

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran RSJ Grhasia DIY

Sebelum diresmikan menjadi Rumah Sakit Grhasia, dahulu rumah sakit ini disebut sebagai Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSI) pada tahun 1938. Rumah Sakit ini terletak di Jalan Kaliurang Km.17 Pakem Sleman Yogyakarta dan menempati areal tanah seluas 104.250 m². Rumah Sakit ini telah melewati tiga masa dengan proses yang sangat panjang yaitu masa perjuangan (periode 1938-1945), masa perintisan (periode 1945-1989) dan masa pengembangan (1989-sekarang). (www.grhasia.jogjaprov.go.id).

Pertengahan tahun 1960, tempat penampungan penderita gangguan jiwa dikenal dengan sebutan Rumah Sakit Lali Jiwo (dalam bahasa Jawa- apabila diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia berarti Rumah Sakit Orang yang Lupa akan Jiwanya). Masa pengembangan, RSJ Lali Jiwo semakin berkembang dengan berpedoman pada tiga usaha pokok kesehatan jiwa yang dikenal dengan Tri Upaya Bina Jiwa dimana sistem pelayanan pasien berpegang pada konsep psikiatri modern yakni upaya kesehatan jiwa meliputi prevensi, promosi, kurasi, rehabilitasi. Kemudian secara bertahap kegiatan dilaksanakan secara intramural (di dalam gedung) dan ektramural (di luar gedung) dengan berorientasi masyarakat dan berprinsip menyiapkan penderita kembali ke masyarakat melalui

terapi kerja. Tahun 1989 bersamaan dengan perubahan kelas Rumah Sakit dari tipe B ke tipe A oleh Pemerintah Provinsi DIY istilah atau nama Rumah Sakit Jiwa Lali Jiwo dihilangkan sehingga menjadi **Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi DIY** melalui Peraturan Daerah No 14 tahun 1989.

Tahun 2000, secara bertahap dibangun arah dan kebijaksanaan sistem pelayanan kesehatan jiwa serta pembenahannya, baik teknis maupun administratif. Rumah sakit ini tetap mengacu kepada paradigma sehat dengan upaya antara lain meningkatkan kesehatan jiwa individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya dan mendorong masyarakat untuk peduli kepada kesehatan jiwa.

Salah satu upaya pembenahan diri yang mendasar adalah dengan merubah *image* Rumah Sakit Jiwa melalui penggantian nama dan logo rumah sakit melalui sayembara kepada publik untuk memaknai substansi layanan baru yang terdiri dari pelayanan kesehatan jiwa secara komprehensif, pelayanan umum dan pelayanan rehabilitasi NAPZA. Sayembara diselenggarakan pada bulan Juli sampai September 2003 dan telah berhasil menentukan nama dan logo RS yang baru yaitu **Rumah Sakit GRHASIA Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta**. (www.grhasia.jogjaprov.go.id).

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai Mei 2015 di RSJ Grhasia DIY. Pengambilan data dalam penelitian dengan dibantu oleh asisten peneliti yaitu perawat dan co ners sebanyak 10 orang yang masing-masing bangsal sebanyak 2 orang dan telah disamakan persepsi oleh peneliti. Hasil penelitian dapat dideskripsikan sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diambil dalam penelitian ini adalah pasien dan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian maka dapat dideskripsikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1.2 Karakteristik Responden Pasien

Responden Pasien	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
17-37	25	50
38-58	22	44
59-78	3	6
Total	50	100%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	14	28
Perempuan	36	72
Total	50	100%
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	1	2
SD	17	34
SMP	19	38
SMA	12	24
	47	

S1	1	2
Total	50	100%

Sumber: Data Primer 2015

Tabel 1.3 Karakteristik Responden Keluarga

Responden Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
20-36	24	48
37-53	21	42
54-69	5	10
Total	50	100%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	33	66
Perempuan	17	34
Total	50	100%
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	2	4
SD	13	26
SMP	18	36
SMA	11	22
D3	1	2
S1	5	10
Total	50	100%
Hubungan dengan klien		
Orang Tua	12	24
Anak	8	16
Saudara kandung	10	20
Istri	1	2
Suami	10	20
Paman	6	12
Bibi	2	4
Saudara Ipar	1	2
Total	50	100%

Sumber: Data Primer 2015

Tabel 1.2 di atas menunjukkan bahwa karakteristik responden pasien berdasarkan umur yaitu sebanyak 25 orang (50%) berumur antara 17-37, 22 orang (44%) berumur antara 38-58, dan 3 orang berumur antara 59-78 (6%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa umur responden pasien rata-rata berumur antara 17-37 tahun.

Sementara karakteristik pasien skizofrenia berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 14 orang (28%) dan perempuan sebanyak 36 orang (72%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa jenis kelamin paling banyak pada pasien skizofrenia adalah perempuan.

Tabel 1.2 juga menunjukkan bahwa karakteristik pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan. Berdasarkan tingkat pendidikan yaitu 1 orang (2%) tidak sekolah, SD 17 orang (34%), SMP 19 orang (38%), SMA sebanyak 12 orang (24%) dan S1 1 orang (2%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan paling banyak pada pasien skizofrenia adalah SMP yaitu sebanyak 19 orang (38%).

Tabel 1.3 juga menunjukkan bahwa karakteristik responden keluarga pasien berdasarkan umur yaitu sebanyak 24 orang (48%) berumur antara 20-36, 21 orang (42%) berumur antara 37-53, dan 5 orang berumur antara 54-69 (10%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa umur responden pada keluarga pasien rata-rata berumur antara 20-36 tahun (48%).

Sementara karakteristik keluarga pasien berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki sebanyak 33 orang (66%) dan perempuan sebanyak 17 orang (34%). Hasil

tersebut menunjukkan bahwa jenis kelamin paling banyak pada keluarga pasien skizofrenia yang berkunjung adalah laki-laki yaitu sebanyak 33 orang (66%).

Tabel 1.3 menunjukkan karakteristik keluarga pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan. Berdasarkan tingkat pendidikan yaitu 2 orang (4%) tidak sekolah, SD 13 orang (26%), SMP 18 orang (36%), SMA sebanyak 11 orang (22%), D3 1 orang (2%), dan S1 sebanyak 5 orang (10%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan paling banyak pada keluarga pasien skizofrenia yang berkunjung adalah SMP yaitu sebanyak 18 orang (36%).

Tabel 1.3 juga menjelaskan tentang karakteristik keluarga pasien skizofrenia berdasarkan hubungan antara keluarga dengan pasien. Berdasarkan hubungan antara keluarga dengan pasien, yaitu keluarga sebagai orang tua dari pasien yang mengalami skizofrenia sebanyak 12 orang (24%), keluarga sebagai anak sebanyak 8 orang (16%), keluarga sebagai saudara kandung sebanyak 10 orang (20%), keluarga sebagai istri 1 orang (2%), keluarga sebagai suami sebanyak 10 orang (20%), keluarga sebagai paman sebanyak 6 orang (12%), keluarga sebagai bibi berjumlah 2 orang (4%), dan keluarga sebagai saudara ipar 1 orang (2%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa hubungan keluarga dengan klien yang mengalami pasien skizofrenia paling banyak yaitu keluarga sebagai orang tua, yaitu berjumlah 12 orang (24%).

2. Dukungan Sosial Keluarga

Tabel 1.4 Gambaran Dukungan Sosial Keluarga

No	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Tinggi (>42)	0	0
2.	Sedang (30-42)	31	62
3	Rendah (<30)	19	38
Total		50	100

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 1.4 menunjukkan gambaran dukungan sosial keluarga di Instalasi Rawat Inap RSJ Grhasia DIY yang diberikan secara umum meliputi perhatian, kenyamanan, kasih sayang, dan pengakuan pada pasien skizofrenia. Berdasarkan tabel 1.4 menyatakan bahwa sebanyak 31 orang (62%) mempunyai dukungan sosial keluarga sedang dan 19 orang (38%) mempunyai dukungan sosial rendah.

3. Skor *Brief Psychiatric Rating Scale*

Table 1.5 Gambaran Skor *Brief Psychiatric Rating Scale*

No	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tinggi	31	62
2.	Rendah	19	38
Total		50	100

Sumber : Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 1.5 pasien yang memiliki skor BPRS kategori tinggi sebanyak 31 orang atau 62% dan pasien yang memiliki skor BPRS kategori rendah sebanyak 19 orang atau 38%.

4. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Skor BPRS

Tabel 1.6 Distribusi Hubungan dukungan sosial dengan skor BPRS

Variabel	Skor BPRS		Total	Uji Korelasi <i>Spearman</i> <i>Rank</i>
	Rendah	Tinggi		
Dukungan Sosial	Rendah	7	12	p= 0,398
	Sedang	12	19	
Total		19	31	
			50	

Sumber: Data Primer 2015

Berdasarkan tabel 1.6, hasil analisis menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* hubungan dukungan sosial terhadap skor BPRS pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap RSJ Grhasia DIY memiliki nilai $p=0,398$ ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat korelasi yang bermakna.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Pasien

Karakteristik responden pasien dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Penelitian ini menggunakan 50 responden pasien yang diambil dalam 5 bangsal.

Berdasarkan distribusi frekuensi tabel 1.2 menunjukkan bahwa mayoritas pasien berusia 17-37 tahun (44%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa ketika seseorang memasuki usia remaja dan produktif maka orang tersebut semakin mudah mengalami gangguan kesehatan jiwa karena dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pada usia remaja awal berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh dengan stresor. Kondisi penderita sering terlambat disadari keluarga dan lingkungannya karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri dan proses pencarian jati diri (APA, 2000).

Pada usia produktif seseorang akan mengalami kematangan dalam berfikir dan bekerja, sehingga tingkat stress dan permasalahan yang dihadapi cukup banyak sehingga dapat mempengaruhi seseorang tersebut terkena skizofrenia (Wiramiharja, 2005). Hal ini juga sesuai dengan pendapat Neligh (2007) yang menyatakan bahwa gangguan skizofrenia sering mengenai usia remaja awal antara 15-25 tahun dan usia puncak adalah 15-35 tahun.

Karakteristik responden menurut jenis kelamin paling banyak dalam penelitian ini adalah perempuan yaitu sebanyak 36 orang (72%). Hasil tersebut sesuai dengan hasil Riskesdas tahun 2014 di DIY yang menyatakan bahwa kelompok dengan jenis kelamin perempuan lebih mudah mengalami gangguan jiwa berat dikarenakan perempuan sulit mengungkapkan perasaannya dan kurang tegar dalam menghadapi masalah.

Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan, 19 orang (38%) pasien berpendidikan SMP. Hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pada pasien dengan skizofrenia masih rendah. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyono (2007) yang mengatakan bahwa status pendidikan yang rendah dapat menyebabkan seseorang sulit mencari pekerjaan sehingga mempengaruhi status ekonomi keluarga dan dapat menyebabkan seseorang tersebut mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikan tinggi.

b. Keluarga

Karakteristik responden dalam keluarga ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan hubungan dengan klien. Berdasarkan distribusi frekuensi pada karakteristik responden yang merupakan keluarga pada tingkat usia yaitu sebanyak 24 orang (48%) berusia antara

20-36. Hal ini menunjukkan bahwa pada usia tersebut diketahui bahwa tingkat pengetahuan bertambah seiring dengan bertambahnya usia dan juga memiliki kesadaran yang tinggi terhadap tanggung jawab kepada diri sendiri dan juga lingkungan sekitar (Balqis dan Duru, 2009).

Karakteristik jenis kelamin pada penelitian ini mayoritas adalah laki-laki yaitu sebanyak 33 orang (66%). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Stephen (2014) yang mengatakan bahwa perempuan melakukan hubungan sosial dengan orang lain secara akrab dibanding dengan apa yang dilakukan laki-laki. Hal ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ray (2009) yang menyatakan bahwa perempuan memiliki perhatian yang sangat besar dan juga sikap penyanyang.

Karakteristik berikutnya adalah tingkat pendidikan, dalam penelitian ini tingkat pendidikan keluarga paling banyak adalah SMP yaitu sebanyak 18 orang (36%). Hal ini merupakan tingkat pendidikan yang rendah karena menurut Notoatmojo (2013) keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi lebih mudah memahami tentang bagaimana memperlakukan dan merawat keluarga yang sakit selama menjalani proses perawatan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Chuluq (2006) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan dapat menentukan intelektual seseorang untuk berfikir secara

kritis dalam mengambil keputusan sebelum bertindak atau melakukan sesuatu, sehingga dapat disimpulkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi sikap dan perilakunya terhadap orang lain terutama dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Karakteristik hubungan antara keluarga dengan klien dalam penelitian ini mayoritas adalah keluarga sebagai orang tua yaitu sebanyak 12 orang (24%). Hal ini didukung oleh pernyataan dari Hawari (2007) bahwa orang tua lebih dapat mengerti, mengetahui dan memahami yang pada akhirnya dapat berperan secara aktif sebagai pendukung utama bagi penderita yang juga akan meningkatkan kemampuan penyesuaian dirinya serta tidak rentan lagi terhadap pengaruh stresor psikososial. Orang tua memberikan perhatian dan mempedulikan kondisi fisik dan psikis, memberikan informasi dan arahan yang dibutuhkan, memberikan fasilitas yang memadahi, serta memberikan waktu yang cukup untuk mendampingi mereka (Sanderson, 2004).

2. Dukungan Sosial Keluarga pada Pasien Skizofrenia di RSJ Grhasia DIY

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial keluarga yang diberikan pada klien mayoritas dengan kategori sedang. Maka hasil

tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial yang diberikan meliputi perhatian, kenyamanan, kasih sayang, dan pengakuan dalam kategori sedang. Penelitian yang dilakukan oleh Jenkins (2006) menunjukkan bahwa *family caregivers* adalah sumber yang sangat potensial untuk menunjang pemberian obat pada pasien Skizofrenia.

Nurdiana (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan meningkatkan angka kesembuhan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Dinosestro (2008) yang menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya.

Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan (Taylor, 2005).

Seseorang dengan skizofrenia akan tidak mampu melakukan fungsi sosial sehingga sangat memerlukan adanya dukungan untuk menjadi individu yang lebih kuat dan menghargai diri sendiri sehingga dapat

mencapai taraf kesembuhan yang lebih baik dan meningkatkan keberfungsian sosialnya. Tanpa dukungan keluarga pasien akan sulit sembuh, mengalami perburukan dan sulit untuk bersosialisasi.

Friedman (2013) juga menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan pasien. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010).

3. Skor BPRS pada Pasien Skizofrenia di RSJ Grhasia DIY

Berdasarkan tabel 1.4 pasien paling banyak memiliki skor BPRS kategori tinggi yaitu sebanyak 31 orang (62%).

BPRS adalah suatu alat ukur untuk menilai gejala-gejala atau gangguan emosi. BPRS ini terdiri dari daftar pertanyaan-pertanyaan singkat dengan jawaban dalam bentuk angka-angka, dan secara khas di isi oleh terapis atau petugas kesehatan lainnya. Alat ukur ini digunakan untuk mendapatkan ukuran-ukuran dasar dari gejala atau diagnosis, memungkinkan keparahan penyakit diikuti secara longitudinal, melengkapi penilaian klinis, dengan ukuran yang objektif, mengevaluasi efektivitas pengobatan, memberikan standar yang sama bagi yang mengevaluasi, membantu menentukan tindakan, dan berfungsi sebagai ukuran standar gejala pada pasien.

BPRS merupakan instrumen yang dikembangkan oleh Overall dan Gorham pada tahun 1962, dengan instrumen ini pemeriksa dapat mengetahui derajat berat ringannya psikosis. Instrumen ini telah lazim digunakan di luar negeri, terutama untuk memantau kemajuan pengobatan dan berbagai penelitian khasiat obat terhadap gangguan psikotik, serta dapat pula untuk menilai adanya gangguan afektif atau timbulnya psikosis (Sweinger, 1983).

Instrumen ini sangat mudah digunakan karena masing-masing butir penilaian disertai definisi operasional dan petunjuk besaran nilai atau skor masing-masing secara tegas dan jelas. Apabila BPRS dapat digunakan untuk mengetahui timbulnya psikosis, maka sebaliknya diharapkan dapat pula digunakan untuk mengetahui hilangnya atau terbebasnya penderita dari tanda dan gejala psikosis.

BPRS dikembangkan untuk memberikan teknik penilaian yang cepat terhadap evaluasi perubahan pasien dengan gejala psikotik. Instrumen ini sangat efisien untuk digunakan dalam menilai pengobatan perubahan pada pasien kejiwaan terutama dengan gejala psikotik, sementara pada saat yang sama BPRS dapat menghasilkan deskripsi komprehensif pada karakteristik gejala utama. Alat ukur ini digunakan karena ringkas, efisiensi, cepat karena hanya membutuhkan waktu 10 hingga 20 menit dan ekonomis karena prosedur evaluasi lebih rinci (Leutch, 2005).

Hasil dalam penelitian ini menunjukkan mayoritas skor BPRS yang dimiliki oleh pasien adalah tinggi. Hal ini dikarenakan oleh tingkat kesembuhan pasien yang belum sepenuhnya sembuh namun sudah diijinkan pulang oleh tim medis karena permintaan keluarga sehingga dapat mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien dan menghambat proses pengobatan (Supartondo, 2006), sementara penelitian yang dilakukan oleh Weisskopf (2004) menyatakan bahwa skor BPRS akan menurun seiring dengan kesembuhan pasien. Hasil penelitian Murphy *et al* (2006) juga menyatakan bahwa bahwa skor BPRS yang turun dapat meningkatkan ekspresi emosi yang positif sehingga dapat meningkatkan kesembuhan pasien.

4. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga terhadap Skor BPRS

Berdasarkan hasil uji normalitas data terhadap skala dukungan sosial didapatkan nilai *Kolmogorov-Smirnov* = 0,139 dengan $p= 0,017$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebaran data memiliki distribusi normal. Hasil uji normalitas skala skor BPRS juga didapatkan nilai *Kolmogorov-Smirnov* =0,147 dengan $p=0,0945$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebaran data memiliki distribusi tidak normal.

Berdasarkan hasil pada tabel 1.4 tentang gambaran Hubungan Dukungan Sosial Keluarga terhadap Skor BPRS diketahui bahwa tidak ada perbedaan signifikansi antara dukungan sosial keluarga terhadap skor BPRS,

karena nilai signifikansinya $\geq 0,05$ yaitu 0,398. Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa H_a di tolak, yaitu tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga terhadap skor BPRS pada pasien rawat inap di RSJ Grhasia DIY dan H_o diterima. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari (2009) yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia yang mendapatkan dukungan sosial keluarga mempunyai kesempatan berkembang ke arah positif secara maksimal, sehingga penderita skizofrenia akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Dukungan sosial keluarga yang seimbang bagi penderita skizofrenia diharapkan baginya agar dapat meningkatkan keinginan untuk sembuh dan memperkecil kekambuhannya sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Nilai signifikansi antara dua variabel menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan, hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Namun setelah dilakukan uji beda karakteristik oleh peneliti terhadap kedua variabel didapatkan hasil bahwa usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan hubungan antara keluarga dengan pasien tidak mempengaruhi pemberian dukungan sosial sehingga tidak berpengaruh terhadap skor BPRS, sehingga ada kemungkinan lain penyebab tidak adanya hubungan antar kedua variabel ini, misalnya karena faktor budaya, pekerjaan, isolasi sosial, lingkungan atau adanya stigma (Stuart, 2007). Hal ini diperkuat dengan penelitian yang

dilakukan oleh Ambari (2010) yang mengatakan bahwa faktor lain yang ikut mempengaruhi pemberian dukungan sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan antara lain lingkungan, budaya, genetik, pengobatan dan keparahan dari penyakit.

D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan penelitian

Berdasarkan sumber yang selama ini peneliti baca, sejauh ini belum ada penelitian dengan judul hubungan dukungan sosial keluarga terhadap skor BPRS pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RSJ Grhasia DIY, sehingga dapat menambah ilmu pengetahuan baru bagi keperawatan jiwa dan dapat diterapkan saat profesi. Kekuatan penelitian ini yaitu pengolahan data, mulai dari *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning* dilakukan sendiri oleh peneliti sehingga peneliti mengetahui proses selama penelitian sehingga hasilnya tidak dibuat-buat atau adanya pemalsuan data. Peneliti juga melakukan uji beda karakteristik responden yang meliputi pasien dan keluarga untuk memperkuat hasil.

2. Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini adalah peneliti hanya melakukan uji validitas satu kali di rumah sakit yang sama hanya berbeda bangsal. Kelemahan selanjutnya pada saat pengambilan data tidak bisa peneliti lakukan sendiri sehingga harus menggunakan asisten penelitian yang hanya

diapersepsi dengan peneliti tanpa di Uji Kappa, selain itu kelemahan penelitian yang lain yaitu peneliti tidak membedakan jenis atau tipe skizofrenia serta perjalanan penyakitnya tidak dibedakan.