

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data *Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)* dalam *Global Health Data Exchange (GHDx)* tahun 2015 mencatat bahwa setidaknya 22 juta jiwa di seluruh dunia menderita skizofrenia. Sedangkan pada tahun 2019, penderita skizofrenia di seluruh dunia setidaknya berjumlah 23,6 juta jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan jumlah penderita skizofrenia dalam lima tahun terakhir di seluruh dunia. Di Indonesia juga terjadi peningkatan jumlah penderita skizofrenia. Berdasarkan data Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan RI tahun 2013, terdapat 0,17% penderita skizofrenia di seluruh Indonesia. Sedangkan pada tahun 2018 penderita skizofrenia meningkat menjadi 0,67%.

Peningkatan jumlah skizofrenia terjadi di seluruh provinsi yang ada di Indonesia, termasuk Sumatera Barat. Pada tahun 2013 jumlah penderita skizofrenia sekitar 0,19%. Sedangkan pada tahun 2018 mencapai 0,91%. Sumatera Barat merupakan provinsi tertinggi penderita skizofrenia di pulau Sumatera dan menduduki posisi keempat di Indonesia setelah Bali, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Barat. Kota Padang menduduki posisi pertama dengan jumlah penderita skizofrenia terbanyak di Sumatera Barat yaitu sebanyak 1.672 jiwa (Riskesdas, 2018)

Skizofrenia merupakan penyakit mental serius (*serious mental illnesses* atau SMI) (McCance-Katz dkk, 2017). SMI merupakan gangguan mental, perilaku, atau emosional yang dimiliki individu dalam satu tahun terakhir yang didiagnosis menyebabkan gangguan fungsional serius, secara substansial mengganggu atau membatasi satu atau lebih aktivitas kehidupan utama (SAMHSA, 2022). Skizofrenia adalah gangguan kesehatan mental kronis kompleks yang ditandai dengan serangkaian gejala, termasuk delusi, halusinasi, bicara atau perilaku yang tidak teratur, dan gangguan kemampuan kognitif (Patel dkk, 2010). Menurut Kring dkk (2012) skizofrenia ditandai dengan adanya gangguan pada pikiran, emosi, dan perilaku. Gangguan ini dikarenakan karena adanya pikiran yang tidak berkorelasi dengan logis, persepsi dan perhatian yang salah, kurangnya ekspresi emosi atau bahkan ekspresi yang tidak sesuai, serta adanya gangguan dalam gerakan dan perilaku.

Gejala umum pada penderita skizofrenia adalah gejala positif, gejala negatif, dan gangguan kognitif (Owen, 2016). Gejala positif (psikotik) ditandai dengan hilangnya kontak dengan realitas, sehingga penderita tidak dapat membedakan antara dunia nyata dan tidak. Halusinasi menyebabkan penderita skizofrenia melakukan tindakan aneh atau berbahaya baik pada dirinya ataupun orang lain. Halusinasi ini juga dapat berkembang menjadi kepercayaan atau delusi (Picchioni & Murray, 2007). Gejala negatif ditandai dengan demotivasi dan penarikan sosial (McCutcheon dkk, 2019) serta berkurangnya ekspresi emosi (Patel dkk, 2014). Hal ini dapat menyebabkan terjadinya disfungsi pada psikososial (Newton, 2018) dan tidak tercapainya tujuan hidup pada penderita skizofrenia

(Corrigan, 2016). Gangguan pada kognitif pada penderita skizofrenia menyebabkan penurunan pada memori, fungsi eksekutif, dan kecepatan pemrosesan (Cutcheon dkk, 2019). Menurut Mihaljevic tahun 2019, penderita skizofrenia mengalami defisit kognitif yang meliputi disfungsi dalam memori kerja, perhatian, kecepatan pemrosesan, pembelajaran visual dan verbal baik dalam penalaran, perencanaan, pemikiran abstrak maupun pemecahan masalah.

Gangguan emosional, perilaku, dan kognitif menyebabkan penderita skizofrenia membutuhkan bantuan dalam kehidupannya. Bantuan tersebut dapat berupa aktivitas sehari-hari seperti pekerjaan rumah dan perawatan seperti pertolongan medis dan dukungan (Brain, 2018; Tarmizi, 2018). Bantuan pada penderita skizofrenia diberikan oleh keluarga dan orang-orang terdekat. Individu yang memberikan bantuan kepada penderita skizofrenia disebut *caregiver*. Dalam hal ini *caregiver* didefinisikan sebagai anggota keluarga, tinggal bersama penderita lebih dari satu tahun dan terlibat erat dalam kegiatan hidup sehari-hari diskusi, dan perawatan pada penderita (Ravi dkk, 2013). Perawatan pada pasien skizofrenia berdampak negatif terhadap *caregiver*, seperti fisik, psikologis, hubungan, dan kehidupan sehari-hari (Richieri, 2011).

Perawatan kepada penderita skizofrenia berdampak terhadap kondisi fisik dan psikologis *caregiver*. Hasiao (2020) menyatakan bahwa beban perawatan yang dialami *caregiver* berhubungan dengan kualitas hidup terkait kesehatan. Penurunan kesehatan disebabkan oleh stres dan kelelahan (Chang, 2018; Brain, 2018). Hal ini disebabkan oleh peningkatan tanggung jawab, dimana *caregiver* berkewajiban untuk memastikan kehidupan yang baik bagi penderita skizofrenia dengan

melakukan aktivitas sehari-hari seperti memasak, bersih-bersih, dan pekerjaan rumah lainnya (Brain, 2018; Tarmizi, 2018). Stress karena perawatan terus menerus dapat menurunkan derajat kesehatan *caregiver* (Fitrysari, 2018). Penurunan kualitas hidup juga dilihat dari gangguan psikologis pada *caregiver* skizofrenia. Contohnya masalah emosional seperti kesedihan dan depresi pada *caregiver* (Hernandez & Barrio, 2015). Vadhler (2020) menyatakan bahwa perawatan yang berat dapat menyebabkan kerentanan penyakit mental.

Perawatan kepada penderita skizofrenia juga berdampak terhadap hubungan dan kondisi lingkungan *caregiver*. Perawatan dapat menyebabkan penurunan hubungan pada *caregiver* (Brain, 2018; Clearly, 2020). Menurut Brain (2018) perawatan pada penderita skizofrenia dapat menyebabkan konflik atau ketegangan dalam keluarga dan terbatasnya waktu yang berkualitas. Tugas yang tidak henti-hentinya berdampak negatif pada hubungan romantis *caregiver* (Brain, 2018). Sebagian besar *caregiver* menyerah menjalin hubungan dengan pasangan dan sebagian juga mengalami penurunan kualitas pernikahan (Brain, 2018; Clearly, 2020). Kondisi lingkungan yang tidak mendukung seperti kurangnya keterlibatan dalam perawatan dapat memperburuk kondisi. Hal ini dapat menimbulkan konsekuensi seperti kehilangan pekerjaan, penurunan aktivitas sosial, dan pembatasan waktu luang (Tarmizi, 2019). Selain itu, hubungan interpersonal *caregiver* dengan teman dan kegiatan profesional (pekerjaan) juga terganggu (Shiraishi, 2019). Stigma juga dapat dialami oleh *caregiver* skizofrenia (Hernandez & Barrio, 2015; Fitrysari, 2018, Shiraishi, 2019, Clearly, 2020). Stigma

bermanifestasi menjadi *labelling*, *stereotype*, *separation* dan *discrimination* (Fitryasari dkk, 2018).

Permasalahan fisik, psikologis, hubungan dan lainnya yang dialami *caregiver* merupakan indikasi dari penurunan kualitas hidup (Stanley, 2017; Tristiana, 2019; Hsiao, 2020). Kualitas hidup berkaitan dengan fisik, psikologis, sosial, dan emosi yang dimiliki oleh individu (Cleary, 2020). Menurut Richieri dkk (2011) kualitas hidup terkait dengan kesejahteraan psikologis dan fisik, beban psikologis dan kehidupan sehari-hari, hubungan dengan pasangan, keluarga dan teman. Menurut WHO (1997) kualitas hidup adalah persepsi yang dimiliki individu terhadap posisi kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di tempat individu tinggal serta bagaimana kaitannya dengan tujuan, harapan, dan standar lainnya.

Berbagai permasalahan fisik, psikologis, hubungan, dan sosial dapat menjadi sumber *stressor* yang menggambarkan penurunan kualitas hidup *caregiver* skizofrenia (Wan & Wong, 2019). *Stressor* merupakan ancaman atau tuntutan kehidupan yang nantinya dapat berpotensi menimbulkan respon negatif terhadap stres (*distress*) (Wheaton & Montazer, 2010). Oleh Karena itu, diperlukan *coping* sebagai sebuah usaha untuk meminimalisir stres agar tidak berimplikasi terhadap penurunan kualitas hidup. Menurut Yani (1997) *coping* adalah perilaku yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan dalam situasi yang penuh stress. *Coping* dapat berupa perilaku atau pikiran baik positif maupun negatif yang dapat meminimalisir kondisi yang dialami individu (Haber dan Runyon, 1984). Rao dkk (2020) dan Apriliyani dkk (2022) mengatakan bahwa stres perawatan berhubungan dengan strategi *coping*. *Coping* yang tepat terkait dengan

hasil yang lebih baik dan tingkat distress yang lebih rendah. Strategi *coping* yang tepat dapat mempengaruhi pengurangan stres dan beban serta implikasinya terhadap biopsikososial *caregiver* (Monteiro, 2018).

Strategi *coping* berpengaruh terhadap kualitas hidup (Rodriguez dkk, 2017; Baumstarck dkk, 2018). Strategi *coping* yang buruk terkait dengan kualitas hidup negatif (Rodriguez dkk, 2017). Sedangkan strategi *coping* yang tepat dapat berpengaruh positif terhadap kualitas hidup (Baumstarck dkk, 2018). Hal ini juga diperkuat dengan penelitian yang menemukan tingginya tingkat korelasi antara *coping* dan kualitas hidup (Febriana dan Nawangsih, 2020). Ia menjelaskan bahwa mekanisme *coping* dapat menjaga bahkan meningkatkan kualitas hidup meskipun sedang mengalami permasalahan yang berat.

Secara garis besar, strategi *coping* terbagi menjadi dua yaitu *problem-focused coping* dan *emotional-focused coping* (Lazarus & Folkman, 1984). Carver (1997) mengembangkan teori Lazarus & Folkman (1984) dengan membagi *coping* menjadi tiga yaitu yaitu *problem-focused coping*, *emotional-focused coping* dan *avoidance coping*. Febriana dan Nawangsih (2020) mengatakan bahwa individu yang menggunakan *emotional-focused coping* dapat menjaga emosionalnya dalam koridor yang positif sehingga penurunan kualitas hidup tidak mencapai titik yang memprihatinkan. *Emotional-focused coping* merupakan dapat memperbaiki gejala depresi, kecemasan, penurunan beban, dan peningkatan kualitas hidup (Monteiro dkk, 2018).

Hal yang bertolak belakang ditemukan oleh Tuncay (2014). Ia menjelaskan bahwa individu yang lebih banyak menggunakan *problem-focused*

coping daripada *emotional-focused coping* melaporkan kualitas hidup yang lebih baik. Lebih lanjut, *problem-focused coping* berhubungan dengan kesejahteraan fisik dan spiritual sedangkan *emotional-focused coping* berhubungan terbalik dengan kesejahteraan psikologis dan sosial. Menurut Maleknia & Kahrazei (2015) *problem-focused coping* memiliki kontribusi yang signifikan terhadap kualitas hidup dan efektif dalam penyesuaian reaksi psikologis dalam mengatasi gangguan. Sedangkan *emotional-focused coping* memiliki korelasi negatif yang signifikan dengan gejala dan fungsi serta menjadi prediktor penurunan kualitas hidup. Hal yang sama juga ditemukan oleh Alok dkk (2014) yang menyatakan bahwa *problem-focused coping* berhubungan secara signifikan dan positif dengan kualitas hidup. Sedangkan *emotional-focused coping* terkait secara signifikan dengan nyeri, fungsi, dan gejala.

Mausbach dkk (2006) menjelaskan bahwa *avoidance coping* berhubungan secara negatif dengan kesejahteraan psikologis dan berhubungan secara positif dengan perilaku bermasalah seperti gejala depresi, kegelisahan, dan agitasi. Hal yang sama juga ditemukan oleh Shamblaw, Rumas, & Best (2021). Ia menemukan bahwa *avoidance coping* dikaitkan dengan depresi yang lebih tinggi, kecemasan yang lebih tinggi, dan kualitas hidup yang lebih rendah. Sebagian besar individu yang menggunakan *avoidance coping* bertujuan untuk menghindari situasi stress dengan menyembunyikan gangguan agar tidak diketahui oleh orang lain sehingga *avoidance coping* efektif dalam mengurangi stress dalam jangka pendek (Parsons dkk, 2019; Vernhet, 2019). Lebih lanjut Parsons dkk (2019) menjelaskan bahwa bahwa terkait dengan konteks dan berbeda berdasarkan budaya.

Perbedaan hasil penelitian yang menyatakan bahwa *problem-focused coping* berhubungan positif dengan kualitas hidup dan *emotional-focused coping* berhubungan negatif dengan kualitas hidup (Alok dkk, 2014; Tuncay, 2014; Maleknia & Kahrazei, 2015). Sedangkan beberapa penelitian lainnya menemukan bahwa *emotional-focused coping* berhubungan positif dengan kualitas hidup (Febriana dan Nawangsih, 2020). Selain itu, keterkaitan *avoidance coping* dengan konteks dan budaya menarik perhatian peneliti. Hal inilah yang melatarbelakangi peneliti untuk mengetahui “Perbedaan Kualitas Hidup Berdasarkan Strategi *Coping Caregiver* Skizofrenia”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “apakah terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan strategi *coping* pada *caregiver* skizofrenia”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang ingin dicapai berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan adalah “Mengetahui perbedaan kualitas hidup berdasarkan strategi *coping* pada *caregiver* skizofrenia”

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis penelitian ini adalah

1. Penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam bidang psikologi khususnya mengenai perbedaan kualitas hidup berdasarkan strategi *coping* pada *caregiver* skizofrenia
2. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi referensi dan literatur bagi profesional psikologi, mahasiswa ataupun pihak terkait yang ingin melakukan studi ilmiah terkait dengan strategi *coping* dan kualitas hidup pada *caregiver* skizofrenia

1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh:

1. *Caregiver*
Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu dan pengetahuan *caregiver* tentang pentingnya strategi *coping* khususnya dalam mendampingi pasien skizofrenia. *Caregiver* diharapkan dapat memiliki strategi *coping* yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidupnya.
2. Profesional Kesehatan Jiwa
Memberikan saran dan masukan bagi profesional kesehatan jiwa terkait pentingnya strategi *coping* dalam meningkatkan kualitas hidup *caregiver* skizofrenia. Hal ini dapat dilakukan sebagai salah satu upaya dalam peningkatan perawatan dan perawatan oleh *caregiver* skizofrenia