

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Setiap individu ingin tumbuh berkembang dalam keadaan baik serta normal baik secara jasmani maupun rohani, namun tidak semua individu dapat berkembang dalam keadaan yang normal, adapun individu yang mengalami gangguan kejiwaan. Gangguan jiwa atau gangguan mental ialah sindrom atau pola perilaku, atau psikologis seseorang, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (DSM-IV, 1994).

Salah satu jenis gangguan jiwa ialah Skizofrenia. Menurut APA (*American Psychological Assosiation*) Skizofrenia adalah suatu gangguan psikotik yang dikarakteristikan oleh gangguan dalam berpikir (kognisi), respon emosi, dan perilaku. Simtom utama Skizofrenia adalah terdapat waham yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan, adanya halusinasi yang merupakan gangguan persepsi yang membuat seseorang dapat melihat sesuatu atau mendengar suara yang tidak ada sumbernya, komunikasi yang terdisorganisasi, dan juga perilaku terdisorganisasi atau perilaku katatonik yang ditemukan dalam periode 1 bulan atau lebih. Selain simtom tersebut, pada DSM V dijelaskan bahwa adanya disfungsi sosial atau pekerjaan yang membuat berkurangnya fungsi dalam bekerja, hubungan interpersonal dan juga dalam merawat diri yang berdurasi paling sedikit 6 bulan

Prognosis untuk penderita skizofrenia pada umumnya kurang begitu baik, hanya sekitar 25% pasien dapat pulih dan fungsinya dapat kembali pada tingkat premorbid (sebelum munculnya gangguan tersebut). Sekitar 25% pasien tidak akan pernah pulih dan bahkan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Sekitar 50% pasien berada diantaranya

ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi dengan efektif kecuali untuk waktu yang singkat, sekitar 50-80% pasien skizofrenia yang pernah dirawat di RS akan kambuh (Carson & Ross, 2000). Penderita skizofrenia disebut Orang Dengan Skizofrenia (ODS) pada umumnya menderita gangguan kejiwaan dalam jangka waktu yang lama. Dan menimbulkan berbagai efek negatif bagi penderitanya seperti kemampuan rawat diri yang rendah, respon yang negatif dari lingkungannya seperti diabaikan, dan dicemoohkan akibat kurangnya pengetahuan masyarakat tentang Skizofrenia.

Skizofrenia di seluruh dunia dialami kira-kira 24 juta orang. Lebih dari 50% pasien skizofrenia tidak mendapatkan penanganan. Sekitar 90% penderita skizofrenia berada di negara berkembang. Secara nasional diperkirakan jumlah pasien skizofrenia di Indonesia sekitar 2,6 juta orang. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Alma Lucyana mengatakan jumlah penderita gangguan jiwa berat di Jawa Barat melonjak. Pada tahun 2012 tercatat 296.943 orang. Adapun dari pendataan tim Dinkes Jabar pada tahun 2013 lalu mencapai 465.975 orang (Anwar, 2014).

Rumah sakit jiwa “X” memberikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan bagi pasien dengan gangguan jiwa salah satunya adalah skizofrenia. Rumah Sakit Jiwa “X” adalah rumah sakit yang mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa anak dan remaja, rehabilitasi mental dan rehabilitasi napza secara komprehensif yang berdiri sejak tahun 1951. Rumah Sakit Jiwa “X” memiliki kapasitas 235 kamar untuk pasien rawat inap, pasien rawat inap dapat mencapai 3.248 pasien per tahun. Pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa “X” mencapai 32.823 kunjungan per tahun. Pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa “X” banyak diantaranya yang telah pulang menjalani rawat jalan. Seorang pasien rawat jalan akan membutuhkan seorang pendamping untuk merawatnya sehari-hari. Rendahnya kemampuan merawat diri, lamanya waktu dari gangguan skizofrenia, serta prognosis pada ODS mengakibatkan ODS yang melakukan rawat jalan akan memiliki ketergantungan pada keluarga terutama pada

Caregiver-nya. Pada ODS tipe residual meski dianggap telah terlepas dari skizofrenia namun ODS tipe residual masih memperlihatkan gejala negatif yang menonjol dari gangguan skizofrenia seperti menarik diri, kurangnya motivasi, kurangnya kemampuan merawat diri, kelambatan psikomotor, menurunnya kemampuan berpikir sehingga ODS tipe residual tetap membutuhkan bantuan dan pengawasan (Carol & Eileen, 2013)

Caregiver merupakan seseorang yang dapat memberikan perawatan dan bantuan secara fisik, kognitif, maupun mental kepada orang yang menderita ketidakmampuan fisik, gangguan mental, penyakit kronis, atau anggota keluarga yang berusia lanjut (Schroeder, 2009). *Caregiver* terdiri dari dua jenis, yaitu *Caregiver formal* dan *Caregiver Informal*. *Caregiver informal* merupakan seseorang yang paling terlibat seperti keluarga penderita yaitu orang tua, istri/suami, anak, dan anggota keluarga lainnya yang terlibat dalam perawatan penderita, tinggal dengan atau dalam jarak dekat dari penderita, dan menjalankan peran perawatan penderita tanpa mendapatkan imbalan ataupun bayaran seperti *caregiver formal* pada umumnya. Tugas *caregiver informal* ODS yaitu membantu memenuhi kebutuhan ODS seperti memberikan makan dan mempersiapkan obat untuk ODS, selain itu *caregiver informal* perlu memberikan dukungan baik secara material atau psikologis (Sarafino, 2006). *Caregiver Informal* biasanya diberi masukan oleh psikiater yang menangani ODS mengenai bagaimana sebaiknya menghadapi kondisi yang sedang dialami ODS dan bagaimana cara memberikan dukungan yang tepat untuk ODS.

Caregiver dapat menghadapi banyak *stress* yang akan berdampak pada fisik, emosi dan keuangan karena perilaku tidak wajar ODS, serta disfungsi sosial dan pekerjaan (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra 2013). Kate dkk, juga menyatakan bahwa beban pengasuhan yang berasal dari ODS lebih memberatkan daripada pasien dengan gangguan depresi yang berulang. *Caregiver* (dalam penelitian ini merupakan *Caregiver Informal*) terkadang juga menghadapi situasi sulit dalam merawat ODS seperti ketika munculnya waham pada ODS,

suara-suara halusinasi yang menimbulkan kecemasan yang berlebihan pada ODS dan tak jarang ODS menampilkan sikap yang kasar sehingga *caregiver* sulit berkomunikasi dengan ODS dan menghambat pemenuhan kebutuhan serta perawatan ODS. Tidak hanya kebutuhan untuk sehari-hari, terkadang *caregiver* dibebani oleh beban ekonomi untuk membeli obat-obatan bagi perawatan di rumah dan untuk menenangkan ODS secara rutin. *Caregiver* terkadang merasa marah, kecewa, tidak berdaya, dan malu akan keadaan penderita (Gerson, et.al., 2009).

Berdasarkan wawancara kepada delapan orang *caregiver* ODS di rumah sakit jiwa “X”, kesulitan dalam merawat ODS yaitu *caregiver* merasa terbebani dengan biaya obat-obatan sehingga *caregiver* harus cermat dalam mengatur keuangan, selain itu *caregiver* mengorbankan sebagian besar waktu mereka untuk merawat ODS yang membuat *caregiver* harus mengatur waktu dan membuat perencanaan agar dapat melakukan kegiatan di luar rumah. *Caregiver* merasa kesulitan komunikasi seperti ketika ODS menginginkan sesuatu, seringkali ODS mencurigai *caregiver* saat *caregiver* sedang melakukan kegiatan. *Caregiver* pun merasa terbebani dengan biaya obat-obatan selain itu ODS seringkali merasa bosan meminum obat-obatan dan diam-diam membuang obat yang diberikan karena ODS merasa bahwa dirinya sehat secara mental, hal ini membuat *caregiver* merasa bingung. Perubahan perilaku yang sangat cepat juga terjadi pada ODS seperti pada saat ODS tiba-tiba marah kepada *caregiver* tanpa alasan yang jelas. Saat ODS merasa marah, curiga atau terganggu dengan *caregiver*, ODS biasanya melampiaskan rasa marah kepada *caregiver*, mengurung diri, adapun yang memukul tembok atau merusak barang yang ada di sekitarnya. *Caregiver* kerap kali mengalami berbagai emosi seperti rasa takut, rasa bersalah, rasa marah, frustrasi, rasa malu, dan perasaan tidak berguna, dan karena *caregiver* memiliki rasa sayang dan tanggung jawab kepada ODS, *caregiver* berusaha bersabar saat merawat ODS dan mencoba melihat sisi positif dari situasi yang ia hadapi. Tidak jarang juga *caregiver* merasa pasrah

terhadap kesembuhan pasien sehingga hal tersebut membuat *caregiver* selalu berdoa kepada Tuhan untuk kesembuhan ODS dan menganggap situasi ini merupakan ujian dari Tuhan.

Beban yang dialami oleh seorang *caregiver* dapat dihayati sebagai *stressor* yang kemudian dapat memunculkan emosi negatif pada dan konsekuensi negatif terhadap keadaan fisik, emosi, serta keadaan ekonomi *caregiver* yang akan berdampak juga pada kualitas *caregiver* dalam merawat ODS. *Caregiver* dapat mengalami banyak *stress* fisik, emosi dan keuangan karena perilaku abnormal ODS, serta disfungsi sosial dan pekerjaan (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra 2013). Kate dkk. juga menyatakan bahwa beban pengasuhan yang berasal dari ODS lebih memberatkan daripada pasien dengan gangguan depresi yang berulang.

Caregiver diharapkan mampu untuk meregulasi dan mengurangi *stress* yang dialaminya selama merawat ODS. Individu akan menggunakan berbagai cara untuk mengurangi dan menghilangkan *stress*nya atau biasa disebut *coping stress* (Sarafino, 2006). *Stress* yang dialami *caregiver* mendorong *caregiver* untuk melakukan *coping stress* agar *caregiver* mampu mengurangi derajat *stress* yang ia alami. *Caregiver* dapat melakukan *coping stress* sebagai cara untuk mengurangi *stress* dalam tugas-tugasnya dan beban yang ditanggung sebagai *caregiver* ODS.

Coping Stress merupakan perubahan kognitif dan tingkah laku yang terus menerus sebagai suatu usaha individu untuk mengatasi tuntutan eksternal dan internal yang dianggap sebagai beban atau melampaui sumber daya yang dimilikinya dan membahayakan keberadaan atau kesejahteraannya (Lazarus, 1984). Lazarus dan Folkman menggolongkan dua strategi *coping*, yaitu *Problem-focused coping* dan *Emotion-focused coping*. *Problem focused coping* digunakan oleh individu dengan mengurangi tuntutan dari situasi yang penuh tekanan atau mengembangkan sumber daya pada dirinya. *Problem focused coping* merupakan usaha untuk memodifikasi sumber *stress* dengan menghadapi situasi yang sebenarnya. *Caregiver* dapat mengatasi stresnya dengan cara menganalisa mengenai masalah yang

dihadapinya berikut dengan dampak-dampak dari masalah tersebut sehingga *caregiver* memahami masalah serta konsekuensi yang dihadapi saat merawat ODS, hal ini dapat membuat *caregiver* menyelesaikan masalah yang ketika ia menghadapi ODS. *Emotion focused coping* digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap *stress*. *Emotion Focused Coping* akan mengendalikan penyebab *stress* yang berhubungan dengan emosi. *Caregiver* yang menggunakan *emotion focused coping*, dapat memandang kondisi kehidupannya secara positif.

Caregiver dapat menggunakan kedua jenis strategi *coping* untuk dalam upaya mengatasi *stress* yang ia hayati. Kedua strategi *coping* tersebut pada dasarnya memiliki manfaat bagi individu sehingga tidak ada salah satu *coping* yang lebih baik namun penggunaan *coping* tersebut tergantung situasi yang dihadapi. Individu cenderung menggunakan *problem focused coping* ini ketika mereka percaya bahwa tuntutan dari situasi dapat diubah. Individu cenderung menggunakan *problem focused coping* ini ketika mereka percaya bahwa situasi yang dihadapi dapat diubah. Individu cenderung untuk menggunakan *emotion focused coping* ketika dihadapkan pada situasi atau masalah yang menurutnya sulit dikontrol (Lazarus & Folkman dalam Sarafino, 2006). *Caregiver* yang menggunakan *coping stress* secara efektif dapat menurunkan derajat *stress* sehingga *caregiver* mampu menghayati dan mengevaluasi kehidupannya secara positif. Keadaan yang membuat *caregiver* merasakan *stress* dapat memengaruhi kesejahteraan serta kepuasan hidup *caregiver*. Kepuasan hidup yang dirasakan oleh *caregiver* bergantung pada evaluasi dan penghayatannya atau yang dikenal dengan istilah *Subjective Well-Being* (SWB).

Berdasarkan dari penelitian yang telah dilakukan pada sampel yang berbeda, terdapat hubungan antara *coping stress* dan SWB. Penelitian yang dilakukan oleh Jati (2016) pada perawat di Rumah Sakit Swasta “X” di Kota Surakarta menghasilkan adanya hubungan positif yang signifikan antara *coping stress* dengan SWB. *Coping stress* yang telah dilakukan

oleh perawat memiliki hubungan yang signifikan terhadap SWB yang dimiliki perawat, artinya semakin sering seorang perawat melakukan *coping stress* secara efektif maka semakin tinggi pula SWB pada perawat. SWB adalah evaluasi individu terhadap kehidupannya yang meliputi penilaian kognitif mengenai kepuasan hidup serta penilaian afektif yang di dalamnya termasuk *mood* dan emosi (Diener & Lucas, 1999).

Caregiver yang melakukan *coping stress* dapat mengurangi *stress* yang ia rasakan dan lebih merasakan bahagia, menerima hidupnya dan lebih banyak merasakan emosi positif seperti kegembiraan dan lebih jarang merasakan emosi yang tidak menyenangkan. Begitu pula sebaliknya jika *caregiver* tidak melakukan *coping stress* ia kurang mampu mengatasi *stress* yang ia rasakan dan *caregiver* akan cenderung menampilkan emosi yang negatif seperti rasa kecewa dan marah, hal ini juga dapat memengaruhi *caregiver* dalam menghadapi ODS. Emosi negatif yang dirasakan *caregiver* ODS, seperti malu, bersalah, marah, terisolasi, lelah dan bosan dengan aktivitas perawatan, akan mendorong *caregiver* untuk memberikan banyak komentar kritik dan cenderung melakukan kekerasan kepada ODS (Puspasari, 2012). Respon emosional *caregiver* ODS memengaruhi bagaimana cara *caregiver* saat merawat ODS (Vaughn & Leff, 1988).

Individu yang mampu melakukan *coping stress* maka ia akan cenderung mampu untuk mengurangi beban, menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif, mempertahankan gambaran diri yang positif, dan mempertahankan keseimbangan emosional (Taylor, 1991). Hal ini akan membuat *caregiver* lebih menghayati kehidupannya secara positif dan mencapai kepuasan hidup sesuai dengan gambaran standar kehidupan yang *caregiver* miliki dan lebih sering merasakan emosi positif daripada emosi negatif. *Caregiver* yang memiliki SWB yang tinggi akan menunjukkan perilaku yang optimis, tidak merasa terbebani dengan masa lalunya, dan tidak memiliki keinginan untuk merubah masa lalu melainkan berusaha untuk mengubah kehidupannya menjadi lebih baik

Berdasarkan hasil survei awal terhadap delapan *caregiver* ODS mengenai kesulitan yang dihadapi saat merawat ODS terhadap delapan *caregiver* di Rumah Sakit “X”, tiga subjek (37,5%) merasa kesulitan yang mereka rasakan saat merawat ODS yaitu kesulitan dalam berkomunikasi, biaya obat-obatan, biaya transportasi dan maupun kontrol ke rumah sakit, dan membagi waktu untuk menjalani aktivitas dengan waktu merawat ODS. Dua subjek (25%) merasa kesulitan yang mereka rasakan saat merawat ODS yaitu kesulitan dalam biaya, dan juga membagi waktu. Dua subjek (25%) merasa kesulitan yang mereka rasakan saat merawat ODS yaitu dalam berkomunikasi dan juga biaya. Satu subjek (12,5%) merasa kesulitan yang mereka rasakan saat merawat ODS yaitu kesulitan dalam berkomunikasi, biaya, dan juga sulit menerima kondisi ODS

Dalam mengatasi stresnya dalam menghadapi ODS, enam subjek (75%) dalam merawat ODS subjek akan menganalisa situasi seperti melihat apa yg ODS sedang butuhkan dan juga mood yang sedang dialami ODS kemudian memikirkan jalan terbaik dalam memenuhi kebutuhan ODS serta cara berkomunikasi yang tepat sesuai kondisi ODS agar dapat mencegah salah persepsi yang akan menimbulkan waham yang membuat ODS merasa tidak nyaman, sehingga subjek merasa dapat mencegah timbulnya rasa curiga pada ODS terhadap *caregiver* serta dapat membuat ODS maupun *caregiver* merasa lebih aman. Hal ini menunjukkan subjek menggunakan *Planfull Problem Solving* pada *Problem Focused Coping*. Dua subjek (25%) dalam mengatasi *stresnya* dalam merawat ODS subjek berusaha menenangkan ODS dengan memberi penanganan seperti obat-obatan secara rutin meskipun gejala sudah tidak muncul. Hal ini menunjukkan subjek menggunakan *conftontive coping* pada *problem focused coping*,

Berkaitan dengan *Emotion Focused coping*, dua subjek (25%) berusaha mengatur emosinya saat merawat ODS untuk mengatasi *stress* mereka. Subjek mengatakan bahwa berusaha mengendalikan emosi agar merasa lebih tenang, hal ini menunjukkan *self-*

controlling pada *emotion focused coping*. Dua subjek (25%) mengatakan bahwa mereka mencari teman “curhat” saat merasa *stress* ketika menghadapi ODS subjekpun merasa lebih tenang apabila mendiskusikan pengalaman dan kondisinya saat merawat ODS dengan seseorang yang memiliki pengalaman yang sama atau sesama caregiver ODS karena dengan itu subjek merasa bahwa ia tidak sendiri dalam mengalami kondisi dalam merawat ODS dan saling mendukung serta membantu satu sama lain, hal ini menunjukkan *seeking social support* pada *emotion focused coping*. Empat subjek (50%) mengatakan bahwa mereka berusaha mencari hikmah dari pengalaman saat merawat ODS sehingga mereka merasa lebih kuat dan merasa lebih sabar. Hal ini menunjukkan *positive reappraisal* dalam *emotion focused coping*

Lima subjek (62,5%) merasa bahwa upaya yang ia lakukan untuk mengatasi *stress* menghayati bahwa dirinya lebih sering merasakan emosi-emosi positif seperti rasa bangga dan bersyukur dalam hidupnya. Satu subjek (12,5%) merasa bahwa upaya yang ia lakukan untuk mengatasi *stress* yang ia lakukan mampu mengurangi *stress* yang dirasakan namun ia merawat lebih sering merasakan emosi negatif seperti banyak pikiran dan merasa cemas dengan masa depan ODS. Dua subjek (25%) merasa bahwa *coping* yang digunakan kurang dapat mengatasi *stress* yang ia rasakan saat merawat ODS sehingga lebih merasakan emosi yang negatif.

Berdasarkan fenomena dan hasil beberapa penelitian yang telah dipaparkan, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara strategi *coping stress* dengan *Subjective Well Being* pada caregiver ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”

1.2. Identifikasi Masalah

Dari penelitian ini ingin diketahui apakah terdapat hubungan antara strategi *coping stress* dengan *subjective well being* pada Caregiver ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”.

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1. Maksud Penelitian

Maksud penelitian adalah untuk memperoleh gambaran mengenai hubungan *coping stress* dan *subjective well being* pada Caregiver ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”.

1.3.2. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara *problem focused coping* dan *emotion focused coping* dengan *subjective well being* pada Caregiver ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1. Kegunaan Teoretis

- Menambah wawasan dan informasi khususnya di bidang kajian psikologi klinis dan psikologi positif mengenai hubungan *subjective well being* dengan *coping stress*
- Dapat digunakan referensi bagi peneliti selanjutnya yang tertarik untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan *coping stress* dan *subjective well being*

1.4.2. Kegunaan Praktis

- Memberikan informasi kepada Rumah Sakit Jiwa “X” mengenai gambaran *subjective well-being* pada *caregiver ODS*
- Gambaran mengenai *subjective well-being* yang diharapkan berguna bagi Rumah Sakit Jiwa “X” sehingga dapat memberikan psikoedukasi mengenai *coping stress* bagi *caregiver ODS*

1.5. Kerangka Pikir

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kekambuhan ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien. Perpecahan pada skizofrenia digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, sedangkan gejala sekundernya adalah adanya waham dan halusinasi (Kaplan & Sadock 2004). Dengan menurunnya fungsi dalam menjalankan aktivitas serta merawat diri, membuat ODS membutuhkan seseorang yang merawat dan membantu dalam kesehariannya atau yang biasa disebut *Caregiver*. *Caregiver* merupakan seseorang yang dapat memberikan perawatan dan bantuan secara fisik, kognitif, maupun mental kepada orang yang menderita ketidakmampuan fisik, gangguan mental, penyakit kronis, atau anggota keluarga yang berusia lanjut (Schroeder, 2009).

Caregiver terdiri dari dua jenis, yaitu *Caregiver formal* dan *Caregiver Informal*. *Caregiver formal* merupakan seseorang yang merawat penderita yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran. *Caregiver Informal* adalah seseorang yang melakukan perawatan pada penderita di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak, dan anggota keluarga lainnya. (Sarafino, 2006). *Caregiver informal* merupakan seseorang yang paling terlibat dalam perawatan penderita, tinggal dengan atau dalam jarak dekat dari penderita, dan menjalankan peran perawatan penderita tanpa mendapatkan imbalan ataupun bayaran seperti *caregiver formal* pada umumnya.

Mendampingi orang dengan gangguan jiwa bukanlah tugas yang mudah karena seringkali komunikasi dengan penderita tidak berlangsung dengan baik. *Caregiver* (dalam penelitian ini merupakan *caregiver informal*) terkadang juga menghadapi situasi sulit dalam

merawat Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Kehidupan *caregiver* mungkin dapat terganggu karena mereka memberikan perawatan yang lebih untuk ODS dibandingkan dengan orang yang normal. Pada umumnya para *caregiver* mengalami berbagai situasi sulit selama merawat pasien skizofrenia, antara lain yaitu penurunan kondisi finansial, keluar dari pekerjaan, merasa marah, tidak berdaya, bingung, malu, bosan dan merasa bersalah. Selain itu, stigma yang melekat pada penyakit mental, dan keyakinan masyarakat luas bahwa keluarga berkontribusi untuk skizofrenia, menimbulkan suatu beban sosial bagi keluarga tersebut (Lefley, 1989). Beban yang dialami oleh seorang *caregiver* dapat dihayati sebagai *stressor* yang kemudian dapat memunculkan emosi negatif pada *caregiver* sehingga dapat memengaruhi kesejahteraan individu. Ketika seorang *caregiver* merasa bahwa ODS serta tugas sebagai *caregiver* dapat menimbulkan beban maka akan memunculkan penghayatan *stress* dengan merasa kelelahan secara fisik dan psikis.

Beban yang dirasakan oleh *caregiver* akan diproses melalui *cognitive appraisal*. *Cognitive Appraisal* merupakan suatu proses evaluasi untuk menentukan mengapa atau dalam keadaan seperti apa suatu interaksi antara manusia dan lingkungannya dapat menimbulkan *stress*. *Cognitive appraisal* memiliki dua bentuk yaitu *primary appraisal*, dan *secondary appraisal*. *Primary appraisal* merupakan proses mental yang berhubungan dengan aktivitas evaluasi terhadap situasi yang dihadapi dan ketika menerima stimulus. Terdapat tiga kategori dalam *primary appraisal*, yang pertama adalah *irrelevant* yaitu ketika situasi yang terjadi tidak memiliki implikasi terhadap kesejahteraannya sehingga situasi tersebut dianggap tidak bermakna dan dapat diabaikan. Yang kedua adalah *benign positive reappraisal*, yaitu ketika individu menilai bahwa situasi yang dihadapi dapat menjaga dan meningkatkan kesejahteraannya. Yang ketiga adalah *stressful appraisal* dimana situasi atau suatu stimulus dinilai dapat mengganggu kesejahteraannya, meliputi *harm/loss*, *threat*, dan *challenge* (Lazarus & Folkman 1986). Seorang *Caregiver* yang mengevaluasi tugas *caregiver* dalam

merawat ODS sebagai *stressful* dapat menyebabkan *caregiver* merasakan *stress* yang akan berdampak pada fisik, maupun psikologis (Schene, 1996).

Stress merupakan keadaan internal yang dapat diakibatkan oleh adanya tuntutan atau kondisi lingkungan sosial yang dinilai potensial membahayakan, tidak terkendali atau melebihi kemampuan individu untuk mengatasinya. *Stress* terjadi jika seseorang mengalami tuntutan yang melampaui sumber daya yang dimilikinya untuk melakukan penyesuaian diri, hal ini berarti bahwa kondisi *Stress* terjadi jika terdapat kesenjangan atau ketidakseimbangan antara tuntutan yang melampaui sumber daya (Lazarus & Folkman, 1986).

Ketika seseorang berada di dalam situasi bahaya, baik itu ancaman maupun tantangan, maka ia perlu untuk melakukan sesuatu untuk mengatur situasi, dimana dalam hal ini terjadi proses *secondary appraisal*. *Secondary appraisal* merupakan proses evaluasi dimana akan melibatkan perhitungan dalam memilih *coping* mana yang akan digunakan untuk mengatasi *stress*. *Coping stress* menurut Lazarus (1984) merupakan perubahan kognitif dan tingkah laku yang terus menerus sebagai suatu usaha individu untuk mengatasi tuntutan eksternal dan internal yang dianggap sebagai beban atau melampaui sumber daya yang dimilikinya dan membahayakan keberadaan atau kesejahteraannya. Lazarus dan Folkman (1986) menggolongkan dua strategi dalam *coping* yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Problem-focused coping* bertujuan untuk menyelesaikan masalah, seperti mencari informasi mengenai suatu masalah, mengumpulkan solusi-solusi yang dapat dijadikan alternatif, mempertimbangkan alternatif, memilih dan menjalankan alternatif.

Problem-focused coping terdiri dari dua jenis, yaitu *planfull-problem solving* dan *confrontive coping*. *Planfull-problem solving* yaitu upaya yang dilakukan *caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan cara menganalisa situasi seperti ketika *caregiver* mengatur waktu melakukan kegiatan lain seperti melakukan kegiatan di luar rumah. *Caregiver* biasanya banyak mengorbankan waktunya untuk merawat ODS sehingga

untuk melakukan kegiatan lain *caregiver* perlu mencari pengganti seperti anggota keluarga lainnya untuk bergantian untuk merawat ODS, selain itu *caregiver* perlu mengatur keuangan untuk membeli obat-obatan dalam perawatan *caregiver*. Jenis yang kedua adalah *confrontive coping*, yaitu upaya *caregiver* ODS di Rumah sakit jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan melakukan tindakan asertif, termasuk marah, dan mengambil resiko untuk menyelesaikan masalah. Jenis *coping* ini dapat ditunjukkan dengan berusaha meyakinkan ODS dengan cara berbicara kepada ODS saat ODS salah persepsi pada apa yang dilakukan oleh *caregiver*.

Strategi *coping* yang kedua adalah *Emotion-focused coping*. *Emotion-focused coping* bertujuan untuk melakukan kontrol terhadap respons emosi terhadap situasi penyebab *stress*. *Emotion-focused coping* terdiri dari enam jenis yaitu *distancing*, *self-controlling*, *seeking social support*, *accepting responsibility*, *escape-avoidance*, dan *positive reappraisal*. *Distancing* yaitu usaha yang dilakukan untuk melepaskan diri dan tidak terlibat dari permasalahan, seperti menolak untuk memikirkan situasi yang membuat *stress*. *Coping* ini dapat ditunjukkan dengan ketika *caregiver* menyadari situasi-situasi sulit dan beban yang ia tanggung sebagai *caregiver* dapat membuat dirinya merasa *stress*, namun ia bertindak seolah-olah tidak terjadi apa apa dan mencoba untuk melupakan kejadian ketika ODS marah tanpa alasan yang jelas kepada *caregiver*

Jenis yang kedua adalah *Self-controlling*, yaitu adalah usaha yang dilakukan *caregiver* ODS di Rumah sakit jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan cara mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan. *Coping* ini dapat ditunjukkan dengan cara berusaha tetap mengontrol emosi dan perilaku yang ia tampilkan saat merasa marah karena perilaku ODS.

Jenis yang ketiga adalah *seeking social support*, yaitu usaha yang dilakukan oleh *caregiver* ODS di rumah sakit jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan cara mendapatkan dukungan sosial serta dukungan informasi, seperti mencari dukungan dari anggota keluarga

lainnya, teman dekat maupun individu yang memiliki pengalaman yang sama. *Coping* ini ditunjukkan dengan mencurahkan hati kepada orang terdekat, atau berbagi cerita dan pengalaman dengan mengikuti perkumpulan atau komunitas khusus untuk *caregiver* ODS

Jenis yang keempat adalah *accepting responsibility*, yaitu usaha yang dilakukan oleh *caregiver* ODS di rumah sakit jiwa “X” untuk menyadari tanggung jawab sendiri sebagai *caregiver* dan mencoba menerimanya serta menjalankannya agar keadaan dapat membaik. *Coping* ini ditunjukkan dengan merawat ODS dan menjalankannya dengan ikhlas karena memiliki rasa tanggung jawab terhadap ODS sebagai seorang *caregiver* tanpa memiliki keinginan untuk mengabaikan ODS.

Jenis yang kelima adalah *escape-avoidance*, yaitu usaha yang dilakukan oleh *caregiver* ODS di rumah sakit jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan cara berusaha menghindari, melampiaskan atau berpikir tentang situasi yang lebih baik dari yang ia sedang hadapi. *Coping* ini ditunjukkan dengan cara saat *caregiver* merasa jenuh saat merawat ODS, ia berusaha membuat diri merasa lebih baik dengan melakukan aktivitas yang menyenangkan seperti melakukan kegiatan yang menjadi hobi bagi *caregiver*.

Jenis yang keenam adalah *positive reappraisal*, yaitu usaha yang dilakukan oleh *caregiver* ODS di rumah sakit jiwa “X” untuk mengurangi *stress* dengan cara berusaha untuk menyadari hikmah dan manfaat masalah yang dialami yang dapat menciptakan dampak positif. *Coping* ini dapat ditunjukkan dengan cara menyadari hikmah bahwa merawat ODS akan membawa pengaruh positif dan membuat individu yang lebih kuat menghadapi tekanan dan merasa lebih sabar dalam menjalani hidup, serta lebih mendekatkan diri kepada Tuhan meskipun *caregiver* merasa lelah dengan keadaan ODS yang sulit untuk disembuhkan..

Kedua strategi *coping* tersebut pada dasarnya memiliki manfaat bagi individu sehingga tidak ada salah satu *coping* yang lebih baik namun penggunaan *coping* tersebut tergantung situasi yang dihadapi. Individu cenderung menggunakan *problem focused coping*

ini ketika mereka percaya bahwa situasi yang dihadapi dapat diubah. Individu cenderung untuk menggunakan *emotion focused coping* ketika dihadapkan pada situasi atau masalah yang menurutnya sulit dikontrol (Lazarus & Folkman dalam Sarafino, 2006). Dengan *coping stress* yang digunakan maka *caregiver* diharapkan akan semakin adaptif saat mengatasi *stress* sehingga *caregiver* lebih mampu menghayati dan mengevaluasi kehidupannya secara positif.

MacArthur & MacArthur (1999) mendefinisikan strategi *coping* sebagai upaya-upaya khusus, baik *behavioral* maupun psikologis, yang digunakan orang untuk mengontrol situasi, memberikan toleransi, mengurangi atau meminimalkan dampak kejadian yang menimbulkan *stress* pada individu, hal ini yang akan memengaruhi kepuasan hidup individu. *Coping* ini dilakukan oleh setiap individu dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah ataupun menghilangkan stres, sehingga dapat kembali pada situasi normal dimana mereka dapat menjalani kehidupan dengan baik (Snyder, 2005). Individu yang melakukan *coping stress* secara efektif, ia akan mampu untuk mengurangi derajat stress, menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif, mempertahankan gambaran diri yang positif, dan mempertahankan keseimbangan emosional (Taylor, 1991). Seorang *Caregiver* akan memiliki penghayatan yang berbeda-beda dalam menjalani hidupnya.

Caregiver dapat mengalami emosi yang positif dan negatif, hal tersebut tergantung bagaimana *caregiver* menghayati dan mengevaluasi pada kehidupannya. Evaluasi tersebut akan berkaitan dengan *Subjective Well being* (SWB). SWB didefinisikan sebagai penilaian individu terhadap kehidupannya yang meliputi penilaian kognitif mengenai kepuasan hidup dan penilaian afektif mengenai *mood* dan emosi (Diener & Lucas, 1999). Seorang *caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa "X" akan mengevaluasi kehidupannya tergantung penghayatannya.

SWB memiliki dua komponen, yaitu penilaian kognitif dan penilaian afektif. Komponen kognitif dikategorikan menjadi kepuasan hidup secara global (*life satisfaction*).

Komponen kognitif menyangkut apa yang dipikirkan oleh *caregiver* ODS mengenai hidupnya secara keseluruhan. Komponen afektif dikategorikan menjadi afek positif dan afek negatif. Penilaian afek positif dialami ketika *caregiver* ODS merasakan emosi, *mood*, dan perasaan yang menyenangkan seperti keceriaan dan kegembiraan. Penilaian afek negatif dialami ketika *caregiver* ODS merasakan emosi, *mood*, dan perasaan yang tidak menyenangkan seperti rasa kecewa dan marah.

Komponen kepuasan hidup secara global (*life satisfaction*) merupakan penilaian seseorang terhadap perbandingan antara kondisi kehidupan aktual dengan standar kehidupan yang bersifat unik yang mereka miliki. Penilaian kognitif ini juga didasarkan pada keyakinan mereka akan kepuasan pada hidupnya. Indikator kepuasan hidup ini adalah penilaian tentang standar kehidupan secara global, kepercayaan diri tentang kondisi kehidupan yang baik, kepuasan terhadap kehidupan, pencapaian hal-hal penting yang diinginkan dalam hidup, dan adanya hasrat untuk mengubah kehidupan menjadi lebih baik.

Seorang *caregiver* ODS memiliki kepuasan hidup yang tinggi ditandai dengan persepsi positif terhadap kehidupannya saat ini yang sudah sesuai dengan standar kehidupan yang ia tentukan dan juga yang ia harapkan. *Caregiver* ODS yang merasa puas dengan kehidupannya akan menunjukkan perilaku yang optimis, tidak merasa terbebani dengan masa lalunya, dan tidak memiliki keinginan untuk merubah masa lalu melainkan berusaha untuk mengubah kehidupannya menjadi lebih baik. *Caregiver* ODS yang memiliki kepuasan hidup yang rendah ditandai dengan persepsi negatif terhadap kondisi kehidupannya saat ini karena ia merasa bahwa kehidupannya tidak sesuai dengan standar yang ditentukan oleh *caregiver*. *Caregiver* yang memiliki kepuasan hidup yang rendah akan menunjukkan perilaku yang pesimis dan merasa tidak mampu mencapai hal-hal yang diinginkan dalam hidup selain itu *caregiver* akan merasa terbebani oleh kehidupan masalahnya.

Komponen kedua dari SWB yaitu komponen afektif, yang termasuk *mood* dan emosi, karena menggambarkan penilaian dari peristiwa yang dialami oleh *caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”. Komponen afektif terbagi menjadi dua yaitu afek positif dan afek negatif. Afek positif mempresentasikan *mood* dan emosi yang menyenangkan yang dialami oleh *Caregiver* ODS. Afek positif mempresentasikan emosi positif yang menyenangkan seperti keceriaan, kegembiraan, rasa bangga, kasih sayang, dan kebahagiaan. Afek negatif mempresentasikan *mood* dan emosi yang tidak menyenangkan seperti kemarahan, kebencian, ketakutan, dan kegelisahan.

Afek positif yang tinggi adalah keadaan dimana seseorang lebih sering merasakan emosi dan *mood* yang menyenangkan, sedangkan afek positif yang rendah ditandai dengan kesedihan dan kelelahan. Afek negatif yang tinggi keadaan dimana seseorang lebih sering merasakan emosi dan *mood* yang tidak menyenangkan, sedangkan afek negatif yang rendah adalah keadaan dimana seseorang lebih sering merasakan ketenangan dan kedamaian (Watson, dkk, 1988)

Caregiver yang memiliki afek positif yang tinggi dapat dilihat ketika menghadapi ODS dimana *caregiver* merasa lebih menerima kondisi ODS, sabar dalam menghadapi ODS, dan merasa optimis, dan tidak menunjukkan adanya rasa permusuhan pada ODS. Apabila afek positif yang dimiliki *caregiver* rendah, *caregiver* akan lebih sering merasakan emosi negatif seperti rasa marah dan kecewa. Afek negatif pada komponen afektif mempresentasikan *mood* dan emosi yang bersifat tidak menyenangkan seperti marah, benci, penolakan, dan takut. Afek negatif yang tinggi pada *caregiver* dapat dilihat dalam merawat ODS dimana *caregiver* merasa tidak menerima kondisi ODS, kecewa, dan menyalahkan kondisi ODS. Bila afek negatif yang dimiliki *caregiver* rendah maka *caregiver* akan lebih merasakan emosi positif seperti keceriaan dan ketenangan.

Peran *coping stress* merupakan faktor yang dapat memengaruhi SWB (Ariati, 2010). *Subjective well being* dapat dilihat dari bagaimana individu dalam menghadapi situasi yang tidak menyenangkan atau pengalaman dalam hidupnya (Compton, 2005). *Problem focused coping* merupakan usaha untuk memodifikasi sumber *stress* dengan menghadapi situasi yang sebenarnya. Strategi ini dapat memengaruhi *caregiver*, yaitu perubahan atau bertambahnya pengetahuan individu mengenai masalah yang dihadapinya berikut dengan dampak-dampak dari masalah tersebut sehingga *caregiver* memahami masalah serta konsekuensi yang dihadapinya saat merawat ODS, hal ini dapat membuat *caregiver* menangani rasa stresnya dengan menyelesaikan masalah yang dihadapi ketika ia merawat ODS.

Problem focused coping dapat memengaruhi penilaian kognitif pada SWB seperti mengurangi beban serta kelelahan sehingga *caregiver* lebih mampu menilai kehidupannya lebih positif dan menilai bahwa kehidupannya sudah sesuai dengan standar kehidupan ideal yang dimiliki *caregiver*. Strategi ini pun dapat memengaruhi penilaian afektif pada SWB, yaitu ketika *caregiver* mampu mencari solusi dan menyelesaikan masalah *caregiver* pun menjadi lebih sering merasakan emosi positif seperti ketenangan dan rasa senang. Apabila *caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa “X” melakukan *problem focused coping* secara efektif maka ia akan mampu mengatasi stresnya sehingga SWB *caregiver* menjadi tinggi. Apabila *caregiver* tidak melakukan *problem focused coping* maka ia tidak dapat mereduksi *stressor* yang akan membuat ODS merasa *stress* sehingga SWB *caregiver* menjadi rendah.

Emotion Focused Coping akan mengendalikan penyebab *stress* yang berhubungan dengan emosi. Strategi ini dapat memengaruhi penilaian kognitif pada SWB. *Emotion focused coping* memungkinkan *caregiver* melihat sisi kebaikan dari suatu kejadian, mengharap simpati dan pengertian orang lain, atau mencoba melupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang telah menekan emosinya yang akan membantu individu untuk mengurangi beban emosional sehingga dapat membantu *caregiver* mencapai kepuasan hidup.

Strategi ini dapat memengaruhi penilaian afektif pada SWB. *Caregiver* dapat meregulasi respons emosional terhadap *stressor* yang dialami, sehingga *caregiver* lebih mampu mencapai kepuasan hidup sering merasakan emosi positif seperti keceriaan, kebahagiaan dan ketenangan. Hal ini membuat SWB *caregiver* menjadi tinggi. Apabila *caregiver* tidak mampu melakukan *emotion focused coping* maka *caregiver* lebih merasa terbebani secara emosional sehingga merasa tidak puas dalam hidupnya dan akan lebih sering merasakan emosi yang negatif seperti rasa marah, cemas, dan kesedihan

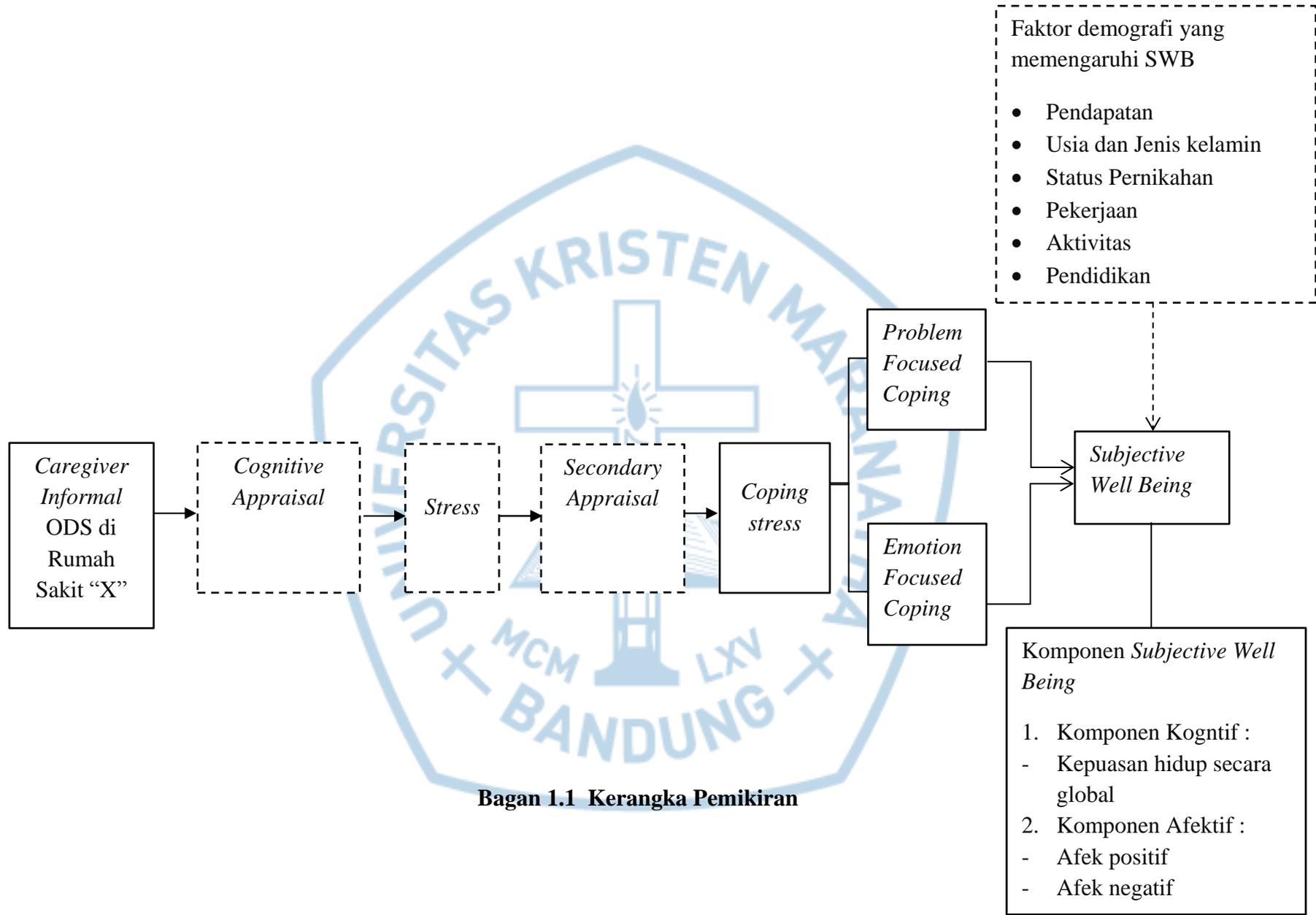
Faktor demografi dapat berkorelasi dengan SWB. Faktor demografi tersebut meliputi pendapatan, usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan/ aktivitas, dan pendidikan (Diener & Oishi, 2005). Faktor demografi yang pertama adalah pendapatan, kebahagiaan individu dapat meningkat apabila memiliki pendapatan yang cukup atau bahkan lebih. Faktor demografi yang kedua adalah jenis kelamin dan usia. Campbell et al. (1976) menemukan bahwa individu yang lebih tua menunjukkan kepuasan hidup yang lebih besar dan cenderung menilai kehidupan mereka dengan cara yang positif, sedangkan afek menyenangkan yang tinggi lebih sering dialami oleh individu yang lebih muda. Untuk faktor jenis kelamin cenderung memiliki tingkat afek negatif yang lebih tinggi dan tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan pria. Namun berdasarkan survey yang dilakukan oleh Eddington dan Shuman (2005) menunjukkan jenis kelamin tidak memiliki perbedaan antara tingkat kebahagiaan antara laki-laki dan perempuan

Faktor demografi yang ketiga adalah status pernikahan yang memiliki korelasi yang positif dengan SWB individu namun hal ini juga dapat dipengaruhi oleh budaya setempat. Individu cenderung lebih merasa bahagia apabila berstatus menikah dibanding yang tidak. Faktor demografi yang keempat yaitu pekerjaan/aktivitas, individu yang bekerja dan melakukan aktivitas cenderung lebih merasa bahagia karena bekerja dapat memberikan rasa aman, dapat menemukan hubungan sosial yang positif dengan orang lain serta mendapatkan

identitas diri. Aktivitas yang dilakukan juga dapat memberikan keterlibatan aktif dengan kegiatan yang memberikan rasa bahagia seperti melakukan hobi, aktivitas fisik, kontak sosial, maupun berpartisipasi dalam kegiatan sosial.

Faktor Demografis yang terakhir adalah pendidikan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Campbell (1981) di Amerika Serikat, pendidikan memiliki pengaruh bagi SWB meskipun pengaruhnya tidak terlalu kuat. Dengan pendidikan, individu akan cenderung akan membuat kemajuan untuk mencapai tujuan atau beradaptasi dengan perubahan di sekitar dunia mereka.





Bagan 1.1 Kerangka Pemikiran

1.6. Asumsi Penelitian

- Peran sebagai *caregiver* ODS dapat membuat *caregiver* merasa *stress*
- Dalam mengolah *stress* yang dirasakannya, *caregiver* dapat melakukan *coping stress* dengan *problem focused coping* dan *emotion focused coping*
- *Problem focused coping* dan *emotion focused coping* yang dilakukan berhubungan dengan derajat *subjective well being* yang dimiliki *caregiver*
- Derajat *subjective well-being* dibentuk melalui komponen-komponennya, yaitu komponen kognitif dan afektif.

1.7. Hipotesis Penelitian

- Terdapat hubungan yang signifikan antara *problem focused coping* dan *subjective well being* pada *Caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”.
- Terdapat hubungan yang signifikan antara *emotion focused coping* dan *subjective well being* pada *Caregiver* ODS di Rumah Sakit Jiwa “X”