

**STUDI KASUS SPIRITUAL WELL-BEING PADA ORANG TUA
DENGAN ANAK PASIEN SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat

Guna Memperoleh Gelar Sarjana Strata Satu (S-1)

Dalam Ilmu Ushuluddin dan Humaniora

Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi



Oleh :

Zakiah Nur Azizah

2104046030

TASAWUF DAN PSIKOTERAPI

FAKULTAS USHULUDDIN HUMANIORA

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO SEMARANG

2025

HALAMAN DEKLARASI DEKLARASI KEASLIAN

DEKLARASI KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zakiah Nur Azizah
NIM : 2104046030
Jurusan : Tasawuf dan Psikoterapi
Fakultas : Ushuluddin dan Humaniora
Judul Skripsi : "STUDI KASUS SPIRITUAL WELL-BEING PADA ORANG TUA DENGAN ANAK PASIEN SKIZOFRENIA"

Dengan ini saya penuh kejujuran menyatakan bahwa skripsi ini benar-benar karya saya sendiri dengan bantuan dari berbagai pihak. Saya bertanggung jawab sepenuhnya atas isi dari hasil skripsi ini saya gunakan sebagai bahan refensi dengan melalui prosedur yang telah dibenarkan.

Semarang, 9 Juni 2025

Deklarator



Zakiah Nur Azizah

NIM. 2104046030

PERSETUJUAN PEMBIMBING

**STUDI KASUS SPIRITUAL WELL-BEING PADA ORANG TUA DENGAN
ANAK PASIEN SKIZOFRENIA**



SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat

Guna Memperoleh Gelar Sarjana

Dalam Ilmu Ushuluddin dan Humaniora

Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi

Oleh:

ZAKIAH NUR AZIZAH

2104046030

FAKULTAS USHULUDDIN DAN HUMANIORA

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO

SEMARANG

2025

Semarang, 9 Juni 2025

Disetujui oleh:

Pembimbing

Hikmatun Balighoh N. F. S. Psi., M. Psi.

NIP. 198804142019032011

LEMBAR PENGESAHAN

PENGESAHAN

Skripsi Saudara Zakiah Nur Azizah

NIM 2104046030 telah dimunaqosahkan oleh Dewan Penguji Skripsi Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang, pada tanggal 25 Juni 2025. Dan diterima serta disahkan sebagai salah satu syarat guna menempuh gelar Sarjana dalam Ilmu Ushuluddin dan Humaniora.

Ketua Sidang



Penguji I

Pembimbing I

Hikmatun Balighoh N.F., M.Psi. Psikolog
NIP: 198804142019032011

Prof. Dr. H. Hasyim Muhammad, M.Ag
NIP: 197203151997031002

Penguji II

Sekretaris Sidang

Komari, M.Si
NIP: 198703082019031002

Otiq Jembarwati, S.Psi., M.A.
NIP: 197505082005012001

MOTTO

“ Dialah yang Memberi Rahmat Kepadamu dan Malaikat-Nya (Memohonkan Ampunan Untukmu), Supaya Dia Mengeluarkan Kamu dari Kegelapan Kepada Cahaya (yang Terang). Dan Adalah Dia Maha Penyayang Kepada Orang-Orang yang Beriman. ”

(QS. AL-AHZAB :43)

“ *You Gotta Step Into The Daylight And Let It Go.* ”

(Taylor Swift's)

TRANSLITERASI

Transliterasi dalam Bahasa Arab adalah peralihan huruf abjad satu ke yang lainnya dan menerjemahkan huruf arab ke dalam huruf latin sampai perangkatnya. Dalam penulisan ini selalu berpedoman dengan menggunakan “Pedoman Transliterasi Arab-Latin” yang diputuskan oleh Menteri Agama dan Menteri Kebudayaan RI tahun 1987.

Berikut penjelasan transliterasi Arab-latin:

1. Konsonan

Huruf Arab	Nama	Huruf Latin	Keterangan
ا	Alif	Tidak dilambangkan	Tidak dilambangkan
ب	Ba	B	Be
ت	Ta	T	Te
ث	Tsa	š	Es (dengan titik di atas)
ج	Jim	J	Je
ح	Ha	ḥ	Ha (dengan titik di bawah)
خ	Kho	Kh	Ka dan ha
د	Dal	D	De
ذ	Dzal	Ż	Zet (dengan titik di bawah)
ر	Ro	R	Er
ز	Zay, zayy atau za	Z	Zet
س	Sin	S	Es
ش	Syin	Sy	Es dan ye

ص	Shod	ش	Es (dengan titik di bawah)
ض	Dhod	ڏ	De (dengan titik di bawah)
ط	Tho	ڻ	Te (dengan titik di bawah)
ڙ	Zho	ڙ	Zet (dengan titik di bawah)
ع	Ain	ڻ	Koma terbalik (di atas)
غ	Ghoin	ڳ	Ge
ف	Fa	ڦ	Ef
ق	Qof	ڦ	Ki
ڪ	Kaf	ڪ	Ka
ڻ	Lam	ڻ	El
ڻ	Mim	ڻ	Em
ڻ	Nun	ڻ	En
و	Wawu	ڻ	We
اه	Ha'	ڻ	Ha
ء	Hamzah	ڻ	Apostrof
ي	ya	ڻ	Ye

2. Konsonan Rangkap karena Syaddah Ditulis Rangkap

متعددة عَدَّة	Ditulis Ditulis	<i>Muta'addidah</i> <i>'iddah</i>
------------------	--------------------	--------------------------------------

3. Ta ڏ marbū taḥ

Baik di akhir kata maupun di tengah gabungan kata (kata yang biasanya diikuti artikel “al”), semua huru ڏ marbū ta tah ditulis dengan huruf h. kecuali jika diinginkan kata aslinya, pedoman ini tidak diperlukan jika kata-

kata Arab telah dimasukkan ke dalam bahasa Indonesia, seperti doa, zakat, dan sebagainya

حَكْمَةٌ	Ditulis	<i>Hikmah</i>
عَلَيْهِ	Ditulis	<i>'tillah</i>
رَامَةً لِّلَّيَاءِ	Ditulis	<i>Karā mah al-auliyā'</i>

4. Vokal Pendek dan Penerapannya

---	Fathaḥ	Ditulis	A
----	Kasrah	Ditulis	I
---	Dammaḥ	Ditulis	U
فَعْلٌ	Fathaḥ	Ditulis	<i>Fa'ala</i>
ذَكْرٌ	Kasrah	Ditulis	<i>žukira</i>
بَذْهَبٌ	Dammaḥ	Ditulis	<i>yaz habu</i>

5. Vokal Panjang

1. Fathah + alif جَاهْلَيَّةٌ	Ditulis Ditulis	ā <i>jā hiliyyah</i>
2. Fathah + ya' مَاتِيٌّ تَنْسِيٌّ	Ditulis Ditulis	ā <i>tansā</i>
3. Kasrah + ya' كَرِيمٌ	Ditulis Ditulis	ī <i>karīm</i>
4. Dammaḥ + wawu mati فَرُوضٌ	Ditulis Ditulis	ū <i>furuū q</i>

6. Vokal Rangkap

1. Fathah + ya' بِينَكُمْ mati	Ditulis Ditulis	<i>Ai</i> <i>Bainakum</i>
2. Fathah + wawu mati	Ditulis	<i>Au</i>
قول	Ditulis	<i>Qaul</i>

7. Vokal Pendek yang Berurutan dalam Satu Kata Dipisahkan dengan Apostrof

اًنْتُمْ	Ditulis	<i>A 'antum</i>
اُعْدَّتْ	Ditulis	<i>U'iddat</i>
لَتَشْكُرْتُمْ	Ditulis	<i>La 'in syakartum</i>

8. Kata Sandang Alif + Lam

- a. Bila diikuti huruf Qomariyyah maka ditulis dengan menggunakan huruf awal “al”.

الْقُرْآن	Ditulis	<i>Al-Qur'ān</i>
الْقِيَاس	Ditulis	<i>Al-Qiyās</i>

- b. Bila diikuti huruf Syamsiyyah penulisannya sesuai dengan huruf pertama syamsiyyah

السَّمَاء	Ditulis	<i>As-Samā'</i>
الشَّمْس	Ditulis	<i>Asy-Syams</i>

9. Penulisan Kata-Kata dalam Rangkaian Kalimat

Penulisannya akan ditulis sesuai pedoman penulisan yang ada

ذوی الفروض	Ditulis	<i>Zawi al-furū d</i>
ا هل السنّة	Ditulis	<i>Ahl as-sunnah</i>

10. Tajwid

Bagi mereka yang menginginkan kefasihan dalam bacaan, pedoman transliterasi ini merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan ilmu tajwid. Karena itu, peresmian pedoman transliterasi Arab Latin (Versi Internasional) ini perlu disertai dengan pedoman Tajwid.

UCAPAN TERIMAKASIH

Bismillahirrahmanirahim, Alhamdulillah rabbil'alamin

Puji syukur saya panjatkan kepada kehadiran Allah SWT yang telah mengaruniakan limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya. Sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul “Studi Kasus Spiritual Well-Being Pada Orang Tua Dengan Anak Pasien Skizofrenia”. Penelitian tersebut berlangsung di Kabupaten Klaten Jawa Tengah.

Tidak lupa shalawat serta salam semoga senantiasa tersampaikan kepada Nabi kita Nabi Agung Muhammad SAW yang telah memberikan banyak tauladan dalam menjalani kehidupan. Semoga, kita terpilih menjadi salah satu umat yang berhak mendapat syafaatnya di hari penghakiman kelak.

Dalam perjalanan penulisan skripsi ini, peneliti menyadari bahwa upaya untuk menyelesaikan tahap demi tahap tulisan ini memerlukan keseriusan, kesabaran, kerja keras, kehati-hatian, waktu, serta sumbangsih pikiran dan dorongan dari banyak pihak. Oleh sebab itu, teriring doa dan ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Prof. Nizar, M.Ag., selaku Rektor UIN Walisongo Semarang yang bertanggung jawab atas berjalannya proses pendidikan di Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang.
2. Bapak Dr. H Mokh Sya'roni, M.Ag., selaku Dekan Fakultas Ushuluddin dan Humaniora, UIN Walisongo Semarang.
3. Ibu Sri Rejeki, S.So.I., M.Si selaku Ketua Jurusan Tasawuf dan Psikoterapi, Fakultas Ushuluddin Humaniora.
4. Bapak Royanullah, M.Psi.t., selaku Sekretaris Jurusan dan wali dosen yang selalu memberi bimbingan dan arahan selama penulis menjadi mahasiswa di bawah bimbingannya.
5. Ibu Hikmatun Balighoh N. F.. S.Psi.., M.Psi., selaku pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pemikiran dalam memberikan

bimbingan, motivasi, arahan, dan saran sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.

6. Para dosen Fakultas Ushuluddin dan Humaniora yang telah berbagi ilmu dan memberikan motivasi untuk terus berkembang, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
7. Kedua orang tua yang amat terkasih, Bapak Ahmad Ibnu Sudarjo dan Ibu Pujinah dan kakak tersayang Irkhamni Mega Masyitoh yang selalu mendoakan, memberi ridho dalam setiap langkah penulis. Tidak lupa dukungan semangat yang tidak pernah padam, senantiasa menjadi rumah yang hangat untuk penulis kembali pulang disaat penulis dalam keadaan susah dan berkeluh kesah. Dan selalu mengupayakan fasilitas terbaik untuk penulis selama menempuh pendidikan di kota orang.
8. Teman dekat penulis Vera Anti A, Firda Rahma D, Syafna Adilah T, dan Zuhniar F yang selalu memberikan semangat dan dukungan kepada penulis serta dapat menjadi tempat berkeluh kesah dikala penulis patah semangat.
9. Teman penulis M. Haidar, Naya, Tyas, Natasha, Azizah, Nadia, Kak Dil, Kak Din, Diego, dan Wena yang telah menjadi teman yang senantiasa memberikan kebahagiaan selama menjalin hubungan pertemanan bersama-sama.
10. Bapak dan Ibu Kos Maria yang selalu memberikan perhatian, kasih dan menjaga penulis selama penulis berada di perantauan.
11. Keluarga Besar Radio Gema Mahasiswa Islam (RGM I) dan Dompet Dhuafa Volunteer (DDV) Jawa Tengah .

DAFTAR ISI

HALAMAN DEKLARASI	2
PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	3
LEMBAR PENGESAHAN	4
MOTTO	5
TRANSLITERASI.....	6
UCAPAN TERIMAKASIH.....	11
DAFTAR ISI.....	13
DAFTAR TABEL.....	15
DAFTAR LAMPIRAN.....	16
Abstrak.....	17
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	7
C. TUJUAN PENELITIAN.....	7
D. MANFAAT PENELITIAN.....	8
E. KAJIAN TERDAHULU.....	9
F. SISTEMATIKA PENULISAN.....	22
BAB 2	24
KAJIAN TEORI	24
A. SPIRITUAL WELL-BEING.....	24
1) Definisi Spiritual Well-Being	24
2) Domain dalam Spiritual Well-Being.....	27
3) Aspek Spiritual Well Being	28
4) Faktor-faktor Spiritual well-being	31
B. SKIZOFRENIA	34
1) Pengertian Skizofrenia	34
2) Gejala Gangguan Skizofrenia	37
C. KELUARGA DAN CAREGIVER	43
1) Pengertian dan Fungsi Keluarga	43
2) Keluarga Sebagai Caregiver.....	45

3) Dinamika Keluarga sebagai Caregiver.....	47
BAB 3	50
METODE PENELITIAN.....	50
A. JENIS PENELITIAN	50
B. PROSEDUR PENELITIAN	51
C. DATA DAN SUMBER DATA	53
D. TEKNIK PENGUMPULAN DATA	54
E. UNIT ANALISIS	55
F. TEKNIK ANALISIS DATA.....	57
G. KEABSAHAN DATA.....	58
BAB 4	61
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	61
A. PAPARAN DATA.....	61
1) SEJARAH GANGGUAN SKIZOFRENIA	61
2) PERAWATAN DAN PENGASUH CAREGIVER KEPADA PASIEN	64
3) SPIRITUAL WELL – BEING	75
B. ANALISIS DATA	91
1) SPIRITUAL WELL-BEING PADA ORANG TUA YANG MENJADI CAREGIVER DENGAN ANAK PASIEN SKIZOFRENIA	91
C. PEMBAHASAN	103
BAB 5	112
KESIMPULAN DAN SARAN.....	112
A. KESIMPULAN	112
B. SARAN	113
DAFTAR PUSTAKA	114
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	119
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	129

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Ringkasan kajian pustaka.....	16
Tabel 2 Domain dan Aspek Spiritual well-being.....	29
Tabel 3 Peran dan Tugas Seorang Caregiver	47
Tabel 4 profile narasumber utama.....	54
Tabel 5 profile narasumber pendukung.....	54
Tabel 6 Unit Analisis	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	119
Lampiran 2 Pedoman Wawancara	121
Lampiran 3 Dokumentasi observasi.....	128

Abstrak

Caregiver merupakan seorang yang melakukan pengasuhan pendampingan kepada seseorang yang memiliki kondisi khusus saat itu. Salah satunya adalah caregiver pasien skizofrenia yang sudah diperbolehkan pulang dari perawatan rumah sakit jiwa. Menjadi caregiver tentu memiliki beban tersendiri, sebab tugas dan tanggung jawab yang dimiliki dapat menghabiskan waktu dan rentan menimbulkan kelelahan dan stress. Maka diperlukan aspek-aspek untuk menunjang kesejahteraan caregiver, salah satunya adalah aspek kesejahteraan spiritual atau spiritual well-being. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan teknik analisis data model triangulasi. Penelitian menggali data dengan wawancara, observasi dan dokumentasi dilakukan secara langsung di lapangan. Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran dari spiritual well-being yang dimiliki oleh seorang caregiver dengan pasien gangguan skizofrenia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwasannya spiritual well-being caregiver kurang tergambarkan dengan sempurna. Hal ini disebabkan dari beberapa aspek yang tidak terpenuhi dengan sempurna. Spiritual well-being digambarkan dari caregiver yang memiliki keterhubungan dengan Tuhan, Rasa puas pada Tuhan dan khidupan sehari-hari, Masa depan / kepuasan atas hidup, Ikatan pribadi kepada Tuhan serta Kebermaknaan.

Kata Kunci : caregiver, spiritual well-being, skizofrenia

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Gangguan kesehatan jiwa merupakan perbincangan yang sudah tidak asing lagi bagi masyarakat Indonesia. Munculnya konten-konten tentang kesehatan jiwa di sosial media, membuat lebih banyak masyarakat sadar akan kesehatan jiwa. Gangguan jiwa diartikan oleh Bahari (2024) sebagai rasa yang dapat mempengaruhi aspek pikiran, perasaan serta perilaku, sehingga akan menimbulkan penderitaan dan gangguan pada fungsi sosial, pekerjaan, ataupun permasalahan dalam keluarga.

Orang-orang dengan gangguan jiwa yang berkeliaran di jalan menandakan gangguan jiwa dapat menyerang semua individu baik tua ataupun muda, baik masyarakat desa atau masyarakat kota. Tidak hanya depresi atau halusinasi saja yang termasuk dalam gangguan jiwa. Namun gangguan jiwa itu sendiri dibagi dalam beberapa macam. Diantaranya, gangguan kecemasan (fobia, gangguan panik), gangguan suasana hati (depresi dan bipolar), gangguan psikotik (skizofrenia), gangguan kepribadian (paranoid, narsistik, ambang), gangguan makan (buimia, anoreksia)¹.

Di Indonesia sendiri gangguan jiwa menjadi permasalahan serius yang masih harus terus ditangani. Dalam laporan tematik SKI 2023 menuliskan sebanyak 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa, neurologi, serta penyalahgunaan obat. Pada 1 dari 7 remaja yang berusia 10-19 tahun memiliki masalah pikologis. Selanjutnya, Indonesia National Adolescent Mental Survey (I-NAMHS) melaksanakan survei terhadap kesehatan mental tahun 2022 pada remaja dengan rentan usia 10 - 17 tahun di Indonesia. Pada survei tersebut didapatkan hasil seperti

¹ K Bahari, W Widiani, and RY Prabowo, *DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA Konsep & Aplikasinya Berbasis Android* (PT. Nas Media Indonesia, 2024). h.1-3

(34,9%) yang setara dengan 15,5 juta remaja Indonesia memiliki permasalahan dalam kesehatan mental terhitung 12 bulan terakhir; 1 dari 20 remaja (5,5%) yang setara dengan 2,45 juta remaja Indonesia memiliki satu gangguan mental terhitung dalam 12 bulan terakhir. Seseorang dapat dikategorikan memiliki gangguan mental adalah mereka yang sudah terdiagnosis sesuai dengan panduan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Edisi Kelima (DSM5)².

Salah satu permasalahan serius yang dihadapi dunia dalam mengatasi gangguan jiwa adalah gangguan skizofrenia. Skizofrenia dalam *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder* (DSM – 5) didefinisikan sebagai gangguan yang ditandai lebih dari lima domain yaitu, delusi, halusinasi, memiliki pemikiran yang tidak teratur, perilaku motoriknya tidak teratur atau tidak normal, dan adanya gejala-gejala negatif³. Pengetahuan akan skizofrenia belum tersebar secara aktif, terutama dibagian desa-desa yang masyarakatnya masih menganggap gangguan skizofrenia sebagai gangguan dari hal mistis.

Dari pengetahuan yang kurang mengakibatkan pasien terlebih dahulu diberikan penyembuhan dengan cara dibawa ke orang pintar melainkan diserahkan kepada pihak professional. Beberapa diantaranya yang sudah ditangani secara professional, maka pasien gangguan skizofrenia akan dikembalikan kepada keluarga untuk menjalankan aktivitas seperti biasanya. Dalam menangani pasien skizofrenia tentu tidaklah mudah dan menjadi tantangan sendiri bagi keluarga yang secara tidak langsung menjadi caregiver bagi pasien tersebut.

Caregiver atau pengasuh sering didapati bersama seseorang yang memiliki kondisi-kondisi tertentu. Agustin (2022) memberikan definisi caregiver sebagai orang yang melakukan pekerjaan berupa pengasuhan

² SL Munira and Dkk, *LAPORAN TEMATIK SURVEI KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2023* (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

³ American Psychiatric Association APA, *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5* (British Library Cataloguing, 2013). h.87

ataupun pendampingan pada seseorang, baik yang berasal dari keluarga sendiri atau orang lain yang memiliki kondisi khusus. Seorang caregiver dalam melaksanakan tugasnya tentu harus sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang diberikan kepada pasien⁴

Tantangan yang dihadapi keluarga dalam menjadi caregiver tentu tidaklah mudah. Dimana caregiver harus senantiasa perhatian kepada pasien juga kepada dirinya sendiri. Tantangan seperti stigma negatif yang masih melekat pada pasien gangguan skizofrenia bahwasannya pasien “berbahaya” atau “menakutkan” akan menjadi penghambat dalam proses penyembuhan yang berkelanjutan. Salah satu penelitian yang dilakukan Supriyanto, dkk (2017) membuktikan bahwasannya stigma masyarakat memiliki dampak negatif bagi pasien gangguan skizofrenia yang dapat memicu kekambuhan lebih fatal. Pasien gangguan skizofrenia yang tidak menerima perlakuan baik dari masyarakat akan memperparah penyakit yang dideritanya⁵.

Berikutnya kekambuhan yang dapat terjadi pada pasien juga dapat menimbulkan stress bagi keluarga caregiver. Stres diartikan Agustin (2022) sebagai kondisi yang didapatkan karena perubahan lingkungan atau adanya pengaruh eksternal yang dapat mengancam keseimbangan dinamis seseorang, ditandai dengan denyut jantung yang meningkat, tekanan darah meningkat, otot menegang, emosi yang mudah naik turun, dan depresi⁶. Seperti dalam penelitian yang dilakukan oleh Utama, dkk (2020), bahwasannya tingkat stress yang dimiliki keluarga skizofrenia di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Jawa Tengah berada pada tingkat stres ringan dan

⁴ Retno Ardanari Agustin, *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan* (Deepublish, 2022). h.40

⁵ Supriyanto, Ahmad Farid Umar, and Elwindra, ‘Pengaruh Faktor Keluarga Dan Stigma Masyarakat Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Yayasan Galuh Kota Bekasi’, *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 4.13 (2017), pp. 42–52.

⁶ Agustin, *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*. h.37

sedang. Tingkat stress yang didapat disebabkan karena adanya beban dan rasa khawatir terhadap pasien gangguan skizofrenia⁷.

Adanya beberapa hal yang memungkinkan stres pada keluarga dengan pasien skizofrenia meningkat, hal ini dijelaskan dalam penelitian Tololiu, dkk (2019). Dimana penelitian tersebut keluarga yang memiliki pengalaman hidup yang buruk dapat menjadi beban tersendiri dan menyebabkan stres. Adapun persepsi negatif atau positif memiliki hubungan dengan stress. Selain itu kontrol emosi keluarga dalam merawat pasien gangguan skizofrenia akan berpengaruh pada kekambuhan pasien, sebab keluarga memiliki peran utama dalam memberikan support pada pasien. Keluarga yang memiliki situasi psikologis baik, maka keluarga tersebut dapat merawat pasien gangguan skizofrenia⁸.

Penjelasan diatas cukup menggambarkan bagaimana beban yang harus ditanggung oleh keluarga untuk menjadi caregiver terhadap pasien gangguan skizofrenia. Dalam mencapai kesembuhan tentu tidak hanya kesejahteraan pasien saja yang harus diperhatikan, melainkan kesejahteraan dari caregiver tersebut juga perlu diperhatikan. Seringkali caregiver dalam menjalankan tugasnya akan mengalami kelelahan dan kehilangan banyak waktu bagi dirinya sendiri, jika caregiver tidak menyadari hal ini akan berisiko mengalami stress (depresi).

Maka dari itu untuk mengurangi resiko stress diperlukan beberapa pondasi guna mensejahterakan hidup. Salah satu aspek yang perlu dikembangkan oleh keluarga yang menjadi caregiver bagi pasien ganggaun skizofrenia adalah aspek spiritual. Aspek spiritual dapat membantu seseorang dalam menjalankan kehidupan, seperti dalam menghadapi

⁷ Medika Utama, Meidiana Dwidiyanti, and DY Wijayanti, ‘Gambaran Tingkat Stres Keluarga Pasien Skizofrenia Berdasarkan Karakteristik Demografi Di RSJD DR. Amino Gondhoutomo’, *Jurnal Riset Media Keperawatan*, 3 (2020), pp. 11–18.

⁸ Tinneke A Tololiu and others, ‘Faktor Pendukung Stres Pada Keluarga Yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgi)’, *JUIPERDO Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 7.2 (2019), pp. 146–53 <<https://mail.ejurnal.poltekkes-manado.ac.id/index.php/juiperdo/article/view/812>>.

kesulitan, menyelesaikan permasalahan, atau disaat seseorang merasakan stress.

Stres dan depresi dapat dikurangi dengan meningkatkan kesejahteraan spiritual. Salah satu penelitian yang membuktikan hal tersebut adalah penelitian yang telah dilakukan oleh Hamka, dkk (2022) terhadap masyarakat yang mengalami pandemic covid-19. Pada masa tersebut tentunya sangat mudah untuk mengalami stress dan depresi. Namun spiritual well-being berperan untuk mengurangi kecemasan dari situasi yang ada. Hal yang dilakukan masyarakat pada waktu itu adalah senantia percaya kepada Tuhan, umat muslim meningkatkan ibadahnya kepada Allah dan selalu meminta bantuan kepada-Nya untuk diberikan kesehatan fisik dan spiritual selama pandemi terjadi⁹. Dari hal ini dapat dikatakan, kepercayaan dan keyakinan pada Tuhan Yang Maha Esa dapat memberikan dalam diri kita sehingga mampu mengurangi rasa khawatir tentang sesuatu yang terjadi.

Jika membicarakan spiritual *well-being* yang menjadi aspek penting dalam pemberdayaan para caregiver pasien skizofrenia. Dapat jelaskan kata ‘spiritualitas’ dalam bahasa latin *spiritus* yang memiliki makna nafas, pada struktur non material dan tubuh manusia. Para ahli memaknai spiritualitas adalah bagian dari makna dan tujuan yang berhubungan dengan rasa damai serta harapan. Garis merahnya spiritualitas adalah cara berbeda dalam mengatas sesuatu yang datang menggunakan kesadaran akan dimensi transendental dan dapat dilihat dari nilai bagi diri sendiri, bagi orang lain, bagi alam dan hidup. Analisa yang dilakukan oleh Tumanggor (2019)

⁹ Hamka and others, ‘Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19’, *Psychology Research and Behavior Management*, 15.October (2022), pp. 3013–25, doi:10.2147/PRBM.S381926.

dikatakan spiritual well-being adalah situasi seseorang dalam keadaan sehat spiritual dan terlihat dari ekspresi kesehatan yang baik¹⁰.

Fisher (2010) menjelaskan bahwasannya spiritual well-being adalah keadaan dinamis dari individu yang menunjukkan sejauh mana hidup harmoni dalam hubungan kesejahteraan spiritual yang terdiri dari domain pribadi, domain komunal, domain lingkungan dan domain transendental. Dapat dikatakan bahwasannya keharmonia internal tergantung pada pengembangan diri yang disengaja, yang berasal dari makna, tujuan, serta adanya nilai-nilai yang diungkapkan dan dialami dalam kehidupan pribadi. Domain pribadi berarti adalah hubungan diri dengan dirinya sendiri, berhubungan dengan makna, tujuan, dan nilai hidup. Domain komunal, memiliki hubungan interpersonal antara diri dengan orang lain yang berkaitan dengan moralitas, budaya dan agama. Domain lingkungan adalah hubungan diri pada pengasuhan fisik dan biologis. Terakhir adalah domain transendental, hubungan diri pada sesuatu atau seseorang diluar manusia¹¹.

Dari pengertian spiritual well-being tersebut dapat menjadi faktor caregiver dalam mencapai kesejahteraan hidup, yang kemudian dapat menjadi hal penting pada kesembuhan dari pasien gangguan skizofrenia. Caregiver yang harus memperhatikan diri sendiri dan pasien, ditengah tantangan seperti stigma masyarakat dan kekambuhan yang dapat terjadi kapan saja, memerlukan hubungan-hubungan baik dari dalam atau luar diri caregiver.

Sejalan dengan penjelasan yang dituliskan dalam penelitian Rahman NO, dkk (2021), bahwasanya caregiver memiliki dinamika yang dipengaruhi oleh pemenuhan kualitas hidup dan pemenuhan spiritual. Dimana kualitas hidup caregiver dilihat dari keunggulan individu dalam

¹⁰ Raja Oloan Tumanggor, ‘Analisa Konseptual Model Spiritual Well-Being Menurut Ellison Dan Fisher’, *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, Dan Seni*, 3.1 (2019), p. 43, doi:10.24912/jmishumsen.v3i1.3521.

¹¹ John Fisher, ‘Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM’, *Religions*, 1.1 (2010), pp. 105–21, doi:10.3390/rel1010105.

tujuan hidup, kontrol pribadi, hubungan interpersonal, perkembangan diri, intelektual, serta kondisi materi. Selain itu, pemenuhan spiritual caregiver seperti mendekatkan diri kepada Tuhan untuk mencari arti, makna dan tujuan hidup, kebutuhan dalam mencintai dan dicintai, juga untuk rasa keterikatan serta kebutuhan dalam hidup yang dijalani¹².

Pentingnya penelitian ini dilakukan adalah untuk mengetahui spiritual well-being yang dimiliki oleh orang tua sebagai caregiver untuk anaknya yang memiliki gangguan skizofrenia, yang dimana spiritual well-being tersebut dapat menggambarkan bagaimana orang tua dapat menerima semua keadaan yang terjadi. Keluarga yang memiliki kewajiban mengasuh dan merawat pasien skizofrenia dapat mengalami stress dan kelelahan. Dari beberapa penelitian yang dijabarkan diatas dapat dikatakan spiritual well-being juga dapat berperan dalam mengatasi stress dan kelelahan. Dengan spiritual well-being yang baik maka kualitas hidup yang dimiliki juga baik. Kualitas hidup baik yang dimiliki seorang caregiver dapat membuat pengasuhan dan perawatan yang dilakukan lebih baik pula untuk pasien.

B. RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Bagaimana pengalaman spiritual well-being yang dialami oleh orang tua yang menjadi caregiver anak pasien skizofrenia?

C. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini kemudian memiliki tujuan :

Mengetahui pengalaman spiritual well-being pada orang tua yang menjadi caregiver anak pasien skizofrenia

¹² Fetty Rahmawaty and Dkk, ‘Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Remaja’, *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 2022.

D. MANFAAT PENELITIAN

Adapun manfaat penelitian secara signifikan, terbagi dalam :

1. Manfaat Teoritis

Penelitian kali ini memiliki manfaat teoritis dalam kontribusi pemahaman konsep spiritual well-being terutama pada orang yang memiliki anak dengan gangguan skizofrenia. Maka diharapkan penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dalam perkembangan kajian Tasawuf dan Psikoterapi, khususnya dibidang kesehatan mental dan spiritualitas.

2. Manfaat Praktis

Selain memiliki manfaat teoritis, penelitian ini memiliki manfaat praktis antara lain:

a. Bagi Program Tasawuf dan Psikoterapi

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan, diharapkan dapat memberikan informasi dan gambaran terkait spiritual well-being khususnya pada orang tua dengan anak pasien skizofrenia yang kemudian dapat menjadi sumber kajian kepustakaan bagi penelitian selanjutnya yang masih memiliki hubungannya dengan penelitian spiritual well-being.

b. Bagi mahasiswa Tasawuf dan Psikoterapi

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan pemahaman untuk mahasiswa terkait gambaran spiritual well-being terutama pada orang tua dengan anak pasien skizofrenia.

c. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman bagi peneliti dalam memahami gambaran spiritual well-being pada orang tua dengan anak pasien gangguan skizofrenia, serta dapat memberikan pengalaman dalam proses penelitian sehingga dapat dijadikan sebagai bekal meningkatkan wawasan dan pengetahuan sesuai bidang yang ditekuni.

E. KAJIAN TERDAHULU

1. “*Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19*” penelitian yang dilakukan oleh Hamka, Mein-Woei Suen, Yoga Achmad Ramadhan, Muhammad Yusuf, Jui-Hsing Wing. Hasil penelitian ini menunjukkan kesejahteraan spiritual sebagai peran penting dalam mengurangi kecemasan yang dapat menyebabkan stress dan depresi. Adapun hubungan yang positif antara kesejahteraan spiritual dengan stress dan depresi. Penelitian ini memberikan bukti jika hubungan yang kuat dengan Tuhan untuk mengurangi stress, kecemasan dan depresi. Masyarakat Muslim Indonesia senantiasa meningkatkan kegiatan ibadah dan meminta bantuan untuk senantiasa diberikan kesehatan baik fisik dan spiritual selama pandemic COVID-19 berlangsung. Maka dikatakan semakin tinggi tingkat spiritualitas seseorang, maka akan semakin rendah tingkat kecemasan, mengurangi depresi dan stress¹³.
2. Penelitian “*The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being*” dilakukan oleh Bozek A, Nowak PF dan Blukacz M. Pada penelitian ini, peneliti memiliki asumsi aktivitas yang berkaitan dengan spiritualitas merupakan salah satu faktor positif yang berperan dalam kesejahteraan psikologis, dan secara umum spiritual akan mempengaruhi perilaku hidup sehat. Dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif dan survey kuesioner berbasis skala rikert, pada 595 mahasiswa dari universitas yang berbeda, namun memiliki fokus dibidang studi body or the human mind & spirit. Dari penelitian ini kemudian didapat bahwasannya spiritualitas yang ditunjukkan dari mahasiswa tersebut adalah spiritualitas dan perilaku sehat memiliki hubungan langsung terhadap kesejahteraan psikologis ($P < 0,001$). Spiritualitas memiliki hubungan yang

¹³ Hamka and others, ‘Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19’.

positif terhadap perilaku yang berhubungan dengan perilaku sehat ($P < 0,001$)¹⁴.

3. Virginia Sun, dkk melakukan penelitian spiritual well-being kepada pasien kanker dan pengasuh pasien kanker. “*Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers*”. Penelitian ini kemudian menggunakan metode kuantitatif dengan skala likert. Pengukuran spiritual well-being pada pasien kanker digunakan : Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT – SP 12), dimana alat ini dapat mengukur makna, rasa damai, dan nilai peran keimanan. Sedangkan pada family caregivers digunakan Spiritual Well-Being Subscale of the City of Hope FCG QOL Tool (COH – QOL – FCG), alat tersebut dapat mengukur kesejahteraan fisik, psikologis, sosial & spiritual. Penelitian ini kemudian mendapatkan hasil yang dibedakan dalam 3 subs diantaranya :
 - a. Skor spiritual well-being pada awal & 12 minggu
 - Skor FACIT – SP 12 pada pasien kanker adalah relative stabil, dimana (range = 0-4; skor lebih tinggi = spiritual well-being lebih baik) dan didapat skor tiap item adalah dibawah 3.
 - Skor COH – QOL – FCG pada family caregiver adalah sedang, sebab (range = 0 -10; skor lebih tinggi = spiritual well-being) dan didapat skor tiap item adalah dibawah 5.
 - b. Spiritual well-being berdasar afiliasi keagamaan
- Skor FACIT – SP 21 pada pasien yang berafiliasi agam dan tidak memiliki perbedaan yang signifikan. Dikatakan pasien dengan afiliasi agama lebih baik dalam menentukan kenyamanan dan kekuatan dalam iman (2,5 vs 2,1 ; $P =012$). Sedangkan pada family caregivers tidak ada perbedaan dalam spiritual well-being baik yang berafiliasi agama ataupun tidak berafiliasi agama

¹⁴ Agnieszka Bożek, Paweł F. Nowak, and Mateusz Blukacz, ‘The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being’, *Frontiers in Psychology*, 11.August (2020), doi:10.3389/fpsyg.2020.01997.

c. Spiritual well-being berdasar kelompok

Pada pasien yang mendapatkan perawatan palliative dikatakan lebih baik nilai spiritual well-being dibandingkan dengan pasien yang menerima perawatan biasa. Sedangkan pada family caregivers yang masuk dalam perawatan biasa skor menunjukkan jauh lebih baik daripada family caregivers pada kelompok perawatan intensif¹⁵.

4. Penelitian berikutnya adalah mengenai “*Spiritual Well-Being in the Eldery*” yang dilakukan oleh Saftri W, Sugiharto DYP, Sutoyo A. Peneliti kali ini mencoba untuk menggambarkan spiritualitas para lansia yang tinggal di wisma. Memanfaatkan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomologi, penelitian ini mendapatkan hasil bahwasannya spiritual well-being lansia mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Seperti saat pertama kali lansia datang ke wisma maka akan menunjukkan sikap berontak, cemas, dan menunjukkan gejal psikotomatik seperti sulit tidur, sakit kepala dan rasa tidak nyaman. Namun seiring berjalannya waktu dan atas bimbingan dari para perawat juga ustazah para lansia dapat beradaptasi. Pada wisma tersebut lansia juga diberikan praktik spiritual oleh ustazah seperti bimbingan rohani, membaca Al-Qur'an dan mengadakan tausiah. Setelah diberikan praktik spiritual ini dapat mengurangi rasa cemas dan putus asa pada lansia. Kemudian motivasi dalam beribadah jadi lebih meningkat, dari kebiasaan ini lansia menjadi lebih ceria, tidak mudah mengeluh, dan lebih bersemangat dalam mengaji¹⁶.
5. “*Chonic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizophrenia In West Bandung Regency*” merupakan penelitian yang disusun oleh Gumlilang R. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, menggunakan teknik sampling purposive sampling, dengan 8 peserta dari keluarga yang merawat penderita skizofrenia. Penelitian ini

¹⁵ Virginia Sun and others, ‘Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers’, *Psycho-Oncology*, 2016, doi:10.1002/pon.3987.

¹⁶ Widya Safitri, Dwi Yuwono Puji Sugiharto, and Anwar Sutoyo, ‘Spiritual Well Being in The Elderly’, *Jurnal Bimbingan Konseling*, 9.1 (2020), pp. 86–91 <<https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/29127>>.

bermaksud mengeksplorasi pengalaman sedih kronis pada keluarga dengan penderita skizofrenia. Dan didapatkan hasil bahwasannya kesedihan kronis sudah dirasakan sejak pertama kali anggota keluarganya dinyatakan mengidap skizofrenia, namun peserta dapat bertahan dan mengendalikan emosinya hingga penelitian dilakukan. Dalam menjaga penderita skizofrenia, pengasuh beberapa kali mengalami respon psikologis seperti kesedihan, rasa malas beraktivitas dan sampai terabaikan dalam segala jenis aktivitas. Kesedihan yang dirasakan oleh pengasuh sering disebabkan oleh kekambuhan dan stigma sosial. Dari penelitian ini juga dideskripsikan bahwasannya religious menjadi mekanisme coping peserta atau pengasuh dalam mengobati kesedihannya secara spiritual. Banyak dari mereka memilih untuk berdoa, percaya dengan Tuhan dan iman mereka¹⁷.

6. “*Spiritual Care Intervention on Emotional Regulation in Caregivers with Schizophrenic : A Systematic Review*” adalah salah satu penelitian yang dilakukan oleh Heru MJA, Fitriyasi R, Margono H. Penelitian ini kemudian mengkaji akan spiritualis dalam meningkatkan pengaturan emosi pada pengasuh penderita skizofrenia. Dengan memanfaatkan metode systematic review yang berdasarkan pada Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta – Analysis (PRISMA). Memanfaatkan 15 literatur yang telah diseleksi sesuai kriteria kelayakan, dihasilkan bahwasannya disregulasi emosional pengasuh akan merugikan kesehatan fisik dan psikologisnya, yang kemudian akan mempengaruhi pemulihan dari penderita. Peran spiritual sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis yang kemudian dapat mencegah pengaruh patologis seperti keputusasaan, ketertekanan, kemarahan, kecemasan dan beban perawat. Pada initinya spiritualitas diperlukan pengasuh seperti menjaga hubungan

¹⁷ Rizky Gumilang, ‘Chronic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizophrenia in West Bandung Regency.’, *Indonesian Nursing Journal of Education & Clinic (INJEC)*, 8.1 (2023), pp. 47–57, doi:10.24990/injec.v8i1.535.

dengan Tuhan disaat merawat penderita skizofrenia, maka hal ini akan berdampak baik untuk kesembuhan¹⁸.

7. Spurlock WR, melakukan penelitian “*Spiritual Well-Being and Caregiver Burden in Alzheimers Caregivers*” dengan desain korelasional cross-sectional. Penelitian ini mengkaji hubungan kesejahteraan spiritual dan ikatan pengasuh atau caregiver pada pengasuh keluarga penderita Alzheimer Disorder (AD). Spurlock menggunakan spiritual well-being scale yang dikembangkan Paloutzian dan Ellison, dimana alat ukur ini terdiri dari 2 subskala yang masing-masing berisi 10 item skala. Hasil dari penelitian ini telah ditunjukkan dengan caregiver yang besar memiliki resiko gejala negative seperti depresi, kecemasan, dan kesehatan fisik yang buruk. Dijelaskan pula bahwasannya aspek spiritualitas memiliki peran penting dalam proses perawatan dan dampaknya pada pengasuhan. Aspek spiritualitas atau kerohanian dapat berfungsi sebagai strategi coping dalam menanggapi situasi yang penuh dengan tekanan sebab merawat anggota keluarga dengan gangguan alzheimer¹⁹.
8. “*Dinamika Spiritual Well-Being Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Caregiver Skizofrenia*” penelitian yang ditulis oleh Rahman NO, Kusmawati A, Tohari HMA. Dengan memanfaatkan metode penelitian library research penulis bermaksud menyusun dinamika yang terjadi pada kualitas hidup caregiver skizofrenia dalam meningkatkan spiritual well-being. Maka hasil dari penelitian ini adalah kualitas dinamika kehidupan termasuk dalam aspek yang mempengaruhi individu dalam mencapai kesejahteraan. Kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari beberapa faktor diantaranya adalah dapat mengendalikan diri sendiri, optimis, serta dapat menjalin hubungan baik dan saling mendukung baik secara fisik ataupun emosional dalam meraih kualitas hidup yang baik. Spiritual well-being pada

¹⁸ Maulidiyah Junnatul Azizah Heru, Rizki Fitryasari, and Hendy Muagiri Margono, ‘Spiritual Care Intervention on Emotional Regulation in Caregivers with Schizophrenic : A Systematic Review’, *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2020, doi:10.30994/sjik.v9i2.386.

¹⁹ Spurlock WR., ‘Spiritual Well-Being and Caregiver Burden in Alzheimer’s Caregivers.’, *Geriatric Nursing*, 26.3 (2005), pp. 154–61.

seorang caregiver dapat dilihat dari hubungannya dengan diri sendiri, hubungannya dengan orang lain, hubungannya dengan lingkungan dan hubungan dengan sang maha pencipta. Maka diperlukan 4 komponen tersebut dalam mencapai kualitas hidup dengan spiritual well-being bagi caregiver²⁰.

9. “*Terapi Keluarga Dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Model Keyakinan Kesehatan Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia*” penelitian yang dilakukan oleh Ah. Yusuf S, dengan metode penelitian eksperimental (pre post test control group design). Dimana populasi dalam penelitian adalah keluarga pasien gangguan di Rumah Sakit Jiwa Menur tahun 2010 dengan alokasi simple random. Analisis data kemudian digunakan paired t-test dan independent t-test. Hasil penelitian ini adalah adanya perubahan yang signifikan dalam model keyakinan kesehatan keluarga dengan ($p = 0,004$), perubahan tersebut dipengaruhi oleh beberapa aspek diantaranya adalah persepsi tentang manfaat ($p=0,009$), persepsi akan hambatan ($p=0,035$), dan adanya persepsi tentang self efficacy ($p=0,002$). Tetapi pada persepsi kerentanan dan keparahan tidak memperlihatkan perubahan ($p=0,052$). Dalam hal ini keluarga masih percaya bahwa segala hal yang terjadi adalah karena kehendak Tuhan, selalu ada harapan supaya pasien dapat lebih mandiri dari kondisi sebelumnya, dan adanya rasa percaya bahwa gangguan jiwa dapat berubah menjadi lebih baik. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terapi keluarga menjadi pendekatan spiritual yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga dalam merawat pasien gangguan mental²¹ .
10. “*Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Caregiver Sebagai Upaya Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid*” penelitian yang

²⁰ Nadiyya Octaviani Rahman¹ and others, ‘Dinamika Spiritual Well-Being Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Caregiver Skizofrenia Well-Being Spiritual Dynamics To Improve Quality of Life in Schizophrenic Caregivers’, *Journal of Social Work and Social Services*, 2.1 (2021).

²¹ Ah. Yusuf, ‘The Effect of Family Therapy with Spiritual Approach Toward Family’s Health Belief Model in Taking Care of Patient with Schizophrenia’, *Jurnal Ners*, 8.1 (2017), pp. 165–73, doi:10.20473/jn.v8i1.3897.

dilakukan oleh Risty Yuliandi Pradipta. Metode penelitian kali ini adalah metode kualitatif dengan analisis studi kasus. Dari penelitian yang telah dilakukan kepada narasumber didapatkan beberapa bentuk dukungan diantaranya dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan. Hasil dari ketiga subjek pun masing-masing memiliki perbedaan dalam mendapat dukungan, seperti Ibu Dara (subjek 1) yang lebih mendapat dukungan instrumental, Ibu Ratih (subjek 2) yang lebih mendapatkan dukungan emosional, dimana ibu Ratih juga dapat mengontrol emosi anak, selanjutnya ada Ibu Ami (subjek 3) yang lebih mendapat dukungan informasi dalam merawat adiknya yang sedang sakit jiwa. Diantaranya ketiga narasumber kemudian terdapat perbedaan yang lain seperti pada Ibu Dara dimana terlibat langsung dalam perawatan anaknya, dengan komunikasi yang cukup dan adanya kedekatan yang cukup erat. Namun Ibu Dara kurang dalam aspek kontrol diri dan pemantauan sehingga membuatnya sulit menolak kemampuan sang anak. Subjek 2, Ibu Ratih memiliki aspek kontrol, pemantauan, terlibat langsung, kedekatan komunikasi, sehingga aspek dukungan sudah terpenuhi dengan baik. Subjek 3, Ibu Ami kemudian memiliki aspek keterlibatan langsung, komunikasi dan pendekatan, akan tetapi kurang dalam kontrol dan pemantauan, sehingga membuat pendisiplinan pada adiknya belum terpenuhi²².

Lebih lanjut, berikut ringkasan hasil kajian pustaka yang dilakukan :

²² Risty Yulinda Pradipta, 'Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Caregiver Sebagai Upaya Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid', *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 7.1 (2019), pp. 129–38, doi:10.30872/psikoborneo.v7i1.4715.

Tabel 1 Ringkasan kajian pustaka

NO.	Penulis	Judul	Metode	Hasil
1.	Hamka, Mein-Woei Suen, Yoga Achmad Ramadhan, Muhammad Yusuf, Jui-Hsing Wang	Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19	Metode Kuantitatif dengan desain kuesioner	Spiritual well-being atau kesejahteraan spiritual yang tinggi memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kecemasan rendah dalam menghadapi pandemi. Maka hal ini dapat mempengaruhi dalam melawan depresi dan stress. Masyarakat yang memiliki tingkat kesejahteraan spiritual lebih tinggi maka memiliki ketenangan, yang didasarkan pada spiritualitas.
2.	Bozek A, Nowak PF dan Blukacz M	The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being	Metode penelitian kuantitatif dan survey kuesioner berbasis skala Likert	Hubungan antara spiritualitas dan perilaku hidup sehat terhadap kesejahteraan psikologis mahasiswa adalah adanya hubungan langsung diantaranya. Dan aspek spiritualitas memiliki hubungan positif dengan perilaku hidup sehat.
3.	Virigiana Sun, Terry L. Irish, Tami Borneman, Rupinnder K. Sidhu, Linda	Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers	Metode kuantitatif dengan skala Likert. Dengan skala FACIT – SP 12 dan COH – QOL – FCG.	Antara caregiver dengan pasien memiliki skor spiritual well-being relative stabil dan sedang. Sedangkan dalam hal afiliasi agama pasien kanker lebih banyak menemukan kenyamanan dan kekuatan iman. Sedangkan bagi

	Klein, Betty Ferrel.			caregiver afiliasi agama tidak mempengaruhi dalam tingkat spiritual well-being. Spritual well-being pasien yang mendapatkan perawatan palliative memiliki nilai lebih baik dari pada pasien yang tidak mendapatkan perawatan palliative. Namun hasil bagi caregiver menunjukkan hal yang sebaliknya.
4.	Saftri W, Sugiharto DYP, Sutoyo A	Spiritual Well-Being in the Eldery	Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomologi	Para lansia yang terdapat di wisma mengalami perubahan dalam bersikap setelah mendapatkan beberapa praktek spiritual. Dimana jika awal mula datang ke wisma memperlihatkan siap berontak, cemas, sulit tidur, sakit kepala dan rasa tidak nyaman. Maka setelah mendaat aspek spiritual, kesejahteraan spiritual juga lebih meningkat, dapat dilihat dari perubahan sikap lebih ceria, tidak mudah mengeluh, dan lebih bersamangat dalam mengaji.
5.	Gumilang R	Chonic Sorrow Family Caregiver of Clients With	Metode penelitian kualitatif dengan	Caregiver dengan pasien skizofrenia memiliki kesedihan kronis dari pertama pasien mengidap, namun caregiver dapat

		Schizophrenia In West Bandung Regency	pedekatan deskriptif	bertahan dan mengendalikan emosinya hingga penelitian dilakukan. Kesedihan yang dirasakan oleh pengasuh sering disebabkan oleh kekambuhan dan stigma sosial. Dari penelitian ini juga dideskripsikan bahwasannya religious menjadi mekanisme coping peserta atau pengasuh dalam mengobati kesedihannya secara spiritual. Banyak dari mereka memilih untuk berdoa, percaya dengan Tuhan dan iman mereka.
6.	Heru MJA, Fitriyasi R, Margono H	Spiritual Care Intervention on Emotional Regulation in Caregivers with Schizophrenic : A Systematic Review	Metode systematic review	Disregulasi emosional pengasuh akan merugikan kesehatan fisik dan psikologisnya, yang kemudian akan mempengaruhi pemulihan dari penderita. Peran spiritual sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis yang kemudian dapat mencegah pengaruh patologis seperti keputusasaan, ketertekanan, kemarahan, kecemasan dan beban perawat. Pada initinya spiritualitas diperlukan pengasuh seperti menjaga hubungan dnegan Tuhan disaat merawat penderita

				skizofrenia, maka hal ini akan berdampak baik untuk kesembuhan.
7.	Spurlock WR	Spiritual Well-Being and Caregiver Burden in Alzheimers Caregivers	Metode penelitian kuantitatif, desain korelasional cross-sectional	Caregiver yang besar memiliki resiko gejala negative seperti depresi, kecemasan, dan kesehatan fisik yang buruk. Dijelaskan pula bahwasannya aspek spiritualitas memiliki peran penting dalam proses perawatan dan dampaknya pada pengasuhan. Aspek spiritualitas atau kerohanian dapat berfungsi sebagai strategi coping dalam menanggapi situasi yang penuh dengan tekanan sebab merawat anggota keluarga dengan gangguan Alzheimer.
8.	Rahman NO, Kusmawati A, Tohari HMA	Dinamika Spiritual Well-Being Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Caregiver Skizofrenia	Metode penelitian library research	Dinamika caregiver skizofrenia dipengaruhi oleh spiritual well being yang ada. Dihasilkan proses dinamika dipengarhi oleh dua hal, yaitu : 1) pemenuhan kualitas hidup; 2) pemenuhan spiritual. Caregiver yang dapat mencapai dua pemenuhan tersebut akan memiliki kualitas hidup spiritual yang sejahtera, yang kemudian dapat memberikan arti, tujuan, makna hidup, menyadari akan

				kemampuan dalam diri, serta memiliki perasaan yang kuat dan keterikatan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Spiritual well being dianggap penting sebab seseorang yang memiliki dapat menjalankan kehidupan di situasi apapun, tidak mudah stress dan depresi dalam menyelesaikan permasalahan.
9.	Ah. Yusuf S	Terapi Keluarga Dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Model Keyakinan Kesehatan Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia	Metode penelitian eksperimental (pre post test control group design)	Keluarga yang memiliki keluarga dengan pasien skizofrenia memiliki berbagai tekanan tersendiri, maka dilakukan terapi keluarga dengan pendekatan spiritual. Dimana sebelum diberikan terapi keluarga dengan pendekatan spiritual dilakukan test antara dua kelompok yang berbeda itu adalah kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Keduanya memiliki nilai pre test perbedaan ($p=0,021$), sedangkan setelah diberikan terapi keluarga dengan pendekatan spiritual nilai post test pengaruh terapi adalah ($p=0,004$). Keluarga yang menjadi caregiver pada pasien skizofrenia memiliki belief atas semua yang terjadi karena kehendak Tuhan.

10.	Risty Yuliandi Pradipta	Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Caregiver Sebagai Upaya Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid	Metode kualitatif dengan analisis studi kasus	Pada penelitian ini memiliki 3 narasumber yang masing-masing mendapatkan dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan. Ketiganya memiliki hasil dimana, subjek 1 lebih banyak mendapatkan dukungan instrumental dan memiliki kekurangan dalam aspek kontrol diri dan pemantauan. Subjek 2 memiliki dukungan emosional lebih baik dan subjek 2 dapat mengontrol emosi anaknya yang menderita skizofrenia, disisi lain subjek 2 memiliki aspek kontrol, pemantauan, terlibat langsung, kedekatan komunikasi, dan aspek dukunganpun terpenuhi. Subjek 3 memiliki dukungan informasi lebih baik dalam merawat adiknya yang menderita skizofrenia, maka subjek 3 memiliki aspek dalam keterlibatan langsung, komunikasi dan pendekatan, tetapi kurang dalam kontrol dan pemantauan.
-----	-------------------------	---	---	--

Penelitian yang telah dipaparkan diatas sekilas memiliki persamaan dengan permasalahan yang telah dikaii peneliti. Namun penelitian kali ini memiliki perbedaan dengan penelitian terdaulu. Perbedaan dapat dilihat dari subjek, metode ataupun teori yang digunakan. Seperti dalam penelitian yang dilakukan Spurlock spiritual well-being pada caregiver dengan pasien Alzheimer, sedangkan penelitian kali ini dilakukan pada caregiver dengan pasien skizofrenia yang telah dipulangkan dari rumah sakit. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Rahman atas dinamika spiritual well-being yang dimiliki oleh kualitas hidup caregiver menggunakan metode library research, kali ini peneliti melakukan penelitian dengan terjun kelapangan langsung yaitu menggunakan metode studi kasus. Dimana penelitian dilakukan dengan wawancara secara mendalam untuk mendapatkan informasi serinci mungkin.

Demikian, dapat disimpulkan bahwa penelitian dengan judul, “Studi Kasus Well-Being Pada Orang Tua Dengan Anak Pasien Skizofrenia” belum pernah diangkat menjadi karya tulis ilmiah.

F. SISTEMATIKA PENULISAN

Keberadaan sistematikan penulisan dipertunjukkan pada pembaca lebih mudah dalam memahami isi dari penelitian, dalam penelitian ini berisi lima bab dimana setiap bab akan membahas bagian sub bab tersebut dan saling berkesinambungan.

Bab I, bab Pendahuluan yang berisikan mengenai penjelasan garis besar kata atau istilah dan kemudian akan sampai pada bab-bab yang didalamnya berisi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dari penelitian dilakukan, manfaat penelitian, kajian terdahulu dan sistematika penulisan.

Bab II, pada laman bab ini akan termuat kajian teori, kerangka teori mengenai spiritual well-being pada ibu caregiver orang dengan gangguan jiwa. Pada bab ini pula akan dijelaskan makna dari spiritual well-being dari berbagai pandangan dan para ahli, termasuk factor, unsur yang mempengaruhi spiritual well-being, serta pengaruh dari regulitas atau

keagamaan seseorang untuk mencapai pribadi yang sehat secara jasmani dan rohani.

Bab III, metode penelitian pada bab ini memuat bagaimana sebuah penelitian itu dilaksanakan. Bab ini memuat jenias penelitian yang dilakukan, prosedur dalam dilaksanakannya penelitian, data dan sumber data penelitian, unit analisis penelitian, teknik analisis data yang digunakan pada penelitian, dan yang terakhir adalah keabsahan data dari penelitian.

Bab IV, penyajian dan analisis data. Bab ini akan berisikan gambaran gangguan penyakit skizofrenia dari pasien yang dirawat orang tuanya, bagaimana perawatan dan pengasuhan yang diberikan orang tua sebagai caregiver pada pasien, dan konsep spiritual well-being yang dimiliki oleh orang tua sebagai caregiver pasien skizofrenia. Selanjutnya dilakukan analisis data dari data yang didapat dilapangan dengan konsep spiritual well-being secara keilmuan.

Bab V, bagian akhir dari penelitian ini memuat kesimpulan dari paparan penjelasan pada bab-bab sebelumnya. Bab ini memuat kesimpulan dan saran, kesimpulan yang berisikan hasil penelitian secara ringkas, dan saran yang berisi prakata membangun bagi beberapa khalayak untuk kedepannya.

BAB 2

KAJIAN TEORI

A. SPIRITUAL WELL-BEING

1) Definisi Spiritual Well-Being

Spiritual well-being atau disebut juga dengan kesejahteraan spiritual, yang berasal dari dua kata yaitu kesejahteraan dan spiritual. KBBI mengartikan kata kesejahteraan sebagai keadaan sejahtera yaitu keadaan yang aman sentosa serta makmur, dan selamat dari macam-macam gangguan²³. Sedangkan spiritual memiliki arti yang berhubungan dengan kejiwaan (rohani dan batin)²⁴. Kata spiritual kemudian disebut oleh Effendi (2014) sebagai spiritualitas, yang pemaknaannya berkaitan dengan jiwa, sukma (fisik), ataupun roh²⁵.

Spiritual juga berasal dari kata “spiritus” yang memiliki ‘sesuatu yang dapat memperkuat vitalitas kehidupan’. Spiritual atau spiritus pada dasarnya berbeda dengan agama. Spiritus salah satu aspek bawaan manusia dari lahir, sedang agama adalah yang datang dari luar diri kita. Agama memiliki ajaran-ajaran yang dikonsumsi dalam tubuh, yang diserap dari luar hingga dalam meningkatkan spiritual²⁶.

Menurut Dedek Pranto spiritual diartikan sebagai dasar dan pencapaian tertinggi manusia dalam kehidupan tanpa pandang suku atau asal-usul. Kebutuhan dasar diantaranya meliputi: kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, rasa cinta dan kasih, dihargai dan aktualisasi diri²⁷. Moberg (1971) mengatakan manusia yang telah melampaui berbagai pengalaman “spiritual” atau aspek-aspek “roh” dalam manusia, perihal tersebut masuk kedalam sensasi estetika, kepuasan dalam meraih pencapaian, dapat menyesuaikan dengan diri dan orang lain, perasaan penghargaan diri dan

²³ ‘Arti Kata Sejahtera’, *KBBI* <<https://kbbi.kemdikbud.go.id/>>.

²⁴ ‘Arti Kata Spiritual’ <<https://kbbi.web.id/spiritual>>. h.1

²⁵ I Effendi, *SPIRITALITAS Makna, Perjalanan Yang Telah* (PT Gramedia Pustaka Utama, 2019).

²⁶ D Zohar and I Marshall, *SQ: Kecerdasan Spiritual* (PT Mizan Pustaka, 2007).

²⁷ Dedek P Pakpahan, *Kecerdasan Spiritual (SQ) Dan Kecerdasan Intelektual (IQ) Dalam Moralitas Remaja Berpacaran Upaya Mewujudkan Manusia Yang Seutuhnya*, ed. by CV. Multimedia Edukasi (2021). h.3

kemanusiaan, yang berhubungan dengan sesuatu di masa depan seperti, kebahagiaan, simpati dan empati, optimisme, seksual, perasaan diri kepada alam²⁸.

Akan tetapi beberapa hal tersebut tidak dapat menentukan bagaimana spiritual yang sebenarnya, maka terdapat pengertian dari Bollinger (1969) dalam Moberg (1971) spiritual sebagai kebutuhan diri yang paling terdalam, yang dimana jika aspek ini terpenuhi maka akan mengantarkan manusia ke arah fungsi identitas dan tujuan yang berarti, sehingga dalam kehidupannya akan senantiasa mengarah pada realitas dengan harapan. Kebutuhan akan spiritualitas pada tiap tingkat usia tidak dapat dilihat secara jelas, namun pada tahap usia lanjut aspek spiritual adalah kebutuhan setiap orang, secara garis besar berupa : kebutuhan identitas, makna, cinta, serta kebijaksanaan.

Moberg mengatakan sejatinya manusia sendiri adalah makhluk “spiritual” yang tidak dapat dibuktikan secara ilmiah. Buktinya dapat dilihat dari ranah intuisi, wawasan, intropesi diri, dan bukti pengalaman sosiologis yang dapat diterima secara metodologi. Indikasi yang mendukung manusia sebagai makhluk spiritual adalah keberadaannya yang berabad-abad yang tercermin dan tercatat dalam kitab suci agama serta dalam karya tulis lainnya, manusia memiliki sifat otonom sebagai makhluk yang dapat berkapasitas mengambil keputusan, beranalogikan dengan terhadap hakikat kehidupan²⁹.

Ellison mengatakan dimensi spiritual memiliki hubungan yang erat dengan kesehatan jiwa dan tubuh. Dimana dimensi spiritual ini dipengaruhi oleh kondisi fisik, perasaan, pikiran serta hubungan individu. Jika individu memiliki kondisi spiritual yang sehat maka ia akan merasa hidup, memiliki tujuan, dan merasa hidupnya sudah terpenuhi, tetapi itu akan terpenuhi jika ia sehat secara psikologis. Sebab diantara keduanya memiliki dua hubungan yang salingg terkait. Pada tingkat yang lebih rendah, kesehatan spiritual dipengaruhi oleh kesejahteraan fisik³⁰.

²⁸ David O Moberg, *The Technical Committee On Spiritual Well-Being* (1971). h.1-3

²⁹ Moberg, *The Technical Committee On Spiritual Well-Being*. h.1-3

³⁰ John Fisher, ‘The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being’, *Religions*, 2.1 (2011), pp. 17–28, doi:10.3390/rel2010017.

Selanjutnya terdapat situasi yang muncul dari kondisi yang sehat dari aspek spiritual, dan terlihat dari ekspresi kesehatan yang baik, perihal ini disebut juga sebagai spiritual well-being atau kesejahteraan spiritual.

Canda & Furman (2010) mengartikan spiritual well-being adalah proses spiritualitas yang sehat. Kesejahteraan spiritual well-being yang kemudian hasilnya akan mengacu pada kesehatan, kesehatan mental, serta pada hubungan sosial atas hasil spiritualitas yang sehat. Namun, proses dan hasil yang ada tidak selalu dibedakan pada konsep dan ukuran kesejahteraan dan spiritualitas, yang arahnya melingkar pada sebuah penelitian³¹.

Fisher, mengacu pada pengertian the National Interfaith Coalition on Aging (NICA) yang mendefinisikan spiritual well-being adalah afirmasi dalam kehidupan terhadap hubungan manusia dengan Tuhan, diri sendiri, komunitas, dan juga lingkungan sekitarnya secara keseluruhan. Maka dari itu Fisher mengembangkan spiritual well-being dalam 4 domain yang berhubungan dengan eksistensi manusia dan kesehatan spiritualnya³².

Ellison mengutip pengertian dari Aging (1975) yang mengartikan spiritual well-being merupakan penegasan hubungan antara kehidupan dengan Tuhan, diri sendiri, masyarakat serta lingkungan yang memelihara dan merayakan keutuhan. Namun, Ellison menambahkan kesejahteraan spiritual atau spiritual well-being juga melibatkan kompenan agama dan sosial psikologis. Dimensi spiritual dalam diri manusia tidak dapat berdiri sendiri.

Ellison juga menjelaskan bahwasannya spiritual well-being tidak memiliki kesamaan dengan kesehatan rohani. Akan tetapi kesejahteraan spiritual dapat muncul dari hal-hal yang dasar atas kesehatan spiritual yang mendasar. Ellison mengatakan bahwasannya strategi dalam meningkatkan spiritual well-being dapat dilakukan dengan memperbaiki kualitas hubungan seseorang dengan Tuhan dan eksistensi seseorang. Perlu digaris bawahi bahwasannya spiritual well-being merupakan variable yang perlu dilihat

³¹ E.R Canda and L.D Furman, *Spiritual Diversity In Social Work Practice The Heart of Helping* (Oxford University, 2010).

³² Fisher, 'Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM'.

sebagai variable yang berkesinambungan bukan sebagai variable yang kotlandiksi³³.

2) Domain dalam Spiritual Well-Being

Fisher menjabarkan 4 domain spiritual well-being seperti, domain personal, domain komunal, domain lingkungan, dan domain transendental. Diantara 4 domain tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut³⁴:

Domain personal yang menggambarkan kualitas hubungan diri sendiri dengan diri sendiri, biasanya mencakup makna, tujuan dan nilai-nilai dalam hidup. Dalam domain ini terdapat kesadaran diri yang dapat menjadi kekuatan pendorong, atau aspek transenden pada jiwa manusia untuk pencarian identitas dan harga diri.

Domain komunal, pada bab ini akan ditunjukkan bagaimana hubungan diri dengan orang lain, yang pada umumnya akan berkaitan dengan moral, budaya, dan agama. Hal-hal tersebut dapat diungkapkan melalui rasa cinta, pengampunan, rasa percaya, adanya sebuah harapan, serta memiliki keyakinan kepada sesama manusia.

Domain lingkungan, pada domain ini akan diperlihatkan bagaimana diri dapat memiliki rasa kepedulian dan kepengasuhan atau keperawatan yang tinggi terhadap aspek fisik dan biologis, individu memiliki rasa kagum dan takjub, beberapa memiliki anggapan bahwasannya dirinya telah menyatu dalam lingkungan sekitarnya.

Domain transendental, domain ini adalah domain yang menjelaskan bagaimana pribadi memiliki hubungan dengan sesuatu yang berada diluar diri manusia seperti, kekuatan kosmik, realitas transenden, atau eksistensi dari Tuhan. Pada domain ini memang berkaitan erat dengan keyakinan pada ritual atau pemujaan, sesuai dengan kepercayaan yang telah dianut oleh manusia, atau sering disebut juga dengan sumber misteri alam semesta.

³³ Craig W Ellison, ‘S w -B : C’, *Journal of Psychology and Theology*, 11.4 (1983), pp. 330–38.

³⁴ Fisher, ‘The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being’.

Dari empat domain yang telah dijelaskan diatas, Fisher (2011) menyimpulkan bahwasannya keempatnya memiliki hubungan yang dinamis. Dimana keharmonisan internal dalam diri berkaitan dengan pengembangan diri yang ada, sesuai dengan makna, tujuan, dan nilai-nilai kehidupan pada tingkat pribadi. Pengembangan diri yang dapat membentuk, umumnya muncul dari adanya permasalahan atau datangnya tantangan pribadi, yang dapat menuju pada masa kebahagiaan, dan sebagian orang menganggap hal tersebut adalah keharmonisan internal³⁵.

Perlu digaris bawahi kembali, moral, budaya dan agama yang termasuk dalam domain komunal kesejahteraan spiritual adalah tiga hal yang dapat dibedakan namun tidak dapat dipisahkan. Jika moral dan agama terpisahkan akan memunculkan perihal yang disebut “secullar”. Agama disini diartikan sebagai aktivitas sosial manusia yang fokus terhadap ideologi serta aturan dari keyikanan dan kepercayaan setiap individu. Hal ini berbeda dengan hubungan diri dengan orang lain yang transenden seperti pada halnya domain transcendental kesejahteraan spiritual.

3) Aspek Spiritual Well Being

Fisher memberikan penjelasan dari adanya 4 domain spiritual well-being seperti yang dijelaskan diatas, memiliki dua aspek yaitu aspek pengetahuan dan inspirasi. Berikut tabel aspek dari 4 Domain Spiritual well-being Fisher :

³⁵ Fisher, ‘The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being’.

Tabel 2 Domain dan Aspek Spiritual well-being

DOMAIN SPIRITUAL WELL-BEING				
	PERSONAL	KOMUNAL	LINGKUNGAN	TRANSCENDENTAL
Aspek Pengetahuan -disaring berdasarkan pandangan dunia	makna. tujuan, dan nilai	moral, budaya (dan agama)	Peduli, pengasuhan dan pengelolalan, dari lingkungan fisik, lingkungan politik dan sosial yang berhubungan dengan Alam/Ciptaan	Transenden Lainnya -perhatian utamanya Tillich -kekuatan kosmik Zaman Baru -Tuhan, untuk penganut kepercayaan <i>Iman</i>
Aspek Inspirasional -semangat dan motivasi -disaring berdasarkan keyakinan	-jiwa/roh manusia menciptakan semangat - <i>self-consciousness</i>	- <i>hubungan interpersonal yang mendalam</i> -menjangkau inti dari kemanusiaan		
Dialami dalam	-sukacita, kepuasan -kedamaian, kesabaran -kebebasan -kerendahan hati -identitas, integritas, kreativitas, intuisi -harga diri	-cinta - pengampunan/ pemaafan -keadilan -harapan & keyakinan dalam kemanusiaan -percaya	- kagum dan takjub - menghargai alam / ciptaan	Pemujaan & penyembahan, menjadi : -menyatu dengan Sang Pencipta -esensi terhadap alam semesta -selaras dengan Tuhan

Nb: Translate dari ³⁶

³⁶ Fisher, 'The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being'.

Penjelasan dari tabel diatas adalah, aspek pengetahuan (cetak tebal) menyatakan kerangka kognitif yang kemudian dapat membantu seseorang dalam menafsirkan aspek inspirasional atau transenden dari kesejahteraan spiritual (cetak miringg). Kemudian dari sini kita dapat melihat antara “kepala” dan “hati” dapat bekerjasama, berjuang untuk meraih keselarasan. Setelah tercapai keselarasan maka akan terlihat ekspresi kesejahteraan seperti yang disajikan dalam setiap domain pada tabel diatas.

Adapula menurut Miller, Fleming dan Anderson (1998) memecah aspek-aspek pada spiritual well-being sebagai berikut³⁷:

- a) Keterhubungan kepada Tuhan (Connection with God)
- b) Rasa puas pada Tuhan dan Kehidupan sehari-hari (Satisfaction with God and Day-today Living)
- c) Masa depan / Kepuasan atas Hidup (Future/Life Contentment)
- d) Ikatan pribadi kepada Tuhan (Personal Relationship with God)
- e) Kebermaknaan (Meaningfulness)

Lima hal tersebut didapat oleh Miller, Fleming dan Anderson (1998) setelah penelitiannya dengan masyarakat suku Kaukasia dan suku Afrika-Amerika. Aspek pertama yaitu keterhubungan dengan Tuhan oleh suku Kaukasia menekankan pada hubungan individu dengan Tuhan, dimana keyakinan dan relasi spiritual dapat memberikan kekuatan, dukungan, dan rasa puas secara pribadi. Aspek kedua mengenai rasa puas pada Tuhan dan kehidupan sehari-hari, yang dimana fokus pada kepuasan dan tujuan hidup seseorang pada umumnya. Selanjutnya adalah aspek masa depan, yang berfokus pada kehidupan seseorang dimasa depan seperti, harapan, kepastian, arah hidup ataupun rasa optimis.

Bagi suku Afrika – Amerika, aspek keterhubungan dengan Tuhan berfokus pada kedekatan dan keyakinan bahwasannya Tuhan memiliki

³⁷ Geri Miller, Willie Fleming, and Felicia Brown-Anderson, ‘Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans’, *Journal of Psychology and Theology*, 1998, doi:10.1177/009164719802600406.

kepedulian terhadap permasalahan pribadi dari hamba-Nya, serta adanya perasaan yang terpenuhi jika berhubungan dekat dengan Tuhan. Aspek kedua mengenai rasa puas pada Tuhan dan kehidupan sehari-hari, menggambarkan tentang rasa puas hidup sehari-hari yang berkaitan dengan Tuhan, juga mengenai makna hidup dan kebahagiaan secara umum. Berikutnya aspek ketiga tentang masa depan, yang fokus pada rasa puas di kehidupan yang akan datang, diantaranya adalah optimisme dan arah hidup. Aspek keempat tentang ikatan pribadi dengan Tuhan, yang menekankan pada pengalaman spiritual secara personal dan internal, seperti kepuasan dalam doa dan keyakinan akan kasih Tuhan. Aspek selanjutnya kebermaknaan, dimana individu dapat menemukan makna dan tujuan hidup serta tentang identitas diri.

4) Faktor-faktor Spiritual well-being

Spiritual well-being dapat berkembang sebab dipengaruhi oleh faktor-faktor pendukungnya. Seperti dalam penelitian yang dilakukan oleh Ellison, spiritual well-being memiliki hubungan dengan beberapa jenis variable keagamaan. Seperti seorang Christians dan menyatakan “Born Again” maka dirinya sudah menekankan bahwasannya Penerimaan Yesus sebagai Juruselamat dan Tuhan pribadi, umunya mereka sudah memiliki spiritual well-being, seorang yang religious, dan memiliki eksistensial yang lebih positif dari pada seorang “Kristen Etnis” yang hanya menggambarkan seorang yang patuh pada ajaran dan moral Yesus.

Maka secara khusus, hasil penelitian spiritual well-being Ellison memiliki hubungan positif dengan keyakinan doctrinal atau ajaran-ajaran keagamaan yang dapat berkontribusi pada kesejahteraan spiritual, yang kemudian dapat mendorong penerimaan diri dan hubungan positif dengan Tuhan, serta orang lain dalam sebuah komunitas. Ellison juga menjelaskan bahwasannya bagi mereka yang beragama rata-rata jumlah waktu yang dihabiskan dalam periode ibadah harian memiliki hubungan yang signifikan dengan spiritual well-being secara keseluruhan.

Selain itu spiritual well-being juga memiliki hubungan yang positif dengan seseorang yang memiliki dasar evaluasi diri positif dalam penerimaan dari Tuhan. Dimana seorang yang memiliki pandangan positif pada diri sendiri di hubungannya dengan Tuhan, maka akan semakin tinggi spiritual well-being yang ia punya. Selain itu responden dari penelitian ini juga lebih mementingkan penilaian dari Tuhan dari pada penilaian dari orang lain, maka ia memiliki kesejahteraan spiritual yang tinggi.

Ellison menjelaskan bahwasannya item yang ia gunakan dalam spiritual well-being memiliki hubungannya dengan perhatian transenden, ataupun aspek pengalaman yang melibatkan makna, cita-cita, keyakinan, komitmen, tujuan hidup dan juga hubungan seseorang pada Tuhan. Ellison mengatakan kalau seseorang yang memiliki dasar agama dalam hidupnya, maka akan membuat dirinya lebih terinternalisasi dan memiliki hubungan lebih intim dengan Tuhan, ia tidak hanya menerima kesejahteraan agama melainkan lebih tinggi dari itu, yaitu kesejahteraan spiritual secara keseluruhan. Responden yang memiliki hubungan yang lebih intim dengan Tuhan dan gereja, memiliki spiritual yang lebih tinggi juga kesejahterannya.

Penelitian Ellison menghasilkan bahwasannya spiritual well-being yang dimiliki manusia mencerminkan dimensi-dimensi lain dalam istilah subsistem interaktif. Ellison mengatakan bahwasannya pengalaman seseorang di masa kanak-kanak dengan keluarga dan teman, yang sebagian masih dapat diingat, dapat membentuk rasa kepuasan spiritual dikemudian hari dalam hidup³⁸.

Moberg (1971), menjelaskan beberapa faktor spiritual well-being yang dibutuhkan manusia diantaranya adalah³⁹ :

³⁸ Craig W. Ellison, 'Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement', *Journal of Psychology and Theology*, 1983, doi:10.1177/009164718301100406.

³⁹ Moberg, *The Technical Committee On Spiritual Well-Being*

1. Deprivasi Sosialkultural (Socialcultural Deprivation), adalah sebuah keadaan yang memperlihatkan kurangnya pemenuhan sosial dan budaya manusia atau tidak terpenuhinya interaksi sosial/hubungan dengan orang lain, yang membuat individu merasa dikucilkan dari kaum masyarakat.
2. Citra Diri (Self Images), merupakan keadaan yang menggambarkan dirinya sendiri sebagai manusia makhluk berfisik, dan sering mengaitkan citra diri pada karakteristik penampilan. Seseorang yang memiliki citra diri positif akan mengembangkan perilaku positif seperti, percaya diri, menghargai diri sendiri, mengembangkan potensi diri dengan optimal. Namun, jika citra diri negatif maka akan mengembangkan perilaku yang rendah diri, benci terhadap diri sendiri, pemalu, dan perilaku yang dapat menghambat penyesuaian diri terhadap pergaulan.
3. Harga diri/Martabat (Personal Dignity), merupakan proses evaluasi diri sendiri yang kemudian diekspresikan pada diri sendiri juga. Evaluasi ini dinyatakan sebagai bentuk penerimaan ataupun penolakan individu dalam mempercayai dirinya yang mampu, berarti, berhasil, berharga sesuai dengan nilai standartnya sendiri.
4. Alienasi Sosial (Social Alienation), pengalaman hidup pada individu yang berada di posisi dirinya sebagai sosok terasing dalam lingkungan hubungan bermasyarakat. Ia juga merasa asing bahwa dirinya bukanlah pusat dari dunia.
5. Filosofi Kehidupan (Philosophy of Life), dikatakan bahwasannya seseorang dengan spiritual well-being merasa memiliki kehidupan yang berkualitas, memiliki filosofi kehidupan pribadi, berprinsip dalam hidup dan bagaimana seorang individu dala melihat dunia.

B. SKIZOFRENIA

1) Pengertian Skizofrenia

Gangguan kesehatan tidak hanya menyerang secara fisik, namun juga terdapat gangguan jiwa atau gangguan kesehatan mental. Gangguan jiwa merupakan kondisi yang memberikan pengaruh pada pikiran, perasaan, dan perilaku individu, kemudian dapat menyebabkan penderitaan dan gangguan dari fungsi sosial, pekerjaan ataupun hubungan keluarga. Gangguan jiwa secara umum meliputi, gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, gangguan psikotik, gangguan kepribadian, gangguan makan⁴⁰.

Salah satu gangguan mental yang serius adalah skizofrenia. Skizofrenia termasuk dalam gangguan psikologis yang membingungkan dan melumpuhkan. Seseorang yang menderita skizofrenia akan terserang pribadinya, terputus hubungan antara pemikiran serta perasaan serta mengisinya dengan persepsi terganggu, konsep yang tidak logis, ide yang salah, dan konsep tidak logis⁴¹. Skizofrenia dapat membuat seseorang kehilangan diri dalam menjalankan fungsi peran dalam kehidupan, seperti sebagai mahasiswa, pekerja, pasangan, dan orang tua⁴².

Dalam Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III), skizofrenia diartikan sebagai deskripsi dari sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui) dan perjalanan penyakitnya (tidak selalu bersifat kronis atau deteriorating) secara luas, dan akibat dari skizofrenia terletak pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya⁴³. Sedangkan dalam Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5) mengatakan skizofrenia termasuk dalam gangguan abnormalitas dengan memiliki satu atau lebih dari dormain: delusi,

⁴¹ JS Nevid, SA Rathus, and B Greene, *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2* (PENERBIT ERLANGGA, 2003). h.108

⁴² Nevid, Rathus, and Greene, *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2*.

⁴³ Muslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, h.46

halusinasi, pemikiran tidak teratur (ucapan), aktivitas motorik yang tidak teratur, dan adanya gejala negatif⁴⁴.

Gangguan skizofrenia memiliki sejarahnya sendiri, yang tentu tidak lepas dari beberapa tokoh utama seperti Benedict Morel, Emil Kraepelin, Eugene Bleuler, Kurt Schneider. Berawal pada abad 19, tahun 1809 – 1873 Benedict Morel yang juga seorang psikiater berdarah Perancis, pertama kali menggambarkan secara klinis gangguan jiwa tersebut sebagai *démence précoce*. Bukan tanpa sebab, ia menggunakan istilah tersebut, sebab deteriorasi secara klinis muncul di usia remaja⁴⁵.

Tahun 1856-1926 Kraepelin, menyebutkan skizofrenia dengan *dementia praecox* yang berasal dari Bahasa latin, dementia yang artinya “di luar”, praecox yang membentuk kata precocious berarti “sebelum” tingkat “kematangan” pada diri seseorang. Maka dapat diartikan *dementia praecox* adalah proses penyakit yang disebabkan adanya patologi spesifik, walau tidak dapat diketahui di dalam tubuh. Sindrom dalam gangguan ini dapat terjadi pada masa awal kehidupan, serta proses diteriorasi yang menghasilkan “disentregasi dari kepribadian”. Perilaku yang dijelaskan dalam *dementia praecox* seperti waham, halusinasi, dan perilaku motorik yang aneh⁴⁶.

Eugen Bleuler ditahun 1911 mengganti *dementia praecox* menjadi skizofrenia, yang berasal dari bahasa Yunani *schistos* yang memiliki arti “terpotong” atau “terpecah”, kata *phren* berarti “otak”. Sindrom utama yang difokuskan oleh Bleuler adalah terpisahnya fungsi organ otak dalam mempengaruhi kognisi, respons perasaan atau afektif, serta tingkah laku. Karena hal tersebut kemungkinan akan adanya ketidak sambungan antara emosi dan pemikiran, persepsi dan realitas. Bluelur menyebutkan ada 4

⁴⁴ APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5*. British Library Cataloguing, h. 87

⁴⁵ Yudhantara, D., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. UB Press, h.3

⁴⁶ Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2003). *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2*. Penerbit Erlangga, h.104

simptom primer dalam gangguan skizofrenia yaitu, asosia (association), afek (affect), ambivalensi (ambivalence), dan autism (autism). Kurt Schneider, mengembangkan konsep skizofrenia pada tahun 1887-1967. Hal penting dalam kontribusi Schneider adalah ia membedakan ciri-ciri skizofrenia yang diyakini dapat menjadi inti dari diagnosis diantaranya adalah simptom peringkat pertama (first-rank symptoms) dengan adanya simtom waham dan halusinasi; simtom peringkat kedua (second-rank symptoms) dengan adanya simtom gangguan mood dan kekacauan pikiran⁴⁷.

Perkembangan gangguan skizofrenia selalu mengalami perubahan dalam diagnosisnya, maka tahun 1980 dikeluarkanlah DSM-III yang kemudian menggabungkan kriteria dari Feighner dan Schiderian mulai dikenalkan sebagai diagnosis multiaksial. Kemudian di tahun 2000 keluarlah DSM – IV, tahun 2003 muncul DSM – IV – TR dan ICD-10, kemudian antara keduanya memiliki perbedaan diagnosis. Dan ditahun 2013 keuarlah DSM-5, dan diagnosis gangguan skizofrenia lebih signifikan. Dalam DSM-V seseorang dikategorikan skizofrenia apabila ia muncul 2 gejala dari kriteria A, yang berlangsung selama 6 bulan⁴⁸.

Perubahan-perubahan yang ditunjukkan pada seseorang dengan gangguan skizofrenia seperti perubahan keperibadian dan perilaku akan membawanya pada episode psikotik akut. Namun beberapa juga mengalami perubahan secara perlahan sebelum perilaku psikotik muncul, walaupun tandanya sudah dapat diamati. Periode perubahan dengan kemunduran ini disebut sebagai fase prodromal (prodromal phase). Fase ini ditandai dengan berkurangnya minat untuk beraktivitas sosial dan semakin sulit memenuhi tanggung jawab sehari-hari. Pada fase ini pula berkembang simtom psikotik yang sebenarnya seperti, halusinasi, waham, dan meningkatnya perilaku aneh. Setelah idividu berada di episode akut, individu akan memasuki fase residual (residual phase), dimana tingkah laku dari individu kembali pada

⁴⁷ Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2003). *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2*. Penerbit Erlangga, h.104-105

⁴⁸ Yudhantara, D., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. UB Press, h.7

masa karakteristik fase prodromal. Meskipun perilaku psikotiknya tidak muncul seperti saat di fase residual, individu tetap memiliki perasaan apatis yang mendalam, sulit dalam berpikir dan berbicara, serta memiliki ide yang tidak terbatas⁴⁹.

2) Gejala Gangguan Skizofrenia

Definisi gangguan skizofrenia tidak jauh yang berate gangguan yang secara luas dan mempengaruhi proses psikologis dengan pelibatan aspek kognisi, afeksi, dan perilaku. Untuk mengetahui gangguan tersebut tentunya tidak langsung sembarang dalam memberikan diagnosis. Tentunya seseorang yang mengidap gangguan pasti memiliki gejala atau ciri-ciri. Berikut dapat dijelaskan beberapa ciri atau gejala yang dapat diasosiasikan dalam skizofrenia, diantaranya:

a. Pikiran dan Bicara Terganggu

- Isi pemikiran yang menyimpangSalah satu hal yang mewakili pikiran terganggu adalah delusi. Delusi dapat diartikan sebagai keyakinan palsu yang berada dalam pikiran terganggu, walaupun berdasar pada pemikiran tidak logis dan kurangnya bukti yang mendukung. Delusi juga memiliki beberapa bentuk diantaranya adalah delusi akan persepsi atau paranoia, delusi akan referensi, delusi akan perasaan yang dikendalikan, delusi akan kemuliaan. Adapun delusi yang lain ialah transmisi pikiran, penyisipan pikiran, dan penarikan pikiran.
- Bentuk Pikiran yang menyimpang, orang dengan skizofrenia cenderung memiliki pemikiran yang tidak teratur dan tidak logis. Orang dengan skizofrenia memiliki pola piker yang sering terganggu, para ahli klinisi menyebut ini dengan **gangguan berpikir (thought disorder)**.
- Defisiensi Atensional, orang dengan gangguan skizofrenia memiliki kelemahan pada titik fokusnya. Hal ini bisa terjadi sebab ia tidak

⁴⁹ Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2003). *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2*. Penerbit Erlangga, h. 109-110

dapat menyaring stimulus yang tidak relevan. Selain itu orang dengan skizofrenia terlihat selalu lebih waspada (hypervigilant), dan sangat sensitive.

- Gangguan gerakan mata, gangguan ini pada umumnya berupa kesulitan melacak benda yang bergerak perlahan di dibidang penglihatannya.
- Potensi terkait kejadian abnormal, kasus yang terjadi pada pasien skizofrenia adalah dimana terdapat mekanisme sensoris dalam otak yang menghambat ataupun menekan ERP pada stimulus yang berulang yang terjadi pada saat beberapa detik awal setelah datangnya stimulus, yang semestinya otak dapat mengabaikan stimulus yang tidak relevan seperti suara detik jam, maka pada pasien skizofrenia kurang bekerja secara efektif.

b. Gangguan Persepsi

Halusinasi, merupakan bentuk gejala umum pada seseorang yang mengalami skizofrenia, yang dimana terdapat persepsi sensoris meski tidak terlihat stimulus dari luar. Beberapa macam halusinasi diantaranya adalah halusinasi pendengaran/auditoris, halusinasi taktil, halusinasi somatis, halusinasi visual, halusinasi pengecapan, halusinasi olfaktoris. Neurotransmitter dopamine dicurigai sebagai senyawa yang dapat menghambat aktivitas dopamine dapat mempengaruhi terjadinya halusinasi. Namun halusinasi dapat dikendalikan dengan cara terapi perilaku kognitif, yang juga dapat berpengaruh pada pemikiran yang delusional.

c. Gangguan Emosional

Pasien gangguan skizofrenia memiliki gangguan pada respon emosional yang melibatkan simptom negative, seperti kehilangan ekspresi emosi yang normal, biasa disebut sebagai afek yang tumpul atau afek datar.

d. Jenis Pelemahan Lainnya

Skizofrenia dapat menyebabkan seseorang merasa bingung dengan identitas pribadi atau sering disebut dengan batasan ego. Selain itu pasien skizofrenia juga dapat mengalami gangguan kehendak, simtom yang terlihat adalah ia kehilangan insiatif dalam melakasakan aktivitas sehari-hari yang memiliki tujuan. Beberapa kasus juga menyebutkan pasien skizofrenia mengalami perilaku katatonik katatonia (catatonia) terganggunya fungsi motorik dan kognitif.

Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), gejala dari skizofrenia sebagai berikut:

- Harus/wajib adanya satu gejala yang amat dibawah ini:
 - a. “thought echo” = isi dalam pikirannya sendiri yang terus berulang dan menggema dalam kepalanya
 - b. “thought insertion or withdrawal” = memiliki isi pikiran asing dari luar yang kemudian masuk dalam pikirannya, atau isi pikirannya keluar oleh sesuatu dari luar dirinya
 - c. “thought broadcasting” = isi pemikiran yang dapat tersiar keluar sehingga orang lain dapat mengetahuinya
 - d. “delusion of control” = waham diri yang dikendalikan oleh kekuatan tertentu dari luar
 - e. “ delusion of influence” = waham diri yang dipengaruhi kekuatan dari luar
 - f. “delusion of passivity” = waham diri yang tidak berdaya terhadap satu kekuatan dari luar
 - g. “delusional perception” = adanya pengalaman inderawi tidak wajar, memiliki makna khas bagi penderita, biasanya dianggap mukjizat atau mistik
 - h. Adapun halusinasi auditorik seperti mendengar suara yang berkomentar secara terus menerus pada pasien, atau mendiskusikan satu permasalahan diantara diri mereka sendiri,

- dan mendengar suara lain yang muncul dari salah satu tubuh. (Mengalami salah satu diantaranya).
- i. Waham budaya yang dianggap tidak wajar atau mustahil seperti keyakinan agama atau politik tertentu, atau adanya kekuatan dan kemampuan diatas dari manusia umumnya.
 - Memiliki paling sedikit dua gejala dibawah yang ada secara jelas :
 - a. Halusinasi pada panca indra, dapat disertai dengan waham yang mengambang maupu yang setengah bentuk yang tidak memiliki afektif jelas, atau adapun ide0ide berlebihan yang menetap
 - b. Arus pikiran terputus atau adanya sisipan, yang mengakibatkan inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan
 - c. Perilaku katatonik
 - d. Bersikap negative seperti apatis, bicara yang jarang, emosinya tidak wajar

1) Jenis Skizofenia

Klasifikasi dari gangguan skizofrenia berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut:

- a. Gejala yang ditampilkan pada gangguan ini adalah :
 - 1. Gangguan halusinasi dan waham harus menonjol
 - Suara-suara yang didengar halusinasi dari ancaman atau perintah, ataupun dapat berupa bunyi verbal seperti bunyi peluit, mendengung, atau bunyi tawa
 - Halusinasi pada indra pencium atau pengecap rasa, atau bersifat seksual
 - Waham yang dirasakan hampir waham setiap jenis, akan tetapi lebih sering waham dikendalikan, dipenge=aruhi, passivity, serta berkeyakinan dikejar oleh banyak hal
 - 2. Gangguan afektif, terdapat dorongan kehendak dan berbicara, serta adanya gejala katatonik yang relatif tidak nyata / menonjol

Skizofrenia paranoid juga memiliki macam diantaranya adalah, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca-skizorenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia YTT.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Seorang dengan skizofrenia hebefrenik jika terlihat simtom seperti dibawah :

1. Memenuhi kriteria diagnosis gangguan skizofrenia pada umumnya
2. Skizofrenia hebefrenik ditujukan pada usia remaja atau dewasa awal (15-25 tahun)
3. Memiliki kepribadian premorbid : pemalu dan senang menyindir, namun hal ini tidak dikatakan harus demikian dalam mendiagnosis
4. Dalam waktu 2-3 bulan pasien mengalami :
 - Perilaku tidak tanggung jawab dan tidak dapat diramalkan
 - Afek pasien dangkal dan tidak wajar, disertai dengan ketawa atau cekikan
 - Pemikiran mengalami disorganisasi dan pembicaraan yang rancu
5. Adanya gangguan afektif dan dorongan kehendak, dan gangguan proses berpikir lainnya yang menonjol

c. Skizofrenia Katatonik

Pedoman diagnostik yang diiketahui adalah :

- Sangat berkurangnya aktivitas dengan lingkungan dan dalam gerak spontan atau tidak berbicara
- Gaduh dan gelisah
- Menampilkan posisi tubuh tertentu
- Tidak memiliki motif dalam perintah atau terhadap sesuatu yang bergerak
- Mempertahankan posisi tubuh yang kaku dalam melawan dirinya yang berusaha digerakkan

- Waxy flexibility
- Patuh secaraotomatis pada satu perintah, serta adanya pengulangan kalimat-kalimat

d. Skizofrenia Tak Terinci

Beberapa hal yang dapat diamati adalah :

- Memenuhi diagnosis gejala skizofrenia pada umumnya
- Tidak memenuhi diagnosis gejala skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik
- Tidak memenuhi diagnosis gejala skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia

e. Depresi Pasca-Skizofrenia

Diagnosis dapat dilakukan jikalau hanya :

- Pasien sudah memiliki riwayat skizofrenia selama 12 bulan terakhir
- Gejala dari skizofrenia masih ada namun tidak mendominasi
- Gejala depresif menonjol dan mengganggu, terpenuhinya paling sedikit episode depresif (F32), dan berlangsung dalam waktu paling sedikit 2 minggu

Jika penderita tidak menunjukkan gejala skizofrenia diagnosis menjadi episode depresif (F32). Namun apabila gejala skizofrenia masih jelas menonjol, diagnosis harus tetap salah satu subtipe dari gangguan skizofrenia (F20.0-F20.3).

f. Skizofrenia Residual

Diagnosis dapat diberikan jika memenuhi beberapa persyaratan sebagai berikut:

- Gejala “negatif” skizofrenia yang menonjol, seperti perlambatan psikomotorik, menurunnya aktivitas, sikap pasif, kemiskinan pada kuantitas, afek menjadi tumpul, ketiadaan inisiatif, komunikasi non-verbal buruk, sosial kerja dan merawat diri yang buruk
- Memiliki satu riwayat satu episode psikotik di masa lalu yang jelas

- Memiliki satu tahun gejala waham dan halusinasi yang telah menurun, dan timbul sindrom “negatif” dari gangguan skizofrenia
- Tidak memiliki riwayat dementia / gangguan otak organik lainnya

g. Skizofrenia Simpleks

Salah satu gangguan ini memiliki kesulitan dalam proses keyakinannya, sebab bergantung pada perkembangan yang berjalan pelan dan progresif dari :

- Gejala “negatif” yang khas berasal dari skizofrenia residual (F20.5) tanpa diawali dengan halusinasi, waham atau manifestasi lain dari episode psikotik
- Disertai akan perubahan perilaku pribadi yang bermakna, kehilangan minat yang mencolok, tidak memiliki tujuan hidup, tidak melakukan apapun, dan menarik diri dari sosial.

h. Skizofrenia Lainnya

i. Skizofrenia YTT

C. KELUARGA DAN CAREGIVER

1) Pengertian dan Fungsi Keluarga

Keluarga merupakan bagian kecil dari masyarakat. Suprajitno (2003) mengartikan keluarga keterhubungan dengan adanya ikatan perkawinan dan hubungan darah yang tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan diantara anggota tersebut masing-masing telah memiliki peran dan saling keterikatan emosional. Fungsi keluarga dalam bidang kesehatan adalah keluarga mengetahui permasalahan kesehatan, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk anggota keluarga, merawat anggota keluarga yang memiliki gangguan kesehatan, membuat lingkungan keluarga yang terjamin kesehatannya, dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk keluarga⁵⁰.

⁵⁰ Suprajitno. (2003). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan*. Buku Kedokteran EGC, h. 2

Fungsi keluarga tidak berhenti dalam hal itu saja. Dalam UU No. th 1992 jo PP No. 21 th 1994, mengatakan salah satu fungsi keluarga adalah fungsi cinta kasih dan perlindungan. Fungsi cinta kasih keluarga adalah dengan mengembangkan potensi kasih dan sayang antara anggota keluarga dengan nyata optimal dan terus menerus; membina kasih sayang diantara anggota secara kuantitaif dan kualitatif; membina rasa cinta terhadap kehidupan dunia dan akhirat dalam keluarga yang serasi, selaras dan seimbang; membina rasa, sikap dan praktik hidup untuk memberi serta menerima kasih sayang untuk menjadi pola hidup yang ideal menjadi keluarga yang bahagia dan sejahtera.

Lain halnya keluarga yang dapat menjadi fungsi perlindungan, dapat memenuhi kebutuhan rasa aman bagi anggota keluarga yang mendapat ancaman baik dari luar ataupun luar keluarga; membina keamanan bagi tiap anggota keluarga baik secara fisik dan psikis; dapat membina dan menjadikan stabilisasi untuk menuju keluarga yang aman dan menjadi keluarga kecil yang sejahtera dan bahagia⁵¹.

Effendi (1998) dalam ⁵² menyatakan fungsi keluarga dalam tiga aspek yaitu asih, asuh, dan asah. Fungsi asih keluarga layaknya memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, rasa hangat sesama anggota keluarga yang kemudian dapat membuat anggota didalamnya tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia juga kebutuhan. Asuh, menuju keluarga yang memiliki pemeliharaan dan keperawatan anak supaya kesehatannya senantiasa terpelihara, yang nantinya dapat membuat anak tumbuh sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual. Asah, dapat memenuhi kebutuhan pendidikan, yang menuju pada manusia dewasa mandiri dalam mempersiapkan masa depannya⁵³.

⁵¹ Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Pustaka As Salam, h. 9-11

⁵² Ibid.

⁵³ Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Pustaka As Salam, h.14

2) Keluarga Sebagai Caregiver

Pasien yang memiliki gangguan skizofrenia keluarga memiliki peran penting didalam proses penyembuhan. Pasien gangguan skizofrenia yang setalah keluar dari rumah sakit akan dikembalikan ke pihak keluarga untuk dapat kembali melaksanakan fungsi diri sebagai mana mestinya, dan dapat kembali kemasyarakatan untuk memenuhi fungsi sosial. Maka secara tidak langsung keluarga akan menjadi caregiver atau pengasuh untuk melanjutkan perawatan dari rumah sakit.

Caregiver atau pengasuh adalah seseorang yang melakukan pengasuhan pendampingan pada seseorang (dapat anggota keluarga atau orang lain) dengan kondisi khusus yang dimilikinya pada waktu itu. Seorang yang menjadi caregiver harus melaksanakan tugasnya sesuai dengan ketentuan SOP (Standar Operasional Prosedur) untuk pasien yang dijaga. Keluarga yang menjadi seorang caregiver termasuk dalam informal caregiver. Caregiver sendiri terbagi menjadi dua macam, yaitu formal caregiver dan informal caregiver. Formal caregiver adalah pengasuhan atau perawatan oleh seseorang yang telah mendapat kompetensi berlisensi pada pasien dengan kondisi tertentu. Sedangkan informal caregiver perawatan atau pengasuhan dilakukan orang yang telah ditunjuk dan dipercaya dalam melakukan pengasuhan⁵⁴.

Disebutkan pasien yang dapat kembali kerumah setelah perawatan maka akan dikembalikan pada keluarga. Proses persiapan pasien untuk kembali pulang ke rumah setelah menjalani perawatan dari rumah sakit, yang dilakukan oleh petugas disebut dengan perencanaan pulang (*discharge planning*). Tujuan dilakukan perencanaan pulang ini kemudian untuk melancarkan proses kepulangan pasien, serta meminimalkan risiko komplikasi dan rehospitalisasi⁵⁵.

⁵⁴ Agustin, R. A. (2022). *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*. Deepublish, h.40-41

⁵⁵ Tombokan, M., Rahman, & Aminah, S. (2023). *Perencanaan Pulang dan Peran Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekerasan Pasca Perawatan Rumah Sakit*. PT Nasya Expanding Management, h.3

Dalam menjalankan tugasnya caregiver perlu mempelajari banyak hal, maka perlu juga mengetahui perencanaan pulang dari pasien. Pengetahuan tentang perkembangan kondisi pasien yang wajib diketahui seperti, kebutuhan pasien, kemampuan yang dimiliki pasien, serta tindakan-tindakan yang dilakukan pasien. Hal-hal seperti inilah yang kemudian dapat menguras energy dan waktu caregiver, sebab harus memperhatikan orang lain disaat harus memperhatikan dirinya sendiri.

Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan pasca rumah sakit, terutama pada perilaku kekerasan dari pasien yang kemungkinan dapat terjadi kapan saja. Peran keluarga dalam hal tersebut adalah⁵⁶ :

1. Mendukung proses pemulihan pasien, dukungan dapat berupa emosional, motivasi, dan dorongan selama proses pemulihan
2. Melakukan pemantauan pada kesehatan mental dan emosional pasien
3. Membantu pasien menghadapi stigma dari dunia luar, stigma dan diskriminasi yang terjadi dimasyarakat dapat dihindari dengan memebrikan dukungan moral pada pasien, dan beri edukasi kepada masyarakat umum sekitar
4. Senantiasa memperhatikan kepatuhan pada rencana perawatan,
5. Identifikasi potensi yang berbahaya sehingga dapat mencegah perilaku kekerasan
6. Keluarga menjadi sumber pengetahuan dan informasi bagi pasien akan perilaku kekerasan, proses pemulihan dan pentingnya kepatuhan dalam perawatan
7. Mengenali sakit atau gangguan yang diderita oleh pasien, serta terapi yang perlu dilakukan

Agustin (2022) juga menjelaskan bagaimana tugas seorang caregiver dalam melaksanakan tugas pengasuhan atau perawatan :

⁵⁶ Tombokan, M., Rahman, & Aminah, S. (2023). *Perencanaan Pulang dan Peran Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekerasan Pasca Perawatan Rumah Sakit*. PT Nasya Expanding Management, h.16-18

Tabel 3 Peran dan Tugas Seorang Caregiver

Peran	Tugas
1. Pendampingan terhadap pasien	a. Caregiver melaksanakan pendampingan dalam pelaksanaan preventif (kebutuhan primer, sekunder, tersier)
2. Pengasuhan kepada pasien	b. Caregiver membantu pasien untuk melaksanakan program terapi yang sudah ditentukan sesuai aturan yang ada
3. Perawatan untuk pasien	c. Caregiver dapat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari sesuai kondisi yang dialami

3) Dinamika Keluarga sebagai Caregiver

Caregiver yang melaksanakan tugas dalam pengasuhan pada pasien pasti harus siap untuk melakukan tugas dua kali lebih banyak dari pada biasanya. Sebelum melakukan pengasuhan di rumah, memang perlu diperhatikan faktor sosial ekonomi dan faktor psikologis yang harus menjadi sebuah pertimbangan. Sebab perlu disadari sedari awal, caregiver harus memikul beban tanggung jawab yang dapat menghabiskan waktu dan rentan menimbulkan stress.

Kesiapan-kesepian yang perlu diperhatikan para caregiver dapat mencakup segala aspek kehidupan seperti biologis, psikologi, sosial, spiritual dan kultural, selain itu juga perlu diperhatikan aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (tindakan) yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pentingnya caregiver memperhatikan hal tersebut sehingga dapat beradaptasi pada keberadaan pasien di rumah guna

menghindari munculnya masalah baik untuk pasien, caregiver atau anggota keluarga yang lain⁵⁷.

Tantangan yang diperoleh keluarga dalam memberikan perawatan atau pengasuhan adalah kelelahan emosional dan fisik, memiliki rasa bersalah dan stigma, takut akan ketidakpastian⁵⁸. Dari tantangan dan tanggung jawab yang perlu diperhatikan ini, kemudian rentan caregiver mengalami kelelahan dan stress. Caregiver rentan mengalami kelelahan dan stress. Agustin (2022) mendefinisikan kelelahan (fisik dan mental) adalah proses penurunan atau melemahnya kondisi seseorang diakibatkan adanya aktivitas (fisik dan mental) yang berlebihan yang dapat menghambat terselesaikannya tugas yang ada. Faktor dari kelelahan tersebut juga berasal dari banyak hal diantaranya faktor fisik, mental, tidur, serta kesehatan emosional dan mental⁵⁹.

Stress diartikan Agustin (2022) sebagai kondisi karena adanya perubahan lingkungan atau adanya pengaruh eksternal yang dianggap dapat memberikan ancaman atau merusak keseimbangan dinamis individu, yang ditandai dengan denyut jantung dan tekanan darah yang meningkat, otot menegang, mudah marah dan depresi. Faktor yang menyebabkan stress sendiri adalah nilai penghargaan yang lebih rendah dari yang telah diharapkan, perubahan peran dalam keluarga, konflik pribadi, perubahan pada keuangan, ketakutan akan kegagalan, kekhawatiran pada masa depan⁶⁰.

Kelelahan dan stress yang dialami oleh caregiver perlu menjadi hal yang perlu diperhatikan dan dapat ditangani dengan serius. Sebab dengan adanya kelelahan dan stress yang berkepanjangan hal tersebut akan menjadi

⁵⁷ Agustin, R. A. (2022). *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*. Deepublish, h. 43-45

⁵⁸ Tombokan, M., Rahman, & Aminah, S. (2023). *Perencanaan Pulang dan Peran Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekerasan Pasca Perawatan Rumah Sakit*. PT Nasya Expanding Management, h.38

⁵⁹ Agustin, R. A. (2022). *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*. Deepublish, h.33-35

⁶⁰ Agustin, R. A. (2022). *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*. Deepublish, h.37-38

hal yang berbahaya bagi caregiver sendiri dan juga pasien. Maka diperlukan aspek yang kemudian dapat menunjang kesejateraan bagi caregiver seperti aspek bio-psiko-sosio-eko-spirit-culture.

BAB 3

METODE PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan kali ini menggunakan metode penelitian kualitatif eksploratif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian kualitatif menurut Moleong (2016) adalah proses penelitian yang dilakukan guna memahami fenoma yang tengah dialami ataupun lagi terjadi pada subjek penelitian seperti motivasi, dorongan, persepsi, perilaku atau tingkah laku, tindakan, dilakukan secara holistic, dan dengan penjelasan deskriptif berbentuk kata juga bahasa, terhadap kasus khusus yang berisfat alamiah, dilaksanakan dengan memanfaatkan banyak metode alamiah⁶¹.

Fungsi penelitian kualitatif menurut Moleong (2016) diantaranya: 1) memahami isi rumit dalam suatu proses dalam penelitian; 2) melakukan evaluasi dalam satu konteks penelitian; 3) guna meneliti hal-hal yang memiliki kaitannya dengan latar belakang sang subjek dalam penelitian; 4) guna meniliti satu hal secara mendalam; 5) guna meniliti suatu latar belakang misalnya peranan sikap, pandangan, motivasi dan nilai⁶².

Penelitian dengan jenis studi kasus menurut Stake dalam Mulyadi, et al (2019), adalah penelitian yang menggali satu kasus yang bersifat naturalistic, berbasis pada budaya serta terdapat minat fenomologi. Studi kasus merupakan penelitian yang dipilih sebab adanya ketertarikan pada kasus-kasus yang bersifat individual. Penelitian studi kasus dapat bersifat tunggal yang misalnya hanya dikaitkan dengan pasangan orang tua, seorang anak, atau sekolompok anak. Waktu yang diperlukan dalam penelitian studi kasus juga tidak dapat ditentukan, sebab dapat dilakukan dalam jangka waktu panjang atau pendek, tergantung dari konsentrasi penelitian⁶³.

⁶¹ Lexy J Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (PT Remaja Rosdakarya, 2016). h.6-7

⁶² Ibid.

⁶³ Seto Mulyadi, Heru Basuki, and Hendro Prabowo, *Metode Penelitian Kualitatif Dan Mixed Method Perspektif Yang Terbaru Untuk Ilmu-Ilmu Sosial, Kemanusiaan, Dan Budaya* (PT Raagafindo Persada, 2019).

B. PROSEDUR PENELITIAN

Moleong (2016) membagi tahapan penelitian kualitatif yang terdiri dari tahap pralapangan, tahap pekerjaan lapangan, dan juga tahap analisis data

a) Tahapan Pra-Penelitian

1) Menyusun Rancangan Penelitian

Tahap penyusunan penelitian yang pertama kali ini adalah berhubungan dengan keabsahan data yang dapat meningkatkan kepercayaan data. Keabsahan data sendiri diartikan Moleong adalah keadaan yang memenuhi penggambaran nilai yang benar, keadaan yang memiliki dasar sehingga hal tersebut dapat diterapkan,, dan adanya keputusan luar yang dapat dibuat secara konsisten sesuai prosedur dan ketetralan dari temuan dan keputusan yang ada.

2) Memilih Lapangan Penelitian

Dalam pemilihan dan penentuan lapangan penelitian perlu dipertimbangkan teori substansif dan fokus terhadap rumusan masalah penelitian. Dengan pengertian tersebut, penelitian ini kemudian bertempat di Kabupaten Klaten. Pada pasangan orang tua yang menjadi caregiver bagi anaknya yang mengalami gangguan skizofrenia. Penelitian ini pula juga melibatkan hal spiritualitas orang tua yang dapat menjadi faktor kesembuhan bagi pasien gangguan skizofrenia.

3) Menjajaki dan Menilai Lapangan

Pada tahap ini dilakukan orientasi lapangan, namun juga telah menilai keadaan lapangan dalam nilai-nilai tertentu. Tahap ini memiliki tujuan dalam mengenal unsur lingkungan sosial, pengenalan keadaan, situasi, apakah terdapat kesuaian dengan masalah, serta dapat menjadi bekal bagi peneliti sehingga peneliti dapat mempersiapkan diri baik dari segi mental ataupun fisik.

4) Memilih dan Memanfaatkan Informan

Informan bagi Moleong adalah seseorang yang dapat memberikan informasi akan situasi dan kondisi latar penelitian. Dimana ia memiliki kewajiban dalam menjadi anggota denga sukarela dalam penelitian

meskipun hanya bersifat informal. Adapun pada penelitian kali ini menggunakan kapabilitas-kapabilitas informan sebagai berikut :

- ✓ Informan adalah orangtua dengan pasien anak skizofrenia
- ✓ Informan tinggal satu atap dengan pasien anak skizofrenia
- ✓ Informan adalah keluarga atau orang terdekat dari objek narasumber

5) Menyiapkan Perlengkapan Penelitian

Berbagai macam perlengkapan yang perlu disiapkan selain izin penelitian, diperlukannya alat tulis juga alat perekam, jadwal penelitian yang mencakup waktu kegiatan dengan penjabaran yang rinci. Pada tahap ini peneliti juga mempersiapkan instrument penelitian, yang kemudian digunakan dalam wawancara dan observasi.

b) Tahap Penelitian

Tahap dilaksanakan penelitian terbagi menjadi tiga tahapan diantaranya adalah:

1) Memahami Latar Penelitian dan Persiapan Diri

a. Pembatasan latar dan peneliti

Melaksanakan penelitian penting bagi peneliti mengetahui akan latar terbuka dan latar tertutup. Latar terbuka merupakan yang dapat dijamah secara umum, namun latar tertutup memiliki definisi sebaliknya. Pada penelitian kali ini, peneliti hanya menggunakan latar tertutup, yang kemudian fokus terhadap satu keluarga terlebih pada orang tua dengan tingkat spiritual well-beingnya yang menjadi caregiver pasien skizofrenia. Sehingga diperlukan keakraban antara peneliti dengan subjek sebab diperlukan pengamatan dengan teliti dan wawancara secara mendalam.

b. Pengenalan hubungan peneliti di lapangan

Perlu diingat bahwasannya peneliti disini berperan dalam mengumpulkan informasi, namun tidak memiliki peran dalam mengintervensi peristiwa atau dengan kata lain tidak boleh ikut campur dalam urusan orang dalam penelitian tersebut.

2) Memasuki Lapangan

Peneliti dalam memasuki tahap ini bersikap pasif, dan peneliti membangun dapat rapport (hubungan peneliti dengan subjek yang seolah-olah tidak ada dinding pemisah). Sehingga muncul keakraban selama proses wawancara juga observasi.

3) Berperan serta sekaligus Mengumpulkan Data

a. Mencatat data

Peneliti baiknya menyiapkan catatan lapangan yaitu, catatan yang dibuat disaat pengamatan, wawancara berlangsung, ataupun disaat melakukan observasi dan melihat kejadian tertentu.

b. Petunjuk mengingat data

Data yang terkumpul biasanya tersimpan dalam sebuah alat perekam saat dilakukannya wawancara. Adapun beberapa cara yang dapat dilakukan dalam mengingat data seperti tidak menunda pekerjaan, fokus terhadap pengamatan dan catatan, mencari tempat yang aman tidak terganggu saat mulai menulis, dapat menggambar dengan diagram, catat garis besar yang berisi judul, lakukan verbatim, jika terlupa satu hal dan kemudian mengingatnya segera tulis hal tersebut.

C. DATA DAN SUMBER DATA

Moleong (2016) menjelaskan bahwasannya untuk melalukan pengumpulan data, sumber data yang dapat dijadikan acuan adalah dengan kata-kata dan tindakan, berbagai sumber tertulis, foto atau gambar, dan adanya data statistic⁶⁴ Sedangkan dilihat dari jenisnya sumber data dapat dibedakan menjadi:

- Data primer: data utama dalam penelitian ini adalah hasil kajian lapangan, yang meliputi wawancara, observasi, dan dokumentasi. Kemudian data-data tersebut didapat dari narasumber 1 inisial D dan narasumber 2 inisial

⁶⁴ Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*. h.157

M. Narasumber utama dalam penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak skizofrenia, adapun data dari orang tua tersebut:

Tabel 4 profile narasumber utama

Inisial nama	Gender	Pendidikan	Usia	Peran
D	Laki-laki	Tidak berpendidikan	60	Ayah
M	Perempuan	SD	62	Ibu

- Data sekunder: data sekunder dalam penelitian ini adalah hasil kajian lapangan yang meliputi wawancara terhadap empat narasumber sekunder yang lebih jelasnya dapat dilihat dari table dibawah:

Tabel 5 profile narasumber pendukung

Inisial nama	Gender	Pendidikan	Usia	Peran
F	Laki-Laki	SMP	29	Anak D & M
L	Perempuan	SMA	32	Anak D & M
S	Laki-Laki	SMK	54	Adik D

D. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Dikatakan pengumpulan data adalah proses penilaian yang dilakukan kepada variable-variabel penelitian itu sendiri. Data yang terkumpul pada umumnya memiliki korelasi antara kegiatan pengumpulan dan analisis data⁶⁵.

Teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti yang dapat dijelaskan berikut:

⁶⁵ Adhi Kusumastuti and Ahmad M Khoiron, *Metode Penelitian Kualitatif* (Lembaga Penidikan Pressindo, 2019). h.98

a. Wawancara

Dalam teknik wawancara kualitatif digunakan wawancara mendalam (in-depth interview) yaitu wawancara yang dilakukan guna memperoleh informasi dengan cara tanya jawab bertatap muka dengan informan, dengan menggunakan atau tanpa pedoman wawancara, dan antara pewawancara serta informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama⁶⁶. Pada penelitian ini digunakan wawancara jenis *autoanamnesa*, wawancara langsung terhadap subjek atau informan, dan kemudian akan dibantu dalam melihat kebenaran dengan wawancara *aloanamnesa*, dimana wawancara dilakukan kepada keluarga atau orang terdekat informan.

Peneliti juga menggunakan teknik wawancara tertustruk, yaitu proses pengumpulan data dimana peneliti mengetahui dengan pasti informasi apa yang akan diperoleh. Peneliti akan membawa instrument untuk menjadi pedoman selama proses wawancara dilakukan. Pengumpulan data dapat dibantu dengan alat-alat seperti handphone, gambar, alat tulis dan benda lain yang dapat membantu melancarkan proses wawancara.

b. Observasi

Pengumpulan data yang selanjutnya dapat dilakukan dengan pengamatan pada objek secara langsung di lokasi kegiatan ini disebut observasi. Selama observasi peneliti dapat mencatat secara sistematis mengenai gejala yang diteliti.

c. Dokumentasi

Selain wawancara dan observasi, peneliti akan melakukan pengumpulan data dengan menganalisis dokumen-dokumen yang telah dibuat oleh subjek ataupun orang lain yang berkaitan dengan subjek. Dokumen tersebut dapat berupa dokumen harian, dokumen pribadi serta dokumen resmi.

E. UNIT ANALISIS

Penelitian kali ini didapat unit analisis sebagai berikut :

⁶⁶ Mardawani, *Praktis Penelitian Kualitatif Teori Dasar Dan Analisis Data Dalam Perspektif Kualitatif* (CV Budi Utama, 2020). h.50 - 59

Tabel 6 Unit Analisis

Unit Analisis	Sub.Unit Analisis	Sumber Data
Riwayat Gangguan Pasien Skizofrenia	1. Sejarah awal adanya gangguan skizofrenia 2. Penanganan pertama yang diberikan 3. Diagnosis gangguan 4. Respon orang tua dan anggota keluarga yang lain 5. Terapi atau pengobatan yang diberikan	1. Wawancara pada informan 2. Wawancara pada orang terdekat 3. Observasi lingkungan 4. Surat keterangan diagnosis gangguan
Pengasuhan dan perawatan yang dilakukan caregiver terhadap pasien skizofrenia	1. Pendampingan yang diberikan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan primer, sekunder, tersier 2. Pengasuhan dalam melaksanakan program terapi 3. Sikap yang ditunjukan jika pasien mengalami kekambuhan	1. Wawancara pada informan 2. Wawancara pada orang terdekat 3. Observasi lingkungan

Spiritual Well - Being	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterhubungan kepada Tuhan (Connection with God) 2. Rasa Puas pada Tuhan & Kehidupan sehari-hari (Satisfaction with God and Day-today Living) 3. Masa depan / Kepuasan atas Hidup (Future / Life Contentment) 4. Ikatan Pribadi kepada Tuhan (Personal Relationship with God) 5. Kebermaknaan (Meaning) 	
------------------------	--	--

F. TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data menurut Ibrahim (2018) merupakan bentuk keseluruhan upaya sistematis oleh peneliti untuk memahami data serta menemukan makna yang sistematis pula, rasional dan argumentatif, yang dapat menjawab dari semua pertanyaan dalam penelitian secara baik dan jelas. Maka analisis data dalam penelitian merupakan hakikat dari upaya mendialogkan antara data, teori dan penafsiran⁶⁷.

Analisis data dalam penelitian ini kemudian menggunakan analisis data model interaktif yang sering merujuk dari konsep Miles dan Hubberman. Dimana dalam analisis tersebut peneliti melakukan tahapan-tahapan seperti reduksi data (data reduction), penyajian data (data display), dan penarikan simpulan dan vertifikasi⁶⁸.

⁶⁷ Ibrahim, *Metode Penelitian Kualitatif Panduan Penelitian Beserta Contoh Proposal Kualitatif* (Alfabeta CV, 2018). h. 110-111

⁶⁸ Ibrahim, *Metode Penelitian Kualitatif Panduan Penelitian Beserta Contoh Proposal Kualitatif*. h. 170 - 174

Tahap reduksi data adalah tahap dimana peneliti melakukan penelaahan terhadap data yang telah dihasilkan, dengan cara uji data yang berkaitan dengan aspek atau fokus pada penelitian yang dilakukan. Setelah melaksanakan pengembalian data di lapangan, peneliti membuat ringkasan dari data yang telah didapat, mengkласifikasikan dan mengkategorikannya sesuai dengan fokus dan aspek fokus dari penelitian. Peneliti juga memilih – memilih data, sehingga data yang tidak sesuai dengan fokus penelitian dapat dipisahkan.

Selanjutnya adalah display data atau penampilan data. Tahap display data dimaknai sebagai tahap pemaparan dan penyajian data dengan jelas yang dapat disajikan dalam bentuk gambar, grafik, bagan, table dan hal semacamnya. Dalam tahap ini peneliti melakukan penghubungan antara data satu dengan data yang lain, yang dapat membentuk satu kesatuan data yang utuh. Setelah data yang ada saling terhubung maka peneliti dapat melaksanakan tahap berikutnya yaitu penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Simpulan dan verifikasi dari data yang ada dapat berubah, maka ia bersifat sementara sebab adanya bukti yang kuat untuk mendukung pengumpulan data berikutnya. Tetapi jika data yang dikumpulkan pada tahap awal valid dan konsisten saat kembalinya peneliti ke lapangan, maka kesimpulan data kredibel. Simpulan dari analisis data ini dapat memberikan jawaban dari rumusan masalah yang telah dikemukakan. Pembuatan simpulan ini terbentuk dari aspek apa (what) yang dilakukan, bagaimana (how) melakukan, mengapa (why) dilakukan, dan bagaimana (how) hasilnya⁶⁹. Peneliti kali ini menggunakan model analisis data interaktif Miles dan Hubberman (1992).

G. KEABSAHAN DATA

Proses keabsahan data pada penelitian kali ini peneliti menggunakan model triangulasi. Keabsahan data model triangulasi menurut Moleong (2016) adalah teknik pemeriksaan keabsahan data dengan cara

⁶⁹ Hardani, *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif* (CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta, 2020).

memanfaatkan satu hal yang lain. Diluar tersebut data yang didapat tersebut digunakan sebagai pembanding. Tringulasi merupakan teknik analisis yang sering dengan memanfaatkan sumber lain dan sumber utamanya⁷⁰.

Sugiyono (2013) mengatakan seorang peneliti yang melakukan triangulasi data, maka ia telah mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas dari data, pengecekan yang dilakukan dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber⁷¹. Peneliti menggunakan teknik wawancara, observasi dan dokumentai dalam mengumpulkan data secara serempak.

Maka tringulasi adalah metode analisis data yang baik guna menghilangkan perbedaan konstruksi yang berada dalam konteks pengumpulan data akan banyak kejadian dan hubungan dari berbagai pandangan. Dalam artian tringulasi adalah cara yang digunakan peneliti dalam me-recheck temuan dengan jalan membandingkan dari sumber, metode, atau teori. Maka dengan itu tringulasi yang dapat dilakukan peneliti adalah :

- Menyanakan berbagai variasi pertanyaan
- Mengacak data dengan berbagai sumber
- Memanfaatkan berbagai metode guna pengecelam kepercayaan data yang dilakukan

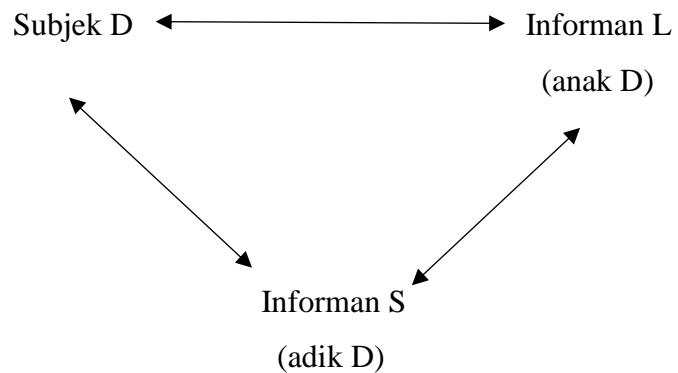
Sugiyono (2013) membagi triangulasi data terbagi menjadi tiga macam, diantaranya adalah triangulasi sumber, triangulasi teknik, dan triangulasi waktu. Peneliti kali ini menggunakan triangulasi sumber dari Sugiyono. Triangulasi sumber adalah triangulasi untuk menguji kredibilitas data dengan cara melakukan pemeriksaan data yang diperoleh dari berbagai sumber⁷². Maka untuk mengetahui spiritual well-being pada orang tua dengan anak gangguan skizofrenia, perolehan data didapat dari anak-

⁷⁰ Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*. h.330

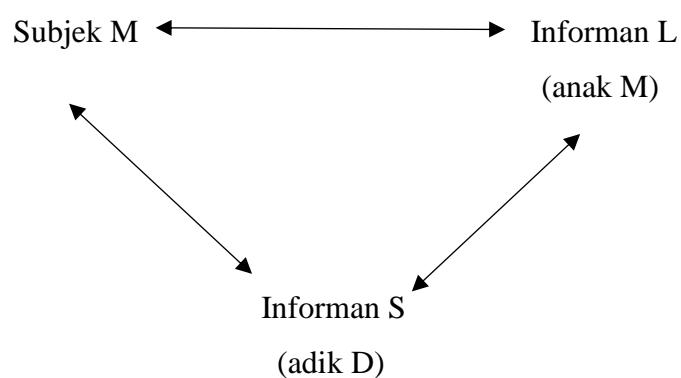
⁷¹ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D* (Alfabeta CV, 2013). h.241

⁷² Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. h.274

anaknya yang lain, saudara, dan tetangga. Salah satu triangulasi sumber guna mendapat data yang dilakukan peneliti se sebagai berikut:



Gambar 1 Triangulasi sumber data.



Gambar 2 Triangulasi sumber data.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. PAPARAN DATA

1) SEJARAH GANGGUAN SKIZOFRENIA

Penelitian yang dilakukan pada pasien skizofrenia, tentu memerlukan pemahaman dalam riwayat diagnostic dan perjalanan penyakit yang dialami oleh pasien. Bagian ini akan memaparkan historis awal mula pasien menunjukkan gejala, proses pengobatan dan diagnosis, penyebab dari gangguan skizofrenia serta respon orang tua yang kemudian menjadi caregiver anaknya sebagai pasien gangguan skizofrenia.

Dalam wawancara yang dilakukan dengan narasumber D, ia mengatakan anaknya memiliki perbedaan perilaku yang cukup signifikan setelah kepulangannya dari sekolah pondok pesantren. Pasien menunjukkan perilaku yang menutup dari lingkungan sosial dan selalu merasa takut. Sampai dititik paling parah adalah pasien melakukan penyerangan ke orang lain tanpa pandang bulu. Berikut perkataan dari narasumber D:

*“Seng tak delok ki bocah e isi ne wedi terus, ora gelem metu ko ngomah. Wedi weroh uwong uwong. Kadang nyerang barang ndok nek biyen lho ya, saiki yo wes ora lah. Bocah e yo wedi nek kon metu ngomah ketemu wong akeh wonge wedi.”*⁷³

Sedangkan narasumber M ia merasa anaknya juga menunjukkan perilaku yang membahayakan dengan menyerang orang lain. Narasumber M yang sekaligus ibu dari pasien mengatakan ia sampai ketakutan jika dirumah sendiri, narasumber M akan lebih memilih untuk istirahat diluar rumah dari pada di dalam rumah bersama pasien sendirian. Berikut adalah pernyataan dari narasumber M:

“Gekben ki yo cah e neko-neko kelakuanne ndok. Kadang aku ki yo ngasi wedi nak neng ngomah dewe, soalle biyen kan pak e kan nek kerjo ngasi wengi-wengi to, dadi aku yo susah nek ditinggal dewe nang omah.

⁷³ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Biyen ki budhe ngasi turu nang mburi, opo nek ra ngono nang ngareppan omah. Saking wedine bocah e ko nek ngapak-ngapak no aku.”⁷⁴

Perubahan yang ditunjukkan pasien inilah yang kemudian membuat kedua narasumber merasa bahwasannya anaknya memerlukan sebuah pertolongan. Maka dari itu, kedua narasumber kemudian membawa pasien untuk berobat ke tradisional atau kejawen, untuk diobati seorang kyai atau tabib. Berikut pernyataan dari narasumber D: “*Obat e sek digolekke pertama yo obat tradisional, obat jowo kuwi*”⁷⁵

Menurut narasumber M dalam pengobatan jawa tersebut kyai mengatakan kalau pasien memiliki gangguan dari makhluk tak kasat mata. Diceritakan bahwasannya pasien pernah bersih-bersih disalah satu rumah ustadz pondok, dan menemukan buku atau kitab yang kemudian dibaca sehingga memiliki pengaruh dalam pola pikir pasien. Berikut pernyataan dari narasumber M ;

“*Pertama loro ne ki bar muleh soko pondok pesantren T. Muleh setelah pirang-pirang tahun mondok, neng kono bocah e ora ngroso jenak. Anak e ki yo tau cerito nek tau resik-resik omah gus e (ustadz pondok) terus moco buku kitab, tapi aku yo ra ngerti buku ne ki tentang opo, terus anak e ki ngeroso wedi terus sampe-sampe muleh tekan omah. Kitab e isi ne opo budhe yo ra ngerti ndok, saiki kitab e kuwi wes di labo, soalle jarene ki yo nek jek enek kitab e kuwi jarene ora apik. Nek biyen ki jare kyai ne, kok bocah e isoh bedo ngono mergo bocah e krungu bisikan-bisikan ngono, jare soko “nyi roro kidul” dan kuwi ki orang mek sak kyai tok sek omong, tapi hampir kabeh kyai kondo ngono.*”⁷⁶

Namun narasumber D mengatakan satu hal yang berbeda dari narasumber M dari penyebab pasien memiliki perilaku yang berbeda. Narasumber D mengatakan kalau pasien pulang dari pondok pesantren sebab pasien mendapat fitnah mencuri HP salah satu santri lain. Sempat akan diadakan mediasi namun pasien sudah terlalu takut untuk kembali atau bertemu dengan orang dari pondok pesantren. Berikut pernyataan dari narasumber D:

⁷⁴ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

⁷⁵ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

⁷⁶ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

“Awal cerito ne ki kan emang mas mu mondok nang Jawa Timur, cerito ne neng kono ki bocah e di idak-idak karo koncone. Wonge di tuduh maling, maling e maling HP, padahal ora. Aku yakin nek anak ku ra wani ngono kuwi. Deknen ngeroso wedi kuwi, terus muleh. Lha neng ngomah jek ngeroso wedi karo kedadehan kuwi mau. Jino wes tak jak bali ben dirampung ke, ben wonge ra wedi meneh, tapi anak e wes keweden disik dadi yo wes nang omah wae. Nah seko dino kuwi mau bocah e ra wani bali pondok meneh, pokok e wonge isi ne gor wedi wae, pikiranne wes mulai kacau terus ketok wes depresi.”⁷⁷

Setelah melakukan beberapa kali pengobatan secara tradisional, pasien tidak menunjukkan perubahan yang banyak. Sehingga membuat kedua narasumber memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit jiwa. Walaupun narasumber D sempat menolak usulan tersebut, namun akhirnya pasien dapat dibawa ke rumah sakit dan mendapat perawatan intensif selama beberapa hari. Dan dari situ pula pasien mendapat diagnosis memiliki gangguan F20.0 – PARANOID SCHIZOPHRENIA. Berikut pernyataan narasumber M dan narasumber D:

“Tapi wes sak untoro kok yo ra enek perubahan, lagi di gowo nang rumah sakit jiwa. Awal anak e digowo nang rumah sakit jiwa bapak e ki yo kurang setuju ndok” narasumber M. “Soko rumah sakit yo omong nek “anak bapak mengalami gangguan jiwa” soko kono omong yoan kuwi depresi.” Narasumber D.⁷⁸

Perihal ini tentu membuat narasumber D ketakutan, prihatin, kasihan, nangis hal sedemikian menimpa anak e. Bahkan narasumber M sendiri merasa bingung dengan kejadian ini, ia kaget melihat anaknya harus dirawat di rumah sakit jiwa, walaupun perlakunya membahayakan namun narasumber M tetap kasihan melihat kondisi anaknya di rumah sakit jiwa, hatinya merasa sengsara.

Dalam memperoleh informasi, peneliti juga memperoleh data dari narasumber L yang menjadi narasumber pendukung. Menurut narasumber L yang diwaktu itu masih tinggal satu atap dengan narasumber D dan M ia merasa kalau gangguan yang didapat adiknya diakibatkan oleh pola asuh

⁷⁷ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

⁷⁸ Ibid M

orang tua, disamping cerita dari kedua orang tuanya. Narasumber L mengatakan :

“Awal e muleh soko pondok kae mb, yo piye yo menurutku kurang kasih sayang barang. Kan pas lulus seko SD adik ku langsung di pondok ke, deknen asli ne kan seneng bal, tapi kowe yo ngerti pak D to, biyen pas lagi usum-usum e gus ‘ahma, dadi bapakku ngudokke anak e mondok. Pertama mondok asline bocah e yo seneng-seneng wae di ajah-ajah duit, tor yo soyo suwe ki yo soyo piye ngono lho, pokok men sek tak delok kurang kasih sayang, jo meneh pas mondok ki kan adoh soko wong tuo, terus pelampiasanne ki yo malah dadi depresi”⁷⁹

Gejala yang dilihat oleh narasumber L sewaktu itu adalah melihat pasien yang selalu merasa takut. Karena narasumber D dan M sudah mengupayakan pengobatan secara tradisional namun pasien tidak banyak mengalami perubahan akhirnya narasumber L menyarankan dan mencoba berbicara dengan kedua orang tuanya untuk membawa pasien ke rumah sakit. Berikut yang dikatakan narasumber L :

“Iyo kuwi di gowo neng kyai sek barang, aku ngeroso ne ki koyo ra enek perubahan mb, malah kadang soyo ndandi kelakukanne, terus nek di delok meneh, opo sek kedadehan neng pasiien ki mengarah nang penyakit, yo terus berhubungan karo psikolog kuwi ngono, sempet susah mb ngerayu bapakku, tp akhir e yo gelem, pertama sek daftar ke ki yo aku.”⁸⁰

Setelah mendapat perawatan dari rumah sakit selama beberapa hari, pasien akhirnya dapat pulang ke rumah dengan keadaan yang lebih baik. Maka dari situ narasumber D dan M menjadi pengasuh atau caregiver untuk membuat pasien dalam kondisi stabil.

2) PERAWATAN DAN PENGASUH CAREGIVER KEPADA PASIEN

Untuk memberikan kesembuhan dan mencegah kekambuhan, tentu dari keluarga terdekat pasien yang telah dipulangkan perlu melakukan pengasuhan dan perawatan. Maka dari itu peneliti menyampaikan perawatan dan pengasuhan yang dilakukan oleh kedua caregiver yaitu narasumber D dan M. Tentu untuk mendapatkan data yang akurat peneliti

⁷⁹ Wawancara dengan narasumber L, 18 Mei 2025

⁸⁰ Ibid M

melakukan wawancara dengan narasumber pendukung yaitu narasumber L anak dari kedua narasumber M dan narasumber L adik kandung sekaligus tetangga dari narasumber D.

a) *Pendampingan yang diberikan dalam pemenuhan kebutuhan primer, sekunder, dan tersier*

Dalam melakukan pengasuhan dan perawatan, narasumber D dan M melakukannya secara bersamaan. Dalam setiap harinya kebutuhan pasien dipenuhi oleh narasumber D dan M. Seperti dalam menyiapkan kebutuhan makan, maka nanti narasumber M akan memasak lauk pauk dan nasi, sedangkan narasumber D akan menyiapkan di meja, terkadang narasumber M juga menyiapkannya. Pasien dapat makan sendiri, tidak perlu dibantu oleh caregiver. Dalam sehari pasien juga dapat makan tiga kali sehari, namun tidak memiliki jam pasti. Terkadang juga makan sehari sebanyak dua kali. Berikut pernyataan dari narasumber D :

“Yo nek maem biasane anak e ditareni sek. Kadang yo wes disiapke karo ibu ne barang ko kono njupuk dewe. Nek maem kono ran due jam maem seng pasti, ngono kuwi kareppe bocah e dewe. Pokok e sak kobere kono ndok.”⁸¹

Namun jika narasumber M tidak memiliki waktu yang cukup untuk menyiapkan makan maka narasumber D yang kemudian akan mengantar pasien untuk beli makan diluar sesuai apa yang dimau oleh pasien. Pasien sendiri tidak memiliki masalah dalam makan. Pasien lancara dalam hal makan. Berikut pernyataan dari narasumber M :

“Yo nek maem e aku siap aku masak to aku, kono ko njupuk dewe, dadi aku mek nyepakke nang nduwur mejo tok. Tapi misal aku ra sempet selak kerjo yo ko kadang tuku nang warung karo bapakne.”⁸²

Hal ini didukung oleh perkataan narasumber L yang merasa perawatan yang diberikan sejauh ini sudah cukup namun memang masih memiliki beberapa kekurangan. Ia mengatakan caregiver sudah mencapai

⁸¹ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

⁸² Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

usia yang sudah cukup berumur jadi pasti juga merasa kelelahan jadi perawatan yang diberikan juga kurang. Berikut penuturan dari narasumber L:

“Nek buk e, mben ditinggal kerjo to penting to masak ngomah ko dicepaki, ko bar kuwi lungo mangkat kerjo, ko bar kuwi gek luhur bali sek dilit nang omah, ngingok kuwi mau sek di cepakke kuwi mau. Nek pak e kan piye yo yo kan jenenge wong lanang ki yo ora koyo o nek wong wedok to mb, cuman ki mangsa ku kurang merhatikke koyo wes maem urung, wes ngombe obat urung ngono. Dadi ki pak e ki kurang yo perhatian.”⁸³

Namun narasumber S memiliki kesaksian yang berbeda dari apa yang dikatakan oleh caregiver. Dari penglihatan narasumber S, perawatan yang dilakukan masih kurang. Seperti persoalan makan ini, caregiver hanya menyiapkan saja, namun tidak pernah atau jarang narasumber S melihat caregiver makan bersama dengan pasien. Terlebih narasumber M juga sudah sibuk dengan pekerjaan di setiap harinya, jadi badan sudah capek cuman menyiapkan makan tidak memiliki pikiran untuk mengajak ngobrol pasien lebih banyak lagi. Berikut pernyataan dari narasumber S :

“Carane ngerawat aku nek go aku ki yo koyo kurang, kurang e piye? Yo misal nek maem ngono kuwi wes dicepakte tok di tukokne pangan, tapi koyo di jak mangan bareng-bareng ngono kuwi aku rong ngerti. Soalle nek koyo buk ne barang ki nek wes mangkat nyambut gawe wes nyepakke maem e tok, yo uwes, koyo misal kepikiran piye bocah e iki tak jak e omongan tak jak e piye-piye, ngono ki aku rong tau reti.”⁸⁴

Caregiver juga sudah menyiapkan tempat yang nyaman untuk istirahat pasien. Pasien memiliki kamar sendiri dengan fasilitas kasur, sprei, selimut, bantal, guling dan TV. Pola istirahat yang dimiliki pasien juga tidak memiliki jam tertentu, namun pasien lebih banyak istirahat jika berada dirumah. Dari hasil observasi juga telah dilihat pasien memiliki kamar istirahat sendiri dengan fasilitas yang lengkap dan nyaman.

Dari segi pemberian tempat istirahat narasumber mengatakan kalau caregiver sudah memberikan tempat peristirahatan yang baik seperti rumah

⁸³ Wawancara dengan narasumber L, 18 Mei 2025

⁸⁴ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

yang layak dengan kamar sendiri dan akses kamar mandi mudah. Namun narasumber S mengatakan bahwasannya tempat istirahat yang disediakan sudah baik, semua keperluan pasien disediakan. Namun satu hal yang disayangkan adalah lampu dari kamar pasien kerap dimatikan. Dan pasien memang lebih banyak tidur atau istirahat selama di rumah. Berikut penuturan dari narasumber S :

“Yen masalah tempat e kanggo ku ki yo wes apek kanggo ku, yo meng coro-coro ne ki nek neng kamar ki lampu kamar ki ora di urupke ngono kuwi lho, dadi ki kamar e sok peteng an, neng aku yo jarang weroh, tapi nek awan yo terutama, yen bengi ki yo mek sok-sok aku niliki.”⁸⁵

Dalam menjaga kebersihan diri pasien, ia sudah bisa melakukannya sendiri. Setiap hari dapat mandi sendiri, ganti baju sendiri. Bahkan jika ingin dibantu oleh caregiver pasien tidak mau. Hal ini juga dibenarkan oleh kedua narasumber pendukung. Narasumber L dan S mengatakan kalau pasien memang sudah dapat menjaga dirinya sendiri dalam hal kebersihan.

Narasumber D jarang sekali melihat pasien mengeluh sakit fisik. Tetapi narasumber D sering melihat pasien masih merasa bingung, dan menurutnya itu disebabkan oleh makhluk tak kasat mata yang mengikuti pasien. Seperti perkataan narasumber D berikut :

“Jarang banget ki ndok wonge ngeluh koyo ngono kuwi, nek aku ndelok kit hole ki jek koyo wong bingung, tapi ngaranku kuwi wonge ngono kuwi mergone efek sek gotelli kuwi mau barang wok.”⁸⁶

Sedangkan narasumber M mengatakan pasien memang jarang mengeluh sakit fisik. Namun narasumber M bisa mengetahui kalau anaknya memang sedang tidak baik-baik saja. Maka narasumber M akan mengerik dan memberikan tolak angina untuk pasien lanjut istirahat. Atau terkadang pasien juga disuruh untuk meminum air berkat dari tabib yang didatangi caregiver. Berikut pernyataan dari narasumber M:

“Nek ngeluh loro ki jarang , tapi aku ki yo ngerti nek kono ki awak e lagi ra penak ngono to ko mripat e ki kadang sok kocak ngono kae lho ndok, ko nek bar tak takoki ngono kuwi yo tak keroki bocah e. Bar kuwi tak

⁸⁵ Ibid S

⁸⁶ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

kon ngombe tolak angina uwes, wes ndang istirahat leren. Opo nek ra ngono ko sok tak kon ngombe banyu gendul soko kyai ne kae.”⁸⁷

Untuk merawat pasien jika mengalami sakit fisik. Narasumber L dan S mengatakan apa yang dilakukan caregiver adalah benar. Jika pasien sakit maka narasumber M akan mengerik pasien akan diberikan obat. Namun untuk keluhan yang dikatakan pasien, narasumber L dan S mengetahui kalau pasien bilang sendiri dengan caregiver. Berikut pernyataan dari narasumber L dan S:

“O nek ngono biasane sok di keroki, suntik ke, suntik ke ra gelem ko obat ditukokne neng apotek, misal e kono njaluk e opo ngono nah yowes kuwi obat e. Kuwi ko pasien ki ngomong dewe.” Narasumber L. *“Kadang thole dewe ki yo sok njalok kerok, terus ko yen anu obat, yen pusing yo paling di kei bodrex.”* Narasumber S.⁸⁸

Caregiver juga senantiasa memberikan arahan kepada pasien untuk selalu bergaul dengan lingkungan sosial seperti, main ke tempat saudara atau mengikuti kegiatan di kampong. Namun memang pasien masih memiliki kendala yang cukup besar untuk kembali bersosialisasi seperti semula lagi. Berikut penuturan dari narasumber M :

*“Masalah iki mbok sek ngandanni wes ngasi bosen, jino yo dikonni terus ndok aku karo pak ne kuwi ngakonni wonge melu terus nek pamane nengndeso enek opo, pamane ko lagi jagongan wong loro bocah e tak kon omong-omong mbi sedulur-sedulur to”*⁸⁹

Narasumber D pernah menceritakan kalau pasien sempat satu kali mengikuti kumpulan tahlil tetangga. Namun pasien tidak mengikuti sampai selesai, saat dipertengahan acara pasien sudah minta pulang. Berikut pernyataan dari narasumber D :

*“Tapi lagi wingi ndok entok undangan kumpulan tahlil gone Suno, yo Alhamdulillah e ki gelem mangkat, bareng karo aku, tor yo ora ngasi rampung, wong lagi setengah mlaku to wes ngajak muleh, yo wonge tak kon muleh dewe cedak soalle soko omah, wes ben tak ben ke.”*⁹⁰

⁸⁷ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

⁸⁸ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

⁸⁹ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

⁹⁰ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Narasumber L mengatakan kalau caregiver sudah cukup memberikan arahan bagi pasien untuk berbaur dengan lingkungan sosialnya. Namun pasien sendiri lah yang masih enggan dan tidak mau bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Sedangkan narasumber S merasa pendekatan yang dilakukan caregiver masih kurang. Caregiver memberikan arahan cuman dalam satu atau dua kali. Komunikasi yang digunakan juga kurang baik. Namun narasumber S juga memaklumi jika kepekaan sosial pasien kurang, sebab pasien sendiri masih enggan untuk terjun ke masyarakat. Bahkan saat ini pasien benar-benar sudah jarang keluar dari rumah, beda dari dulu yang pasien lebih sering duduk dikursi depan rumah. Berikut pernyataan dari narasumber S:

“Yen masalah kuwi lho, koyo ne ki mas D karo yu M ki koyo kurang aktif nganu bocah kuwi, yo nek ngekon mek pisan pindo yowes ngono tok. tor yo aku dewe yo isoh ngerten i nek bocah e dewe kuwi yo rong isoh kon ngono kuwi, mergo ne rong isoh kuwi bocah e nang lingkungan umum. Saiki barang nek awan ki jarang banget nang ngarepan, nek gekben kae jek sering iseh ngewaki nganu manuk-manuk ngono kuwi tor saiki yowes ora.”⁹¹

Caregiver juga mengajari pasien untuk dapat bersikap mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti, memasak dan membersihkan rumah. Pasien sudah dapat memasak dan membersihkan rumah. Namun dalam mengelola uang pasien tidak bisa dan memang tidak diberikan uang untuk dikelola sendiri. Narasumber D juga mengatakan kalau setiap ingin melakukan satu hal maka pasien diminta untuk melakukannya sendiri dulu baru kalau tidak bisa akan dibantu. Berikut penuturan dari narasumber D:

“Yo misal wonge wes isoh koyo opo-opo dewe aku yo mek umat ke tok, ko nek salah yo dipenerke, opo rong isoh ngono yo tak ajari barang, yo ngono-ngono kuwi lah pokok e.”⁹²

Narasumber L juga mengatakan kalau pasien sudah dapat mandiri. Bahkan jika narasumber M meminta bantuan seperti membersihkan rumah atau buat kerik kepada pasien, pasien dapat dan mau melakukannya.

⁹¹ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

⁹² Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Narasumber S juga mengetahui kalau narasumber D kerap membiarkan pasien melakukan sesuatu sendiri dulu, baru nanti kalau kesusahan akan dibantu. Bahkan dulu jika narasumber M meminta bantuan kepada pasien untuk membantu melik di pabrik tempat kerja narasumber M pasien mau melakukannya.

Hasil observasi pasien memiliki keseharian dimana ia lebih banyak menghabiskan waktu untuk beristirahat. Pasien jarang melakukan satu kegiatan satu aktivitas, biasanya kalau tidak tidur ia hanya bangun untuk menonton tv, atau terkadang pasien terlihat menyapu halaman rumah, atau pasien juga bisa membantu narasumber D untuk mengeluarkan burung-burung peliharannya. Narasumber D juga mengatakan kalau pasien memiliki banyak waktu untuk istirahat. Aktivitas yang dilakukan hanya makan, menonton tv, dan mendengarkan radio.

Setelah keluar dari rumah sakit jiwa caregiver mengatakan pasien tidak pernah menunjukkan kekambuhan atau perilaku yang dapat membahayakan orang lain. Narasumber D mengatakan pasien adalah anak yang penurut dan baik. Sedangkan narasumber M mengatakan pasien tidak pernah memperlihatkan perilaku yang membahayakan, kecuali sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa emosi pasien sangat tidak bisa dikontrol.

Narasumber L juga memberikan penjelasan bahwasannya pasien memiliki sikap yang membahayakan sebelum di bawa ke rumah sakit jiwa. Seperti, menggunting sembarang semua baju dan menyilet ban-ban motor yang ada di rumah. Narasumber S juga memberikan keterangan kalau pasien tidak memiliki perilaku membahayakan orang lain, namun memiliki keinginan yang tidak-tidak. Kalau dulu sebelum dibawa ke rumah sakit memang pasien tidak bisa mengontrol emosi, bahkan pernah bertengkar dengan narasumber D sampai akan memukul, namun kemudian dapat dilerai narasumber S.

Dalam hal berkomunikasi, narasumber D mengatakan ia memiliki komunikasi yang bagus dengan pasien. Ia senantiasa mengajak ngobrol pasien, terlebih saat ini narasumber D tidak bekerja lagi dan mengawasi

pasien 24 jam. Jika berkomunikasi dengan pasien maka yang diperlukan hanyalah berbicara dengan halus. Narasumber D sendiri juga menemukan kesulitan berkomunikasi dengan pasien, sebab pasien sangat minim dalam berbicara. Jika pasien diberitahu sesuatu yang benar maka hanya dijawab “nggih-nggih” namun tidak dilakukan hal yang benar tersebut. Seperti yang dikatakan narasumber D berikut ini :

“misal omongan mbek deknen yo ndok kono lagi dikandanni ko jawab e ki mesti “nggih-nggih, siap” dijawab ngono tok, kadang ki ra dilakoni, kan kuwi podo karo ora manut to, wes marai mangkel mbek anyel enek e.”⁹³

Sedangkan narasumber M mengatakan kalau komunikasi yang terbentuk setiap hari hanya dengan mengobrol biasa seperti, menanyakan sholat dan makan. Pasien sedikit berbicara, untuk berbicara sendiri harus ditanya dahulu oleh caregiver. Namun terkadang pasien juga mengajak ngobrol duluan caregiver. Kesulitan dalam berkomunikasi juga dirasakan hal yang sama seperti narasumber D. Seperti yang diutarakan oleh narasumber S berikut:

“Kono kan nek omong-omong ki ora akeh, nek neri omong yo omong tapi misal nek ra taka nu, yo ra tak takoni pomo kono arep piye-piye meh njalok opo kepiye ngono yowes lagi ngomong, opo patte ora kakean omong nono, pokok e ki kudu aku disik seng nyawe-nyawe.”⁹⁴

Narasumber L mengatakan komunikasi yang terjalin sudah baik. Namun caregiver memiliki cara komunikasi yang beda, sebab di daerah sekitar caregiver memang memiliki budaya kalau berbicara terbiasa dengan nada tinggi, sehingga komunikasi yang terbentuk kurang pas. Berikut penjelasan dari narasumber L:

“Nek mangsaku ki yo komunikasi wes apek mb, nek daerah gone dewe kan mesti nenk omong ki nada ne duwor yo kuwi, dadi komunikasi ki kurang terbentuk apek karena penyampaianne ki yo kurang pas ngono, kan nada duwur nada tinggi dadi kurang sabar kesanne.”⁹⁵

⁹³ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

⁹⁴ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

⁹⁵ Wawancara dengan narasumber L, 18 Mei 2025

Namun berbeda dengan narasumber S yang mengatakan komunikasi yang terbentuk masih kurang baik. Caregiver dirasa sulit untuk mengajak pasien cerita, jika menonton tv bersama caregiver fokus terhadap tv, bahkan saat duduk berdua atau bareng saja tidak terlihat adanya percakapan didalamnya. Berikut pernyataan dari narasumber S :

“Komunikasi ne nek tak delok yo kurang loro-loro ne, misal yo koyo kepirikan o piye ben carane bocah kuwi isoh dijak cerito-cerito ngono kui akuu ki rong ngerti, tapi yo memang nek nonton tv bareng-bareng ngono kuwi y o ho o, tapi yo kuwi fokus nonton tv. Yo nk mangsa ku kuwi 50% kurang, lha ngopo aku omong ngono kuwi, mergo ne kuwi aku werojeneng paribasan lungguh nang kursi bareng disambi omong-omong ngono ki yo ora.”⁹⁶

Narasumber D mengatakan bahwasannya sebenarnya pasien memiliki minat untuk bekerja sebab pasien sudah menanyakan kapan caregiver kembali bekerja, pasien ingin ikut kembali bekerja. Dulu pasien sempat ikut narasumber D bekerja namun pasien kerap bekerja cuman setengah hari, sebab kondisi pasien dulu juga belum dikatakan stabil. Seperti yang dikatakan narasumber D berikut :

“Soalle biyen ki yo tau bocah e melu kerjo, pas aku jek sehatt, rekakmen melu aku kerjo nang pabrik, jino biyen kuwi o orng stabil banget tapi yo rapopo karepku ben go latih metu ko omah, tapi yo kui melu kerjo mek setengah hari bar kui muleh, muleh dewe, kan kerjo ne ki ngepress yo ndok kuwi kerjo ne suwe, dadi koyo ra isoh full ngono kui.”⁹⁷

Pasien dikatakan oleh caregiver sudah dapat mengkonsumsi obat dengan teratur. Pasien akan melapor kepada narasumber D bahwasannya pasien sudah sudah meminum obat. Sedangkan narasumber M juga mengatakan bahwasannya kalau pasien patuh meminum obat, dan ia selalu memantau melihatnya. Setelah waktunya meminum obat maka narasumber M akan mengecek apakah obat sudah berkurang atau belum.

Narasumber L mengatakan bahwasannya sebenarnya pasien susah dalam meminum obat, jadi pasien kerap memanipulasi dalam minum obat.

⁹⁶ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

⁹⁷ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Terlebih lagi caregiver tidak terlalu memperhatikan pasien dalam menelan obat, hanya menerima laporan sudah minum obat. Pasien susah meminum obat dimulai sejak bulan puasa dan lebaran kemarin. Sedangkan narasumber S mengatakan kalau konsumsi obat pasien sudah terpantau, cuman disaat meminumnya pasien tidak berada didepan mata kedua caregiver.

b) *Pengasuhan dalam menjalankan terapi*

Proses terapi yang dilakukan oleh pasien selalu didampingi oleh caregiver sedari awal sampai saat ini. Terapi yang diberikan kepada pasien pertama kali adalah pengobatan tradisional. Dikatakan oleh narasumber D kalau proses terapi dengan kyai maka caregiver mendatangi orang tersebut, bercerita kondisi pasien, setelahnya akan diberi syarat seperti botol air yang sudah didoakan dan dapat diminumkan kepada pasien. Selain itu pasien juga dibawa ke rumah sakit jiwa dengan pengobatan konsumsi obat. Sedangkan dari narasumber M sendiri memang tidak selalu menemani proses setiap terapi pasien sebab ia memiliki kesibukan kerja, namun ia juga memantau terapi yang dilakukan.

Dalam menjalankan terapi tersebut tentu caregiver menemukan kesulitannya sendiri. Seperti yang dikatakan oleh narasumber D bahwasannya pasien susah diajak untuk mencari obat, caregiver kesulitan untuk membujuk pasien untuk mau diajak berobat sebab pasien tidak bisa dibentak. Narasumber M merasa kesulitan terapi saat ini adalah pasien yang tidak mau pergi ke rumah sakit jiwa untuk melaksanakan kontrol bulanan.

Narasumber D menceritakan, suatu ketika pasien sudah tidak perlu kontrol. Narasumber D sudah memberikan pengertian seperti bahwasannya kalau pasien tidak kontrol tidak mendapat obat dapat menyebabkan pusing. Kalau pusing sudah pasti pasien bingung yang berakhir pasien akan minum bodrex. Atau jika pasien sudah kehabisan obat maka akan dibelikan resep ke apotek yang tentu harus dibayar mahal tanpa BPJS. Seperti pada cerita narasumber D berikut :

“Susah dijak rono rene golek obat, aku yo bingung dewe nek ngono kuwi ko nek meh dikasari ra isoh yoan, wong ki yo ndok tau pamane ameh

ra kontrol, ko wonge sambat e mumet kan bingung, padahal sek omong ora sah kontrol kuwi yo anak e dewe, wonge dewe seng omong, jarene wes penakan, tapi ko ndelalah ngombeni bodrex. Ko nek pas obat e entek ko yo bingung, terus njalok obat nang kimia farma, yo nek kuwi kan yo bayar e ora go BPJS”⁹⁸

Jika pasien susah diajak kontrol maka biasanya caregiver juga akan meminta narasumber S untuk membujuk pasien supaya mau melakukan kontrol. Namun untuk akhir-akhir waktu ini memang pasien susah dibujuk oleh siapapun. Sehingga pengobatan yang terlaksanakan saat ini hanyalah pengobatan tradisional saja.

Dari sekian banyak usaha yang dilakukan tentu memiliki hasil untuk pasien. pasien menjadi lebih baik dari pada sebelumnya, walau dikatakan belum 100% pasien stabil namun keadaannya jauh lebih baik. Pasien saat ini dapat lebih menurut sedikit dan dapat melakukan aktivitas-aktivitas yang lain.

Narasumber S sudah melihat banyak pengorbanan yang dilakukan oleh caregiver. Segala macam hal sudah habis terjual hanya untuk pengobatan pasien. Pengobatan tradisional atau medis sudah dilakukan semua. Saat ini caregiver hanya menyerahkan segala sesuatunya kepada Allah. Sehingga usaha yang dilakukan caregiver dalam mencapai kesembuhan pasien sudah maksimal.

Namun narasumber S mengatakan usaha yang diberikan belum maksimal sebab narasumber M selama mencari pengobatan terlihat belum mengusulkan gagasan, hanya mendukung dengan uang yang diperlukan selama proses terapi berlangsung. Sedangkan narasumber D lebih sering memberikan pengobatan yang berbau spiritual atau kajawen.

c) *Sikap caregiver saat pasien mengalami kekambuhan*

Caregiver menyatakan bahwasannya pasien setelah pulang dari rumah sakit jiwa tidak sering mengalami kekambuhan. Namun dalam keseharian pasien kerap merasa bingung dan suka melamun. Pasien juga

⁹⁸ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

masih susah diajak bersosialisasi. Dalam hasil observasi diketahui pasien kerap senyum-senyum sendiri, jika bertemu seseorang pasien kerap meminta berjabat tangan berkali-kali setelah mendapat jabat tangan pasien merasa senang. Pasien juga terlihat ketika diluar rumah berhenti di samping rumah saudara dan seperti melaftalkan sesuatu.

Selain itu, narasumber D juga mengatakan kalau pasien pernah menunjukkan sikap yang aneh. Dimana pasien ketawa sendiri malam-malam, sampai ditanya narasumber M apa yang ditertawakan pasien namun dijawab pasien kalau pasien tidak apa-apa. Sedangkan esok paginya narasumber D juga bertanya dengan pasien apa yang terjadi, siapa yang mengajak pasien tertawa, namun lagi-lagi pasien hanya menjawab tidak apa-apa. Berikut pernyataan narasumber D :

“Meng yo lagi mambengi kuwi, bar guyu-guyu dewe nang kamar ngasi di takoni karo ibu e “kowe ngopo le, kok guyu-guyu dewe, kowe guyu karo sopo?” wong jelas nang kamar dewe otomatis di takokki to, kono jawab e yo mek “ora-ora” ngono, tor mangsaku yo kuwi wonge ngono kuwi mergo pengaruh sek gondheli kuwi mau. Tapi isuk e kuwi mau tak takoni meneh “kowe mambeng ngopo? Kowe guyu karo sopo? Kowe meh dijak nandi mbek koncomu?” tapi yo meng dijawab “mboten pak, mboten nopo-nopo” yo mikir ku kui mau soko sek gondeli thole, nek bar ngono yowes aku ra takok opo-opo meneh ora ngobrol liyane meneh”⁹⁹

Ketika pasien mengalami kekambuhan seperti itu maka respon yang ditunjukkan oleh caregiver pertama kali adalah bingung dan panic. Narasumber S mengatakan kedua caregiver memiliki rasa bingung yang sama. Kedua narasumber pendukung mengatakan jika pasien kambuh maka akan meminta sesuatu yang tidak rasional seperti, ingin belanja di supermarket pukul 2 dini hari yang dimana supermarket didaerah sudah tutup.

3) SPIRITUAL WELL – BEING

Perawatan dan pengasuhan yang dilakukan seorang caregiver tentu buka perkara yang mudah. Maka dari itu caregiver perlu memiliki kesejahteraan

⁹⁹ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

untuk diri sendiri, sehingga dapat membantu pasien dengan gangguan skizofrenia kembali dapat melakukan aktivitas seperti sedia kala. Dengan itu pada bagian ini akan menjelaskan tentang spiritual well-being pada seorang caregiver.

a) *Keterhubungan dengan Tuhan*

Caregiver yang merawat dan senantiasa selalu bersama pasien masih memiliki kecemasan untuk kondisi pasien. Narasumber M menjelaskan bahwasannya ia memiliki kecemasan bagaimana kalau pasien ditinggal bekerja dan berada di rumah sendiri. Masa sebelum itu selalu dilalui dengan perasaan yang tidak tenang. Namun saat ini dirinya lebih tenang sebab pasien sudah ditemani oleh narasumber D dalam 24 jam. Sedangkan narasumber D ia menjelaskan untuk saat ini tidak ada hal yang dicemaskan dari pasien. Namun beberapa hari sebelumnya pasien sempat merasa tidak enak badan.

Meskipun caregiver terkadang diselimuti rasa cemas, caregiver juga dapat menyalurkan kasih sayangnya kepada pasien. Seperti yang dikatakan oleh narasumber M bahwasannya ia senantiasa menuruti apa yang diinginkan oleh pasien. Narasumber M akan merasa senang jika pasien juga merasa senang. Sedangkan narasumber D mengatakan kalau kasih sayang yang ia berikan dalam bentuk doa. Narasumber D senantiasa mendoakan akan kesembuhan dan kesehatan untuk pasien setiap harinya.

Narasumber L memberikan penjelasan bahwasannya perlakuan caregiver yang menyediakan apa keperluan dari pasien adalah sebuah bentuk kasih sayang. Sedangkan menurut penglihatan dari narasumber S kasih sayang yang diberikan kepada pasien masih dikatakan kurang. Sebab narasumber S merasa bahwasannya kalau caregiver kurang melakukan pendekatan dengan pasien. Diantara caregiver dan pasien sendiri masih jarang terlihat dapat bercanda satu sama lain atau membicarakan satu hal dengan intens.

Selain itu caregiver juga mengupayakan rasa kebersamaan diantara pasien dan caregiver. Narasumber M mengatakan kebersamaan tersebut

terbentuk dari caregiver sebagai orang tua yang senantiasa mengandeng pasien, sebab itu sudah menjadi tugasnya. Sedangkan narasumber D menjelaskan rasa kebersamaan itu dibentuk dari setiap pasien ingin membeli sesuatu atau pergi ke satu tempat, maka narasumber D akan siap untuk senantia mengantar pasien. Dari situ kemudian terbentuklah rasa kebersamaan caregiver dengan pasien. berikut penjelasan dari narasumber D :

“Yo nek iki misal thole njalok ngejak nangndi metu po dolan yo tak terke “pak terke rono ayo” pokok e nek diajak neng ndi-ndi aku yo siap mendampingi karo menemani.”¹⁰⁰

Narasumber L mengatakan kalau kebersamaan yang terbentuk diantara caregiver dan pasien adalah caregiver senantiasa mendengarkan apa yang keluhkan oleh pasien, jika sedang mengalami halusinasi. Caregiver akan memberikan jawaban seperti “tidak usah dipikiran tentang hal seperti itu” menjelaskan pasien untuk tidak usah memikirkan hal yang tidak baik. Sedangkan narasumber S mengatakan rasa kebersamaan antara caregiver dengan pasien masih kurang. Sebab komunikasi yang terjalin antara narasumber D dan M juga masih kurang, jadi hal itu berpengaruh dengan kebersamaan dengan anaknya.

Dibalik kasih sayang dan rasa kebersamaan yang diberikan caregiver juga memiliki rasa penyesalan atas kondisi pasien. Narasumber D mengatakan rasa penyesalan itu pasti ada, yang dimana ia merasa bahwa terkadang apa yang dilakukannya berakhir pada hasil yang tidak sesuai. Sedangkan narasumber M mengatakan ia tidak memikirkan rasa penyesalan, dari pada menyesali satu hal ia lebih memiliki untuk fokus pada pasien. Keadaan pasien yang seperti itu sudah merupakan pemberian dari Allah SWT, sehingga narasumber M tidak perlu merasa menyesalinya.

Tentu dalam menciptakan rasa damai caregiver melakukan ibadah kepada Allah SWT. Hal ini juga diajarkan kepada pasien, dimana narasumber D senantiasa memberikan ajaran untuk senantiasa

¹⁰⁰ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

mengamalkan rukun Islam dan Iman, untuk selalu bersilaturahmi dengan saudara dan tidak meninggalkan sholat. Sedangkan narasumber M juga memberikan ajaran pasien untuk membaca Al-Qur'an, tidak hanya memberi tahu namun narasumber M juga senantiasa melakukannya sehingga dapat dicontoh oleh pasien. Berikut adalah yang dikatakan narasumber M :

"Kan nek aku omong ngono kuwi kan yo berarti aku kudu bertindak barng to ndok, kono ko yomen melu-melu , nyontohi lah istilahe. "¹⁰¹

Menurut narasumber S caregiver sudah mengajarkan hal ibadah kepada pasien. Dan menurut narasumber L selain sudah diarahkan dan diajarkan oleh caregiver, pasien sendiri sudah mengetahui bagaimana ia harus beribadah kepada Allah. Sedangkan caregiver hanya bertugas mengingatkan kepada pasien untuk senantiasa beribadah.

Seorang carergiver tentu perlu mengatur emosi dan dirinya sendiri dalam menjalankan tugasnya. Narasumber D menjelaskan perilaku yang tidak pasti dari pasien terkadang membuatnya harus bisa mengontrol dirinya, jika tidak maka akan terjadi hal yang tidak baik. Jadi jika narasumber D sudah mencapai batas emosi ia akan memilih diam dan pergi saja. Sedangkan narasumber M jika sudah berada dalam situasi pasien membuat jengkel maka narasumber M terkadang kelepasan dan meluapkan amarahnya kepada pasien.

Narasumber L mengatakan bahwasannya caregiver juga bisa meluap emosinya jika kesabarannya sudah mencapai batas. Maka jika caregiver ingin marah juga akan memarahi pasien, hal ini juga karena pengaruh usia dan beban dalam bekerja. Namun yang kerap meluapkan emosi adalah narasumber D. Sedangkan narasumber S berpendapat bahwasannya narasumber D memang susah dalam mengendalikan emosi, narasumber D memang mudah berbicara dengan nada tinggi. Sedangkan narasumber M lebih banyak diam dan merasa bingung.

¹⁰¹ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Hasil observasi memperlihatkan, narasumber D susah untuk berbicara dengan nada rendah, namun ia dapat mengalah dari pasien. Di malam hari pasien mengalami kekambuhan, pasien berteriak, menangis, dan marah-marah dengan narasumber D. Namun, narasumber D dapat meredam emosinya, ia selalu mencoba menenangkan pasien dengan mengucap “maaf” dan membenarkan setiap omongan yang dilontarkan oleh pasien.

Dengan berbagai macam perilaku yang dimiliki pasien skizofrenia, caregiver tetap menerima pasien dalam hidupnya. Narasumber D dan M tidak pernah menolak kondisi pasien yang berbeda dari sebelumnya. Keduanya menerima dan sentiasa mengupayakan yang terbaik untuk pasien, tidak lupa pula doa yang selalu dipanjatkan. Kondisi pasien juga dianggap sebagai keberkahan dari Allah SWT, sebab caregiver memiliki anggapan setiap anak merupakan berkah dari Allah SWT. Jadi apapun kondisi anak akan selalu diterima.

Penerimaan caregiver terhadap pasien tentu melalui banyak proses selama perawatan dan pengasuhan. Salah satu hal yang diperhatikan adalah komunikasi dengan pasien. narasumber D dan M mengatakan komunikasi yang terjalin dengan pasien dapat dibangun dengan saling berbagi cerita dan saling mendengarkan. Namun hal ini hanya sedikit terjadi, sebab pasien sedikit dalam bebicara.

Selain itu caregiver juga tentunya memiliki sisi tegas untuk pasien. Narasumber M mengatakan bahwasannya ia sudah selalu mencoba untuk tegas namun memang pasien yang sudah untuk dikasih satu nasehat. Berikut pernyataan dari narasumber M: “nek ngono kuwi mau yo tak omongi tak kandanni “kowe ki ra ngono kuwi pariasan milih – milih dewe, kok njet kas anu kok emoh, ngono kuwi kudu di anokke nang awak e tenan” tak omongi ngono kuwi yo ra gagas cah e wes mbuh aku yo bingung.”

Sedangkan narasumber D mengatakan kalau untuk besikap tegas sudah pernah dicoba namun pasien memang suka membantah. Narasumber D ingin membenarkan perilaku pasien jika itu benar, mensalahkan pasien jika salah. Namun itu tidak dilakukan sebab narasumber D merasa kalau itu

hanya aku memicu keributan, jadi ia cuman bisa diam saja. Beirkut pernyataan dari narasumber D :

*“Kadang ki yo nek anu pengen e tk omongi nek kono bener yo bener, nek kono salah yo salah tapi yo angel wong kono angep e wes bener, piye-piye kareppe kon manut, lho nek sek ra apik po meh di nut? Nek dikandannisok bantah kuwi dadi aku yo meneng wae.”*¹⁰²

Dalam kehidupan pasien caregiver dapat menjadi jembatan bagi pasien kembali ke masyarakat. Maka dengan itu narasumber D dan M mengatakan kalau berhubungan dengan lingkungan masyarakat umum adalah satu hal yang perlu dibangun dengan baik. Narasumber D mengatakan hidup itu perlu bantuan orang lain, maka kita juga sebisa mungkin membantu dan menolong orang lain supaya kehidupan bisa guyub rukun. Sedangkan narasumber M bersyukur sebab diberikan kesehatan fisik yang membuatnya dapat mengikuti kegiatan dimasyarakat seperti, kumpulan ibu-ibu, besuk tetangga, rewangan, dan sebagainya.

Jika memiliki hubungan baik dengan lingkungan sekitar maka akan ada rasa saling membantu dan memberi dukungan jika kita dalam masalah. Seperti kedua caregiver juga merasa senang mendapat bantuan dan dukungan dari orang-orang sekitar dalam mengupayakan kesembuhan pasien. Maka dari situ juga timbul rasa percaya terhadap orang lain dalam diri caregiver kepada orang lain.

Tentu dalam bermasyarakat pasti akan menemukan hal buruk. Narasumber D pernah mendapatkan komentar buruk mengenai kondisi pasien dan cara merawat pasien dikatakan kurang baik. Padahal orang tersebut tidak mengetahui bagaimana perjuangan yang dilakukan oleh kedua caregiver dalam mengupayakan kesembuhan. Akan tetapi narasumber D tidak memiliki rasa dendam terhadap orang tersebut dan tetap menjaga hubungan yang baik dengan sesama.

Sedangkan narasumber M merasa tidak pernah mendengar atau mendapat komentar buruk mengenai keluarganya. Namun jika memang

¹⁰² Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

benar ada narasumber M tidak mempersalahkan hal tersebut, karena menurutnya itu adalah hak mereka. Terpenting untuk narasumber M adalah dia tidak memiliki perasaan yang buruk dengan orang lain sehingga ia tetap memiliki saudara untuk terus membangun silaturahmi.

Menurut narasumber L kedua caregiver memiliki hubungan yang baik dengan lingkungan masyarakat sekitar. Caregiver selalu tolong menolong dilingkungan sekitar. Dan caregiver juga mendapat dukungan dan bantuan dari orang-orang disekitar dalam merawat dan mengasuh pasien. Bahkan narasumber L juga mengatakan kalau caregiver mendapat komentar buruk tidak ada niatan untuk membahasnya. Narasumber S juga mengatakan kedua caregiver memiliki sikap “grapyak” jadi sudah semestinya memiliki hubungan baik di masyarakat. Beberapa tetangga juga kerap dijadikan tempat curhat oleh narasumber D dalam melakukan perawatan dan pengasuhan bagi pasien.

b) Rasa puas terhadap Tuhan dan Kehidupan sehari-hari

Kehidupan yang dijalani narasumber sebagai caregiver selama ini sudah dinikmati. Narasumber D dan M mengatakan kalau ia sudah menikmati hidup, enak tidak enak tetap dijalani. Apapun yang diberikan Allah SWT kepadanya dan suami sudah merupakan garis Tuhan, ia hanya perlu menambah sabar dan kuat. Narasumber D mengatakan sesuatu yang sudah diberikan oleh Allah maka perlu untuk dijalani dengan apa adanya.

Dalam kenikmatan yang dijalani tentu caregiver merasa memiliki beban masing-masing. Narasumber D mengatakan jikalau beban itu pasti ada, salah satunya adalah beban ekonomi yang juga dapat mempengaruhi proses perawatan dan pengasuhan. Sedangkan narasumber M beban yang sedang dipikulnya saat ini adalah pasien yang sudah dirawat bertahun-tahun namun masih kerap membuatnya lelah hati dan badan. Namun apapun itu ia tetap menerima segala kondisi pasien dan menyanginya.

Dari situ kemudian caregiver tidak hanya membiarkan rasa lelah yang muncul begitu saja. Jika narasumber D merasa lelah ia akan berpikir tentang apa yang menjadi permasalahan, mencari jalan keluar, namun

semua itu ia lakukan sendiri dan untuk diri sendiri. Narasumber D juga akan melakukan intopreksi terhadap dirinya sendiri. Sedangkan narasumber M jika merasa lelah, ia segara menyelesaikan semua tugasnya seperti, bersih-bersih rumah, pekerjaan dan melaksanakan ibadah. Narasumber M tidak mau untuk terlalu memikirkan rasa lelahnya karena ia merasa akan mendatangkan penyakit bagi dirinya sendiri.

Narasumber L yang melihat caregiver juga sudah merasa keduanya dititik lelah. Jika badan lelah keduanya akan periksa dokter, namun jika lelah hatinya maka caregiver cuman bisa berdoa dan meluapkannya dengan bercerita bersama narasumber L melalui sambungan video telpon. Menurut narasumber S sendiri jika kedua caregiver merasa lelah, maka caregiver hanya digunakan untuk tidur saja.

Merawat dan mengasuh pasien menjadi satu hal yang dapat disyukuri oleh narasumber D dan M. Narasumber D mengatakan kalau sebagai caregiver ia sudah semestinya untuk selalu merasa bersyukur, sebab ia memiliki kepercayaan dengan Allah. Narasumber M juga mengatakan kalau ia sudah sangat bersyukur dengan kondisi hidupnya. Baginya mendapatkan kesehatan, sehingga ia bisa melakukan banyak hal sudah membuatnya bersyukur kepada Allah.

Narasumber D mengatakan memiliki tetangga dan saudara yang masih peduli dengannya adalah satu kenikmatan juga. Caregiver merasa senang atas dukungan yang didapatnya. Caregiver senantiasa merasa cukup atas apa yang didapatnya. Narasumber D mengatakan meskipun terkadang kekurangan, ia bisa merasa cukup atas apa yang dipunya. Sedangkan narasumber M segala apa yang didapatnya senantiasa merasa dan tidak kurang. Kesehatan badan juga merupakan nikmat yang disyukuri oleh narasumber M. Namun narasumber D memang merasa kurang sehat untuk kondisi kesehatan badannya, tetapi ia tetap dapat merawat dan menjaga badan pemberian Allah SWT.

Narasumber S mengatakan kalau caregiver sudah merasa syukur atas apa yang didapatnya. Buktinya caregiver masih dapat bisa membantu

menopang kehidupan anaknya yang sudah berumah tangga. Sedangkan narasumber L mengatakan rasa syukur caregiver juga datang sebab keadaan dari pasien. Dimana merawat pasien skizofrenia bukanlah hal yang mudahh, jadi bertambah sabar dan ikhlas sehingga akan menambah rasa syukur pada caregiver. Berikut perkataan dari narasumber L :

“Ws bersyukur e kuwi mangsaku yowes bersyukur, tapi mangsaku bersyukur e ki mergo yo koyo kahanan suwe-suwe ki dadi sabar, yo po ra? Kan entok ujian punya anak depresi, butuh khusus penanganan karo pengobatan, perawatan barang, nek perawatan ngono opo ko wes anu dewe kan kuwi yo ekstra, mangsa ku kuwi yowes wes mergo ne sabar mek ikhlas kan ra reti, tapi mergo keadaan soyo suwe kan yo wes yo piye yo cukup-cukup e wae, wong wes jatah e, kuwi wes jatah e entok ganjaran soko kuwi mb.”¹⁰³

Menurut narasumber S dalam pengamatannya, ia merasa narasumber D belum memiliki kesehatan mental ataupun fisik dalam merawat pasien. sebab narasumber D masih kesusahan dalam mengontrol emosi. untuk kondisi fisik kedua narasumber dianggap sudah tidak sekuat dulu, sebab bertambah usia jadi semakin berkurang tenaga yang dipunya untuk merawat pasien. begitupun pendapat dari narasumber L yang mengatakan semakin berkurang kesehatan fisik yang dipunya caregiver. bertambah usia namun masih memiliki beban yang sama, yang dimana juuga dapat mengganggu kesehhatan mental dari caregiver.

Hidup yang dijalani narasumber sebagai caregiver pasien skizofrenia membuat tidak membuat caregiver merasa bahwasanya hidup tidaklah adil. Narasumber M mengatakan Allah telah memberikan hidup seperti ini, adil atau tidak adilnya sudah dianggap adil oleh narasumber M. Begitupun narasumber D yang merasa kalau hidup sudah adil padanya, sebab ia juga meyakini Allah tidak akan memberikan cobaan melebihi kemampuan dari hambanya. Caregiver merasa adil juga sebab memiliki akses yang mudah untuk memberikan pengobatan kepada pasien. Jika caregiver merasa kekurangan dari segi ekonomi sehingga sulit untuk

¹⁰³ Wawancara dengan narasumber L, 18 Mei 2025

mengakeses pengobatan ia akan berusaha dan selalu mendapat rezeki dari jalan yang tidak diduga-duga.

Banyak hal yang dilalui oleh caregiver selama melakukan perawatann. namu caregiver masih tetap memiliki semangat dan motivasi hidup. Narasumber M menyatakan ia selalu bersemangat dalam menjangan aktivitas setiap hari. hal dasar yang menjadi motivasi dalam semangatnya adala keluarga semua yang dilakukannya hanya demi keluarganya sendiri, dan tentu kesembuhan anak bungsunya. Narasumber D juga merasa dalam hidupnya sudah bersemangat dan bermotivasi, ini semua tetap dilakukan sebab memperjuangkan kesembuhan untuk anak. ia merasa memiliki tanggung jawab yang harus dilakukan untuk anaknya, jika bukan narasumber D dan M siapa lagi yang akan merawat dan mengasuh anaknya.

c) Masa depan kepuasan atas hidup

Caregiver tentu memiliki tujuan dan harapan untuk hidup pasien dimasa depannya. Narasumber D menegaskan bahwasannya ia berharap pasien dapat sembuh dari gangguannya, sehingga pikirannya bisa mudah tangkap. Pasien dapat kembali seperti semula, kemudian dari itu pula pasien akan dapat bersosialisasi, dan pasien akan lebih mudah dalam menyiapkan masa depannya. Selain itu, narasumber D juga memiliki harapan untuk dirinya sendiri, semoga kelak senantiasa diberikan kesehatan seterusnya.

Berikut pernyataan dari narasumber D :

“Yo tujuan dan harapan kuwi yo mestine ben anak ku kin dang mari to, ndang bali meneh koyo semula kae, wes isoh bersosialisasi melu nang masyarakat, wes isoh piye-piye dewe. Aku ra njalok akeh nek dinggo awakku dewe sek disuwun marang Gusti Allah ki aku wes njok tulung terus diparingi kesehatan.”¹⁰⁴

Bagi narasumber M sendiri tentu harapan dan tujuan dimasa yang akan datang untuk pasien adalah kesembuhan pasien, yang kemudian itu akan memudahkan pasien dalam berpikir. Jika pasien sembuh akan bisa

¹⁰⁴ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

kembali bersosialisasi dengan masyarakat, dan pasien dapat mandiri bisa tanpa bapak atau ibunya. Untuk diri sendiri narasumber M berharap diberikan kesehatan sehingga bisa menemani pasien selama mungkin. Berikut pernyataan dari narasumber M :

“Yo nek pamane wes anu yo go masa depapn e kuwi yo uwis di paring sehat kuwi mau sek ndok, masa depan kan nek wes awak e bocah e ki wes sehat to, engko soko kono kene dadi isoh ngarahke aku ngandanni, ko bar ngono bocah e otomatis kan dadi isoh tanggap, nek ngono kan gari ngarah ke, ko rasah karo aku po bapakne dadi mandiri, ko nek isoh bali meneh melu rukun tonggo teparuuh bali nang masyarakat. Nek go awak e dewe yo kuwi ndok sek genah diparingi sehat diparingi dowo umur e.”¹⁰⁵

Disisi lain caregiver yang mempunyai harapan dalam hidupnya, ia juga memiliki rasa cemas serta khawatir. Narasumber M mengatakan ia memiliki beberapa kekhawatiran dan kecemasan untuk pasien dimasa yang akan datang. Narasumber M khawatir jika ia tidak memiliki banyak waktu untuk menemani pasien, ia mencemaskan keadaan pasien jika sampai pasien belum diberikan kesembuhan namun ia telah dipanggil duluan oleh sang Maha Kuasa. Meskipun memiliki dua kakak dan saudara yang akan peduli dengan pasien, namun tetap insting seorang ibu tidak bisa kalau tidak ikut menjaga juga anaknya. Terkadang narasumber M juga memiliki ketakutan kalau pasien yang lebih dulu diambil oleh Allah SWT. Narasumber M senantiasa mengecek setiap pagi keadaan pasien.

Sedangkan narasumber D ia memiliki kekhawatiran tentang harapannya kelak untuk pasien tidak terwujud. Narasumber D juga mengkhawatirkan bagaimana jika terjadi sesuatu kepada pasien namun ia tidak ada disamping pasien. Berikut pernyataan dari narasumber D :

“Yo nek khawatir utowo cemas kuwi mesti yo ndok, wong tuo kapak-kapaak no bakal selalu khawatir nang anak, roso khawatir dinggo thole nek go aku ki akeh yoan ko nek pamane enek piye-piye ko anakku piye, gek enek masalah ngene, gek masalah ngono akeh lah pokok e, enek e mek was was nek wes mikirno kuwi, wedi barang misal harapan e mau ra kelakon”¹⁰⁶

¹⁰⁵ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

¹⁰⁶ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

d) Ikatan pribadi dengan Tuhan

Dalam menjalankan semua suka dan duka dalam melakukan perawatan dan pengasuhan kepada pasien caregiver juga senantiasa melaksanakan kewajiban ibadah dengan Allah SWT. Dari hasil observasi, masing-masing caregiver tekun dalam hal beribadah. Setiap harinya caregiver selalu melaksanakan ibadah sholat berjamaah di masjid, dan selalu terdengar suara mengaji dari dalam rumah caregiver. Bahkan narasumber M juga mengikuti program celengan sedekah yang setiap bulan diserahkan kepada pihak pengelola sedekah.

Narasumber M sendiri mengatakan kalau ibadah yang selama ini ia lakukan memiliki pengaruh dalam hidup. Ibadah yang dijalankan seperti sholat dapat mendatangkan ketentraman dan ketenangan, sebab dari sholat ini seorang hambar bisa meminta kepada Allah SWT. Kemudian narasumber D juga menceritakan jika ibadah berpengaruh ke dalam kehidupannya. Dzikir yang dilakukan oleh narasumber D dapat mendatangkan ketenangan, jikalau narasumber D susah untuk tidur maka ia akan dzikir yang kemudian narasumber D dapat tidu dengan nyenyak.

Selain itu ibadah juga dapat menguatkan caregiver. Narasumber M sendiri mengatakan kalau ibadah yang dilakukannya juga untuk berdoa kepada Allah supaya narasumber M diberikan kekuatan, sehingga hati dan badan kuat dalam menjalani hidup yang telah diberikan. Berikut pernyataan dari narasumber M :

“Ibadah kuwi penting ndok dingo nguatke ati, nguatke awak eewe, wong kuwi yo seng gawe awak dewe percoyo nang Gusti Allah”¹⁰⁷

Maka dari situlah segala sesuatu yang dilakukan oleh caregiver berdasarkan niat beribadah kepada Allah. Narasumber D mengatakan kalau segala yang dilakukannya berdasarkan niat kepada Allah, ikhlas menjalankan beban yang dipikul, kalau tidak berdasarkan niat lebih baik tidak usah dilakukan. Berikut pernyataan dari narasumber D :

¹⁰⁷ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

“Yo kuwi ho o niat kabeh sek tak lakoni dinggo anak bojo kabeh niat karena Allah, ikhlas ngejalanine, nek pamane ra ikhlas yo mending ki rasah dilakoni, yo ra?”¹⁰⁸

Narasumber L dan S memberikan pernyataan bahwasanya kedua caregiver, rajin dalam beribadah. Narasumber S aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan yang dilaksanakan bersama dengan warga masyarakat desa. Berikut pernyataan dari narasumber S :

“Yo yen masalah ibadah e kuwi mangsaku loro-loro ne kui wes ra enek kurang e menurut penglihatane pak e wes apek. Setiap nang omah kuwi din, krungu adzan langsung jamaah e apek, wes pokok e udan gerimis e ki yo apek. Kumpulan yasin, tahlil barang kuwi yo apek, sok ngaji nang omah barang”¹⁰⁹

Perawatan dan pengasuhan yang dilakukan caregiver selalu disertai dengan niat beribadah dengan Allah. Hal ini juga menjadi satu kepercayaan caregiver pada Allah bahwasanya setiap perbuatan yang dilakukan caregiver selalu ada campur tangan dari Allah SWT. Berikut pernyataan narasumber M :

“O yo kuwi wes genah no kuwi wes pasti segala hal liki kan kabeh kedadean mergo Gusti Allah dan aku yo percoyo karo kuwi”¹¹⁰

Narasumber juga menjadikan Allah SWT sebagai tempat berharap atas segala sesuatu. Seperti narasumber M yang berharap kepada Allah SWT jika sedang lelah dalam menjalani hidup. Ia akan berdoa kepada Allah SWT, tidak lupa juga dengan berdzikir kepada-Nya. Narasumber D mengatakan, kita hamba yang berdoa kepada Allah maka disitulah letak kita percaya dan berharap hanya kepada Allah SWT. Bahkan kita selalu berharap kepada Allah SWT tidak hanya disaat susah namun setiap hal yang akan kita lakukan selalu berharap ke Allah SWT. Berikut pernyataan dari narasumber D :

“Mesti ndok, saiki awak dewe nek ra berharap karo Gusti Allah meh berharap nang sopo meneh? Lha nek pamane awaak dewe lagi kesusahan lagi terpuruk njaluk e nang sopo? Gusti Allah. Kabeh doa sek terkabul kuei

¹⁰⁸ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

¹⁰⁹ Wawancara dengan narasumber S, 16 Mei 2025

¹¹⁰ Wawancara dengan narasumber M, 9 Mei 2025

kan yo nyuwun e nang Gusti Allah, ora sah nek kesulitan wes, ameh ngelakoni sesuatu awak dewe mesti berharap nang Gusti Allah.”¹¹¹

Segala perihal dan peristiwa yang terjadi pada narasumber D dan M juga merupakan garis dari takdir Allah SWT yang tentukan. Narasumber D mengatakan bahwasannya segala sesuatu untuk hamba-Nya sudah disiapkan, setiap manusia mempuanyai ujiannya masing-masing, huru-hara yang dialami setiap manusia merupakan takdir yang telah ditulis oleh Allah SWT. Dengan begitu segala sesuatu bisa terjadi atas kehendak dari Allah SWT.

Maka dari itu narasumber D dan M juga percaya bahwasannya Allah akan merubah keadaan pasien menjadi lebih baik lagi kedepannya. Setiap hari narasumber M senantiasa meminta kepada Allah SWT untuk memberikan kesembuhan dan kesehatan kepada pasien sehingga pasien dapat kembali lagi seperti semula, maka dari situlah letak kepercayaan narasumber kepada Allah SWT.

Narasumber S mengatakan caregiver sudah memberikan kepercayaan dan keyakinan segala sesuatu yang akan terjadi pada hidupnya adalah takdir yang Allah SWT berikan. Namun narasumber S melihat bahwasannya caregiver juga terlihat memiliki rasa bersalah. Narasumber L sendiri menyebut bahwasannya caregiver sudah berada dititik rendah dan pasrah, sehingga segala yang akan terjadi diserahkan sepenuhnya kepada Allah SWT.

e) Kemaknaan

Dalam memaknai segala peristiwa yang terjadi pada caregiver pasien gangguan skizofrenia, narasumber M memaknainya sebagai cobaan yang membuat dirinya menjadi sabar, tawakal, senantiasa meminta ke yang Maha Kuasa, senantiasa berdoa untuk anak diberikan kesembuhan dan kesehatan. Menambah keyakinan kepada Allah SWT bahwasannya Allah SWT akan memberikan yang terbaik untuk hamba-Nya.

¹¹¹ Wawancara dengan narasumber D, 8 Mei 2025

Narasumber D memaknai peristiwa anaknya sebagai pasien gangguan skizofrenia, membuatnya menjadi senantiasa berharap kesembuhan kepada Allah SWT. Narasumber D menjadi seseorang yang lebih mengandeng anak, dan senantiasa melakukan intropesi diri atau muhasabah.

Caregiver meyakini memiliki perubahan dalam menjalani kehidupannya saat ini. Dimana narasumber M menjelaskan setelah menjadi seorang caregiver memang perlu ditambah dan diluaskan kembali rasa sabar, jadikan peristiwa ini sebagai ujian dalam hidup. Begitupun narasumber D yang menyadari adanya perubahan dalam dirinya, dimana ia menjadi lebih sabar dan sering berbenah diri.

Narasumber L juga melihat perubahan yang terjadi pada caregiver. Setelah menjadi caregiver, narasumber D dan M lebih banyak beribadah, banyak sabar, walaupun juga mengeluh namun segala sesuatunya diterima dengan ikhlas oleh narasumber D dan M. Berikut pernyataan dari narasumber L :

“Yo yen ndisik ki nyuwun sewu ra enek masalah opo-opo, anak e wes gede-gede, yo koyo normal hidup. Lha nek saiki cobaan ngono kuwi wes akeh sabar akeh ibadah, ko enek ngeluh e kan yo ngeluh masalah kon njok paringi sabar, dadi saiki luweh sabar karo luweh ikhlas.”¹¹²

Narasumber S juga mengatakan terdapat perubahan pada caregiver. Dilihat dari raut wajah kedua caregiver saat ini seperti menggambarkan perasaan susah dibandingkan waktu dulu. Cargiver sering memikirkan usaha dalam penyembuhan pasien, jadi sabar yang dimiliki harus lebih besar. Caregiver juga telah memperlihatkan rasa ikhlas, sebab narasumber S jarang sekali melihat caregiver mengeluh.

Dalam menerima segala pemberian Allah SWT, caregiver tidak marah kepada Sang Pencipta atas kondisi pasien. Narasumber M mengatakan kalau ia tidak marah kepada Allah SWT, seorang hamba senantia mengeluh kepada pencipta-Nya jadi tidak mungkin hamba itu

¹¹² Wawancara dengan narasumber L, 18 Mei 2025

marah. Narasumber D juga merasa manusia telah memiliki garis takdirnya masing-masing, jadi untuk apa marah.

Narasumber S mengatakan kalau ia kurang tahu apakah caregiver memiliki kemarahan atau tidak adanya rasa adil. Namun narasumber S mengatakan kalau narasumber M kemungkinan memiliki sedikit kemarahan, sebab setiap hari sudah bekerja keras namun masih selalu diberikan cobaan yang tidak ada habis-habisnya. Sedangkan narasumber L juga merasakan bahwa narasumber M masih memiliki kemarahan. Sebab sedari kecil narasumber M sudah bekerja keras sampai saat ini, namun selalu mendapat cobaan-cobaan yang berat dari Allah SWT.

Narasumber M dalam menerima kondisi pasien tentu juga tidak mudah. Proses yang dijalani tidak semudah yang dibayangkan. Narasumber M hanya memegang kunci saabar, banyak membaca istighfar, kedua hal tersebut adalah hal yang penting dalam merawat dan mengasuh pasien.

Tentu dalam melakukan perawatan dan pengasuhan memiliki perubahan emosi. Narasumber M dalam menanganai gejolak emosi yang dialami akan banyak diam dan dibawa tidur. Sedangkan narasumber D mengatakan dalam menangani gejolak emosi seperti sedih dan merasa susah maka hanya dibawa sendiri tidak diceritakan ke siapa-siapa. Jika narasumber D sudah merasa marah maka ia akan mengalah.

Selain itu caregiver juga melakukan beberapa perawatan untuk dirinya sendiri untuk senantiasa terjaga kondisi kesehatan. Narasumber D mengatakan ia tidak memikirkan omongan buruk yang didapatnya dari orang lain. Itulah cara caregiver menjaga kesehatan diri ia makan tempat waktu dan istirahat yang cukup. Namun narasumber M tidak berani mengikuti tes kesehatan yang dilakukan posyandu, ia merasa takut dari hasilnya jika buruk maka akan membuat narasumber M kepikiran yang tidak-tidak.

Narasumber M mengaku bahwasannya tidak banyak hal yang berubah dalam hidupnya, sehingga narasumber M hanya dapat mensyukuri apa yang sedang terjadi saat ini. Sedangkan narasumber D juga tidak

merasakan perbedaan yang banyak dalam fase kehidupannya, malah saat ini ia tidak bekerja jadi merasa lebih susah namun bersyukur juga karena bisa menemani pasien setiap harinya.

Setelah dilihat kembali narasumber L mengatakan ketangguhan dan ketenangan batin caregiver dalam merawat dan mengasuh pasien sudah memiliki ketangguhan yang luar biasa, sebab suah menjalani kehidupan menjadi caregiver selama bertahun-tahun. Sedangkan narasumber S mengatakan, wajah narasumber D dan M tidak menunjukkan mimik yang menyimpan ketidak ketenangan atau sedang banyak yang dipikirkan. Berikut pernyataan dari narasumber S :

“Saiki nek diulatke soko wajah e mas D mbek yu M ki koyo rong enek ketenangan, keluarga ne rong isoh enek ketenangan, saiki nek pamane aku niliki etan yu M lagi turu ngono kae wes mbuh kuwi kesel fisik kesel pikiran kesel ati dadi siji kuwi ra isoh dihindari, jek mikir akeh terutama mikir anak e kuwi mau ndok.”

B. ANALISIS DATA

1) SPIRITUAL WELL-BEING PADA ORANG TUA YANG MENJADI CAREGIVER DENGAN ANAK PASIEN SKIZOFRENIA

Gangguan skizofrenia termasuk dalam gangguan serius yang perlu ditangani oleh ahlinya. Jika pasien telah ditahap yang lebih baik, maka akan dikembalikan ke rumahnya untuk kembali lagi dilingkungan masyarakat. Maka dari itu, keluarga memiliki peran penting didalamnya. Maka, adapun fungsi keluarga menurut Effendi (1998) yaitu asih, asuh, dan asah. Asih dalam artinya keluarga memberikan rasa kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan sesama anggota keluarga yang kemudian dapat membuat anggota didalamnya dapat tumbuh dan berkembang. Fungsi asuh, keluarga berperan dalam keperawatan anak dalam memelihara kesehatan. Selanjutnya fungsi asah, dimana keluarga dapat memberikan pendidikan sehingga dapat mempersiapkan masa depan¹¹³.

¹¹³ Harnilawati, *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga* (Pustaka As Salam, 2013). h. 14

Sesuai dengan fungsi tersebut maka keluarga tidak akan menjadi anggota keluarga pada umumnya. Melainkan anggota keluarga yang lain menjadi seorang caregiver yang kemudian memiliki tugas lebih dari pada biasanya. Secara tidak langsung keluarga menjadi seseorang yang ditunjuk untuk memberikan pengasuhan kepada pasien, maka keluarga disebut caregiver informal. Tugas caregiver sendiri dapat disebutkan diantaranya, adalah melakukan pendampingan pasien dalam pelaksanakan preventif, pengasuhan dalam program terapi, dan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari¹¹⁴.

Caregiver sendiri memiliki beban selama melakukan perawatan dan pengasuhan, ia rentan dalam mengalami kelelahan fisik dan mental. Tantangan yang didapat juga beragam seperti, rasa bersalah yang dimiliki, stigma dari orang lain, dan ketakutan pada hal yang tidak pasti¹¹⁵. Disisi lain Agustin (2022) mengatakan kalau caregiver rentan terkena stress yang disebabkan karena adanya perubahan dari lingkungan atau adanya pengaruh eksternal yang dianggap mengancam.

Dari banyaknya hal yang perlu ditanggung oleh caregiver maka diperlukan kesiapan untuk caregiver itu sendiri. Adapun aspek-aspek yang diperlukan oleh caregiver untuk bekal dalam melakukan tugasnya adalah aspek biologis, psikologis, spiritual dan kultural. Dengan kesiapan yang baik maka caregiver dapat beradaptasi dengan keberadaan pasien di rumah sehingga dapat menghindar dari masalah yang mungkin dapat muncul dari pasien atau anggota keluarga yang lain¹¹⁶.

Menjalani peran sebagai caregiver membuat seseorang dituntut dengan banyak hal seperti, tenaga, waktu, dan mental. Kemudian dari sinilah spiritual well-being hadir sebagai caregiver untuk membantu dalam menemukan ketenangan yang dibutuhkan jika caregiver sedang berada disituasi stress dan dapat menjaga kualitas caregiver. Penelitian yang

¹¹⁴ Agustin, *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*.

¹¹⁵ Tumanggor, ‘Analisa Konseptual Model Spiritual Well-Being Menurut Ellison Dan Fisher’.

¹¹⁶ Agustin, *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan*.

dilakukan oleh Rahman NO,dkk (2021) mengatakan caregiver mengalami proses dinamika kehidupan yang dipengaruhi oleh pemenuhan kualitas hidup dan pemenuhan spiritual. Caregiver yang dapat memenuhi dinamika tersebut maka caregiver dapat menemukan kualitas hidup spiritual yang sejahtera¹¹⁷.

Spiritual well-being merupakan sebuah afirmasi dalam kehidupan pada hubungan manusia dengan Tuhan, diri sendiri, komunitas dan juga lingkungan sekitar secara keseluruhan¹¹⁸. Ellison juga menegaskan bahwasannya spiritual well-being juga melibatkan kompenan agama serta sosial psikologis¹¹⁹. Maka dapat disimpulkan spiritual well-being merupakan kondisi seseorang dengan berkembangnya hubungan manusia dengan Tuhan, diri sendiri, komunitas dan lingkungan pada tahap lebih baik, disertai dengan adanya kesehatan fisik dan mental.

Berikut merupakan spiritual well-being yang dimiliki orang tua caregiver dengan anak pasien skizofrenia :

a) Keterhubungan kepada Tuhan (Connection with God)

Pada keterhubungan kepada Tuhan narasumber M untuk saat ini memiliki rasa damai atas kondisi pasien. Sedangkan bagi narasumber D sendiri ia tidak memiliki rasa cemas untuk kondisi pasien saat ini. Keduanya menyalurkan rasa kasih sayang kepada pasien dengan caranya masing-masing seperti narasumber M yang senantiasa membelikan sesuatu yang diinginkan oleh pasien, sedangkan narasumber D senantiasa memberikan rasa kasih sayangnya kepada pasien dengan selalu mendoakan pasien.

Rasa kebersamaan juga dibentuk oleh narasumber D dan M yang selalu menggandeng pasien, memang sudah menjadi tugas dari orang tua untuk melakukan hal tersebut. Narasumber D juga menambahkan kalau

¹¹⁷ Rahman¹ and others, 'Dinamika Spiritual Well-Being Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Caregiver Skizofrenia Well-Being Spiritual Dynamics To Improve Quality of Life in Schizophrenic Caregivers'.

¹¹⁸ John W Fisher, *Spiritual Health Its Nature and Place in the School Curriculum* (Melbourne University Custom Book Centre, 2010).

¹¹⁹ Ellison, 'Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement'.

kebersamaan antara caregiver muncul sebab narasumber D senantiasa mengantarkan pasien jika ingin pergi jauh. Selama merawat pasien gangguan skizofrenia caregiver tentu memiliki rasa penyesalan atas apa yang terjadi, namun caregiver lebih memilih fokus pada keadaan pasien, berupaya untuk melakukan yang terbaik atas pemberian Allah SWT.

Akan tetapi kebersamaan yang terbentuk antara caregiver dan pasien kurang terbentuk baik. Meskipun narasumber L mengatakan caregiver sudah senantiasa mendengarkan apa yang dikeluhkan pasien, namun respon yang ditunjukkan masih kurang menenangkan pasien. Selain itu narasumber S yang sering melihat kedua caregiver dengan pasien, merasa bahwasannya komunikasi yang dibentuk masih kurang. Bahkan komunikasi suami istri narasumber D dan juga kurang baik, hal inilah yang menjadi pengaruh dalam membangun kebersamaan dengan pasien.

Dari rasa penyesalan, cemas menjadi rasa damai yang caregiver miliki, berasal dari caregiver yang senantiasa beribadah kepada Allah SWT. Dari pengalaman itu kemudian caregiver mengajarkan kepada pasien untuk senantiasa beribadah kepada Allah SWT sehingga muncul rasa damai dalam hatinya, dan mengalahkan perasaan cemas dan perasaan negative lainnya.

Untuk bisa memberikan pengasuhan yang terbaik, caregiver perlu mengendelaikan dirinya sendiri. Narasumber D menjelaskan bahwasannya ia kerap mengalah dari pasien jika pasien telah mencapai di titik emosi yang tinggi. Sedangkan narasumber M terkadang tidak bisa membendung kembali amarah yang ia rasakan, jika pasien kerap membuat jengkel narasumber M meluapkan amarahnya.

Keduanya telah bersama-sama mengatur gejolak emosi yang terjadi. Seperti kesaksian dari narasumber S yang mengatakan kalau narasumber D senantiasa berusaha mengendalikan emosi, perihal ini sesuai dengan hasil observasi yang ada. Dimana pada malam hari pasien mengalami kekambuhan, pasien berteriak, menangis, dan marah-marah dengan narasumber D. Namun, narasumber D dapat meredam emosinya, ia selalu

mencoba menenangkan pasien dengan mengucap “maaf” dan membenarkan setiap omongan yang dilontarkan oleh pasien.

Caregiver mengatakan bahwasannya mereka menerima keadaan pasien meskipun terdapat perbedaan kondisi pasien dengan dulunya. Narasumber D dan M menganggap bahwasannya kondisi pasien saat ini adalah satu keberkahan dari Allah SWT, yang senantiasa selalu dipanjatkan doa untuk pasien diberikan kesembuhan dan dapat kembali seperti semula.

Tentunya penerimaan yang diutarakan caregiver dapat dilakukan sebab antara caregiver dan pasien juga memiliki komunikasi yang dibangun sebaik mungkin seperti selalu mendengarkan pasien jika bercerita dan berbagi cerita diantaranya. Dalam komunikasi yang terjalin, caregiver kurang cukup tegas kepada pasien. Keduanya sudah mencoba tegas kepada pasien namun keduanya tetap kalah karena tidak ingin memicu hal yang tidak diinginkan.

Apa yang dirasakan caregiver mengenai rasa damai yang didapat dari beribadah merupakan satu hal yang mennggambarkan spiritual well-being dari keterhubungan dengan Tuhan. Perihal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Miller, Fleming dan Anderson (1998) dimana suku Kauskasia menyatakan relasi spiritual dengan Tuhan seseorang terbentuk karena ia merasakan adanya kekuatan, dukungan, dan rasa puas secara pribadi¹²⁰. Dengan narasumber D dan M yang senantiasa beribadah dan berdoa kepada Allah SWT dapat membuat ia merasa adanya kekuatan dan dukungan dengan Tuhan.

Hubungan yang terjalin caregiver dengan pasien juga merupakan gambaran dari domaian personal spiritual well-being menurut teori Fisher, dimana kualitas hubungan diri sendiri dengan orang lain yang mencakup cinta, keadilan, harapan dan keyakinan kepada sesama manusia¹²¹. Dengan caregiver yang selalu mencoba mengontrol gejolak emosi caregiver telah

¹²⁰ E Thnic D Ifferences B Etween, ‘S w -b s e d b c a -A’, 26.4 (1998), pp. 358–64.

¹²¹ Fisher, ‘Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM’.

menggambarkan proses kesabaran dalam proses spiritual well-being menurut teori Fisher. Namun caregiver masih kurang dalam menggambarkan keintergritasan sebab caregiver tidak memiliki sikap tegas kepada pasien.

Selanjutnya dalam domain komunal teori Fisher, menyatakan bahwasannya domain ini melihat bagaimana hubungan diri dengan orang lain, yang pada umumnya berkaitan dengan moral, budaya, dan agama¹²². Dalam hal ini narasumber D dan M sama-sama memiliki hubungan yang baik dilingkungan masyarakat sekitar. Keduanya mengikuti setiap kegiatan yang diadakan di desa seperti rewangan dan kumpulan. Selain itu narasumber D juga merupakan seorang muadzin di desanya, sehingga ia juga dikenal sebagai seorang yang rajin beribadah.

Narasumber D dan M selalu menjaga hubungan yang baik dengan tetangga dan saudara sekitar. Mereka tidak memiliki dendam buruk terhadap seseorang yang telah memberikan komentar buruk untuk dirinya sendiri atau untuk pasien. Disisi lain narasumber D dan M juga selalu menerima dukungan yang diberikan oleh tetangga dan saudara dalam memberikan perawatan dan pengasuhan kepada pasien. Caregiver kerap berdiskusi dengan orang sekitar tentang apa yang harus dilakukan untuk pasien sehingga dapat membuat keadaan pasien menjadi lebih baik lagi.

b) *Rasa puas pada Tuhan dan Kehidupan sehari-hari (Satisfaction with God and Day-Today Living)*

Rasa puas yang digambarkan oleh narasumber D dan M adalah keduanya yang menikmati kehidupan yang dijalani saat ini, entah enak atau tidak enak, keadaan ini tetap dijalani. Meskipun kehidupan yang dijalani tentu memiliki beban masing-masing diantara narasumber. Seperti narasumber D yang merasa beban saat ini yang ditanggung adalah beban ekonomi, sedangkan narasumber M mengatakan beban yang cukup berat baginya adalah pasien itu sendiri. Beban yang dimiliki ini kemudian dapat membuat caregiver mengalami kelelahan hati dan badan. Meskipun berat

¹²² Ibid.

beban yang dimiliki, kedua narasumber tetap menerima kehidupannya saat ini. Terlihat dari kedua narasumber yang dapat mengatasi rasa lelahnya.

Seperti narasumber D yang melakukan evaluasi diri jika terjadi satu masalah, mencari jalan keluar atas apa yang terjadi, semua itu ia lakukan sendiri. Maka dapat dikatakan narasumber D menggambarkan kualitas spiritual well-being yang baik, sebab perihal ini sejalan dengan perkataan dari Ellison bahwasannya evaluasi diri memiliki hubungan positif dengan spiritual well-being dalam penerimaan dari Tuhan.

Sedangkan narasumber M mengatasi rasa lelahnya dengan menyelesaikan semua tugasnya seperti, bersih-bersih rumah, pekerjaan dan melankasankan ibadah. Narasumber tidak ingin memikirkan hal yang lebih dalam tetapi rasa lelahnya, sebab ia percaya itu hanya akan mendatangkan penyakit untuk dirinya sendiri. Selain itu, hasil observasi bagi narasumber M sendiri sudah terkenal sebagai orang yang suka kebersihan di lingkungan masyarakat sekitar, ia senantiasa merawat lingkungan disekitarnya. Hal dialami oleh narasumber M selaras dengan domain lingkungan Fisher dimana seseorang memiliki rasa kepedulian dan kepengasuhan yang tinggi terhadap lingkungan sekitarnya.

Rasa puas juga ditunjukkan oleh narasumber D dan M yang menjelaskan keduanya telah mensyukuri atas dirinya yang menjadi seorang caregiver. Keduanya senantiasa merasa cukup atas rejeki yang didapatnya, seperti kesehatan serta kehadiran tetangga dan saudara yang peduli terhadap situasi dan kondisi caregiver. Hal ini juga dipertegas oleh narasumber S bahwasannya caregiver sudah cukup bersyukur, bahkan disaat kesulitan keduanya masih bisa membantu kehidupan rumah tangga anaknya. Narasumber L juga menyatakan kalau caregiver sudah bersyukur sebab keadaan pasien yang membuat keduanya menjadi tambah sabar dan ikhlas. Kebersyukuran dari caregiver juga dapat dilihat dimana keduanya senantiasa menjaga kesehatan yang telah diberikan oleh Allah SWT, meskipun tenaga yang dimiliki tidak sekuat dan sebanyak dulu.

Rasa puas pada Tuhan dari kedua narasumber dapat tergambar jelas. Keduanya merasa kehidupan yang dijalannya sudah merupakan kehidupan yang adil. Narasumber M mengatakan Allah telah memberikan hidup seperti ini adil atau tidaknya sudah dianggap adil oleh narasumber M. Sependapat dengan narasumber M, narasumber D juga meyakini hidup yang djalani ini merupakan cobaan yang diberikan Allah SWT kepada hambanya, dan Allah SWT tidak akan memberikan cobaan kepada umatnya diluar batas kemampuan umatnya. Dalam hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusuf S pada keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yang dimana keluarga tersebut meyakini jikalau apa yang terjadi saat ini adalah kehendak dari Tuhan¹²³.

Dari rasa yakin kepada Allah SWT, narasumber D dan M dapat terbantu untuk terus menemukan semangat dan motivasi dalam hidup. Motivasi yang dimiliki narasumber M dan D untuk memperjuangkan nasib keluarganya dan kesembuhan anaknya, senantiasa menjadi semangat dalam menjalani hidup. Hal ini merupakan gambaran dari penafsiran aspek inspirasional dalam teori domain spiritual well-being Fisher.

c) Masa depan / Kepuasan atas Hidup (Future/Life Contentment)

Rasa puas akan masa depan narasumber D digambarkan dari rasa optimisme melalui harapan untuk pasien dan dirinya sendiri di masa yang akan datang. Ia selalu berharap kepada Allah SWT agar pasien di masa yang akan datang mendapat kesembuhan, sehingga pasien dapat kembali bersosialisasi di lingkungan masyarakat, serta pasien juga dapat lebih mudah dalam mempersiapkan masa depannya sendiri. Sedangkan untuk diri sendiri ia hanya meminta kesehatan seterusnya.

Tidak jauh berbeda dari apa yang menjadi harapan narasumber D, narasumber M juga memiliki harapan untuk kesembuhan pasien, sehingga nanti caregiver dapat lebih mudah mengantarkan pasien ke lingkungan sosial, serta dapat dengan mudah mengajari kemandirian pada pasien. Untuk

¹²³ Yusuf, ‘The Effect of Family Therapy with Spiritual Approach Toward Family’s Health Belief Model in Taking Care of Patient with Schizophrenia’.

diri sendiri kedepannya narasumber M berharap diberikan umur yang panjang sehingga dapat menemani pasien selama mungkin.

Namun selain harapan yang dimiliki, narasumber masih memiliki kekhawatiran dan kecemasan tentang masa depan yang akan dijalani. Narasumber M khawatir bahwasannya ia tidak memiliki banyak waktu untuk senantiasa menemani pasien. Terlebih jika kondisi pasien masih dalam kondisi yang kurang baik, narasumber M khawatir bagaimana nasib pasien jika narasumber M dipanggil duluan oleh Sang Pencipta. Sedangkan narasumber D memiliki kekhawatiran kalau-kalau apa yang menjadi harapannya di masa depan tidak terwujud, dan terjadi sesuatu sama pasienn namun narasumber D tidak berasa di samping pasien.

Dari penggambaran yang dikatakan oleh kedua narasumber, keduanya memiliki perasaan yang optimis terhadap masa depan. Akan tetapi perasaan tersebut tidak tergambar penuh seperti yang dijelaskan dalam penelitian Miller, Fleming dan Anderson (1998) bahwasannya pada aspek ini seseorang dapat merasakan kepuasan, ketenangan dan rasa optimis. Narasumber D dan M yang masih memiliki rasa khawatir dan cemas tentang masa depan, masih kurang untuk menggambarkan aspek masa depan / kepuasan atas hidup.

Disamping itu, teori spiritual well-being yang dijelaskan Ellison bahwasannya spiritual well-being memiliki hubungan dengan perhatian transenden, atau aspek pengalaman yang melibatkan cita-cita, keyakinan, komitmen, tujuan hidup seorang hamba dengan Tuhannya¹²⁴. Penjelasan ini mempertegasan bahwasannya narasumber belum sampai pada masa transenden, sebab masih ada rasa khawatir dan cemas sehingga tidak memiliki keyakinan sepenuhnya kepada Tuhan.

d) Ikatan pribadi kepada Tuhan (Personal Relationship with God)

Ikatan pribadi kepada Tuhan pada narasumber D dan M digambarkan dari ibadah atau pemujaan yang dilakukannya setiap hari.

¹²⁴ Ellison, 'Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement'.

Narasumber D dan M memiliki kualitas ibadah kepada Allah SWT yang baik. Ibadah yang dilakukan narasumber M telah membentuk ikatannya dengan Allah. Dalam wawancara narasumber M menjelaskan bagaimana ibadah yang ia laksanakan dapat mempengaruhi kehidupannya, seperti mendatangkan rasa ketentraman dan ketenangan. Narasumber M juga menjelaskan dari sholat yang dilakukannya selama ini ia dapat meminta kepada Allah SWT.

Tidak berbeda dengan narasumber M, narasumber D juga memiliki ikatan dengan Allah SWT. Dari narasumber D yang menjelaskan ibadah yang dilakukannya memiliki pengaruh dalam hidup seperti, dzikir yang dilakukannya akan mendatangkan ketenangan. Narasumber D juga menceritakan jika ia mengalami gangguan tidur seperti susah untuk tidur, maka ia akan berdzikir kepada Allah SWT dan kemudian dapat tertidur nyenyak.

Hasil observasi juga memperlihatkan narasumber D dan M yang selalu pergi ke masjid di awal waktu untuk senantiasa mengikuti sholat berjamaah. Selain itu keduanya juga aktif dalam kegiatan keagamaan masyarakat seperti kumpulan tahlil dan yasin yang rutin dijalankan oleh masyarakat desa dalam waktu satu minggu sekali. Hal ini juga dibenarkan oleh kesaksian kedua narasumber pendukung yaitu narasumber L dan S.

Hal ini selaras dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Gumilang R, mengenai “Chonic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizohrenia In West Bandung Regency” dimana para caregiver yang menggunakan aspek keagamaan untuk menjadi mekanisme coping dalam mengobati kesedihannya¹²⁵. Caregiver melaksanakan berbagai ibadah dan memanjatkan doa, serta selalu percaya denga Tuhan dan iman mereka.

Keyakinan yang dimiliki oleh seseorang kepada Tuhan dapat berkontributif positif, dalam pengembangan kesejahteraan spiritual¹²⁶.

¹²⁵ Gumilang, ‘Chronic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizophrenia in West Bandung Regency.’

¹²⁶ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, ‘Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans’.

Dari doa yang senantiasa dipanjatkan, terselip rasa yakin yang tinggi kepada Tuhan. Caregiver menjelaskan segala sesuatu yang dilakukan telah berdasarkan niat kepada Allah SWT. Narasumber D mengatakan semua hal yang dilakukan perlu didasari niat untuk Allah SWT, ikhlas menjalani. Dari hal ini caregiver juga meyakini segala sesuatu yang terjadi dalam kehidupan merupakan campur tangan dari Allah SWT. Maka dari itu caregiver senantiasa berdoa dan berdzikir kepada Allah SWT, dan hanya berharap kepada Allah SWT, di semua situasi.

Maka dari itu dapat dikatakan caregiver memiliki tingkat keyakinan yang tinggi terhadap Allah SWT, ia percaya dan yakin terhadap Tuhan. Dimana spiritual well-being Ellison menjelaskan terdapat hubungan positif dalam doktrin ajaran agama yang kemudian berkontribusi pada kesejahteraan spiritual¹²⁷. Seperti doa-doa yang senantiasa dilontarkan caregiver dapat memberikan kekuatan dalam melaksanakan kehidupan. Narasumber M meyakini ibadah yang dilakukannya memiliki kekuatan untuk dirinya dalam memberikan tenaga sehingga hati dan badan menjadi kuat dalam menjalani kehidupan yang telah digariskan oleh Allah SWT kepada hambanya. Hal ini menegaskan bahwasannya narasumber dapat bersandar kepada Allah SWT untuk menjalani kehidupannya.

Segala keterhubungan dengan Tuhan yang digambarkan oleh narasumber D dan M, selaras dengan kesaksian yang diberikan oleh narasumber S dan L. Keduanya telah mengetahui bahwasannya caregiver telah mempercayakan segala sesuatunya kepada Allah SWT. Seperti dari semua usaha yang dilakukannya diikuti dengan doa yang selalu dipanjatkan kepada Allah SWT.

e) Kebermaknaan

Spiritual well-being juga memiliki kaitannya dengan pemaknaan akan hidup yang dijalani. Kebermaknaan yang dimiliki oleh narasumber M adalah selama ia menjadi seorang caregiver dalam hidupnya tidak ada

¹²⁷ Ellison, ‘Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement’.

perubahan yang banyak. Ia menjalani kehidupan seperti biasa. Narasumber M memaknai bahwasannya segala sesuatu yang terjadi dalam hidupnya adalah satu hal yang terbaik yang diberikan Allah SWT kepada hambanya. Narasumber M juga menjelaskan selama menjadi caregiver menambah sabar, tawakal, dan hanya senantiasa bergantung dan berdoa ke Yang Maha Kuasa.

Sedangkan narasumber D menjelaskan bahwasnya terdapat satu perubahan dalam hidupnya setelah menjadi seorang caregiver. Memang kondisi dari pasien merupakan satu cobaan yang diberikan kepada keluarga narasumber D dan M, maka dari itulah narasumber D senantiasa meluaskan lagi kesabarannya dan tidak lupa untuk mengevaluasi diri sendiri.

Selain itu narasumber L juga mengakui terdapat perbedaan yang terjadi pada narasumber D dan M dimana keduanya lebih banyak beribadah dan sabar. Sedangkan narasumber S mengatakan kalau melihat mimik wajah dari caregiver mengambakan perasaan susah, namun caregiver sudah menjadi seseorang ikhlas sebab ia jarang melihat narasumber D dan M mengeluh.

Penerimaan ini tidak serta merta dapat dilakukan oleh narasumber D. Caregiver tidak memiliki perasaan marah atas apa yang terjadi dalam hidupnya saat ini. Allah SWT telah menggaris-gariskan sendiri setiap takdir untuk hambanya, jadi tidak mungkin kalau hambanya marah kepada Tuhannya. Namun untuk narasumber M dikatakan oleh narasumber pendukung, narasumber L dan S. Narasumber M masih memiliki rasa marah kepada Tuhan. Sebab sedari dulu narasumber M sudah bekerja keras dalam hidup, namun hingga di usianya sekarangpun narasumber M masih diberikan segala cobaan-cobaan yang berat dari Allah SWT.

Kebermaknaan ini kemudian tidak menggambarkan kebermaknaan seperti yang dikatakan oleh Miller, Fleming dan Anderson (1998). Kebermaknaan yang dijelaskan oleh Miller, Fleming dan Anderson (1998) adalah sebuah kebermaknaan yang dimana seseorang dapat memaknai

hidupnya dan terdapat tujuan yang jelas didalamnya¹²⁸. Meskipun caregiver senantiasa menjadikan Allah SWT sebagai tempat bersandarnya, narasumber D dan M tidak menemukan makna hubungan pribadi yang terbentuk, dari ketergantungan tersebut narasumber D dan M tetap menjadikan Allah SWT sebagai kekuatan hidupnya.

C. PEMBAHASAN

Dari hasil analisis diatas dapat digambarkan pengalaman spiritual well-being pada orang tua sebagai caregiver dengan pasien gangguan skizofrenia sebagai berikut :

1. Keterhubungan kepada Tuhan (Connection with God)

Keterhubungan caregiver dengan Tuhan digambarkan saat ini keduanya memiliki rasa damai dan tidak memiliki kecemasan kepada pasien dimasa sekarang. Caregiver juga dapat memberikan rasa kasih sayangnya kepada pasien, akan komunikasi yang terbentuk dengan pasien masih kurang. Disisi lain caregiver memiliki rasa penyesalan dalam hidup, namun caregiver tidak mempedulikan rasa penyesalannya dan memilih untuk fokus pada penyembuhan dan perawatan untuk pasien.

Dengan menerima dan menganggap kondisi pasien sebagai keberkahan dari Allah SWT, caregiver senantiasa melakukan pengaturan emosi untuk menghadapi pasien di setiap harinya. Kekuatan yang didapat caregiver setiap harinya berasal dari ibadah dan doa yang selalu dipanjatkan kepada Allah SWT. Dan caregiver juga senantiasa membangun hubungan yang baik dengan orang lain di lingkungan sekitarnya.

Dalam hal ini aspek keterhubungan caregiver kepada Tuhan (Connection with God) sesuai dengan teori Miller, Fleming dan Anderson (1998) yang dimana hubungan spiritual dengan Tuhan dapat mendatangkan

¹²⁸ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, 'Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans'.

kekuatan, dukungan dan rasa puas¹²⁹. Selain itu hubungan baik yang senantiasa caregiver bentuk dengan orang lain, berkaitan dengan domain teori spiritual well-being Fisher domain komunal yang berkaitan dengan moral, budaya, dan agama yang diaktualisasikan dengan rasa cinta, memaafkan, pertolongan, pengampunan dan keyakinan¹³⁰.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Hamka, Mein – Woei Suen, Yoga AR, Muhammad Yusuf, Jui-Hsing Wing. Menyatakan bahwasannya hubungan kuat dengan Tuhan dapat mengurangi stress, kecemasan dan depresi. Sesuai dengan masyarakat Indonesia di masa pandemi COVID-19 yang selalu meningkatkan kegiatan ibadahnya. Dalam penelitian tersebut dihasilkan semakin tinggi tingkat spiritualitas seseorang, maka semakin rendah tingkat kecemasan, mengurangi depresi dan stress¹³¹.

2. Rasa puas pada Tuhan dan Kehidupan sehari-hari (Satisfaction with God and Day-Today Living)

Aspek rasa puas pada Tuhan dan kehidupan sehari-hari pada caregiver tergambar dari caregiver yang menikmati kehidupan saat ini. Caregiver bersyukur atas segala rejeki yang didapatnya saat ini seperti, memiliki kesehatan fisik dan tetangga atau saudara yang senantiasa memiliki rasa peduli terhadap caregiver dan pasien.

Caregiver meyakini bahwasannya kehidupan yang dimilikinya ini adalah cobaan dalam hidupnya yang telah diberikan Allah SWT seadil-adilnya kepada hambanya. Caregiver senantiasa semangat dan bermotivasi dalam kehidupan sehari-harinya semata-mata untuk masa depan anak dan caregiver memiliki keyakinan semua cobaan yang diberikan oleh Allah SWT tidak akan melebihi batas kemampuan hambanya. Tidak dipungkiri

¹²⁹ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, ‘Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans’.

¹³⁰ Fisher, ‘The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being’.

¹³¹ Hamka and others, ‘Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19’.

pula caregiver memiliki masa lelahnya dalam melakukan pengasuhan, disaat itu caregiver melewati masa lelahnya dengan mengevaluasi diri dan membersihkan lingkungan sekitar.

Kepuasan yang dirasakan oleh caregiver sesuai dalam penjelasan aspek spiritual well-being Miller, Fleming dan Anderson (1998) dimana rasa puas terhadap Tuhan dapat digambarkan dengan kepuasan manusia dalam kehidupan yang dijalani dalam sehari-hari yang berkaitan dengan Tuhan¹³². Selain itu caregiver yang suka membersihkan lingkungan sekitar menggambarkan domain lingkungan spiritual well-being Fisher¹³³. Dan evaluasi diri yang dilakukan caregiver dapat menjadi faktor positif dalam spiritual well-being sesuai pendapat dari Ellison¹³⁴.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Virginia Sun, dkk pada pasien kanker paru yang dimana pasien dengan afiliasi agama memiliki spiritual lebih tinggi dari pada yang tidak. Seperti pasien yang memiliki keyakinan tentang semua yang akan dilewati dalam proses perawatan dan pengobatan. Pasien juga dapat menerima kondisi hidup yang tengah terjadi¹³⁵.

3. Masa depan / Kepuasan atas Hidup (Future/Life Contentment)

Masa depan atau kepuasan atas hidup caregiver adalah harapan caregiver pada pasien untuk diberikan kesembuhan bagi pasien. Sehingga pasien dapat belajar hidup mandiri dan dapat kembali lagi dilingkungan masyarakat. Sedangkan untuk diri sendiri caregiver memiliki harapan supaya diberikan kesehatan dan umur panjang, sehingga bisa menemani pasien selama mungkin. Akan tetapi caregiver juga memiliki kecemasan

¹³² Miller, Fleming, and Brown-Anderson, 'Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans'.

¹³³ Fisher, 'The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being'.

¹³⁴ Ellison, 'Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement'.

¹³⁵ Sun and others, 'Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers'.

dan kekhawatiran jika tidak caregiver tidak berusia panjang dan kondisi pasien masih belum membaik, bagaimana nanti nasib pasien.

Rasa puas akan masa depan caregiver seperti dengan teori aspek spiritual well-being Miller, Fleming dan Anderson (1998) yang dimana manusia memiliki rasa optimis di masa depan¹³⁶. Akan tetapi perasaan tersebut tidak tergambar sepenuhnya sebab caregiver masih memiliki ketakutan akan masa depan. Selain itu teori Ellison mengatakan spiritual well-being memiliki hubungan dengan cita-cita hamba pada Tuhannya¹³⁷. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Spurlock WR yang mengatakan bahwasannya, spiritual well-being dapat berperan menurunkan kecemasan yang dimiliki oleh caregiver dengan pasien Alzheimer¹³⁸.

4. Ikatan pribadi kepada Tuhan (Personal Relationship with God)

Caregiver merupakan seorang yang selalu rajin ibadah dan mengikuti berbagai macam kegiatan keagamaan yang dilakukan di lingkungan masyarakat. Caregiver mengakui bahwasannya ia dapat merasakan ketenangan, ketentraman dan kedamaian dalam hidupnya atas ibadah-ibadah yang selama ini dilakukan. Caregiver selalu melafalkan doa kepada Allah SWT, dalam setiap doa yang dipanjatkan terselip rasa yakin dan percaya caregiver terhadap Allah SWT. Caregiver selalu ikhlas dalam menjalani kehidupannya, sebab ia yakin semua yang terjadi terdapat campur tangan Tuhan didalamnya. Dari doa itu juga caregiver mendapat kekuatan dalam menjalani kehidupan.

¹³⁶ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, ‘Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans’.

¹³⁷ Ellison, ‘Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement’.

¹³⁸ Spurlock WR., ‘Spiritual Well-Being and Caregiver Burden in Alzheimer’s Caregivers.’

Penggambaran aspek ikatan pribadi kepada Tuhan sejalan dengan teori Miller, Fleming dan Anderson (1998) dimana aspek ini memiliki hubungan dengan rasa puas manusia dalam doa serta adanya keyakinan akan kasih Tuhan pada hamba-Nya¹³⁹. Ellison mengatakan keyakinan yang tinggi menjelaskan hubungan positif dalam doktrin agama yang berkonstribusi pada kesejahteraan spiritual individu¹⁴⁰.

Hal ini selaras dengan penelitian Gumilang R yang dikatakan caregiver dapat menggunakan aspek agama seperti doa dengan percaya pada Tuhan dan imannya untuk mengobati kesedihannya¹⁴¹. Selain itu terdapat penelitian Saftri W, Sugiharto DYP, Sutoyo A yang selaras dengan hasil lansia yang senantiasa mempraktikan aspek spiritual dapat mengurangi gejala psikomatik seperti sulit tidur maka dapat dikatakan spiritualitas dapat mendatangkan rasa damai¹⁴².

5. Kebermaknaan

Pemaknaan yang diberikan caregiver atas kondisi pasien adalah terdapat perbedaan antara kehidupan yang dulu dan sekarang. Perubahan yang terjadi adalah caregiver merasa lebih sabar, ikhlas dan senantiasa bermuhasabah diri. Akan tetapi caregiver sedikit memiliki rasa marah atau tidak adil sebab, caregiver merasa sudah bekerja keras selama hidupnya akan tetapi selalu diberikan cobaan dari Allah SWT. Meskipun caregiver dapat bersandar kepada Allah SWT tapi caregiver tidak meneukan hubungan pribadi diantaranya.

¹³⁹ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, 'Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans'.

¹⁴⁰ Ellison, 'Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement'.

¹⁴¹ Gumilang, 'Chronic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizophrenia in West Bandung Regency.'

¹⁴² Ibid.'

Hasil temuan ini tidak sepenuhnya mencerminkan teori kemaknaan dari Miller, Fleming dan Anderson (1998), yaitu kebermaknaan yang dapat membuat seseorang memaknai hidupnya dengan jelas¹⁴³. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Heru MJA, Fitriyasi R, Margono H yang mengatakan bahwasannya spiritual dapat berperan untuk mencegah pengaruh patalogis seperti kemarahan, keputusasaan, ketertekunan, kecemasan dan beban perawat¹⁴⁴.

¹⁴³ Miller, Fleming, and Brown-Anderson, ‘Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans’.

¹⁴⁴ Heru, Fitryasari, and Margono, ‘Spiritual Care Intervention on Emotional Regulation in Caregivers with Schizophrenic : A Systematic Review’.

Tabel Hasil

	Narasumber D	Narasumber M
Keterhubungan dengan Tuhan	<p>Hubungan dengan Tuhan data terjalin dapat terjalin melalui hubungan dengan manusia dan alam. Hubungan dengan Tuhan mendatangkan kekuatan dan dukungan dalam diri. Narasumber D selalu mendoakan pasien ke Allah sebagai bentuk kasih sayang kepada pasien. Narasumber D juga selalu bermasyarakat, berhubungan baik dengan sekitar meskipun narasumber D pernah mendapatkan pandangan buruk tentang kondisi pasien. Dalam penerimaan akan kondisi pasien narasumber D selalu menambah rasa sabar dan mengingat Allah dengan beristighfar.</p>	<p>Hubungan dengan Tuhan data terjalin dapat terjalin melalui hubungan dengan manusia dan alam. Hubungan dengan Tuhan mendatangkan kekuatan dan dukungan dalam diri. Narasumber M selalu menuruti apa yang diinginkan pasien. Narasumber M memiliki rasa penyesalan akan tetapi narasumber M tidak memudilakan rasa itu dan lebih fokus merawat pasien. Narasumber M juga dikenal sebagai pribadi yang suka menolong sesama dilingkungan masyarakat sekitar.</p>
Rasa puas terhadap Tuhan & Kehidupan sehari-hari	<p>Rasa puas terhadap Tuhan dimana manusia adanya kepuasan dalam hidupnya sehari-hari yang berkaitan dengan Tuhan. Narasumber D menikmati hidup yang dijalannya, ia merasa</p>	<p>Rasa puas terhadap Tuhan dimana manusia adanya kepuasan dalam hidupnya sehari-hari yang berkaitan dengan Tuhan. Narasumber M juga bersyukur kepada Tuhan sebab selalu diberi</p>

	<p>bersyukur atas apa yang dimilikinya dalam hidup seperti tubuh sehat dan dukungan dari orang sekitar. Narasumber D juga senantiasa menjaga diri untuk sehat sebagai bentuk rasa syukur kepada Tuhan.</p>	<p>kesehatan tidak kurang apa-apa, bisa bekerja.</p>
Masa depan kepuasan atas hidup	<p>Rasa puas akan masa depan dimana manusia memiliki rasa optimis di masa depan. Narasumber D memiliki harapan untuk pasien bisa sembuh dan kembali ke masyarakat. Namun ia masih memiliki kekhawatiran tentang masa depan dimana narasumber D takut kalau keinginanannya tidak tercapai.</p>	<p>Rasa puas akan masa depan dimana manusia memiliki rasa optimis di masa depan. Narasumber M selalu berharap pasien untuk sembuh dan mandiri. Ia juga berharap selalu hidup sehat selama mungkin karena ia ingin menemani pasien berkembang. Namun ia masih memiliki ketakutan kalau narasumber M tidak memiliki waktu yang banyak di dunia, jadi ia mengkhawatirkan kondisi pasien jika ditinggal sendiri.</p>
Ikatan pribadi dengan Tuhan	<p>Adanya rasa puas manusia dalam doa serta adanya keyakinan akan kasih Tuhan ada hamba-Nya. Narasumber D senantiasa merasakan</p>	<p>Adanya rasa puas manusia dalam doa serta adanya keyakinan akan kasih Tuhan ada hamba-Nya. Narasumber M mengatakan</p>

	<p>adanya efek dari ibadah yang dia lakukan seperti rasa tenang dalam hati dan pikiran. Ia meyakini setia tindakan ada campur tangan Allah didalamnya. Ia meyakini segala sesuatu adalah takdir dari Allah, dan Allah tidak akan menguji hambanya dibatas kemampuan hambanya. Segala sesuatu sudah disiapkan oleh Allah.</p>	<p>ibadah yang dilakukannya selama ini mendatangkan kekuatan dalam diri, ia percaya sepenuhnya dengan Allah SWT atas hidupnya saat ini dan kedepannya. Ia yakin selalu ada peran Allah dalam setiap langkahnya.</p>
Kebermaknaan	<p>Membuat seseorang memaknai hidupnya jelas. Semua yang terjadi dalam hidup narasumber D adalah pelajaran dari Allah SWT. Narasumber D tidak memiliki kemarahan atas apa yang terjadi pada pasien dan hidupnya. Setalah mendapati anaknya didiagnosis sebagai skizofrenia adanya perubahan seperti lebih sabar.</p>	<p>Membuat seseorang memaknai hidupnya jelas. Narasumber M mengatakan adanya makna yang diambilnya untuk dirinya lebih bertawakal lagi kepada Allah SWT. Ia masih memiliki rasa kemarahan kepada Allah SWT, namun ia tetap sabar.</p>

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari pembahasan sebelumnya dapat disimpulkan bahwasannya spiritual well-being yang digambarkan oleh caregiver adalah dengan keterhubungan kepada Tuhan dimana caregiver memiliki rasa damai dan tidak cemas dimasa sekarang. Caregiver yakin kondisi pasien adalah keberkahan yang diberikan Allah SWT. Ia selalu berdoa dan beribadah kepada Allah SWT untuk mendapatkan kekuatan. Selain itu, caregiver juga memiliki hubungan yang baik dengan orang lain. Caregiver juga memiliki rasa puas pada Tuhan dan kehidupan sehari-hari, caregiver senantiasa bersyukur atas keadaannya saat ini, setiap hari caregiver bersemangat dan bermotivasi ia meyakini semua ini adalah cobaan hidup dari Allah swt.

Masa depan / kepuasan hidup caregiver digambarkan dari caregiver yang senantiasa berharap dimasa depan pasien dapat kembali bersosialisasi dengan masyarakat, caregiver dan pasien hidup sehat. Akan tetapi caregiver takut untuk dimasa depan caregiver tidak dapat menemani pasien lagi, atau menemui kematian. Ikatan pribadi pada caregiver diperlihatkan caregiver yang selalu melaksanakan ibadah, kegiatan keagamaan di desa dan melafalkan doa. Dari aktivitas-aktivitas tersebut caregiver dapat menemukan kedamaian, ketentraman dan ketenangan. Kebrmaknaan yang dimiliki caregiver adalah memaknai kejadian ini adalah sesuatu yang perlu diikhlaskan sehingga akan menambah rasa sabarnya, dan caregiver dapat bermuhasabah diri senantiasa bersandar kepada Allah SWT.

Penjelasan diatas membuktikan bahwasannya spiritual well-being yang dimiliki oleh caregiver kurang baik. Masih dibutuhkan banyak faktor yang perlu dilakukan oleh caregiver sehingga dapat menyempurnakan kesejahteraan spiritualnya. Meskipun caregiver memiliki religiusitas yang baik, tapi hal tersebut masih kurang untuk meningkatkan spiritual well-being, sehingga religiusitas baik belum tentu mendapatkan spiritual well-being yang baik.

B. SARAN

Berdasarkan pada analisa data penelitiannya, bisa disampaikan beberapa saran serta rekomendasi pada pihak terkait dalam penelitian ini yakni :

1. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini merupakan penilitian yang masih dasar dan memiliki banyak kekurangan. Bagi peneliti selanjutnya yang memiliki ketertarikan melakukan penelitian pada caregiver dapat melakukan penelitian dengan menggunakan variable lain seperti variable religiusitas, yang dapat menjadi faktor terbentuknya spiritual well-being pada orang tua sebagai caregiver pasien gangguan skizofrenia.

Pada penelitian ini digunakan analisi data triangulasi, bagi peneliti berikutnya dapat menggunakan metode analisis data triangulasi dikarenakan dapat membantu peneliti dalam memperoleh data yang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Agustin, Retno Ardanari, *Caregiver: Stigma, Kelelahan Dan Tuntutan* (Deepublish, 2022)

APA, American Psychiatric Association, *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5* (British Library Cataloguing, 2013)

‘Arti Kata Sejahtera’, *KBBI* <<https://kbbi.kemdikbud.go.id/>>

‘Arti Kata Spiritual’ <<https://kbbi.web.id/spiritual>>

Bahari, K, W Widiani, and RY Prabowo, *DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA Konsep & Aplikasinya Berbasis Android* (PT. Nas Media Indonesia, 2024)

Bożek, Agnieszka, Paweł F. Nowak, and Mateusz Blukacz, ‘The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being’, *Frontiers in Psychology*, 11.August (2020), doi:10.3389/fpsyg.2020.01997

Canda, E.R, and L.D Furman, *SPIRITUAL DIVERSITY IN SOCIAL WORK PRACTICE The Heart of Helping* (Oxford University, 2010)

Effendi, I, *SPIRITUALITAS Makna, Perjalanan Yang Telah* (PT Gramedia Pustaka Utama, 2019)

Ellison, Craig W., ‘Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement’, *Journal of Psychology and Theology*, 1983, doi:10.1177/009164718301100406

Ellison, Craig W, ‘S w -B : C’, *Journal of Psychology and Theology*, 11.4 (1983), pp. 330–38

Etween, E Thnic D Ifferences B, ‘S w -b s e d b c a -A’, 26.4 (1998), pp. 358–64

Fisher, John, ‘Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM’, *Religions*, 1.1 (2010), pp. 105–21, doi:10.3390/rel1010105

_____, 'The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being', *Religions*, 2.1 (2011), pp. 17–28, doi:10.3390/rel2010017

Fisher, John W, *Spiritual Health Its Nature and Place in the School Curriculum* (Melbourne University Custom Book Centre, 2010)

Gumilang, Rizky, 'Chronic Sorrow Family Caregiver of Clients With Schizophrenia in West Bandung Regency.', *Indonesian Nursing Journal of Education & Clinic (INJEC)*, 8.1 (2023), pp. 47–57, doi:10.24990/injec.v8i1.535

Hamka, Mein Woei Suen, Yoga Achmad Ramadhan, Muhammad Yusuf, and Jui Hsing Wang, 'Spiritual Well-Being, Depression, Anxiety, and Stress in Indonesian Muslim Communities During COVID-19', *Psychology Research and Behavior Management*, 15.October (2022), pp. 3013–25, doi:10.2147/PRBM.S381926

Hardani, *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif* (CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta, 2020)

Harnilawati, *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga* (Pustaka As Salam, 2013)

Heru, Maulidiyah Junnatul Azizah, Rizki Fitryasari, and Hendy Muagiri Margono, 'Spiritual Care Intervention on Emotional Regulation in Caregivers with Schizophrenic : A Systematic Review', *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2020, doi:10.30994/sjik.v9i2.386

Ibrahim, *METODE PENELITIAN KUALITATIF Panduan Penelitian Beserta Contoh Proposal Kualitatif* (Alfabeta CV, 2018)

Kusumastuti, Adhi, and Ahmad M Khoiron, *Metode Penelitian Kualitatif* (Lembaga Penidikan Pressindo, 2019)

Mardawani, *Praktis Penelitian Kualitatif Teori Dasar Dan Analisis Data Dalam Perspektif Kualitatif* (CV Budi Utama, 2020)

Miller, Geri, Willie Fleming, and Felicia Brown-Anderson, 'Spiritual Well-Being Scale Ethnic Differences between Caucasians and African-Americans', *Journal of Psychology and Theology*, 1998,
doi:10.1177/009164719802600406

Moberg, David O, *THE TECHNICAL COMMITTEE ON SPIRITUAL WELL-BEING* (1971)

Moleong, Lexy J, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (PT REMAJA ROSDAKARYA, 2016)

Mulyadi, Seto, Heru Basuki, and Hendro Prabowo, *Metode Penelitian Kualitatif Dan Mixed Method Perspektif Yang Terbaru Untuk Ilmu-Ilmu Sosial, Kemanusiaan, Dan Budaya* (PT RAAGRAFINDO PERSADA, 2019)

Munira, SL, and Dkk, *LAPORAN TEMATIK SURVEI KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2023* (Kementerian Kesehatan RI, 2024)

Nevid, JS, SA Rathus, and B Greene, *Psikologi Abnormal Edisi Kelima Jilid 2* (PENERBIT ERLANGGA, 2003)

Pakpahan, Dedek P, *KECERDASAN SPIRITAL (SQ) DAN KECERDASAN INTELEKTUAL (IQ) DALAM MORALITAS REMAJA BERPACARAN UPAYA MEWUJUDKAN MANUSIA YANG SEUTUHNYA*, ed. by CV. Multimedia Edukasi (2021)

Pradipta, Risty Yulinda, 'Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Caregiver Sebagai Upaya Pencegahan Kekambuhan Pasien Skizofrenia Paranoid', *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 7.1 (2019), pp. 129–38,
doi:10.30872/psikoborneo.v7i1.4715

Rahman¹, Nadiyya Octaviani, Ati Kusmawati², H Moh, and Amin Tohari³, 'Dinamika Spiritual Well-Being Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Caregiver Skizofrenia Well-Being Spiritual Dynamics To Improve Quality of Life in Schizophrenic Caregivers', *Journal of Social Work and Social Services*, 2.1 (2021)

Rahmawaty, Fetty, and Dkk, 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Remaja', *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 2022

Safitri, Widya, Dwi Yuwono Puji Sugiharto, and Anwar Sutoyo, 'Spiritual Well Being in The Elderly', *Jurnal Bimbingan Konseling*, 9.1 (2020), pp. 86–91
<<https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/29127>>

Spurlock WR., 'Spiritual Well-Being and Caregiver Burden in Alzheimer's Caregivers.', *Geriatric Nursing*, 26.3 (2005), pp. 154–61

Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D* (Alfabeta CV, 2013)

Sun, Virginia, Jae Y. Kim, Terry L. Irish, Tami Borneman, Rupinder K. Sidhu, Linda Klein, and others, 'Palliative Care and Spiritual Well-Being in Lung Cancer Patients and Family Caregivers', *Psycho-Oncology*, 2016, doi:10.1002/pon.3987

Supriyanto, Ahmad Farid Umar, and Elwindra, 'Pengaruh Faktor Keluarga Dan Stigma Masyarakat Terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di Yayasan Galuh Kota Bekasi', *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 4.13 (2017), pp. 42–52

Tololiu, Tinneke A, Esrom Kanine, Sweetly Mamuko, Tinneke A Tololiu, Esrom Kanine, and Sweetly Mamuko, 'Faktor Pendukung Stres Pada Keluarga Yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj)', *JUIPERDO Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 7.2 (2019), pp. 146–53
<<https://mail.ejurnal.poltekkes-manado.ac.id/index.php/juiperdo/article/view/812>>

Tumanggor, Raja Oloan, 'Analisa Konseptual Model Spiritual Well-Being Menurut Ellison Dan Fisher', *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, Dan Seni*, 3.1 (2019), p. 43, doi:10.24912/jmishumsen.v3i1.3521

Utama, Medika, Meidiana Dwidiyanti, and DY Wijayanti, 'Gambaran Tingkat Stres Keluarga Pasien Skizofrenia Berdasarkan Karakteristik Demografi Di

RSJD DR. Amino Gondhoutomo', *Jurnal Riset Media Keperawatan*, 3 (2020), pp. 11–18

Yusuf, Ah., 'The Effect of Family Therapy with Spiritual Approach Toward Family's Health Belief Model in Taking Care of Patient with Schizophrenia', *Jurnal Ners*, 8.1 (2017), pp. 165–73, doi:10.20473/jn.v8i1.3897

Zohar, D, and I Marshall, *SQ: KECERDASAN SPIRITUAL* (PT Mizan Pustaka, 2007)

LAMPIRAN – LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

Informed Consent Persetujuan menjadi Responden

Dengan hormat,

Perkenalkan saya Zakiah Nur Azizah mahasiswi Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai "Studi Kasus Spiritual Well – Being Pada Orang Tua Dengan Anak Pasien Schizofrenia". Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi pendidikan Tasawuf dan Psikoterapi, sarjana pertama Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo.

Saya berharap Bapak/Ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, dimana penelitian ini dilakukan dengan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi. Observasi dan wawancara dilakukan secara langsung dan dibantu dengan alat-alat seperti handphone, instrument dan alat tulis. Dalam proses wawancara diharap narasumber menjawab dengan sejurnya, tidak ada jawaban benar atau salah. Segala informasi identitas akan dirahasiakan. Hasil informasi yang didapat dari observasi, wawancara akan terjamin segala kerahasiannya.

Setelah Bapak/Ibu membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, maka saya memohon untuk menandatangani form di bagian bawah ini sebagai bentuk persetujuan Bapak/Ibu menjadi informan atau narasumber.

Klaten, 7 Mei 2025

Peneliti

Zakiah Nur Azizah
(2104046030)

Informan

(Narasumber D)

**Informed Consent
Persetujuan menjadi Responden**

Dengan hormat,

Perkenalkan saya Zakiah Nur Azizah mahasiswi Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai "Studi Kasus Spiritual Well – Being Pada Orang Tua Dengan Anak Pasien Schizofrenia". Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi pendidikan Tasawuf dan Psikoterapi, sarjana pertama Fakultas Ushuluddin dan Humaniora Universitas Islam Negeri Walisongo.

Saya berharap Bapak/Ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, dimana penelitian ini dilakukan dengan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi. Observasi dan wawancara dilakukan secara langsung dan dibantu dengan alat-alat seperti handphone, instrument dan alat tulis. Dalam proses wawancara diharap narasumber menjawab dengan sejurnya, tidak ada jawaban benar atau salah. Segala informasi identitas akan dirahasiakan. Hasil informasi yang didapat dari observasi, wawancara akan terjamin segala kerahasiannya.

Setelah Bapak/Ibu membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, maka saya memohon untuk menandatangani form di bagian bawah ini sebagai bentuk persetujuan Bapak/Ibu menjadi informan atau narasumber.

Klaten, 7 Mei 2025

Peneliti


Zakiah Nur Azizah
(2104046030)

Informan


(Narasumber M)

Lampiran 2 Pedoman Wawancara

Pedoman Wawancara

- Judul Penelitian : Studi Kasus Spiritual Well-Being Pada Orang Tua Dengan Anak Pasien Skizofrenia
- Studi Kasus : Orang Tua Sebagai Caregiver Untuk Anak Pasien Skizofrenia
- Tujuan Penelitian : Mengungkap dan Memahami Secara Mendalam Gambaran Spiritual Well-Being Pada Orang Tua yang memberikan Pengasuhan pada Pasien Skizofrenia
- Subjek Wawancara : Orang tua dengan Anak Pasien Skizofrenia
- Tanggal Penelitian : 6 – 18 Mei 2025
- Durasi Wawancara : 44 – 60 menit (fleksibel tergantung kebutuhan dan respon narasumber)

Pertanyaan Wawancara :

No.	Unit Analisis	Sub. Unit Analisis	Pertanyaan
1.	Riwayat Gangguan Pasien Skizofrenia	Sejarah awal gangguan skizofrenia	- Bagaimana riwayat gangguan pasien skizofrenia?
		Penanganan pertama yang diberikan	- Ciri-ciri apa aja yang terlihat dari pasien saat pertama kali mengetahui pasien memiliki gangguan skizofrenia?
		Diagnosis gangguan	- Penangan pertama apa yang diberikan dalam mengatasi gangguan skizofrenia?

		Respon orang tua dan anggota keluarga yang lain	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana respon orang tua saat mengetahui anak / pasien memiliki gangguan skizofrenia?
		Terapi atau pengobatan yang diberikan	<ul style="list-style-type: none"> - Lalu, untuk sekarang upaya pengobatan atau terapi apa yang diberikan?
2.	Pengasuhan dan Perawatan yang Dilakukan Caregiver Terhadap Pasien Skizofrenia	Pendampingan yang diberikan dalam pemenuhan kebutuhan primer, sekunder, dan tersier	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana pengasuhan yang diberikan dalam emenuhi kebutuhan dan keinginan pasien? - Bagaimana perawatan pola makan yang diberikan untuk pasien? - Apakah pasien memiliki kesulitan dalam hal makan? - Bagaimana caregiver menciptakan tempat yang nyaman untuk pasien istirahat? - Apakah pasien memiliki kesulitan dalam tidur? - Bagaimana caregiver membantu pasien dalam merawat kebersihan diri dan lingkungan? - Bagaimana caregiver menangani pasien jika mengeluh sakit fisik seperti flu, batuk, pusing atau demam?

		<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana caregiver mendorong pasien untuk dapat bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat? - Bagaimana caregiver mengajarkan kemandirian kepada pasien? - Bagaimana aktivitas pasien di setiap harinya? - Bagaimana caregiver menangani pasien jika menunjukkan perilaku yang membebayakan orang lain? - Bagaimana komunikasi yang terbentuk antara pasien dengan caregiver? - Bagaimana caregiver jika menemukan kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien? - Bagaimana caregiver mendorong pasien untuk mencari atau menekuni minat pada asatu bidang? - Bagaimana caregiver menontrol konsumsi obat pasien?
	Pengasuhan dalam menjalankan terapi	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana proses terapi untuk pasien dari awal sampai saat ini? - Apakah caregiver menemukan kesulitan dalam melaksanakan terapi? - Bagaimana caregiver meyakinkan pasien untuk ikut terapi jika pasien susah atau engan diajak berobat?

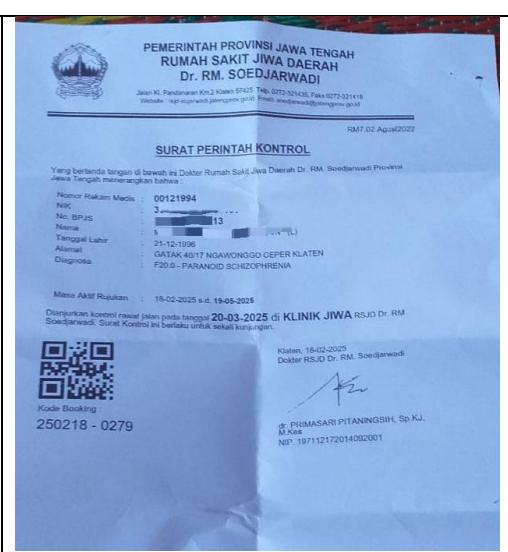
			<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana jadwal terapi bagi pasien saat ini? - Bagaimana dampak dari progress terapi yang diberikan?
		Sikap caregiver saat pasien mengalami kekambuhan	<ul style="list-style-type: none"> - Apakah pasien kerap mengalami kekambuhan setelah kepulangannya dari rumah sakit? - Bagaimana jika caregiver merasa kalau pasien sedang menunjukkan gejala kekambuhan? - Bagaimana sikap yang ditunjukkan oleh caregiver jika pasien mengalami kekambuhan?
3.	Spiritual Well-Being	Keterhubungan dengan Tuhan	<ul style="list-style-type: none"> - Disaat caregiver mencemaskan kondisi pasien, kepada siapa caregiver bersandar dan berharap? - Bagaimana caregiver membangun komunikasi dan kasih sayang dengan pasien sebagai salah satu bagian hubungan Tuhan? - Bagaimana caregiver memaknai rasa penyesalan atas kondisi yang terjadi pada pasien atas kehendak Tuhan? - Bagaimana cara caregiver menanamkan nilai spiritual atau keagamaan untuk pasien? - Bagaimana caregiver menciptakan lingkungan positif dengan pasien sebagai salah satu upaya dalam

			<p>menjaga kestabilan emosi dan hubungan dengan Tuhan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana peran spiritualitas bagi caregiver untuk menerima kondisi pasien saat ini? - Bagaimana caregiver membangun hubungan di lingkungan masyarakat, sebagai salah satu dari bagian dari membangun hubungan dengan Tuhan?
		Rasa puas terhadap Tuhan dan Kehidupan Sehari-hari	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana caregiver merasakan syukur dan kepuasan dalam menjalani kehidupan saat ini? - Bagaimana caregiver mengatasi rasa lelahnya dalam mengurus pasien? - Bagaimana caregiver merasakan dukungan yang diberikan oleh tetangga dan keluarga yang lain? Apakah hal tersebut menjadi bagian rasa syukur dan puasnya kepada Tuhan? - Bagaimana kondisi fisik dan mental caregiver saat ini? - Apakah caregiver pernah merasa bahwasannya apa yang terjadi dalam hidupnya tidaklah adil? <p>Bagaimana caregiver menghadapi</p>

		<p>perasaan tersebut, terutama dalam hal syukur dan puas kepada Tuhan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah caregiver memiliki semangat dan motivasi dalam menjalani kondisi hidup sekarang? Apakah ada hubungan antara semangat tersebut dengan rasa puas caregiver kepada Tuhan?
	Masa depan kepuasan atas hidup	<ul style="list-style-type: none"> - Apa yang menjadi tujuan dan harapan caregiver untuk pasien? - Tujuan dan harapan apa yang dimiliki untuk diri sendiri? - Apakah caregiver masih merasa khawatir dengan masa depan pasien? - Kekhawatiran apa yang caregiver pikirkan pada pasien?
	Ikatan pribadi dengan Tuhan	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana caregiver menjalankan ibadah sehari-hari? Apakah ibadah yang dilakukan memberikan kekuatan dalam diri? - Apakah ibadah yang dilakukan caregiver memberikan pengaruh dalam kehidupannya? Bagaimana contohnya? - Apakah caregiver yakin dengan segala perawatan dan pengasuhan

		<p>yang diberikan ada kehadirat dan campur tangan Allah?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apakah Allah dapat menjadi harapan caregiver jika mengalami kesulitan? - Apakah caregiver meyakini segala kejadian dalam hidup mereka merupakan takdir Tuhan? - Apakah caregiver percaya bahwa Tuhan akan merubah keadaan pasien menjadi lebih baik? - Lalu bagaimana kalau keadaan pasien tidak membaik, apakah caregiver masih mempercayai Tuhan?
	Kemaknaan	<ul style="list-style-type: none"> - Bagaimana caregiver memaknai kejadian anaknya yang di diagnose memiliki skizofrenia? - Apakah terdapat perbedaan spiritual yang dirasakan seperti sabar, ikhlas, tawakal setelah menjadi seorang caregiver? - Apakah caregiver pernah marah kepada Tuhan atas kondisi pasien? - Apa caregiver merasa hidupnya lebih baik dari pada sebelum menjadi caregiver?

Lampiran 3 Dokumentasi observasi

	
<p>Kedekatan caregiver dengan pasien</p>	
	 <p>PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. RM. SOEDJARWADI</p> <p>Jalan K. Pandanaran Km.2 Klaten 57145, Telp. 0272-321435, Faks 0272-321418 Website : rsd-jawa-tengah.go.id Email : rsd@rsd-jawa-tengah.go.id</p> <p>RMT.02 Agustus2022</p> <p>SURAT PERINTAH KONTROL</p> <p>Yang berlenda tangan di bawah ini Dokter Rumah Sakit Jawa Tengah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah menerangkan bahwa :</p> <p>Nomor Rekam Medis : 00121994 NIK : 3... Nama : ... Tanggal Lahir : 10-12-1961 Alamat : GATAK 40117 NGAWONGGO DEPER KLATEN Diagnosa : F20.0 - PARANOID SCHIZOPHRENIA</p> <p>Masa Aktif Rujukan : 18-02-2025 s.d. 19-05-2025</p> <p>Dilampirkan kontrol pasien Jelasc pada tanggal 20-03-2025 di KLINIK JIWA RSJD Dr. RM Soedjarwadi. Surat Kontrol ini berlaku untuk sekali kunjungan.</p> <p>Klaten, 18-02-2025 Dokter RSJD Dr. RM. Soedjarwadi</p> <p>QR Code</p> <p>Kode Booking : 250218 - 0279</p> <p>Dr. PRIMASARI PITANINGSIH, Sp.KJ. M.Kes NP. 197112172014032001</p>
<p>Kedekatan caregiver dengan pasien</p>	<p>Surat keterangan diagnosis pasien</p>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas diri

1. Nama lengkap : Zakiah Nur Azizah
2. Tempat & Tanggal : Klaten, 09 Febuari 2003
Lahir
3. NIM : 2104046030
4. Alamat rumah : Gatak RT 040, RW 017, Kelurahan Ngawonggo, Kecamatan Ceper, Kabupaten Klaten, Jawa Tengah
5. No HP : 085526370620
6. Email : zakiahnur29@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Pendidikan Formal
 - a. TK RA Masyitoh II
 - b. MIN 3 Klaten
 - c. SMP N 2 Pedan
 - d. SMA N 1 Wonosari