

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

World Health Organization (WHO) menyatakan paling tidak 1 dari 4 orang di dunia mengalami masalah mental, sehingga diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa (Prasetya dalam Yulian 2008:45). Kesehatan jiwa merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Kesehatan jiwa merupakan bagian penting terhadap terciptanya sumber daya manusia Indonesia yang produktif dan sekaligus merupakan aset bangsa yang berharga. Untuk itu, menjaga kesehatan jiwa seluruh masyarakat Indonesia merupakan tugas semua pihak.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia adalah 1,7 per mil, artinya 1,7 dari 1000 orang mengalami gangguan jiwa berat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Sekitar 99% pasien rumah sakit jiwa di Indonesia merupakan penderita skizofrenia (Sosrosuhardjo, dalam Retnowati, 2012). Di Jawa Barat, menurut psikiater Rumah Sakit Hasan Sadikin, Teddy Hidayat, jumlah penderita gangguan jiwa atau biasa disebut sebagai “orang gila” berjumlah sekitar 72 ribu. Menurut Teddy pasien gangguan jiwa berat itu tersebar merata di semua kabupaten dan kota (Tempo, 2015). Sementara itu, jumlah pasien di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Jawa Barat didominasi oleh warga Kota Bandung. Tercatat hingga Agustus 2015, kota Bandung menyumbang 11.363 pasien gangguan jiwa (Tempo, 2015).

Menurut Ketua Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa di Pusat (PP-PDSKJI) dr. Eka Viora, SpKJ, gangguan jiwa memiliki berbagai macam jenis mulai dari yang ringan hingga yang akut. Salah satu gangguan jiwa dalam kategori berat adalah skizofrenia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Menurut Davison (2004) skizofrenia

adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan gangguan-gangguan utama dalam sistem kognitif, afektif dan perilaku. Skizofrenia merupakan penyakit kronis dimana penderita memiliki kesulitan memproses pikirannya, sehingga dapat berhalusinasi, delusi, pikiran yang tidak jelas dan tingkah laku atau bicara tidak terorganisasi yang ditemukan dalam periode 1 bulan atau lebih. Pada DSM V dijelaskan bahwa penyandang skizofrenia memiliki disfungsi sosial, hubungan interpersonal, serta merawat diri yang berdurasi paling sedikit 6 bulan. Gejala-gejala ini dikenal sebagai gejala psikotik, yang menyebabkan penyandang skizofrenia mengalami kesulitan berinteraksi dengan orang lain, bahkan menarik diri dari aktivitas sehari-hari dan dunia luar.

Penyandang skizofrenia mengalami berbagai kesulitan untuk menjalani kehidupannya. Terganggunya sistem kognitif, afektif, dan perilaku menyebabkan mereka dapat menunjukkan gejala-gejala seperti delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, gerakan yang tidak terorganisir atau perilaku katatonik, serta simptom-simptom negatif. Hal tersebut dapat mengganggu keberfungsian penyandang skizofrenia dalam kegiatan sehari-hari. Penyandang skizofrenia memiliki kesulitan untuk berkomunikasi dengan orang lain sehingga relasi dalam lingkungannya terhambat. Penyandang skizofrenia pun terkadang akan menunjukkan delusi atau halusinasi yang juga dapat memicu stigma negatif dari lingkungan. Kurangnya kemampuan penyandang skizofrenia dalam mengurus dirinya sendiri, seperti mandi, makan, minum obat, dan lain sebagainya. Tidak jarang penyandang skizofrenia juga memiliki nafsu makan yang kurang atau bahkan menolak, mereka pun memiliki pola tidur yang terganggu. Menurut DSM V, resiko bunuh diri pada penyandang skizofrenia cukup tinggi sekitar 5-6% dan percobaan bunuh diri sekitar 20%. Terkadang tindakan bunuh diri tersebut terdorong oleh halusinasi mereka untuk menyakiti dirinya sendiri.

Menurut Undang Undang Dasar 1945 Pasal 34 Ayat 3 mengenai kesejahteraan sosial mengatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan

dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Saat ini BPJS telah menyediakan fasilitas yang dapat memudahkan penyandang skizofrenia. Pelayanan kesehatan dapat diberikan di fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama, seperti Puskesmas, Klinik Pratama atau Dokter Praktik Perorangan, sampai faskes tingkat rujukan seperti Rumah Sakit (RS). Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat berupa rawat jalan dan rawat inap serta tanggungan obat-obatan (BPJS, 2017). Dengan kemudahan fasilitas tersebut, kenyataannya penyandang skizofrenia masih disulitkan oleh keterbatasan sarana pelayanan di Rumah Sakit. Kota Bandung hanya memiliki 3 Rumah Sakit Jiwa serta beberapa klinik yang dapat melayani penyandang skizofrenia. Saat ini jumlah ruang rawat inap di rumah sakit jiwa di Jawa Barat hanya berjumlah 1000 tempat tidur (Patriani, 2015), sehingga tidak memungkinkan dapat menampung semua penyandang gangguan jiwa yang membutuhkan rawat inap. Terbatasnya fasilitas kesehatan dalam melayani para penyandang skizofrenia ini, membuat keluarga harus turun tangan secara langsung dalam merawatnya.

Penyandang skizofrenia rawat inap yang sudah menunjukkan perilaku yang baik setelah pengobatan dan tidak lagi menunjukkan gejala-gejala yang buruk maka dapat direkomendasikan oleh rumah sakit jiwa untuk pulang ke rumah dan menjalani rawat jalan dengan pengawasan keluarganya. Penyandang skizofrenia yang menjalani rawat jalan akan membutuhkan bantuan dari seseorang yang dapat merawatnya sehari-hari. Kemampuan merawat diri yang rendah mengakibatkan penyandang skizofrenia yang menjalani rawat jalan memiliki ketergantungan pada keluarga atau *caregiver*.

Caregiver adalah seseorang yang dibayar ataupun secara sukarela bersedia memberikan perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan, kesehatan, finansial, bimbingan, serta interaksi sosial (Schulz, Quittner & Swanson dalam Nainggolan dkk., 2013). Barrow (1996 dalam Widiastuti, 2009) menyebutkan

terdapat dua jenis *caregiver*, yaitu formal (tenaga profesional) dan non formal (keluarga yaitu orang tua, istri, suami, anak atau seseorang yang tinggal bersama). *Caregiver* non formal yang merupakan keluarga adalah unit terkecil masyarakat dan paling dekat dengan penyandang skizofrenia. Pemberdayaan keluarga dalam memberikan pertolongan pertama psikologis atau dukungan awal psikologis akan banyak memberikan manfaat maksimal tidak hanya bagi prognosis kesehatan jiwa tetapi juga dalam pembangunan kesehatan dan kualitas bangsa pada umumnya. Peran keluarga bagi penyandang skizofrenia menjadi sangat penting, menurut Ketua Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia (KPSI), Bagus Utomo, mengatakan bahwa pemberdayaan keluarga merupakan salah satu cara yang efektif untuk menjadi sistem pendukung yang kuat agar dapat membantu mengembalikan anggota keluarga mereka ke kehidupan yang berkualitas dan berfungsi menjadi manusia yang produktif (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Dukungan keluarga pada penyandang skizofrenia dan pemberian obat yang teratur dapat meminimalisir gejala-gejala psikotik yang akan muncul.

Data yang diperoleh dari Komunitas “X” di Bandung, penyandang skizofrenia yang paling banyak terdapat di daerah Buahbatu yaitu sekitar 90 orang. Penyandang skizofrenia tersebut dirawat oleh *caregiver* non formal atau keluarganya. *Caregiver* tersebut merupakan masyarakat dengan ekonomi menengah ke bawah, yang sering dibantu oleh para relawan di daerah Buahbatu dan juga Komunitas “X”. *Caregiver* di daerah Buahbatu tersebut bukan merupakan anggota Komunitas “X” dan beberapa *caregiver* menggunakan bantuan pemerintah yaitu BPJS. Berdasarkan wawancara kepada 5 orang *caregiver* penyandang skizofrenia, terdapat berbagai macam kesulitan dalam merawat penyandang skizofrenia yang menjadi tekanan. Menurut Lazarus dan Cohen (1977) tekanan tersebut merupakan *stressor* yang dirasakan oleh *caregiver*. *Stressor* yang dirasakan oleh *caregiver* menurut hasil wawancara yaitu *personal* dan *background stressor*. Sebanyak 2 orang *caregiver* (40%) mengalami *personal stressor*. *Caregiver* merasa sedih, malu, takut, dan sulit menerima bahwa

salah satu anggota keluarganya menyangang skizofrenia. Terkadang beberapa penyandang skizofrenia mencuri atau membuat keributan di rumahnya yang merugikan tetangga di sekitarnya. Dengan demikian reaksi dan tanggapan negatif yang diberikan oleh lingkungan sekitar pada *caregiver* membuat mereka merasa malu atas penyandang skizofrenia tersebut. Hal tersebut juga membuat *caregiver* tidak banyak mendapat dukungan dari tetangga atas tekanan yang dimilikinya sehingga *caregiver* merasa tidak memiliki siapa pun yang dapat membantunya.

Sebanyak 3 orang *caregiver* (60%) mengalami *background stressor*. *Caregiver* merasa tertekan dalam merawat penyandang skizofrenia, terlebih bagi keluarga kurang mampu yang terbebani oleh biaya yang harus dikeluarkan untuk berbagai kebutuhan penyandang skizofrenia. *Caregiver* diharuskan untuk dapat mengatur keuangan keluarga agar tetap dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Kemudian *caregiver* juga mengaku terkuras energinya secara fisik ketika harus memandikan, memberi makan, memberi obat sesuai dengan resep, dan juga mengatasi penyandang skizofrenia saat menunjukkan gejala psikotik seperti berbicara sendiri, gelisah, panik, mengamuk, atau bahkan melukai dirinya sendiri. Lalu resiko bunuh diri penyandang skizofrenia pun cukup tinggi sehingga *caregiver* harus selalu sigap dan mengawasi mereka agar tidak melakukan percobaan bunuh diri. *Caregiver* juga mengorbankan waktunya untuk mengurus penyandang skizofrenia, *caregiver* harus dapat mengatur waktunya untuk mencari nafkah dan menjalani kegiatan di luar rumah. Dengan keterbatasan penyandang skizofrenia dalam berkomunikasi, *caregiver* juga merasa sulit untuk memahami mereka serta dapat mengikuti keinginan mereka. Perubahan perilaku yang sangat cepat seperti saat penyandang tiba-tiba marah pada *caregiver* tanpa alasan yang jelas. Ketika penyandang skizofrenia merasa marah, curiga atau terganggu dengan *caregiver* biasanya penyandang akan melampiaskan pada *caregiver* dengan mengurung diri, merusak barang atau

memukul tembok, serta menyakiti diri sendiri. Dengan adanya berbagai tekanan tersebut, *caregiver* mengalami *stressor personal* dan *background*.

Dampak yang dialami oleh *caregiver* dari *stressor-stressor* yang dialami berbagai macam. Dari wawancara yang telah dilakukan *caregiver* kadang merasa marah terhadap penyandang skizofrenia yang sulit diatur dan terkadang malu dengan tetangga akibat tingkah laku penyandang skizofrenia yang merugikan tetangga seperti mencuri atau membuat keributan di rumahnya. *Caregiver* juga merasa sulit untuk membagi waktunya dalam merawat penyandang skizofrenia dan waktu untuk dirinya sendiri. Hal tersebut dikarenakan terkadang penyandang skizofrenia mengamuk, marah-marah tanpa alasan yang jelas, membanting benda-benda yang ada di sekitarnya sehingga *caregiver* khawatir untuk meninggalkan penyandang skizofrenia. *Caregiver* seringkali meminta bantuan tetangga untuk mengawasi penyandang skizofrenia agar dapat pergi keluar rumah seperti belanja kebutuhan sehari-hari atau pun berjalan di sekitar rumah untuk mencari udara segar. Rasa sayang dan tanggungjawab *caregiver* terhadap penyandang skizofrenia membuat *caregiver* sabar dalam menghadapi penyandang skizofrenia. Beberapa dari *caregiver* juga merasa bahwa situasi ini merupakan ujian dari Tuhan dan mencoba untuk dapat menerima kondisi tersebut dan berdoa agar penyandang skizofrenia dapat membaik.

Stressor-stressor yang dialami oleh *caregiver* kemudian akan dinilai sebagai kondisi *stressful*. Berdasarkan hasil wawancara, 3 orang *caregiver* (60%) menilai sebagai *stress* yang mengancam kesejahteraan mereka, *caregiver* merasa takut dan cemas ketika penyandang skizofrenia menunjukkan gejala psikotik. *Caregiver* juga merasa malu dengan gejala psikotik yang ditunjukkan oleh penyandang skizofrenia yang dapat mengganggu lingkungan sekitar. *Caregiver* pun terganggu untuk melakukan kegiatan lain di luar rumah terlebih untuk bekerja. 1 orang *caregiver* (20%) menilai bahwa usaha yang telah dilakukan sia-sia, dengan biaya serta energi yang mereka keluarkan untuk merawat penyandang skizofrenia yang tidak

membuahkan hasil. Lalu 1 orang *caregiver* (20%) lainnya, menilai sebagai tantangan yang harus mereka lakukan untuk merawat penyandang dengan berbagai keterbatasannya agar tidak kambuh.

Terdapat berbagai reaksi dari kondisi *stressful* yang dialami oleh *caregiver*. Dari hasil wawancara yang dilakukan pada 5 orang *caregiver*, kebanyakan dari mereka merasa bahwa mereka terbebani dengan kewajiban serta tanggapan dari masyarakat. *Caregiver* terkadang merasa malu akan salah satu anggota keluarga yang menyandang skizofrenia ketika berbicara sendiri, mencuri, atau membuat keributan dirumahnya. Mereka juga merasa putus asa ketika melihat penyandang skizofrenia yang tidak dapat sembuh, meskipun sudah diberikan obat. Ada pula *caregiver* yang merasa bahwa memiliki dan merawat penyandang skizofrenia merupakan tanggungjawabnya sebagai keluarga sehingga *caregiver* ikhlas dalam merawat dan berusaha untuk dapat mengatasi berbagai kesulitan dari penyandang skizofrenia.

Dari wawancara yang telah dilakukan *caregiver* mengatakan bahwa dalam merawat penyandang skizofrenia mereka mendapatkan stigma negatif dari lingkungan seperti merendahkan, membicarakan dibelakang mereka, dan mempertanyakan alasan mereka untuk mau merawat penyandang skizofrenia dirumahnya tanpa adanya imbalan apapun. Disamping itu ada pula dukungan yang mereka dapatkan dari lingkungan seperti mendukung mereka dalam merawat penyandang skizofrenia dan membantu *caregiver* dalam mengurus kegiatan sehari-hari dirumahnya. Baik stigma negatif dan positif, keduanya merupakan pengaruh yang dirasakan oleh *caregiver* dalam mengatasi kondisi *stressful* yang dihadapi. Menurut *caregiver*, mereka juga memiliki harapan dan keyakinan bahwa pemberian obat yang dilakukan secara rutin akan berdampak baik juga bagi penyandang. Mereka pun cukup sering bercerita mengenai masalah yang dimiliki pada orang-orang terdekat seperti anggota keluarga lain atau tetangga. *Caregiver* merasa lebih tenang ketika menceritakan keluh kesahnya.

Caregiver akan menggunakan berbagai cara untuk dapat mengurangi dan menghilangkan *stress* yang dialami atau yang biasa disebut dengan *coping stress*. Lazarus and Folkman (1984) membagi strategi *coping* ke dalam *problem focused coping* (PFC) dan *emotion focused coping* (EFC). Menurut Lazarus dan Folkman (1986), pada tingkat stres yang tinggi, *emotion focused coping* mulai mendominasi sehingga individu menunjukkan frekuensi perilaku emosional atau defensif yang lebih besar. Pada rentang stres yang moderat, cenderung menggunakan *problem focused coping*. *Caregiver* yang merawat penyandang skizofrenia dengan berbagai kesulitan dan tekanan cenderung memiliki tingkat stres yang tinggi sehingga *caregiver* cenderung menggunakan *emotion focused coping* dalam menanggulangi stres yang dimilikinya. Setelah penggunaan *emotion focused coping*, stres akan menurun dan akan cenderung beralih pada *problem focused coping* untuk mendapatkan solusi dari stres yang dimilikinya.

Terdapat beberapa penelitian yang meneliti mengenai *coping stress* dalam merawat penyandang skizofrenia. Hasil penelitian Rammohan, Rao, dan Subbakrishna (2002) menyatakan beban yang dirasakan paling tinggi dalam merawat penyandang skizofrenia adalah beban emosional dan untuk mengatasi beban tersebut keluarga cenderung melakukan *emotion focused coping*. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Hassan *et al.* (2011) *distancing* dapat menurunkan stres bagi keluarga. Ini terjadi karena untuk sementara waktu, keluarga tidak disibukkan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penderita gangguan jiwa berat (skizofrenia). Namun, apabila penghindaran terus dilakukan, maka masalah yang ada tidak akan pernah hilang atau terselesaikan. Hassan *et al.* (2011) juga menyatakan bahwa *positive reappraisal* merupakan salah satu strategi *coping* yang paling sering dilakukan oleh keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa berat (skizofrenia). Dari beberapa hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa penggunaan *emotion focused coping* lebih cenderung digunakan oleh *caregiver* yang merawat penyandang skizofrenia. Disamping penggunaan

emotion focused coping, *caregiver* juga dapat melakukan *problem focused coping*. Menurut hasil penelitian Chadda, Singh, dan Ganguly (2007) menyatakan bahwa *planful problem solving* dan *seeking social support* merupakan strategi *coping* yang paling sering dilakukan oleh *caregiver* penyandang skizofrenia.

Upaya yang *caregiver* lakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang dimiliki berbeda-beda. Berdasarkan hasil wawancara, berkaitan dengan *problem focused coping*, terdapat 2 *caregiver* (40%) yang menganalisa situasi seperti melihat apa yang dibutuhkan penyandang skizofrenia serta *mood* yang dialami kemudian memikirkan cara untuk dapat memenuhi kebutuhan tersebut, lalu cara berkomunikasi yang tepat sehingga tidak terjadi salah persepsi serta mencegah timbulnya perasaan curiga penyandang skizofrenia terhadap *caregiver* yang dapat membuat *caregiver* merasa aman (*planful problem solving*). Lalu terdapat 3 orang *caregiver* (60%) yang berusaha menenangkan penyandang skizofrenia dengan memberikan penanganan seperti pemberian obat yang rutin meskipun gejala sudah tidak muncul (*confrontive coping*).

Berkaitan dengan *emotion focused coping*, terdapat 2 orang *caregiver* (40%) yang berusaha mengatur emosinya saat merawat penyandang skizofrenia untuk mengatasi *stress* yang dialaminya agar merasa lebih tenang (*self controlling*). Lalu terdapat 1 orang *caregiver* (20%) lainnya berusaha untuk tetap merawat dengan sabar karena rasa sayangnya terhadap penyandang dan menerima tanggungjawabnya sebagai orangtua (*accepting responsibility*). Kemudian terdapat 2 *caregiver* (40%) lainnya yang memilih untuk memasung penyandang skizofrenia agar *caregiver* tidak perlu mengawasi penyandang seharian dan menghindari untuk merawat penyandang untuk dapat melakukan kegiatan di luar rumah (*escape-avoidance*).

Dengan melakukan *coping* individu dapat mentoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya (Lazarus & Folkman,

1984). Upaya yang dilakukan oleh *caregiver* untuk mengatasi masalah-masalahnya dalam merawat penyandang skizofrenia dapat membantu mereka untuk meregulasi emosi, berpikir positif, mendapatkan solusi serta alternatif, dan dapat mengambil tindakan yang efektif. Banyaknya keluarga yang merupakan *caregiver* memutuskan untuk merawat pasien skizofrenia di rumah, menjadi sangat menarik untuk diteliti dengan berbagai macam masalah serta upaya yang dilakukan oleh masing-masing *caregiver*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jenis *coping stress* pada *caregiver* dalam merawat anggota keluarga penyandang skizofrenia di Bandung.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari penelitian ini ingin diketahui gambaran jenis *coping stress* pada *caregiver* non formal penyandang skizofrenia di Bandung.

1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1 Maksud Penelitian

Untuk memperoleh data dan gambaran mengenai *coping stress* pada *caregiver* non formal penyandang skizofrenia di Bandung.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui jenis *coping stress* yang digunakan oleh *caregiver* non formal penyandang skizofrenia di Bandung dan kaitannya dengan faktor-faktor lain.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Kegunaan Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran kepada perkembangan ilmu psikologi, khususnya dibidang psikologi klinis, yaitu mengenai *coping stress* pada *caregiver* skizofrenia.

1.4.2 Kegunaan Praktis

- Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada para psikiater, dokter, dan psikolog yang bekerja di pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit dan Puskesmas mengenai berbagai *stressor* yang dialami *caregiver* non formal dengan keterbatasan pengetahuan dan materi yang dimiliki sehingga dapat menjadi dasar konseling bagi *caregiver*.
- Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pada *caregiver* mengenai beberapa jenis *coping stress* selain jenis yang sering digunakannya dalam merawat penyandang skizofrenia agar *caregiver* dapat menemukan dan menggunakan *coping stress* lain yang dirasa lebih efektif.

1.5 Kerangka Pemikiran

Kerangka Pemikiran

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan-gangguan utama dalam sistem kognitif, afektif dan perilaku (Davison, 2004). Sistem kognitif yang terganggu yaitu berhubungan dengan pemikiran yang tidak logis, persepsi yang keliru, dan kesulitan dalam memproses pikirannya sehingga dapat berhalusinasi dan delusi. Lalu sistem afektif yang terganggu yaitu respon emosi yang datar atau tidak sesuai. Serta perilaku yang terganggu yaitu seperti berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh atau tidak terarah.

Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi (Maramis, as cited in Oktavia, 2012). Skizofrenia menyebabkan

penyandang tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri (Yosep, 2009, as cited in Kurniawan, 2016).

Hawari menyatakan bahwa penyandang skizofrenia akan mengalami perubahan proses pikir yang menyebabkan kemunduran dalam menjalani kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab. Selain itu penyandang skizofrenia cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan. Perubahan proses pikir ini juga akan menimbulkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti perawatan diri yang akhirnya akan berdampak pada ketidakmampuan berfungsi secara optimal baik di rumah, di sekolah, di kampus, di tempat kerja maupun di lingkungan sosialnya. Penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada penyandang skizofrenia juga dapat terjadi karena adanya kerusakan hipotalamus yang membuat seseorang kehilangan *mood* dan motivasi sehingga pasien akan malas melakukan sesuatu (as cited in Rini, 2016).

Dengan berbagai keterbatasan yang dimiliki oleh penyandang skizofrenia, menggambarkan bahwa mereka tidak mampu untuk menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri sehingga penyandang skizofrenia membutuhkan pendamping atau *caregiver* untuk merawatnya. *Caregiver* adalah seseorang yang dibayar ataupun secara sukarela bersedia memberikan perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan, kesehatan, finansial, bimbingan, serta interaksi sosial (Schulz, Quittner & Swanson dalam Nainggolan dkk., 2013). Barrow (1996 as cited in Widiastuti, 2009) menyebutkan terdapat dua jenis *caregiver*, yaitu formal dan non formal. Lubis-Frank Of Hospital (dalam Simanjutak, 2016, as cited in Jatirahayu, 2017) mendefinisikan bahwa seseorang yang menyediakan bantuan atau *caregiver* umumnya berasal dari lingkungan rumah, orang tua maupun pasangan ataupun orang yang tidak terkait hubungan keluarga.

Dalam hal ini *caregiver* yang paling dekat dengan penyandang skizofrenia adalah keluarga atau *caregiver* non formal. Perawatan ini biasa diberikan keluarga penyandang yaitu orang tua, istri, suami, anak, dan anggota keluarga lainnya yang terlibat dalam perawatan penyandang, tinggal dengan penyandang atau berada dalam jarak yang dekat, dan melakukan perawatan tanpa adanya imbalan seperti *caregiver formal* pada umumnya.

Given, Hudson, dan Moody (dalam Barbara 2012) menjelaskan bahwa *caregiver* diharapkan menjadi penyedia utama layanan kesehatan bagi penyandang di rumah (as cited in Wardani, 2014). *Caregiver* non formal bertugas untuk membantu memenuhi kebutuhan penyandang seperti memberikan makan atau menyiapkan obat, serta memberikan dukungan berupa material dan psikologis (Safarino, 2006). *Caregiver* non formal atau keluarga yang merawat penyandang skizofrenia di rumah memberikan bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan, finansial, serta interaksi sosial. Hal tersebut dapat membantu penyandang skizofrenia dalam mengatasi berbagai kesulitan dan keterbatasan dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari. Dukungan *caregiver* non formal atau keluarga pada penyandang skizofrenia dan pemberian obat yang teratur dapat meminimalisir gejala-gejala psikotik yang akan muncul.

Memiliki anggota keluarga yang menyandang skizofrenia membuat keluarga atau *caregiver* non formal mengalami kondisi *stress* dalam merawatnya. Terdapat berbagai *stressor* yang diperoleh *caregiver* saat merawat penyandang skizofrenia. *Stressor* yang dirasakan oleh *caregiver* dalam merawat penyandang skizofrenia yaitu *personal stressor* dan *background stressor*. Menurut Lazarus dan Cohen (1977) *personal stressor* yaitu mengacu pada kejadian-kejadian penting yang memengaruhi seseorang secara individual dan kuat sehingga membutuhkan upaya *coping* yang cukup besar dalam menanganinya. Memiliki salah satu anggota keluarga yang memiliki skizofrenia merupakan kejadian penting karena salah satu *significant person* menyandang gangguan jiwa yang berat dan sesuatu yang tidak dapat

diprediksi bahwa gangguan tersebut akan dimiliki oleh salah satu anggota keluarga mereka. Sedangkan *background stressor* yaitu mengacu pada permasalahan yang bisa terjadi setiap hari sehingga dapat disebut sebagai masalah sehari-hari. *Stressor* ini berdampak kecil namun berlangsung terus menerus, sehingga dapat mengganggu dan menimbulkan efek negatif pada individu. Penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada penyandang skizofrenia membuat penyandang sangat bergantung pada *caregiver* untuk melakukan berbagai kegiatan perawatan diri setiap hari. Dengan begitu *caregiver* merasa tertekan dan terhambat dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Kesulitan yang dihadapi *caregiver* tersebut sering terjadi sehingga cukup mengganggu.

Stressor-stressor yang dialami oleh *caregiver* menyebabkan mereka memiliki waktu yang sedikit diberikan untuk anggota keluarga lainnya dan untuk aktivitas waktu luang bagi dirinya sendiri (Ory et al, 1999, as cited in Widiastuti, 2009). Hal tersebut menyebabkan *caregiver* tidak memiliki waktu untuk dirinya sendiri, sulitnya melakukan kegiatan di luar rumah karena harus mengawasi penyandang, serta situasi *unpredictable* ketika penyandang menunjukkan simptom negatif.

Caregiver kemudian akan memaknai *stressor-stressor* yang dialaminya (*primary appraisal*) sebagai kondisi *stressful*. Pada umumnya *caregiver* yang merawat penyandang skizofrenia akan memaknai *stressor-stressor* yang dialaminya sebagai kondisi yang mengancam (*threatening*). Kondisi ini dianggap membahayakan bagi *caregiver* ketika penyandang skizofrenia menunjukkan gejala psikotik yang dapat merugikan seperti menyakiti *caregiver* atau dirinya sendiri, merasa malu pada lingkungan sekitar ketika gejala psikotik muncul, atau mengganggu aktivitas *caregiver* sehari-hari.

Penilaian kondisi *stressful* oleh *caregiver* akan memunculkan berbagai reaksi. Reaksi stres yang dialami oleh *caregiver* yaitu reaksi kognitif, fisiologis, emosional, dan tingkah laku. Reaksi kognitif meliputi respon *stress* tidak sadar seperti membuat jarak dengan

lingkungan di sekitarnya dan penyandang skizofrenia itu sendiri serta melakukan kegiatannya tanpa memikirkan penyandang skizofrenia. Reaksi fisiologis seperti denyut jantung, tekanan darah, dan pernafasan meningkat serta otot menjadi tegang. Reaksi emosional di dominasi oleh emosi negatif seperti cemas, depresi, dan marah ketika menghadapi penyandang skizofrenia sehari-hari. Reaksi tingkah laku berhubungan dengan munculnya suatu perilaku baru sebagai upaya individu untuk mengurangi atau menghilangkan kondisi *stress* yang dialaminya. Perilaku-perilaku yang muncul seperti merokok, mengurangi atau makan berlebih, berolahraga berlebihan, mengkonsumsi alkohol atau obat-obatan terlarang, dan sebagainya.

Dengan penilaian *stressful* dan reaksi-reaksi yang dialami oleh *caregiver*, maka mereka akan berupaya untuk mengurangi derajat *stress* yang dialami dan mulai menilai sumber yang dimilikinya (*secondary appraisal*). Sumber atau *resources* yang dimiliki *caregiver* seperti fisik yang sehat, keyakinan positif, kemampuan *problem solving*, kemampuan sosial, dukungan sosial, dan sumber-sumber material. Dalam merawat penyandang skizofrenia *resources* tersebut merupakan faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan *coping* yang digunakan untuk mengurangi stres yang dimilikinya.

Faktor yang pertama yaitu kesehatan yang dapat mempengaruhi upaya menangani atau menanggulangi masalah, individu lebih mudah menanggulangi masalah jika ia memiliki kondisi tubuh yang sehat. *Caregiver* yang memiliki kondisi kesehatan yang baik dapat lebih mudah mengatasi penyandang skizofrenia ketika menunjukkan gejala psikotik. Sebaliknya jika *caregiver* memiliki kondisi kesehatan yang kurang baik, maka upaya mengatasi penyandang skizofrenia tidak akan optimal.

Faktor yang kedua yaitu keyakinan positif bahwa seseorang dapat mengontrol sesuatu, serta *belief* yang positif akan keadilan, kebebasan, maupun Tuhan juga menjadi sumber-

sumber yang penting. *Caregiver* yang memiliki keyakinan positif dapat menumbuhkan harapan serta mempengaruhi *caregiver* dalam melakukan *coping* dalam kondisi apapun.

Faktor yang ketiga yaitu kemampuan *problem solving* untuk mencari alternatif pemecahan masalah yang efektif. *Problem solving* yang tinggi akan secara efektif mencari alternatif pemecahan masalah yang dihadapinya sehingga membantu mengurangi beban stress yang dirasakan dan dapat memfokuskan diri untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. *Caregiver* yang memiliki kemampuan *problem solving* dapat menyusun rencana apa saja yang harus dikerjakan dalam merawat, menyediakan keperluan penyandang serta membantu dan mengawasi pasien minum obat secara teratur.

Faktor yang keempat yaitu kemampuan sosial, menurut Cowan (1980) dalam *social skills*, individu diupayakan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan juga meningkatkan upaya pencegahan primer psikopatologi (dalam Lazarus & Folkman, 1986). *Caregiver* yang memiliki kemampuan sosial dapat berkomunikasi secara interpersonal dengan lingkungan sehingga *caregiver* dapat menceritakan kesulitan-kesulitannya dalam merawat penyandang skizofrenia.

Faktor yang kelima yaitu dukungan sosial yang lebih mengacu pada sejauh mana kepuasan yang didapat atau dirasakan individu dari dukungan-dukkungan yang diberikan. *Caregiver* yang memiliki dukungan sosial akan berusaha untuk mencari informasi mengenai perawatan dan pengobatan penyandang serta emosional dari orang lain yang membuat *caregiver* memiliki lingkungan yang dapat membantunya.

Faktor yang keenam yaitu material yang mengacu pada ketersediaannya uang dalam memperoleh atau mendapatkan barang maupun jasa yang diinginkan oleh individu. *Caregiver* dengan material yang cukup dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dan perawatan yang layak bagi penyandang skizofrenia. Dari berbagai sumber tersebut, *caregiver* dapat

menentukan strategi *coping* yang efektif untuk dilakukan agar dapat mengurangi derajat *stress* yang dialaminya.

Coping stress adalah sebuah strategi yang didefinisikan secara terperinci oleh Lazarus dan Folkman (1984) sebagai bentuk usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan seseorang untuk mengatur tuntutan internal dan eksternal yang timbul dari hubungan individu dengan lingkungan, yang dianggap mengganggu batas-batas yang dimiliki oleh individu tersebut. Lazarus and Folkman (1984) membagi strategi *coping* ke dalam *problem focused coping* (PFC) yaitu perilaku *coping* yang berorientasi pada masalah untuk mengurangi dampak dari situasi stres atau memperbesar sumber daya dan usaha untuk menghadapi stres. Kemudian strategi kedua adalah *emotion focused coping* (EFC) yaitu perilaku *coping* yang berorientasi pada emosi untuk melakukan kontrol terhadap respon emosional terhadap situasi penyebab stres, baik dalam pendekatan secara *behavioral* maupun kognitif. Kedua strategi tersebut sering digunakan oleh *caregiver* dan memiliki peranan penting dalam interaksi antara situasi yang menekan dan adaptasi.

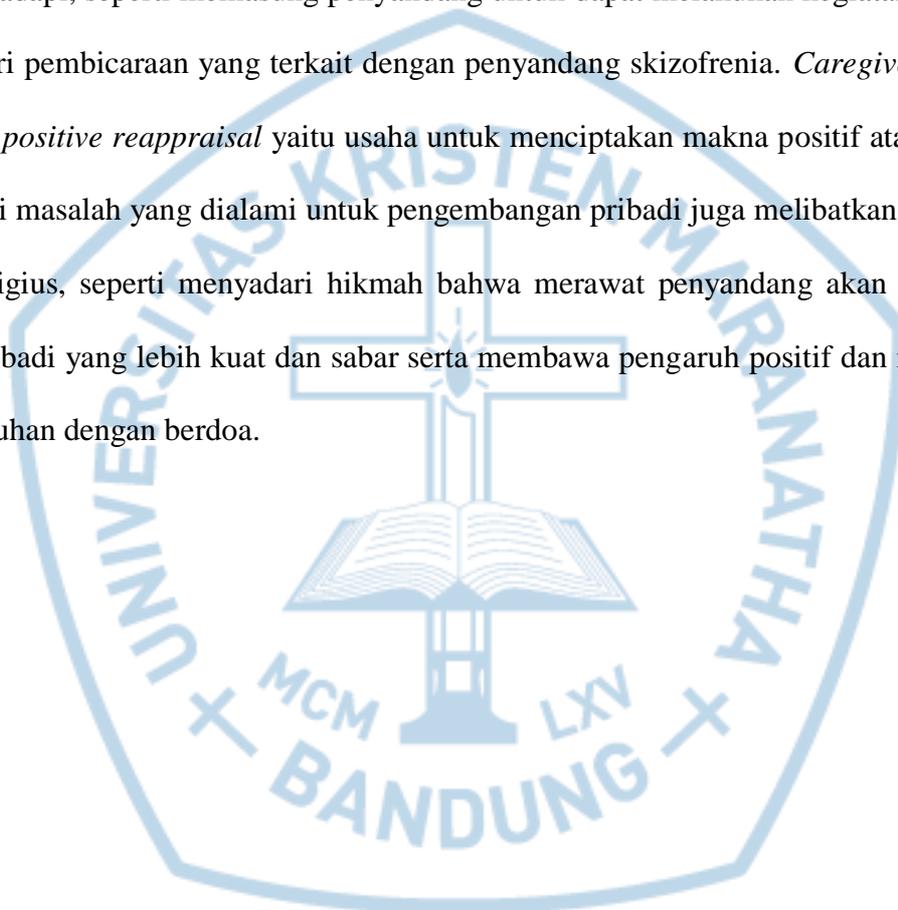
Menurut Lazarus dan Folkman (1986), individu dengan tingkat stres yang relatif rendah, memunculkan dua bentuk *coping* dengan frekuensi yang sama. Pada rentang stres yang moderat individu cenderung menggunakan *problem focused coping*, respon tersebut merupakan bentuk penanggulangan yang dominan. Pada tingkat stres yang tinggi, *emotion focused coping* mulai mendominasi, individu menunjukkan frekuensi perilaku emosional atau defensif yang lebih besar. *Caregiver* yang merawat salah satu anggota keluarganya yang menyandang skizofrenia akan mengalami stres yang tinggi dilihat dari *stressor-stressor* yang dialami. Disamping itu *caregiver* juga menilai kondisi yang dialaminya merupakan kondisi *stressful* yang mengancam. Hal tersebut membuat *caregiver* akan berusaha untuk mengurangi derajat stres yang dimiliki dengan melakukan *coping* yang cenderung menggunakan *emotion focused coping*. Bentuk *coping* ini digunakan agar *caregiver* dapat mengontrol emosinya.

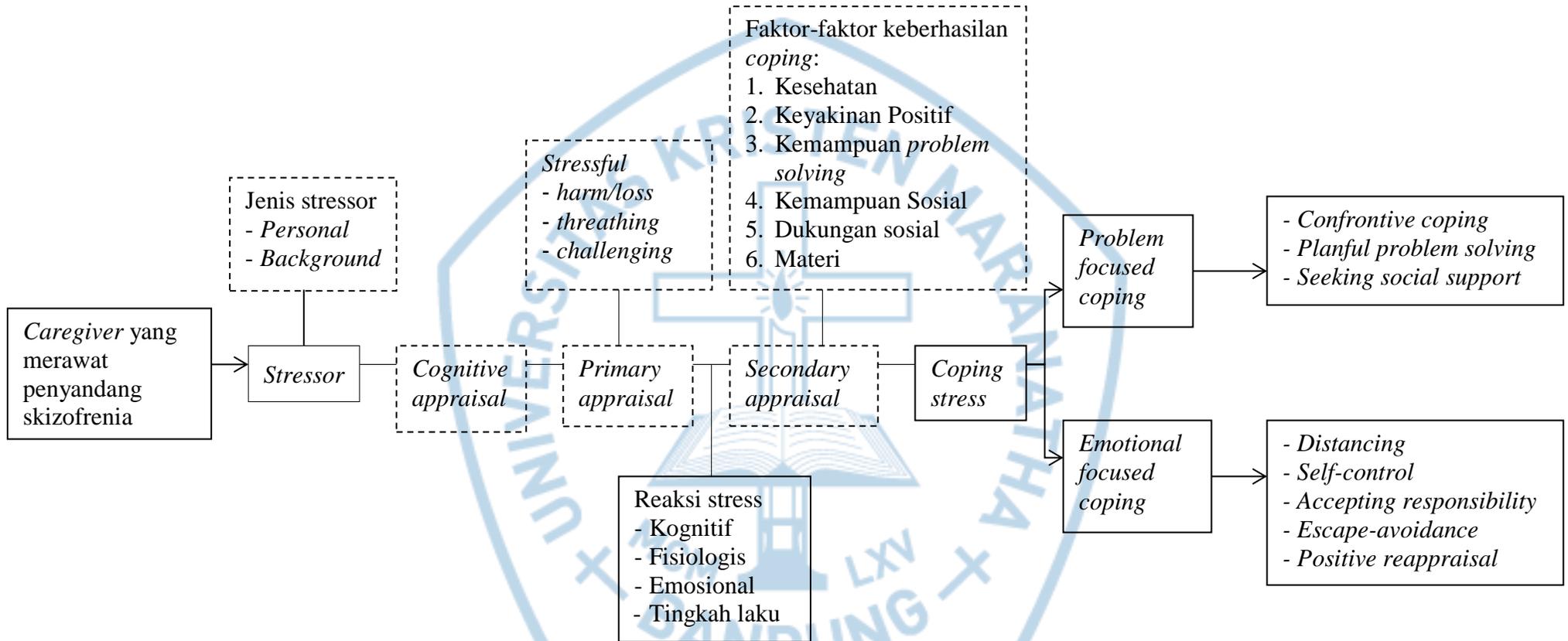
Setelah *caregiver* melakukan *emotion focused coping*, stres yang dimiliki mulai berkurang sehingga *caregiver* dapat mengatasi masalahnya menggunakan bentuk *problem focused coping*.

Caregiver yang merawat penyandang skizofrenia dapat melakukan strategi *coping* berupa *problem focused coping* yang dapat berbentuk *planful problem solving* yaitu usaha untuk mengubah keadaan secara hati-hati di samping menggunakan pendekatan analitis untuk pemecahan masalah, seperti memikirkan kebutuhan dan cara berkomunikasi yang tepat dengan penyandang, mengatur waktunya agar dapat melakukan kegiatan di luar rumah dengan meminta bantuan anggota keluarga lain atau tetangga, serta mengatur keuangan untuk obat-obatan dan kebutuhan sehari-hari. *Caregiver* juga dapat melakukan *confrontative coping*, yaitu usaha-usaha untuk mengubah keadaan atau masalah secara agresif, seperti menjelaskan pada penyandang ketika adanya salah persepsi dari tindakan yang dilakukan oleh *caregiver* atau menghadapi dan menjelaskan pada masyarakat atau lingkungan bahwa penyandang skizofrenia dapat ditangani. Mereka pun biasanya akan melakukan *seeking sosial support* yaitu usaha mencari dukungan dari pihak luar berupa informasi misalnya mencari tahu pengobatan yang cocok, mencari dukungan dari anggota keluarga lainnya dan tetangga, serta mencari tempat untuk bercerita mengenai pengalamannya agar merasa tidak sendiri.

Selain *problem focused coping*, terdapat strategi kedua yang dapat *caregiver* gunakan yaitu *emotion focused coping* diantaranya *distancing*, yaitu usaha untuk melepaskan diri dan tidak terlibat dalam permasalahan misalnya menolak untuk memikirkan situasi atau hal-hal yang membuat *stress* dan bertingkah seolah-olah tidak terjadi apa-apa dan melupakan kejadian ketika penyandang marah tanpa alasan yang jelas. Tidak jarang *caregiver* melakukan *self control* yaitu usaha untuk meregulasi perasaan maupun tindakan yang diambil ketika menghadapi situasi yang menekan, seperti mengontrol emosinya ketika merasa marah atau frustrasi karena perilaku penyandang. Ada pula *caregiver* yang melakukan *accepting*

responsibility yaitu adanya kesadaran akan peran dirinya dalam permasalahan yang di hadapi dan mencoba menerima serta menjalankannya agar keadaan dapat membaik, seperti menyadari salah satu anggota keluarga dalam kondisi yang mengalami skizofrenia dan merasa bertanggungjawab untuk merawat penyandang tanpa adanya imbalan. Jika *caregiver* lebih memilih untuk melakukan *escape avoidance* maka mereka akan berusaha menghindar atau melarikan diri dari permasalahan dan berpikir tentang sesuatu yang lebih baik dari yang sedang ia hadapi, seperti memasung penyandang untuk dapat melakukan kegiatan di luar atau menghindari pembicaraan yang terkait dengan penyandang skizofrenia. *Caregiver* juga dapat melakukan *positive reappraisal* yaitu usaha untuk menciptakan makna positif atau menyadari hikmah dari masalah yang dialami untuk pengembangan pribadi juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius, seperti menyadari hikmah bahwa merawat penyandang akan membuatnya menjadi pribadi yang lebih kuat dan sabar serta membawa pengaruh positif dan mendekatkan diri pada Tuhan dengan berdoa.





Gambar 1.1 Bagan Kerangka Pemikiran

1.6 Asumsi Penelitian

- *Caregiver* yang merawat penyandang skizofrenia akan merasa tertekan dengan *stressor-stressor* yang dialami, kemudian *caregiver* menilai secara *cognitive* sebagai kondisi *stressful* yang tinggi dalam merawat penyandang skizofrenia.
- *Caregiver* memiliki sumber daya sebagai modal untuk *secondary appraisal* yang dapat mempengaruhi keberhasilan *coping* yang digunakan, yaitu fisik yang sehat, keyakinan positif, kemampuan *problem solving*, kemampuan sosial, dukungan sosial, dan sumber-sumber material.
- *Caregiver* akan berusaha untuk mengurangi derajat stres yang tinggi dengan melakukan *emotion focused coping* agar dapat mengontrol emosinya terhadap masalah yang dimiliki.
- Setelah itu stres akan menurun dan *caregiver* akan berusaha untuk menyelesaikan masalah dengan menghadapinya menggunakan *problem focused coping*.

