

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jumlah penderita gangguan skizofrenia terus meningkat, berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2016, sekitar 21 juta penduduk dunia mengalami gangguan skizofrenia. Sementara di Indonesia, menurut hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat (seperti skizofrenia) sebesar 1,7 permil penduduk Indonesia, yaitu sekitar 400.000 jiwa penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat. Sedangkan di Sumatera Barat yaitu sebesar 1,9 permil penduduk, yang berarti prevalensinya lebih tinggi dari pada tingkat nasional.

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani *schizein* yang berarti membelah dan *phren* yang berarti akal pikiran. Istilah ini dikemukakan oleh Bleuler (dalam Davison, Neale & Kring, 2012) untuk menggambarkan karakteristik utama dari penderita skizofrenia, yaitu adanya gangguan pada pola berpikir seseorang. Skizofrenia sendiri adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan adanya gangguan pada pikiran, emosi, dan perilaku. Dimana pemikiran tidak saling berhubungan dengan logis, adanya kesalahan dalam persepsi dan perhatian, afek yang datar dan tidak sesuai, dan berbagai perilaku aneh yang ditampilkan (Davison, Neale & Kring, 2012).

Penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam memisahkan pengalaman hidup yang nyata dengan yang tidak benar-benar terjadi. Seperti dijelaskan oleh Hoeksema (2014) bahwa penderita skizofrenia melihat, mendengar dan merasakan suatu kejadian yang tidak nyata (halusinasi), memiliki keyakinan-keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan (delusi/waham) seperti merasa bahwa pikirannya akan dihapus atau dikendalikan oleh suatu kekuatan eksternal, dan pikiran serta pola komunikasinya tidak terorganisir. Selain itu, penderita skizofrenia juga mengalami masalah pada emosi dan tingkah laku, misalnya tidak dapat menyesuaikan emosinya dengan kejadian yang ada, memiliki afek yang datar, ketidakmampuan dalam merawat diri sendiri atau tidak adanya minat untuk melakukan aktivitas rutin sehari-hari yang biasanya dilakukan oleh orang lain, seperti mandi, memakai baju, makan, melakukan pekerjaan rumah, sekolah, dan sebagainya (Davison, Neale & Kring, 2012).

Skizofrenia merupakan penyakit mental kronis. Seperti dijelaskan oleh Stefan, Travis dan Murray (2002) bahwa sebesar 0,5 – 1% kasus skizofrenia berlangsung seumur hidup. Oleh karena itu, meskipun penderita skizofrenia telah pulih dan keluar dari rumah sakit, mereka tetap membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan tugasnya sehari-hari, bantuan tersebut dapat diperoleh dari keluarga dan orang-orang disekitarnya.

Anggota keluarga atau teman dari penderita yang paling terlibat langsung dalam perawatan penderita disebut sebagai *caregiver* (Perlick, Rosenheck, Kaczynski, Swartz, Canive, Lieberman, 2006). *Caregiver* adalah orang yang memberikan dukungan kepada penderita dan juga yang memberikan sebagian besar waktunya untuk merawat penderita dalam menjalani kehidupannya sehari-

hari seperti makan, mandi, minum obat, memakai baju, menjaga kebersihan diri dan sebagainya (Rafiyah & Sutharangsee, 2011).

Menurut Arksey, Kemp, Glendinning, Kotchetkova dan Tozer (2005) *Caregiver* bertanggungjawab merawat penderita secara fisik, finansial dan emosional. *Caregiver* membantu penderita dalam merawat dirinya (seperti mandi, makan, ganti baju, dan minum obat), menjadi pendamping yang melakukan pengawasan terhadap penderita (misalnya ketika muncul simtom negatif dari skizofrenia), memberikan dukungan emosional kepada penderita, memberikan dukungan finansial dan mengatur keuangan serta kebutuhan penderita, juga harus menjamin pengobatan bagi penderita skizofrenia. Selain itu, *caregiver* juga harus melakukan kegiatan rumah tangga seperti berbelanja, memasak, dan pekerjaan rumah tangga lainnya (Goodhead & McDonald, 2007).

Semua tugas-tugas pengasuhan seperti yang dijelaskan di atas biasanya dilakukan oleh seorang *primary caregiver*, karena hampir semua aspek kehidupan penderita skizofrenia ditanggung oleh *primary caregiver*. Sesuai dengan yang dijelaskan oleh Balaji, Chatterje, Brennan, Rangaswamy, Thornicoft, dan Petel, (2012) bahwa *Primary Caregiver* merupakan anggota keluarga yang paling banyak terlibat dalam pengasuhan dan yang bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan emosional, finansial, dan kesehatan dari penderita skizofrenia.

Banyaknya tanggung jawab atau tuntutan yang harus dipenuhi oleh seorang *primary caregiver* seperti besarnya biaya yang dikeluarkan untuk penderita sehingga menyebabkan masalah keuangan, harus berhadapan dengan stigma negatif dari masyarakat terhadap orang dengan gangguan mental, serta adanya perilaku negatif yang ditampilkan oleh penderita, dapat menimbulkan

beban bagi seorang *primary caregiver* (Yusuf, Nuhu & Akinbiyi, 2009). Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Yusuf, Nuhu dan Akinbiyi (2009) di Nigeria menyebutkan bahwa sekitar 75,2% dari 129 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia merasa terbebani dengan kondisi penderita. Sejalan dengan itu, Mandal, Prakash dan Sagar (2014) dari hasil penelitiannya yang dilakukan di New Delhi menyebutkan bahwa sekitar 40% dari 30 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia memiliki tingkat beban yang berat, dan 60% sisanya memiliki tingkat beban sedang. Sedangkan Hou, Ke, Su, Lung, dan Huang (2008) berdasarkan hasil penelitian yang dilakukannya di Taiwan, bahwa 24,6% dari 126 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia memiliki tingkat beban yang sedang sampai sangat berat (kritis). Penelitian yang dilakukan oleh Dagaonkar, Jadhav, Shanter, Shah, Rajagopal, Gopinathan, dan Dhavale (2013) juga menyebutkan bahwa sekitar 22,2% dari 54 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia merasakan beban sebagai akibat dari aktivitas pengasuhan.

Beban *caregiver* didefinisikan oleh Dillehay dan Sandys (1990) sebagai sebuah keadaan psikologis yang terjadi karena adanya kombinasi dari pekerjaan fisik, tekanan sosial dan emosional, seperti keterbatasan ekonomi yang timbul akibat merawat penderita. Sedangkan Platt (dalam Thara, Ramachandran, & Kumar, 1998) menyebutkan bahwa beban *caregiver* adalah suatu bentuk masalah, kesulitan dan kerugian yang dirasakan karena merawat penderita psikiatri. Adapun beban yang dirasakan *caregiver* tersebut seperti beban fisik, finansial, dan psikososial (Pun, He, & Wang, 2014).

Menurut Hoenig dan Hamilton (1966) beban *caregiver* dibagi menjadi dua, yaitu beban objektif dan beban subjektif. Beban objektif merupakan beban

yang dialami karena dampak negatif dari pengalaman pengasuhan seperti beban keuangan, tekanan fisik yang dirasakan karena merawat penderita, dan efek pada kesehatan *caregiver*. Sedangkan beban subjektif merupakan perasaan atau reaksi emosi yang timbul sebagai akibat dari pemenuhan tanggung jawab sebagai *caregiver*. Hal ini dilihat dari bagaimana *caregiver* merasa terhadap beban tersebut dan sejauh apa dia merasakannya.

Besarnya beban yang dirasakan membuat *primary caregiver* rentan mengalami masalah psikologis, seperti depresi. Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh El-Tantawy, Raya dan Zaki (2010) pada *primary caregiver* penderita skizofrenia disebutkan bahwa beban yang dirasakan oleh *primary caregiver* berhubungan dengan simtom-simtom depresi. Dimana *primary caregiver* yang mengalami depresi, memiliki beban perawatan yang lebih tinggi. Sejalan dengan ini, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Magana, Garcia, Hernandez, dan Cortez (2007) pada *primary caregiver* penderita skizofrenia disebutkan bahwa simtom psikiatri yang ditampilkan penderita, stigma dan beban yang dirasakan *primary caregiver* berhubungan secara signifikan dengan simtom depresi pada *primary caregiver*. Penelitian yang dilakukan oleh Dagaonkar, dkk (2013) pada 54 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia juga menyebutkan bahwa beban yang dirasakan oleh *primary caregiver* berkorelasi positif dengan depresi dan kecemasan.

Depresi merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang berlebihan, adanya perasaan bersalah dan tidak berarti, kesulitan atau masalah tidur, kehilangan nafsu makan dan hasrat seksual, serta berkurangnya minat terhadap berbagai aktivitas sehari-hari yang biasanya dilakukan (Davison,

Neale & Kring, 2012). Sedangkan menurut Kartono dan Gulo (dalam, Fitriani & Hidayah, 2012) depresi adalah suatu keadaan putus asa yang menyebabkan menurunnya minat terhadap aktivitas fisik dan mental, serta mengganggu atau kesulitan dalam berpikir.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Magana dkk (2007) pada *primary caregiver* penderita skizofrenia, didapatkan hasil bahwa sebesar 40% dari 85 orang *primary caregiver* mengalami depresi. Sedangkan El-tantawy dkk (2010) dari hasil penelitiannya menyebutkan bahwa sekitar 23,33% dari 60 orang *primary caregiver* penderita skizofrenia mengalami depresi. Begitu juga dengan Dagaonkar dkk (2013) dari hasil penelitiannya menyebutkan bahwa sekitar 20,37% dari 54 orang *primary caregiver* mengalami depresi.

Menurut DSM V (2013) depresi bisa berpengaruh terhadap kemampuan individu untuk berfungsi, karena adanya perasaan sedih, kekosongan, mudah marah dan disertai dengan perubahan somatik dan kognitif. Individu dengan depresi akan mengalami beberapa hal berikut, yaitu hilangnya energi, perubahan nafsu makan, kekurangan atau kelebihan tidur, kegelisahan, kurangnya konsentrasi, keraguan, perasaan tidak berharga, rasa bersalah atau putus asa, dan pikiran untuk menyakiti diri sendiri (WHO, 2016).

Depresi tidak hanya memberikan efek psikologis, tetapi juga berpengaruh pada kesehatan fisik individu. Seperti yang dijelaskan oleh Tyrrell dan Elliott (2013) bahwa depresi akan mengganggu pola tidur seseorang, karena pada saat tidur terjadi proses perbaikan pada sistem kekebalan tubuh, sehingga ketika pola tidur seseorang terganggu maka sistem kekebalan tubuh akan terganggu pula dan membuat seseorang lebih rentan terhadap penyakit.

Depresi yang dialami seorang *caregiver* selain merugikan dirinya sendiri, juga akan berdampak pada proses pengasuhan penderita. Depresi akan menghambatnya dalam melakukan tugas-tugas pengasuhan dan menyebabkan aktivitas pengasuhan yang dilakukan menjadi tidak maksimal. Oleh karena itu, depresi perlu dikelola agar tidak terlalu berdampak bagi kehidupan seseorang terutama *caregiver*.

Holden, Bradford, Stephanie dan Belton (2013) menyebutkan bahwa salah satu faktor protektif untuk depresi adalah resiliensi. Sejalan dengan itu, Humphrey (2003) menyebutkan bahwa tingkat depresi seseorang berhubungan dengan resiliensi, dalam penelitiannya ditemukan bahwa perempuan dengan tingkat resiliensi yang rendah memiliki depresi yang tinggi. Ia juga menyebutkan bahwa perempuan dengan tingkat resiliensi yang tinggi melaporkan gejala dari tekanan fisik dan psikologis yang lebih sedikit.

Resiliensi dapat didefinisikan secara singkat sebagai kemampuan untuk pulih atau bangkit kembali (Davidson, Payne, Connor, Foa, Rothbaume, Hertzberg, & Weisler, 2005). Wagnild dan Young (1993) menyebutkan resiliensi sebagai stamina emosional atau digunakan juga untuk menggambarkan seseorang yang memiliki keberanian dan kemampuan beradaptasi terhadap kemalangan hidup. Sehingga untuk dapat menjalani tugas-tugas yang berat sebagai seorang *caregiver* individu perlu memiliki suatu kemampuan untuk beradaptasi, bertahan dan menghadapi semua kesulitan atau disebut dengan resiliensi.

Rendahnya resiliensi individu akan menyebabkan penurunan pada level keberfungsian, meskipun individu tersebut tetap dapat bangkit dari keterpurukannya, tetapi waktu yang dibutuhkan lebih lama dari pada individu

dengan resiliensi yang tinggi. Selain itu, rendahnya resiliensi yang dimiliki dalam menghadapi masalah juga dapat menyebabkan individu lebih rentan terhadap rasa putus asa, yang berakhir dengan depresi dan rasa ingin bunuh diri, penggunaan obat terlarang, serta perilaku yang membahayakan (Portzky, Wagnild, Bacquer, & Audenaert, 2010).

Berdasarkan fenomena di atas, dimana seorang *primary caregiver* disebutkan merasa terbebani dengan semua tanggung jawabnya dalam merawat penderita. Beban yang dirasakan *primary caregiver* disebutkan berhubungan dengan depresi, dan disebutkan juga bahwa salah satu faktor protektif dari depresi adalah resiliensi. Dari hasil penelitian sebelumnya ditemukan bahwa orang dengan resiliensi yang rendah, memiliki depresi yang lebih tinggi. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat apakah ada pengaruh dari beban dan resiliensi terhadap depresi *primary caregiver* penderita skizofrenia dan seberapa besar kontribusinya.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

- a. Apakah ada pengaruh beban dan resiliensi terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia ?
- b. Apakah ada pengaruh beban terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia ?
- c. Apakah ada pengaruh resiliensi terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia ?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjawab rumusan masalah dari penelitian yaitu :

- a. Untuk mengetahui pengaruh beban dan resiliensi terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia.
- b. Untuk mengetahui pengaruh beban terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia.
- c. Untuk mengetahui pengaruh resiliensi terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

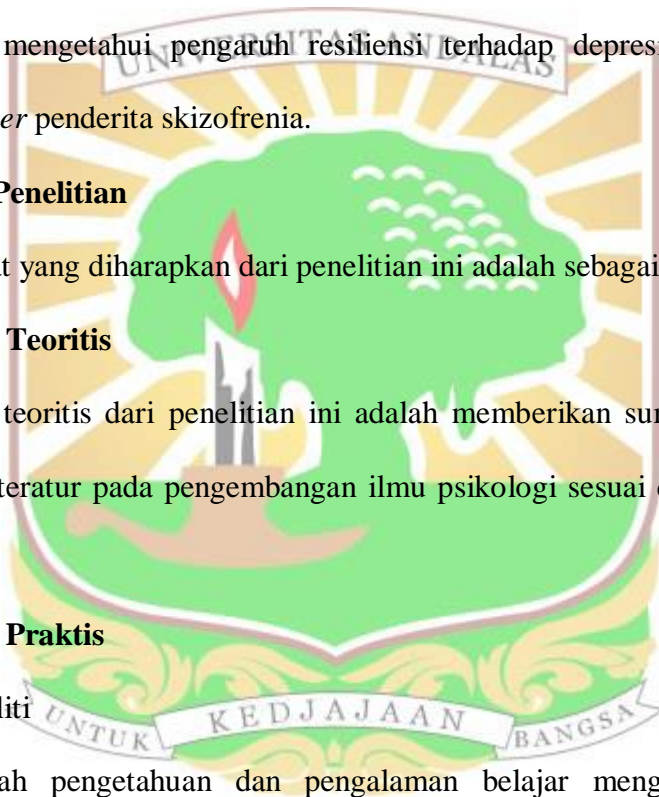
1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah memberikan sumbangan ilmiah dan menjadi literatur pada pengembangan ilmu psikologi sesuai dengan masalah yang diteliti.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman belajar mengenai penelitian pengaruh beban dan resiliensi terhadap depresi pada *primary caregiver* penderita skizofrenia, sehingga dapat menjadi acuan terhadap penelitian selanjutnya. Selain itu, dapat dijadikan koreksi sehingga dapat melakukan penelitian yang lebih baik dari penelitian sebelumnya.



b. Bagi *Primary Caregiver*

Menambah pengetahuan bagi *Primary Caregiver* dan diharapkan lebih dapat memahami masalah yang dialami terkait perannya sehingga mampu mencari jalan keluar atas permasalahan yang dihadapi.

c. Bagi Profesional Kesehatan Jiwa

Memberikan masukan bagi para profesional kesehatan jiwa tentang bagaimana dampak dari peran seorang *primary caregiver* terhadap dirinya, sehingga diharapkan dapat memberikan intervensi terhadap *primary caregiver* dan juga penderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia.

1.5 Sistematika Penulisan

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini berisi penjelasan mengenai latar belakang permasalahan, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.

BAB II : LANDASAN TEORI

Bab ini menguraikan landasan teori yang mendasari masalah yang menjadi objek penelitian, meliputi landasan teori dari depresi, beban dan resiliensi. Dalam bab ini juga berisi tentang hipotesis penelitian dan kerangka berfikir.

BAB III : METODE PENELITIAN

Bab ini berisi metode yang digunakan dalam penelitian yang mencakup variabel penelitian, definisi konseptual dan operasional variabel penelitian, populasi, sampel, teknik pengambilan sampel, instrument penelitian metode pengambilan data, uji daya beda, uji validitas dan reliabilitas alat ukur, serta metode analisa data.

BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisikan hasil analisis data penelitian yang mencakup gambaran umum subjek penelitian, hasil utama penelitian, gambaran variabel penelitian, dan pembahasan.

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisikan kesimpulan dari keseluruhan hasil penelitian dan saran berdasarkan penelitian yang telah dilakukan.

