Bisa mengatasi masalah-masalah yang ditimbulkan olehnya.	2		
			165	Kalau pergi dari rumah,			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				dicari ketemu.			
		Tidak terdapat faktor yang mempengaruhi kebahagiaan.	34	Tidak ada.	34		
Total						200	100 %

LAMPIRAN 12

Tabulasi Data Faktor-faktor Ketidakbahagiaan Responden

**Tabulasi Data Mentah (Keseluruhan Jawaban Mengenai Faktor-faktor
yang Mempengaruhi Ketidakhagiaan Responden)**

Responden	Jawaban Responden
1	a. Ketika dia pergi dari rumah.
	b. Ketika dia tidak tenang.
2	Sulit untuk membiayai.
3	a. Masalah kurang sependapat.
	b. Terkadang sesuka hatinya sendiri.
4	a. Pergi tidak pamit.
	b. Tidak pernah sependapat.
	c. Seenaknya.
5	a. Kalau marah-marah atau mengamuk, jadi khawatir.
	b. Disuruh mandi tidak mau.
	c. Kalau tidak mau minum obat.
6	a. Kalau mengamuk, jadi takut.
	b. Merasa takut kalau paman saya pergi tanpa pamit.
7	a. Kalau mengamuk.
	b. Kalau pergi harus mencari.
8	Kalau makan hanya punya tahu dan tempe, tetapi minta kentang, saya jadi jengkel.
9	Kalau ibu saya rewel, tidak menurut.
10	Kalau kambuh tidak senang, pikiran jadi khawatir dan jengkel.
11	Semaunya sendiri, ditegur tidak bisa.
12	Kalau kambuh.

Responden	Jawaban Responden
13	Kalau kambuh, pikirannya semau sendiri.
14	a. Sudah lama dirawat, namun tak kunjung sembuh. b. Sangat prihatin dengan kondisinya yang semakin tidak terawat.
15	Kalau marah, jadi kesal.
16	a. Kalau kambuh, sering mengamuk. b. Buang air kecil sembarangan.
17	Kalau kambuh.
18	Kadang-kadang melamun kalau disuruh membantu ibu.
19	Anak sakit jiwa.
20	Kalau minta sesuatu harus dituruti, sementara kita tidak bisa menuruti karena tidak punya uang.
21	a. Kalau dinasihati tidak mau. b. Terkadang membuat keributan, masuk rumah orang lain tanpa izin. c. Terkadang membuat orang jengkel.
22	Karena istri sakit, sikap seenaknya sendiri, sehingga saya sering merasa susah.
23	Harus dituruti keinginannya, kalau tidak dituruti mengamuk dan memukul.
24	Tidak ada.
25	Tidak ada biaya.
26	a. Punya anak sakit. b. Sakitnya tidak dari kecil, ketika usia 23 thn. c. Prihatin.
27	Tidak ada.

Responden	Jawaban Responden
28	Ketika penderita mengamuk.
29	Tidak ada.
30	Tidak ada.
31	Kalau mengamuk.
32	Mengamuk.
33	a. Kurang bahagia karena biaya terbatas.
	b. Sering mengamuk, apapun harus dituruti, seandainya sendiri.
34	Emosinya tidak stabil.
35	Tidak menurut.
36	Kalau keinginannya tidak dituruti, anak saya jadi jengkel.
37	Kurang biaya.
38	a. Sering tidur.
	b. Sering melamun.
39	a. Karena anak sakit jiwa, saya merasakan tekanan batin dan jadi kepikiran.
	b. Tidak ada biaya untuk berobat.
40	Kalau bapak sedang tidak sehat.
41	Kalau dinasihati tidak patuh, padahal saya menasihati hal yang baik, dikira adik saya menasihati yang tidak baik.
42	Sering marah-marah.
43	Kalau kambuh dan mengamuk, merasa sedih.

Responden	Jawaban Responden
44	Kalau adik sakit, saya sedih dan menyesal karena tak kunjung sembuh.
45	Kadang marah-marah/ jengkel.
46	Tidak ada.
47	Ketika eror.
48	a. Kalau anak saya mengamuk. b. Kalau marah-marah. c. Jarang mandi.
49	Ketika sakit.
50	a. Sulit diajak berobat. b. Meluangkan waktu bagi orang yang minus, waktu tersita.
51	Ibu saya kesepian, anak-anaknya yang lain tidak mau mengurus.
52	a. Anak sakit terus. b. Kadang memukul. c. Semaunya sendiri.
53	Ketika anak sakitnya cukup parah, merasa susah
54	Menyita waktu.
55	a. Ketika kondisinya tidak normal. b. Ketika mengamuk dan jengkel, merasa sedih.
56	Bingung kalau kondisinya tidak membaik.
57	a. Kalau ibu sakit, tidak bisa tidur. b. Saya memikirkan dan tertekan.
58	Tidak ada.

Responden	Jawaban Responden
59	a. Tempat berobat jauh. b. Kalau terbentur biaya.
60	a. Kadang keterlaluan, menjengkelkan. b. Kadang kasar sama ibu.
61	a. Kalau kambuh. b. Perilakunya aneh: gelas dipecah, kasur dibakar.
62	Jengkel, kalau kambuh.
63	Kalau meminta sesuatu harus dituruti.
64	Rewel.
65	Tidak senang melihatnya karena sering mengamuk dan gelisah.
66	Mebutuhkan obat ketika kambuh, namun tidak ada biaya karena sudah tidak bekerja.
67	Ketika anak saya rewel, ribut, menyusahkan, dan mengamuk.
68	Ketika rewel/ kambuh, saya jadi sedih dan kepikiran.
69	Kalau tidak kunjung sembuh, jadi susah dan kepikiran.
70	Kalau istri saya berbicara sendiri, tak tentu arah.
71	a. Kalau kambuh butuh biaya untuk berobat, sehingga kepikiran. b. Melakukan sesuatu tidak sesuai yang diharapkan.
72	Ketika kambuh.
73	Tidak ada biaya untuk berobat.
74	Melihat saudara saya sakit, saya juga ikut merasa

Responden	Jawaban Responden
	sakit.
75	Kalau pikirannya kambuh dan berhalusinasi.
76	Tidak ada.
77	Kalau adik saya menjengkelkan.
78	a. Kalau dia mengamuk, tetangga marah. b. Kadang telanjang.
79	Kalau kambuh adik saya mengamuk sehingga repot bolak-balik Semarang, sementara ekonomi tidak stabil.
80	Dinasihati susah, kadang mau kadang tidak.
81	Kekurangan biaya.
82	Ketika kambuh.
83	Merasa malu kalau anak saya penyakitnya kambuh, dia mengamuk di rumah.
84	Ketika mengamuk.
85	Menjengkelkan.
86	Kalau kambuh, marah-marah.
87	Adik saya sakit, ditambah masalah keluarga yang lain.
88	Baru pertama kali mendapatkan hal seperti ini, punya ibu mertua yang sakit/ bergangguan.
89	Ketika mengamuk.
90	Tidak ada.
91	Kalau kambuh, dia mengamuk, saya merasa

Responden	Jawaban Responden
	sedih.
92	Tidak ada.
93	Tidak ada.
94	Ketika ibu berbicara tidak jelas, saya sedih.
95	Kalau anak saya marah, minta sesuatu harus dituruti.
96	a. Ketika mengamuk.
	b. Ketika disuruh minum obat tidak mau.
97	a. Kalau makan rewel.
	b. Kalau pergi-pergi, susah mencarinya.
98	Tidak ada.
99	Tidak diurus oleh orang tua kandungnya.
100	Tidak ada.
101	a. Kalau dikasari, anak saya mudah marah.
	b. Pernah memukul saya.
	c. Kalau tidak minum obat, marah-marah.
102	Kalau dinasihati tidak mau.
103	Kalau pergi, repot mencarinya.
104	a. Kalau anak saya tidak mau berobat, susah.
	b. Memaksa kalau meminta sesuatu, sehingga menyusahkan apabila tidak ada uang.
105	a. Kadang-kadang menjengkelkan.
	b. Tidak ada biaya.
	c. Banyak waktu dihabiskan untuk merawat.
106	a. Kalau minum obat agak susah, tidak tega

Responden	Jawaban Responden
	untuk memaksa.
	b. Sembuhnya lama.
107	a. Ketika kambuh.
	b. Tidak ada biaya.
108	Merasa jengkel kalau dia berbicara sendiri.
109	Kalau kambuh.
110	a. Kalau sedang kambuh, saya sedih dan jengkel.
	b. Susah kalau disuruh membersihkan rumah/ menyapu.
111	Menjengkelkan, kalau dinasihati selalu membantah.
112	Kalau tidak minum obat, mengamuk.
113	Kadang marah-marah dan membentak keluarganya.
114	a. Ketika sakitnya parah, emosinya tinggi sehingga tidak bahagia.
	b. Bolak-balik merawat.
115	Ketika sakit.
116	Tidak ada.
117	Kadang sulit untuk dinasihati, jadi jengkel.
118	Ketika drop, jadi kesal.
119	Ketika keadannya memburuk.
120	Kalau <i>stress</i> banyak makan, mondar-mandir, dan tidak bisa tidur sehingga mengganggu.
121	Ketika sakit dan menjengkelkan, saya tidak senang.

Responden	Jawaban Responden
122	Ketika sakitnya kambuh dan tidak mempunyai uang, saya sedih.
123	Ketika suami sakit, saya mengurusnya sendiri.
124	a. Sehabis mandi tidak mau ganti baju.
	b. Sering mengganggu adiknya.
125	Kadang semaunya sendiri, diatur susah.
126	Tidak ada.
127	Ketika sakit.
128	a. Tidak menurut ketika disuruh mengerjakan sesuatu.
	b. Kadang pelupa.
129	a. Mudah marah.
	b. Kisruh dengan tetangga.
	c. Kalau minta sesuatu harus dituruti.
130	Tidak ada.
131	a. Waktunya mandi, belum mandi.
	b. Kadang begadang, tidak ingat waktu.
	c. Merasa malu dengan cara berpakaian yang tidak rapi.
132	a. Kadang tidak sadar kalau kambuh.
	b. Memukul orang/ benda.
133	Sulit makan dan sulit tidur sehingga menyusahkan.
134	a. Ketika kambuh, mengamuk, susah mengurusinya.
	b. Sulit makan.
135	a. Kalau kambuh.

Responden	Jawaban Responden
	b. Tidak ada biaya.
136	Kalau dia teringat masa lalunya yang menyebabkan dia menjadi sakit.
137	Sedih karena adik sakit.
138	Tidak ada.
139	a. Tidak waras-waras.
	b. Tidak mempunyai uang untuk berobat.
140	Tidak bisa menerima di tahun awal kemunculan penyakit.
141	a. Kalau tidak menurut.
	b. Kadang melamun, sering marah, ditanya diam.
142	Ketika kondisinya tidak membaik.
143	a. Apapun yang dilakukannya lambat/ pikirannya tidak cepat.
	b. Tidak mau mengurus pekerjaan rumah tangga.
144	Kondisi sakit.
145	Tidak ada.
146	Karena kondisi sakit.
147	Waktu terbengkalai.
148	Ketika sakit.
149	a. Kadang tidak mau ketika diminta minum obat.
	b. Ketika diminta melakukan sesuatu, kadang mau kadang tidak.
	c. Sering melamun.

Responden	Jawaban Responden
150	a. Tidak mau bekerja.
	b. Ketika berbicara tidak jelas, marah-marrah.
151	Tidak ada.
152	a. Merawatnya membuat jemu dan lelah.
	b. Pembicaraannya memancing emosi.
153	Kalau sakitnya kambuh.
154	Ketika kambuh, kadang marah-marrah.
155	Ketika sakit, tingkah lakunya menjengkelkan.
156	Ketika kambuh, saya merasa pusing.
157	Tidak ada.
158	a. Kadang emosinya tinggi dan tidak bisa dikendalikan, sehingga saya juga terbawa emosi.
	b. Kadang orang tua tidak bisa menerima keadaannya.
159	Kalau kambuh, saya merasa pusing dan susah.
160	Kalau kondisinya drop.
161	a. Sulit tidur.
	b. Kadang bicara sendiri.
162	Kalau kambuh, sering marah.
163	Ketika ada pembicaraan dari tetangga yang menyinggung.
164	Ketika sedang kambuh, merasa sedih.
165	a. Mengamuk.
	b. Berbicara sendiri.

Responden	Jawaban Responden
166	Tidak ada.
167	Tidak ada.
168	Ketika tidak mempunyai uang, susah berobat, lokasi RSJ jauh dari rumah.
169	Tidak ada.
170	Ketika kambuh.
171	Ketika sakit.
172	a. Kadang menunjukkan perilaku yang aneh. b. Sering melamun.
173	a. Kalau pikirannya tidak normal. b. Sering membuat saya kesal.
174	Ketika kambuh.
175	a. Ketika tidak bisa menuruti apa yang diinginkannya. b. Ketika mengamuk dan marah-marah.
176	Tidak ada biaya untuk pulang-pergi ke tempat berobat.
177	a. Ketika sakit. b. Masalah uang.
178	a. Anak sakit. b. Tidak ada biaya untuk berobat.
179	Resah ketika anak sakit/ tertekan/ kambuh.
180	Kadang emosinya tinggi.
181	Kadang melawan dan tidak menurut.

Responden	Jawaban Responden
182	Tidak ada.
183	a. Merasa kesal ketika kambuh. b. Merasa malu/ tidak enak dengan tetangga.
184	Ketika mengamuk.
185	Bingung kalau kambuh penyakitnya.
186	a. Sakitnya tidak sembuh meski sudah lama. b. Kadang sulit tidur. c. Kadang berbicara sendiri. d. Kadang marah-marah.
187	Karena sakit.
188	a. Ketika kambuh. b. Dampak negatif dari kambuh.
189	Merasa tertekan ketika mengetahui anak sakit jiwa.
190	Tidak ada.
191	Ketika kambuh, saya takut.
192	Tidak ada biaya.
193	a. Kadang bicara terus, tidak mau berhenti. b. Kadang pergi-pergi sendiri. c. Tidak mau tidur.
194	a. Kalau tak kunjung sehat. b. Memikirkan biaya, karena tidak mampu.
195	Tidak ada.
196	Ketika sakit.
197	a. Ada penyakit.

Responden	Jawaban Responden
	b. Sakitnya tak kunjung sembuh.
198	a. Pusing menghadapi anak sakit.
	b. Tidak ada biaya untuk mengurus, ekonomi kurang.
199	Tidak ada.
200	a. Sudah lama dirawat, namun belum sembuh juga.
	b. Tidak ada biaya untuk merawat.

Tabulasi Data Koding Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakhagiaan *Informal Caregiver* Penderita

Skizofrenia

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
1.	Perilaku maladaptif penderita.	Penderita pergi tanpa pamit.	1	Ketika dia pergi dari rumah.	2	22	11 %
			4	Pergi tidak pamit.			
		Perilaku penderita tidak dapat dikendalikan.	6	Kalau mengamuk, jadi takut.	16		
			7, 31, 32, 84, 89, 96, 112, 134, 165, 184	Kalau mengamuk.			
			28	Ketika penderita mengamuk.			
			48, 67	Kalau anak saya mengamuk.			
			65	Tidak senang melihatnya karena sering mengamuk dan gelisah.			
			83	Merasa malu kalau anak saya mengamuk di rumah.			
		Penderita berperilaku aneh.	61	Perilakunya aneh: gelas dipecah, kasur dibakar.	4		
			78	Kadang telanjang.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			120	Kalau <i>stress</i> banyak makan, mondar-mandir, dan tidak bisa tidur sehingga mengganggu.			
			172	Kadang menunjukkan perilaku yang aneh.			
2.	Perilaku tidak patuh penderita.	Penderita tidak mau diatur.	3	Terkadang sesuka hatinya sendiri.	21	31	15,5 %
			9	Kalau ibu saya rewel, tidak menurut.			
			11	Semaunya sendiri, ditegur tidak bisa.			
			18	Kadang-kadang melamun kalau disuruh membantu ibu.			
			21	Kalau dinasihati tidak mau.			
			22	Karena istri sakit, sikap seenaknya sendiri, sehingga saya sering merasa susah.			
			23	Harus dituruti keinginannya, kalau tidak dituruti mengamuk			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				dan memukul.			
			35	Tidak menurut.			
			36	Kalau keinginannya tidak dituruti, anak saya jadi jengkel.			
			41	Kalau dinasihati tidak patuh, padahal saya menasihati hal yang baik, dikira adik saya menasihati yang tidak baik.			
			63	Kalau meminta sesuatu harus dituruti.			
			64	Rewel.			
			80	Dinasihati susah, kadang mau kadang tidak.			
			95	Kalau anak saya marah, minta sesuatu harus dituruti.			
			102	Kalau dinasihati tidak mau.			
			117	Kadang sulit untuk dinasihati, jadi jengkel.			
			125	Kadang semaunya sendiri,			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				diatur susah.			
			128	Tidak menurut ketika disuruh mengerjakan sesuatu.			
			129	Kalau minta sesuatu harus dituruti.			
			141	Kalau tidak menurut.			
			181	Kadang melawan dan tidak menurut.			
		Penderita tidak mau makan.	8	Kalau makan hanya punya tahu dan tempe, tetapi minta kentang, saya jadi jengkel.	2		
			97	Kalau makan rewel.			
		Penderita tidak mau diajak berobat.	50	Sulit diajak berobat.	2		
			104	Kalau anak saya tidak mau berobat, susah.			
		Penderita tidak mau minum obat.	106	Kalau minum obat agak susah, tidak tega untuk memaksa.	2		
			149	Kadang tidak mau ketika diminta minum obat.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
		Penderita tidak mau merawat diri.	123	Sehabis mandi tidak mau ganti baju.	2		
			131	Waktunya mandi, belum mandi.			
		Penderita tidak mau tidur.	133	Sulit tidur sehingga menyusahkan.	2		
			161	Sulit tidur.			
3.	Ketidakstabilan emosi penderita.	Penderita memiliki emosi tinggi.	5	Kalau marah-marrah atau mengamuk, jadi khawatir.	11	11	5,5 %
			15	Kalau marah, jadi kesal.			
			34	Emosinya tidak stabil.			
			42	Sering marah-marrah.			
			45	Kadang marah-marrah/ jengkel.			
			86	Kalau kambuh, marah-marrah.			
			101	Kalau dikasari, anak saya mudah marah.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			113	Kadang marah-marah dan membentak keluarganya.			
			114	Ketika sakitnya parah, emosinya tinggi sehingga tidak bahagia.			
			158	Kadang emosinya tinggi dan tidak bisa dikendalikan, sehingga saya juga terbawa emosi.			
			180	Kadang emosinya tinggi.			
4.	Pikiran penderita abnormal.	Pembicaraan penderita inkoheren.	70	Kalau istri saya berbicara sendiri, tak tentu arah.	5	11	5,5 %
			94	Ketika ibu berbicara tidak jelas, saya sedih.			
			108	Merasa jengkel kalau dia berbicara sendiri.			
			150	Ketika berbicara tidak jelas.			
			193	Kadang bicara terus, tidak mau berhenti.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
		Penderita mengalami halusinasi.	75	Kalau pikirannya kambuh dan berhalusinasi.	1		
		Penderita tidak mampu berpikir secara normal.	132	Kadang tidak sadar kalau kambuh.	4		
	143		Apapun yang dilakukannya lambat/ pikirannya tidak cepat.				
	173		Kalau pikirannya tidak normal.				
		Penderita melamun.	38	Sering melamun.	1		
5.	Keterbatasan biaya perawatan.	Tidak ada biaya untuk merawat penderita.	2	Sulit untuk membiayai.	15	15	7,5 %
	20		Kalau minta sesuatu harus dituruti, sementara kita tidak bisa menuruti karena tidak punya uang.				
	25, 192		Tidak ada biaya.				
	33		Kurang bahagia karena biaya terbatas.				
	37, 81		Kekurangan biaya.				

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			66	Mebutuhkan obat ketika kambuh, namun tidak ada biaya karena sudah tidak bekerja.			
			71	Kalau kambuh butuh biaya untuk berobat, sehingga kepikiran.			
			73	Tidak ada biaya untuk berobat.			
			79	Kalau kambuh adik saya mengamuk sehingga repot bolak-balik Semarang, sementara ekonomi tidak stabil.			
			168	Ketika tidak mempunyai uang, susah berobat, lokasi RSJ jauh dari rumah.			
			176	Tidak ada biaya untuk pulang-pergi ke tempat berobat.			
			178	Tidak ada biaya untuk berobat.			
			194	Memikirkan biaya, karena tidak mampu.			
6.	Lamanya	Penderita tak kunjung	14	Sudah lama dirawat, namun tak	7	7	3,5 %

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
	kesembuhan penderita.	sembuh.		kunjung sembuh.			
			44	Kalau adik sakit, saya sedih dan menyesal karena tak kunjung sembuh.			
			52	Anak sakit terus.			
			69	Kalau tidak kunjung sembuh, jadi susah dan kepikiran.			
			139	Tidak waras-waras.			
			198	Sakitnya tak kunjung sembuh.			
			200	Sudah lama dirawat, namun belum sembuh juga.			
7.	Beban dan tekanan selama merawat.	Mengalami beban emosi.	60	Kadang keterlaluan, menjengkelkan.	4	11	5,5 %
			77	Kalau adik saya menjengkelkan.			
			85	Menjengkelkan.			
			111	Menjengkelkan, kalau dinasihati selalu membantah.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
		Mengalami tekanan batin.	39	Karena anak sakit jiwa, saya merasakan tekanan batin dan jadi kepikiran.	6		
			57	Saya memikirkan dan tertekan.			
			74	Melihat saudara saya sakit, saya juga ikut merasa sakit.			
			152	Merawatnya membuat jemu dan lelah.			
			189	Merasa tertekan ketika mengetahui anak sakit jiwa.			
			198	Pusing menghadapi anak sakit.			
		Mengalami tekanan sosial.	163	Ketika ada pembicaraan dari tetangga yang menyinggung.	1		
8.	Keparahan kondisi penderita.	Penderita dalam kondisi kambuh.	10	Kalau kambuh tidak senang, pikiran jadi khawatir dan jengkel.	28	54	27 %
			12, 17, 72, 82, 107, 109, 135,	Kalau kambuh.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			170, 174, 186				
			13	Kalau kambuh, pikirannya semau sendiri.			
			16	Kalau kambuh, sering mengamuk.			
			43	Kalau kambuh dan mengamuk, merasa sedih.			
			62	Jengkel, kalau kambuh.			
			68	Ketika kambuh, saya jadi sedih dan kepikiran			
			91	Kalau kambuh, dia mengamuk, saya merasa sedih.			
			110	Kalau sedang kambuh, saya sedih dan jengkel.			
			122	Ketika sakitnya kambuh dan tidak mempunyai uang, saya sedih.			
			153	Kalau sakitnya kambuh.			
			154	Ketika kambuh, kadang marah-			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
				marah.			
			156	Ketika kambuh, saya merasa pusing.			
			159	Kalau kambuh, saya merasa pusing dan susah.			
			162	Kalau kambuh, sering marah.			
			164	Ketika sedang kambuh, merasa sedih.			
			183	Merasa kesal ketika kambuh.			
			185	Bingung kalau kambuh penyakitnya.			
			191	Ketika kambuh, saya takut.			
		Penderita dalam kondisi sakit.	19	Anak sakit jiwa.	26		
			26	Punya anak sakit.			
			40	Kalau bapak sedang tidak sehat.			
			47	Ketika eror.			
			49, 115, 127, 148,	Ketika sakit.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			171, 177, 196				
			53	Ketika anak sakitnya cukup parah, merasa susah.			
			55	Ketika kondisinya tidak normal.			
			56	Bingung kalau kondisinya tidak membaik.			
			88	Baru pertama kali mendapatkan hal seperti ini, punya ibu mertua yang sakit/bergangguan.			
			118	Ketika drop, jadi kesal.			
			119	Ketika keadannya memburuk.			
			121	Ketika sakit dan menjengkelkan, saya tidak senang.			
			137	Sedih karena adik sakit.			
			141	Ketika kondisinya tidak membaik.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			144, 146	Kondisi sakit.			
			155	Ketika sakit, tingkah lakunya menjengkelkan.			
			160	Kalau kondisinya drop.			
			179	Resah ketika anak sakit.			
			187	Karena sakit.			
9.	Lain-lain.	Kurangnya dukungan sosial.	51	Ibu saya kesepian, anak-anaknya yang lain tidak mau mengurus.	3	38	19 %
			99	Tidak diurus oleh orang tua kandungnya.			
			122	Ketika suami sakit, saya mengurusnya sendiri.			
		Waktu tersita selama merawat.	54	Menyita waktu.	3		
			105	Banyak waktu dihabiskan untuk merawat.			
			147	Waktu terbengkalai.			

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
		Tempat berobat sulit dijangkau.	59	Tempat berobat jauh.	1		
		Muncul permasalahan lain selama merawat.	87	Adik saya sakit, ditambah masalah keluarga yang lain.	1		
		Penderita teringat permasalahannya di masa lalu.	136	Kalau dia teringat masa lalunya.	1		
		Sulit menemukan penderita yang pergi dari rumah tanpa pamit.	103	Kalau pergi, repot mencarinya.	1		
		Kurangnya penerimaan diri.	140	Tidak bisa menerima di tahun awal kemunculan penyakit.	1		
		Tidak bisa menuruti keinginan penderita.	175	Ketika tidak bisa menuruti apa yang diinginkannya.	1		
		Tidak terdapat faktor yang mempengaruhi ketidakbahagiaan.	24, 27, 29, 30, 46, 58, 76, 90, 92, 93, 98, 100, 116, 126, 130, 138, 145, 151, 157, 166, 167, 169, 182,	Tidak ada.	26		

No	Kategori	Sub-kategori	Responden	Jawaban Responden	Frekuensi Jawaban	Frekuensi Total	Prosentase
			190, 195, 199				
Total						200	100 %

LAMPIRAN 13

Surat Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN

Gedung A2, Kampus sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
Telepon/Fax: (024) 8508019
Laman: <http://fip.unnes.ac.id>

Nomor : 3671 /UN37.1.1/KM/2014
Lamp : -
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

25 Agustus 2014

Yth. Kepala RSJD dr. Amino Gondohutomo
Semarang

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan skripsi/tugas akhir dengan judul "*Kebahagiaan Pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia*" oleh mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Tri Isnaeni
NIM : 1511410043
Jurusan : Psikologi

bermaksud melakukan penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin yang rencananya akan dilaksanakan pada bulan September sampai dengan Nopember 2014.

Berkenaan dengan hal tersebut diatas, kami memohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami tersebut.

Demikian atas perkenan dan kerjasama Bapak/Ibu kami haturkan banyak terimakasih.



Drs. Hardjono, M.Pd.

NIP. 195108011979031007

Tembusan:
1. Ketua Jurusan Psikologi FIP
Universitas Negeri Semarang



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO

Jl. Brigjen Sudiarto No. 347 Kode Pos 50191 Po Box 1090 Telp (024) 6722564

Fax (024) 6722566 SEMARANG

Website : rs-amino.jatengprov.go.id, Email : amino@jatengprov.go.id

Semarang, 17 Oktober 2014

Kepada Yth.

Nomor : 420 / 8 / 10470 / X / 2014
 Lampiran : ---
 Perihal : Penelitian

Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan
 Universitas Negeri Semarang
 Di -

SEMARANG

Menindaklanjuti surat saudara Nomor 3671/UN37.1.1/KM/2014 Tanggal 25 Agustus 2014 perihal Permohonan Ijin penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan menerima kegiatan penelitian mahasiswa Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang atas nama :

Nama : Tri Isnaeni
 NIM : 1511410043
 Judul : Kebahagiaan Pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia

Selanjutnya agar berkoordinasi dengan Sub Bagian Pendidikan dan Litbang RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, Telp 6722564 Pesawat 411.

Demikian atas kerjasamanya, disampaikan terimakasih.

DIREKTUR RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO
 PROVINSI JAWA TENGAH



Dr. SRI WIDYAYATI, Sp.PK, M.Kes
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590423 198611 2 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN

Gedung A2, Kampus sekaran, Gunungpati, Semarang 50229

Telepon/Fax: (024) 8508019

Laman: <http://fip.unnes.ac.id>

Nomor : 3962./UN37.1.1/KM/2014

15 September 2014

Lamp : -

Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Direktur RSUD Kabupaten Batang
Jl. Dr. Sutomo No. 42 Batang 51215
Kabupaten Batang

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan skripsi/tugas akhir dengan judul "*Kebahagiaan Pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia*" oleh mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Tri Isnaeni
NIM : 1511410043
Jurusan : Psikologi

bermaksud melakukan penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin yang rencananya akan dilaksanakan pada bulan September sampai dengan Nopember 2014.

Berkenaan dengan hal tersebut diatas, kami memohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami tersebut.

Demikian atas perkenan dan kerjasama Bapak/Ibu kami haturkan banyak terimakasih.

Dekan,

Drs. Hardjono, M.Pd.
NIP. 195108011979031007

Tembusan:
1. Ketua Jurusan Psikologi FIP
Universitas Negeri Semarang



PEMERINTAH KABUPATEN BATANG
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Jl. RA. Kartini No. 1 Batang, 51215 Jawa Tengah, Telp. (0285) 391131, 392131 Fax. (0285) 391131

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072 / 299 / 2014

- I. DASAR : a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011.
 b. Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah Nomor 070/265/2004 tanggal 20 Februari 2004.
- II. MENARIK : Surat Kepala Kesbangpol Kabupaten Batang Nomor : 070/044/X/2014 tanggal 14 Oktober 2014 perihal Permohonan Ijin Penelitian
- III. Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Batang, bertindak dan atas nama Bupati Batang menyatakan "TIDAK KEBERATAN" atas pelaksanaan penelitian/survei/praktek kerja lapangan/mencari data di wilayah Kabupaten Batang, yang akan dilaksanakan oleh :
1. Nama : **TRI ISNAENI.**
 2. Pekerjaan : Mahasiswa UNNES Semarang.
 3. Alamat : Dk. Wonolobo RT 001 RW 001 Ds. Pasekaran Kec. Batang Kab.Batang.
 4. Penanggungjawab : Drs. Hardjono, M.Pd.
 5. Maksud & tujuan : Permohonan Ijin Penelitian guna penyusunan Skripsi dengan judul "*Kebahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia*".

Lokasi : Kabupaten Batang

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan penelitian/survei/praktek kerja lapangan/mencari data/program sosialisasi tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintah;
 - b. Sebelum melaksanakan penelitian/survei/praktek kerja lapangan/mencari data/program sosialisasi langsung kepada responden/ masyarakat, maka harus terlebih dahulu melapor kepada penguasa/pimpinan setempat;
 - c. Setelah penelitian/survei/praktek kerja lapangan/mencari data/program sosialisasi selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada BAPPEDA Kabupaten Batang.
- IV. Surat Rekomendasi ini berlaku dari tanggal 14 Oktober 2014 s.d. 14 Nopember 2014.

DIKELUARKAN DI : B A T A N G
 PADA TANGGAL : 14 Nopember 2014

A.n. BUPATI BATANG
 KEPALA BAPPEDA KABUPATEN BATANG
 Kabid Litbang,



Tembusan : disampaikan kepada Yth

1. Kepala Kesbangpol Kab. Batang;
2.;
3. **Arsip.**



**PEMERINTAH KABUPATEN BATANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Alamat : Jl. Dr. Sutomo 42 Telp. (0285) 391033, 7929033 Fax. 391206 Batang 51215

Batang, 28 Oktober 2014

Nomor : 445/ A171 /2014
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan
Ijin Penelitian

K e p a d a
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan
Universitas Negeri Semarang

di -
Semarang

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang Nomor : 3962/UN37.1.1/KM/2014 Tanggal 15 September 2014 Perihal Permohonan Ijin Penelitian dan menindaklanjuti surat dari Bappeda Kabupaten Batang Nomor : 072/299/2014 Tanggal 14 Nopember 2014.

N a m a : Tri Isnaeni
NIM : 1511410043
Pekerjaan : Mahasiswi UNNES Semarang
Alamat : Dk. Wonolobo RT.001 RW.001 Ds.Pasekaran Kec. Batang

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami memberikan ijin mahasiswa saudara untuk melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Batang guna penyusunan Skripsi dengan judul : "Kabahagiaan pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia"

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD KABUPATEN BATANG
KEPALA BAGIAN TATA USAHA


SUMINO, SH
 Kepala Tingkat I (III/d)
 NIP. 19620403198908 1 002

TEMBUSAN, Disampaikan Kepada Yth

1. Direktur RSUD Kab. Batang (sebagai laporan) ;
 2. Bidang Keperawatan RSUD Batang;
-



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN

Gedung A2, Kampus sekaran, Gunungpati, Semarang 50229

Telepon/Fax: (024) 8508019

Laman: <http://fip.unnes.ac.id>

Nomor : 4162 /UN37.1.1/KM/2014

30 September 2014

Lamp : -

Hal : Permohonan Ijin Penelitian

**Yth. UPT. Rumah Perlindungan Sosial Berbasis Masyarakat
Jl. HOS. Cokro Aminoto No. 377A Kuripan Kidul
Kota Pekalongan**

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan skripsi/tugas akhir dengan judul *Kebahagiaan Pada Informal Caregiver Penderita Skizofrenia* oleh mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Tri Isnaeni
NIM : 1511410043
Jurusan : Psikologi

bermaksud melakukan penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin yang rencananya akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2014.

Berkenaan dengan hal tersebut diatas, kami memohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami tersebut.

Demikian atas perkenan dan kerjasama Bapak/Ibu kami haturkan banyak terimakasih.



Dekan
Drs. Hardjono, M.Pd.
NIP. 195108011979031007

Tembusan:
1. Ketua Jurusan Psikologi FIP
Universitas Negeri Semarang



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
DINAS SOSIAL TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI
RUMAH PERLINDUNGAN SOSIAL BERBASIS
MASYARAKAT
(RPS BM)

Alamat : Jl. Hos Cokroaminoto NO. 377 A Telp. (0285) 420444 Kota Pekalongan

SURAT KETERANGAN

Nomor : 169 / RPSBM / XII / 2014

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : M. NOFEL, SE, ST, M.Si
Jabatan : KETUA RUMAH PERLINDUNGAN SOSIAL BERBASIS
MASYARAKAT (RPSBM) KOTA PEKALONGAN

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : TRI ISNAENI
NIM : 1511410043

Mahasiswa Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang, telah melaksanakan penelitian dalam rangka menyelesaikan skripsi/tugas akhir dengan judul:

"KEBAHAGIAAN PADA INFORMAL CAREGIVER PENDERITA SKIZOFRENIA".

Demikian Surat Keterangan ini kami buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pekalongan, 17 Desember 2014

KETUA RUMAH PERLINDUNGAN SOSIAL
BERBASIS MASYARAKAT (RPS BM)
KOTA PEKALONGAN



M. NOFEL, SE, ST, M.Si