

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang Masalah**

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan perubahan tingkah laku dan pemikiran abnormal serta munculnya gangguan perseptual seperti waham dan halusinasi pada penderitanya (Fleischhacker, dkk., 2014). *World Health Organization* melaporkan bahwa jumlah pasien skizofrenia di seluruh dunia saat ini mencapai angka 20 juta jiwa (World Health Organization, 2019). Sementara itu, di Indonesia sendiri berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi rumah tangga dengan pasien skizofrenia mencapai 6,7 per 1.000 rumah tangga. Artinya, dari 1.000 rumah tangga di Indonesia terdapat 6,7 keluarga yang memiliki atau merawat pasien skizofrenia. (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Rumah Sakit Jiwa Menur milik pemerintah provinsi Jawa Timur juga mencatat bahwa jumlah pasien skizofrenia mencapai 21.445 orang pada periode Januari-September 2018 dan dari jumlah tersebut, sebanyak 1.166 orang pasien dirawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Sisanya, sebanyak 1.458 orang masuk rawat inap (Jawa Pos, 2019).

Melihat besarnya angka pasien skizofrenia saat ini, tentunya hal tersebut menjadi suatu fenomena tersendiri dalam bidang kesehatan jiwa Indonesia serta memerlukan perhatian dari berbagai pihak. Fenomena ini diperburuk dengan jumlah dokter spesialis kejiwaan yang bisa dikatakan minim. Dari data yang

dihimpun oleh (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, 2019), hanya terdapat 987 dokter jiwa tersebar se-Indonesia dan sebarannya tidak merata. Para psikiater ini terpusat di pulau Jawa sebanyak 676 orang dan sebanyak 228 lainnya bertugas di Jakarta. Angka ini terbilang sedikit jika dibandingkan prevalensi gangguan jiwa dan mental yang terus meningkat setiap tahunnya. Seorang dokter spesialis jiwa dapat menangani 250 ribu orang penduduk dengan asumsi jumlah penduduk Indonesia saat ini sebesar 250 juta jiwa. Padahal, menurut *World Health Organization*, seorang dokter harusnya hanya melayani 30 ribu penduduk.

Hingga Bulan Oktober 2018, rumah sakit jiwa di Indonesia tercatat hanya berjumlah 48 unit. Delapan provinsi bahkan belum memiliki rumah sakit jiwa sendiri. Selain itu, hanya 30 persen dari 9.000 puskesmas di Indonesia yang menyediakan layanan kesehatan jiwa (CNN Indonesia, 2018). Adanya ketimpangan antara jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan menyebabkan aspek perawatan pasien skizofrenia banyak mengalami perubahan. Sebelumnya, aspek perawatan dilakukan secara menyeluruh oleh rumah sakit jiwa namun kini perawatan jiwa cenderung bergeser ke basis komunitas dengan anggota keluarga yang memberikan mayoritas pelayanan pada pasien (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2014).

Saat ini pasien skizofrenia tidak lagi harus dirawat dirumah sakit jiwa sepanjang waktu, mereka bisa dikembalikan untuk mendapatkan perawatan keluarga. Keluarga diharapkan mampu mengintegrasikan pasien dalam komunitas serta membantu mengembangkan keberfungsian sosial pasien (Nafiah, 2019).

Sehingga, mau tidak mau pasien skizofrenia akan menggantungkan sebagian besar aspek kehidupannya pada orang lain yang biasa disebut perawat atau *caregiver* (Suaidy, 2006) dan dalam konteks semacam ini, keluarga yang berperan merawat pasien disebut sebagai *family caregiver*. Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh (Ayudya & Nawangsih, 2017) menunjukkan bahwa hampir sepanjang hidupnya pasien skizofrenia bergantung pada *caregiver*. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan (Rubin & Peyrot, 2002) yang juga menyatakan bahwa 77 persen pasien dengan penyakit kronis seperti skizofrenia merasa sangat membutuhkan bantuan dari keluarganya. Sebuah *review study* yang dilakukan pada tahun 2011 turut melaporkan bahwa sekitar 70% pasien skizofrenia di wilayah Asia tinggal bersama keluarganya (Chan, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh (Bademli & Duman, 2016) juga menyatakan hasil yang sama yaitu hampir sebagian besar pasien skizofrenia tinggal bersama keluarganya.

*Caregiver* adalah individu yang secara umum mendukung individu lain yang sedang sakit agar mampu menjalankan aktivitas sehari-hari dengan baik. *Caregiver* bertugas memenuhi kebutuhan pasien dalam konteks fisik maupun psikologis (Awad & Voruganti, 2008). *Caregiver* pada umumnya merupakan keluarga atau kerabat yang memiliki kedekatan jarak tempat tinggal, kedekatan secara emosional, tugas dan peran yang saling berhubungan, dan terdapat rasa saling peduli dan menyayangi (Murray, 2003 dalam Allender & Spradley, 2001). *Caregiver* semacam ini secara spesifik disebut sebagai *family caregiver*.

Menurut (National Alliance for Caregiving, 2010) *family caregiver* didefinisikan sebagai anggota keluarga maupun kerabat dari pasien yang memiliki

tanggungjawab dalam mendampingi dan merawat pasien selama menderita suatu penyakit. Tanggungjawab tersebut juga meliputi pemberian dukungan baik dalam segi fisik, emosional dan finansial. Menurut (Brown, Wang, & Safran, 2005 dalam Sachit & Al-Juboori, 2013), lingkungan keluarga memiliki bagian penting terhadap seseorang yang mengalami penyakit mental, terlebih pada jenis penyakit skizofrenia.

Sebagai salah satu penyakit yang sulit ditangani, pasien skizofrenia memerlukan perawatan jangka panjang secara intensif. *Family caregiver* berperan aktif baik secara fisik maupun mental selama mendampingi dan merawat orang yang sedang sakit. Peran ini meliputi penanganan dan pencegahan gejala kekambuhan yang mungkin terjadi pada pasien. Selain itu, *family caregiver* juga memiliki tanggung jawab atas keseluruhan aspek perawatan dan menunjang segala kebutuhan pasien skizofrenia (Djarmiko, 2005) dalam segala situasi perawatan atau *continuum of care* (Farkhah, Suryani, & Hernawati, 2017).

Pasien skizofrenia seringkali tidak dapat memenuhi peran yang diharapkan di keluarga dan masyarakat. Hal tersebut dikarenakan skizofrenia merupakan jenis penyakit kronis yang bersifat menahun serta simpton-simpton dalam skizofrenia dapat membuat seseorang mengalami perubahan tertentu sehingga menghambat fungsinya sebagai individu (Gitasari & Savira, 2015). Kebanyakan pasien skizofrenia juga mengalami kemunduran pada kesehatan fisik yang mungkin juga disertai dengan komplikasi penyakit, penurunan fungsi kognitif, defisit pada kemampuan psikomotor atau ketrampilan, serta menurunnya tingkat kemandirian (Strassing, Signorile, Gonzales, & Harvey, 2014).

Selain itu, hambatan dan kendala nyata yang dijumpai pada pasien skizofrenia biasanya tampak pada taraf kemampuan fungsi dalam relasi sosial, pengelolaan diri, pekerjaan dan berbagai bidang lainnya. Sebagai konsekuensinya pasien skizofrenia tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik sehingga membutuhkan bantuan *caregiver* untuk memberikan perawatan khusus (Prianto, 2005 dalam Fitrikasari, 2012). Berbagai keterbatasan yang dialami pasien skizofrenia pada akhirnya tidak hanya berpengaruh pada diri pasien saja, tetapi juga mempengaruhi kehidupan *family caregiver* yang merawatnya.

Selama menjalankan peran perawatan, *family caregiver* akan dihadapkan dengan berbagai tugas, masalah dan tuntutan mencakup perawatan dan tuntutan pribadi sebagai seorang individu diluar lingkup perawatan pasien. Seringkali *family caregiver* tidak cukup siap untuk mengemban tugas-tugas tersebut (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008). Tugas dan tuntutan yang dimiliki *family caregiver* dapat menjadi sumber konflik yang dapat menimbulkan ketegangan atau tekanan dan kemudian menimbulkan perasaan cemas, stres, frustrasi, kelelahan psikis bahkan depresi bagi diri *caregiver* (Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009). Ketegangan dan keputusasaan pada keluarga yang merawat pasien skizofrenia berlangsung tidak hanya sementara dan cenderung menetap (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh (Ae-Ngibise, Doku, Asante, & Owusu-Agyei, 2015) juga menyebutkan bahwa merawat pasien skizofrenia memunculkan tekanan psikologis dan emosional, pengurangan kontak sosial serta kesulitan keuangan. Penelitian ini juga melaporkan bahwa tingkat kepuasan hidup *caregiver* lebih rendah, serta kesehatan fisik dan mental *caregiver*

cenderung buruk. Stres dan kesulitan sehari-hari yang dihadapi *caregiver* menempatkan *family caregiver* mengalami beban atau *burden*.

Beban yang dialami *caregiver* secara khusus lebih dikenal dengan istilah beban perawatan atau *caregiver burden*. *Caregiver burden* didefinisikan sebagai jenis stres atau ketegangan yang dialami *caregiver* terkait dengan masalah dan tantangan yang mereka hadapi sebagai akibat dari status penerima perawatan. Keadaan tersebut dihasilkan dari tugas perawatan maupun pembatasan yang menyebabkan ketidaknyamanan bagi diri *caregiver* (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). *Caregiver burden* terdiri atas *objective burden* (beban objektif) dan *subjective burden* (beban subjektif). *Objective burden* adalah perubahan maupun gangguan yang terjadi dalam berbagai aspek kehidupan *caregiver* akibat peran merawat keluarga yang sedang sakit. *Objective burden* bersifat nyata dan bisa diamati misalnya perubahan dalam aspek keluarga, aspek kesehatan maupun aspek sosial dan pekerjaan. Sementara itu, beban *subjective burden* mengacu pada sikap atau respon emosional yang dirasakan *caregiver* selama memberikan perawatan kepada pasien meliputi pengalaman positif maupun pengalaman negatif (Saunders, 2003).

Kolaborasi antara beban (*burden*) fisik, emosional, finansial dan sosial yang disebabkan oleh perilaku abnormal dan ketidakmampuan pasien untuk menghidupi dirinya sendiri dapat menyebabkan situasi stres yang signifikan bagi *family caregiver* (Yu, dkk., 2017). Pada penelitian yang dilakukan oleh (Lam, Ng, & Tori, 2013), ketidaksiapan *caregiver* dalam mengatasi masalah yang mungkin

terjadi selama perawatan berdampak pada buruknya kualitas hidup dan status kesehatan mental mereka.

Selain *caregiver burden* atau beban perawatan, disfungsi sosial pasien (Kate, 2013), stigma (Yusuf, 2016) dan terganggunya pola tidur pasien (Magaña, Ramírez García, Hernández, & Cortez, 2007) juga berkontribusi mengakibatkan penurunan kualitas hidup pada *family caregiver*. Situasi perawatan tersebut cenderung dipersepsikan sebagai stres oleh *family caregiver* dan menjelaskan mengapa banyak *family caregiver* memiliki kualitas hidup yang kurang baik (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar, & Kavanagh, 2005).

Kualitas hidup sendiri diartikan sebagai persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan perhatian (*World Health Organization*, 2004). Pengukuran kualitas hidup bersifat multidimensional, meliputi dimensi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Tinggi rendahnya kualitas hidup individu dipengaruhi oleh tidak hanya satu faktor melainkan banyak faktor sekaligus yang saling berinteraksi.

Penelitian terdahulu yang dilakukan (Caqueo-Úrizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009) menunjukkan bahwa penurunan kualitas hidup *family caregiver* yang merawat pasien skizofrenia disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya *caregiver burden* (beban perawatan), kurangnya dukungan sosial serta masalah dalam hubungan keluarga. Sementara itu, penelitian lain yang dilakukan (Weimand, Hedelin, Sallstrom, & Hall-Lord, 2010), (Wong, Lam,

Chan, & Chan, 2012) dan (Boyer, dkk., 2012) menemukan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup *caregiver* diantaranya meliputi *caregiver burden*, karakteristik dari *caregiver*, *perceived control of symptoms* dan dukungan sosial yang diterima. Dari beberapa penelitian-penelitian tersebut terlihat bahwa *caregiver burden* menjadi salah satu faktor yang memiliki kontribusi besar dan konsisten menjelaskan penurunan kualitas hidup *family caregiver* dibandingkan dengan faktor lainnya.

*Caregiver burden* atau beban perawatan adalah besarnya penderitaan yang dirasakan *caregiver* dari segi kesehatan, emosional, fisik, kehidupan sosial dan finansial sebagai akibat dari merawat anggota keluarga yang sakit (Cumming, 2011). Beban yang dirasakan *caregiver* sering terjadi karena situasi perawatan melebihi kemampuan atau kapasitas fisik dan mental yang kemudian membangun situasi stres. Stres adalah keadaan yang menekan dan membahayakan individu serta telah melampaui sumber daya yang dimiliki. Apabila beban dan stres tidak dikelola dengan baik, maka kualitas hidup *family caregiver* bisa menurun. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009) menunjukkan bahwa tingkat *caregiver burden* yang tinggi signifikan menyebabkan buruknya taraf kualitas hidup.

Situasi stres yang terbangun dari *caregiver burden* akan membuat *family caregiver* melakukan upaya untuk menangani dampak negatif dari situasi stres tersebut. *Family caregiver* akan melakukan strategi koping tertentu untuk mengatasi stres dan meminimalkan beban yang dirasakan (Wanti, Widianti, & Fitria, 2016). Lazarus dan Folkman mendefinisikan koping sebagai proses yang

membahas bagaimana individu merespon dan bertindak baik ketika mengalami stres dan ketika paparan stres meningkat (Lazarus & Folkman, 1984). Secara umum, para peneliti membagi strategi koping menjadi dua yaitu *problem-focused coping* atau strategi koping yang bertujuan memecahkan masalah atau melakukan sesuatu untuk mengubah sumber stres dan *emotion-focused coping* atau strategi koping yang bertujuan mengurangi atau mengelola perasaan tertekan yang terkait dengan stresor (Benson, 2010).

*Family caregiver* dihadapkan oleh berbagai pengalaman dalam merawat pasien skizofrenia, terutama pengalaman beban atau *caregiver burden*. Strategi koping telah diposisikan sebagai salah satu mekanisme di mana individu merespons ancaman stres, termasuk stresor berupa *caregiver burden* yang terkait dengan perawatan pasien skizofrenia. Koping adalah salah satu cara yang bisa digunakan untuk menangani stres akibat tekanan, hambatan atau tuntutan-tuntutan yang terjadi dalam hidup atau *caregiver burden*. Strategi koping memainkan peran penting dalam memelihara kesejahteraan (*well-being*) *caregiver* meliputi kesejahteraan fisik, psikologis dan sosial (Folkman & Lazurus, 1985). Strategi koping yang efektif dapat bertindak sebagai penyangga untuk membatasi stressor (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Rafiyah, Suttharangsee, & Sangchan, 2011). Pendekatan individu mengenai stres menentukan bagaimana strategi koping yang akan digunakan untuk menghadapi situasi stres yang terbangun dari *caregiver burden*.

Berbagai masalah baik fisik, psikologis maupun sosial yang dialami pasien skizofrenia akan mempengaruhi kualitas hidup *family caregiver*-nya.

Apabila *family caregiver* tidak mampu menggunakan strategi koping yang efektif untuk menanggulangi beban dan stres maka kualitas hidupnya akan menurun. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Grover, 2014) mengungkapkan bahwa penggunaan strategi koping dapat mempengaruhi kualitas hidup *caregiver* skizofrenia. *Family caregiver* skizofrenia tidak hanya menggunakan satu jenis kategori koping tapi bisa saja menggunakan percampuran antara dua atau lebih kategori koping (Lam dkk., 2015).

Pada penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa strategi koping memiliki peran moderasi terhadap hubungan antara *caregiver burden* dan kualitas hidup. Asumsi tersebut didasarkan pada penelitian (Khanna & Patrick, 2010), yang menjelaskan bahwa perbedaan strategi koping yang digunakan oleh *caregiver* berpengaruh pula pada taraf kualitas hidupnya. Berdasarkan *literatur review* yang dilakukan pada penelitian (Birchwood & Cochrane, 1990) dan (Magliano dkk., 1998), peneliti menemukan bahwa terdapat perbedaan efisiensi antar satu strategi koping dengan strategi lainnya dalam menghadapi stres perawatan. Strategi koping yang maladaptif terhadap stressor dan *caregiver burden* menyebabkan penurunan kualitas hidup pada para *caregiver* begitu juga sebaliknya. Sebagai contoh *denial* yang merupakan salah satu jenis strategi koping maladaptif ternyata muncul sebagai prediktor signifikan dalam peningkatan *caregiver burden* pada penelitian yang dilakukan oleh (Rammohan, Rao, & Subbakrishna, 2002). Hasil ini sesuai dengan penelitian lain yang dilakukan oleh (Natasha, Sandeep, Parmanand, & Ritu, 2013) yang melibatkan 100 orang *caregiver* skizofrenia, menunjukkan bahwa strategi koping maladaptif menyebabkan tingginya tingkat

*caregiver burden*, yang pada akhirnya mengakibatkan rendahnya kualitas hidup *caregiver*.

Risiko-risiko penurunan kualitas hidup *family caregiver* yang disebabkan karena merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia melandasi peneliti untuk menyoroti bagaimana pengaruh *caregiver burden* yang dirasakan oleh *family caregiver* dan peran moderasi dari jenis strategi koping yang digunakan selama merawat pasien skizofrenia. Penelitian ini mungkin yang pertama menguji efek moderasi strategi koping pada kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia karena sejauh ini peneliti belum menemukan penelitian serupa yang menguji efek moderasi strategi koping. Apakah *caregiver burden* yang dirasakan dan strategi koping dan dilakukan oleh keluarga memiliki pengaruh signifikan terhadap kualitas hidup *family caregiver*? Apakah jenis koping strategi memiliki efek moderasi tertentu dan memberikan persepi berbeda mengenai pengaruh *caregiver burden* terhadap kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia? Pertanyaan-pertanyaan inilah yang menarik minat peneliti dan akan coba dijawab dalam penelitian ini.

## **1.2. Identifikasi Masalah**

Adanya kesadaran mengenai isu-isu hak asasi manusia dan kesehatan mental menyebabkan banyak perubahan dalam proses pengobatan penyakit jiwa serta pemberian layanan psikiatri kepada masyarakat. Pergeseran paradigma ini menyebabkan perawatan penyakit jiwa seperti skizofrenia yang dulunya

dipusatkan di rumah sakit saat ini menjadi terpusat pada basis komunitas seperti keluarga, khususnya di sebagian besar wilayah Asia (Chong & Subramaniam, 2014). Terjadinya de-institusialisasi perawatan pasien pada komunitas menyebabkan keluarga sebagai lingkup terdekat dengan pasien membentuk sebuah sistem pendukung utama dalam perawatan berkelanjutan pasien skizofrenia di masyarakat. Pernyataan ini didukung dengan hasil studi yang dilakukan di beberapa negara Asia oleh (Chan, 2011) yang menunjukkan bahwa sekitar 70% pasien skizofrenia tinggal bersama dengan keluarga serta sangat menggantungkan aspek perawatan pada keluarganya (Chan & Yu, 2004). Dengan adanya perubahan tersebut, peralihan beban perawatan dari profesional pada keluarga menjadi sesuatu yang tidak bisa dihindari. Adapun fenomena ini juga diikuti oleh konsekuensi yang secara umum sangat buruk terutama pada aspek kualitas hidup *family caregiver* (Lewis, Escalona, & Keith, 2009), (Caqueo-Urizar, Breslau, & Gilman, 2015).

Keluarga pasien skizofrenia seringkali mengalami perasaan tidak berdaya, marah dan cemas disebabkan oleh ketidaksiapan individu menjalani perubahan peran menjadi seorang *family caregiver* (Spaniol, Zipple, & Lockwood, 1992). Dibandingkan pasien penyakit mental lainnya, pasien skizofrenia membutuhkan perhatian ekstra sehingga membuat kehadirannya cenderung dirasakan sebagai beban bagi keluarga (Arif, 2006). Adapun tingkah laku pasien skizofrenia biasanya sulit dipahami sehingga menghambat terjalinnya hubungan ideal antara kedua belah pihak. Kesulitan *family caregiver* untuk

membina dialog dengan pasien rawan menimbulkan stres dalam keluarga (Setiadi, 2006).

Dampak-dampak negatif pemberian perawatan pada pasien skizofrenia ini telah dikonseptualisasikan sebagai "*caregiver burden*" (Vella & Pai, 2013). *Caregiver burden* memiliki hubungan signifikan dengan penurunan status kesehatan, gejala depresi, kurangnya dukungan sosial dan tingginya pengeluaran finansial oleh *caregiver* (Chien, Chan, & Morrissey, 2007). Sejak akhir 1950-an, terdapat beberapa penelitian yang melaporkan beban yang dirasakan *family caregiver* pasien skizofrenia yang dilakukan oleh (Maurin & Barmann, 1990), (Kuipers, 1993), (Bibou-Nakou, Dikaiou, & Bairactaris, 1997). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa *family caregiver* pasien skizofrenia mengalami tingkat *caregiver burden* yang sangat tinggi dibandingkan dengan *caregiver* yang merawat pasien penyakit mental lainnya (Grandón, Jenaro, & Lemos, 2008), (Hou, Ke, Su, Lung, & Huang, 2008), (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Oldridge & Hughes, 1992), (Winefield & Harvey, 1993), (Barrowclough, Tarrier, & Johnston, 1996), (Schene, van Wijngaarden, & Koeter, 1998), (Dyck, Short, & Vitaliano, 1999) dan (Awad & Voruganti, 2008) menunjukan bahwa hampir sepertiga *family caregiver* ternyata mengalami *caregiver burden* yang tinggi dan kesulitan melakukan coping terhadap masalah-masalah yang timbul selama merawat pasien (Caqueo-Urizar, dkk., 2017). Secara umum, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa *caregiver burden* yang tinggi memiliki pengaruh signifikan pada

rendahnya kualitas hidup *caregiver* (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009).

Temuan-temuan mengenai buruknya kualitas hidup dan tingginya *caregiver burden* pada *family caregiver* skizofrenia tersebut justru berbeda dengan anggapan umum masyarakat bahwa *caregiver* merupakan orang yang sehat, normal serta tidak memiliki keterbatasan dan kesulitan yang berarti dalam hidupnya. Sehingga, *family caregiver* dianggap tidak memerlukan bantuan untuk merawat pasien skizofrenia. Padahal kewajiban *caregiver* dalam merawat pasien yang memiliki keterbatasan dan hambatan fungsional terbukti memiliki efek negatif bagi *caregiver* itu sendiri (Pinquart & Sörensen, 2003).

Beberapa literatur menyebut *caregiver* sebagai “*hidden patient*” (Roche & Palmer, 2009) karena beban perawatan yang harus ditanggung *caregiver* akan berdampak pada buruknya kesehatan mental mereka dan dalam beberapa kasus, dapat berkembang menjadi gangguan mental (Sales, 2003), (Wong, Lam, Chan, & Chan, 2012). Pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Aggarwal, Avasthi, Kumar, & Grover, 2011) yang menunjukkan bahwa banyak *caregiver* yang mengalami *psychological morbidity* disebabkan oleh kompleksnya peran *caregiver* yang mereka jalankan sehari-hari. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Kessler, dkk., 2005) dan (Lu, Austrom, & Perkins, 2007) juga menyatakan bahwa angka insiden *caregiver* yang mengalami depresi adalah sebanyak 5 kali lipat lebih tinggi dari pada populasi umum.

Tugas, tuntutan dan masalah yang mungkin timbul selama perawatan akan mempengaruhi kualitas hidup *family caregiver* apabila *caregiver* tidak mampu menggunakan strategi koping yang efektif untuk menanggulangi hal tersebut. Skizofrenia yang dialami oleh pasien dipandang sebagai bentuk stres yang bertahan lama dan *family caregiver* perlu mengembangkan berbagai strategi koping untuk menghadapi situasi yang mungkin terjadi (Magliano, Marasco, Fiorilla, Malangone, & Guarneri, 2002). Menurut (Kate, Grover, Kulhara, & Nehra, 2014), strategi koping yang digunakan dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup *caregiver* pasien skizofrenia.

Studi-studi yang dilakukan (Maurin & Barmann, 1990), (Kuipers, 1993) dan (Bibou-Nakou, Dikaiou, & Bairactaris, 1997), telah menunjukkan betapa pentingnya layanan kesehatan mental progresif yang tidak hanya berfokus pada perawatan pasien, tetapi juga pada kebutuhan dari *family caregiver*. Seharusnya *family caregiver* juga dilibatkan sebagai komponen berharga dalam perawatan terintegrasi bagi pasien skizofrenia. Sehingga faktor-faktor yang memperburuk kualitas hidup *family caregiver* seperti *caregiver burden* harus dievaluasi lebih lanjut. Namun sejauh ini, pengobatan maupun intervensi psikologis masih ditujukan hanya sebatas untuk pasien skizofrenia saja tanpa banyak menyentuh sisi para *family caregiver*.

Peneliti tertarik untuk mengkaji kualitas hidup *family caregiver* melalui perpektif kesehatan mental yang dinilai lebih inovatif dibandingkan dengan perspektif psikologi klinis. Pada perspektif klinis, pengobatan pada pasien skizofrenia dilakukan hanya untuk meredakan simpton yang terjadi. Namun,

sampai saat ini masih belum dikembangkan model pengobatan yang komprehensif bertujuan menyembuhkan pasien dan secara bersamaan meningkatkan kualitas hidup para *family caregiver*. Peneliti juga melihat urgensi dan fakta di lapangan bahwa sampai saat ini Pemerintah Indonesia masih belum mengusung program kesehatan mental khusus yang ditujukan untuk *family caregiver* pasien skizofrenia. Perspektif kesehatan mental seharusnya saat ini lebih banyak diaplikasikan terutama dalam *setting* pengobatan penyakit skizofrenia agar pengobatan menjadi lebih holistik. Kualitas hidup *family caregiver* harusnya lebih diperhatikan karena memiliki risiko kerentanan mental emosional selama merawat pasien. Tingkat *caregiver burden*, kualitas hidup dan strategi koping yang akan dikaji dalam penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran tersebut. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini karena sejauh ini penelitian mengenai *family caregiver* pasien skizofrenia lebih banyak dilakukan di negara-negara Barat dan Eropa (Quah, 2013). Sehingga hasil dari penelitian sebelumnya tidak bisa digeneralisir pada semua negara (Winahyu, Hemchayat, & Charoensuk, 2015).

### **1.3. Batasan Masalah**

Peneliti membatasi permasalahan yang akan diangkat dalam penelitian ini yaitu mengenai kualitas hidup, *caregiver burden* dan strategi koping pada *family caregiver* pasien skizofrenia. Batasan masalah merupakan sebuah upaya agar suatu penelitian menjadi lebih terfokus dan diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian dengan lebih efektif dan efisien. Adapun batasan masalah yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

### 1. Skizofrenia

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikotik yang menyebabkan hendaya dalam neurokognisis dan sosial-kognisi (Nieto, Kukuljan, & Silva, 2013). Mengacu pada DSM V Gangguan ini ditandai dengan adanya abnormalitas pada lima domain yaitu, delusi, halusinasi, ketidakteraturan, diorganisasi kognitif, dan abnormalitas pada tindakan motorik (meliputi perilaku katatonik) dan simton-simton negatif (American Psychiatric Association, 2013).

### 2. Pasien Skizofrenia

Pasien skizofrenia adalah seorang individu yang menderita gangguan mental yang disebut skizofrenia dan memerlukan perawatan dimana individu ini kehilangan kemampuan untuk menilai realitas dengan baik dan *self-control* yang buruk. Gejala dari pasien skizofrenia dibagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif dan negatif. Pada gejala positif ditandai dengan munculnya delusi atau waham, halusinasi, kekacuan alam pikiran, kegelisahan, kecurigaan serta menyimpan rasa dendam dan amarah. Pada gejala negatif, ditandai dengan kurangnya afeksi, penarikan emosional, minimnya *rapport*, penarikan diri dari hubungan sosial, kesulitan dalam pemikiran abstrak, apatis serta katatonia (Singh & Sousa, 2011).

### 3. *Family Caregiver*

*Family caregiver* adalah seorang individu dalam keluarga yang secara umum merawat dan mendukung pasien dalam menjalankan kehidupannya serta memenuhi kebutuhan kesejahteraan fisik dan psikologis individu yang sedang

sakit (Awad & Voruganti, 2008). *Family caregiver* merupakan keluarga atau kerabat yang memiliki kedekatan jarak tempat tinggal, kedekatan secara emosional, tugas dan peran yang saling berhubungan, dan terdapat rasa saling peduli dan menyayangi (Murray, 2003).

#### 4. Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan perhatian (*World Health Organization*, 2004). Pengukuran kualitas hidup bersifat multidimensi, meliputi dimensi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan.

#### 5. *Caregiver Burden*

Menurut Zarit, *caregiver burden* merupakan beban yang dirasakan oleh pengasuh terhadap kondisi emosi, fisik, sosial dan finansial. *Caregiver burden* merupakan kondisi yang dihasilkan dari berbagai tugas perawatan atau pembatasan-pembatasan yang menyebabkan ketidaknyamanan bagi *caregiver* (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). *Burden* atau beban yang dirasakan *caregiver* secara umum dibagi menjadi dua yaitu beban subjektif dan beban objektif.

#### 6. Strategi Koping

Strategi koping merupakan upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan eksternal/internal tertentu yang dinilai membebani atau melewati batas sumber daya yang ada dalam diri seorang individu. Menurut (Lazarus & Folkman,

1984), strategi koping merupakan perubahan dari suatu kondisi ke lainnya sebagai cara untuk menghadapi situasi tak terduga. Strategi koping merupakan perilaku atau proses untuk adaptasi dalam menghadapi tekanan atau ancaman. Secara umum strategi koping dibagi menjadi dua yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*.

#### **1.4. Rumusan Masalah**

Berangkat dari latar belakang dan identifikasi permasalahan yang telah dijabarkan diatas, peneliti merumuskan beberapa pertanyaan dalam penelitian ini. Adapun rumusan masalah tersebut adalah:

1. Apakah terdapat pengaruh *caregiver burden* terhadap kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia?
2. Apakah strategi koping dapat memoderasi pengaruh antara *caregiver burden* terhadap kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia?
3. Apakah terdapat perbedaan besaran pengaruh moderasi antar jenis strategi koping dalam hubungan antara *caregiver burden* dan kualitas hidup?

#### **1.5. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menguji secara empiris adanya pengaruh *caregiver burden*

terhadap kualitas hidup pada *family caregiver* pasien skizofrenia dengan strategi koping sebagai variabel moderator. Sedangkan tujuan khusus dalam penelitian ini adalah

1. Untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh antara *caregiver burden* terhadap kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia.
2. Untuk menguji secara empiris apakah strategi koping dapat memoderasi pengaruh antara *caregiver burden* terhadap kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia
3. Untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan besaran pengaruh moderasi strategi antar jenis strategi koping dalam hubungan antara *caregiver burden* dan kualitas hidup?

## **1.6. Manfaat Penelitian**

### **1.6.1. Manfaat Teoritis**

1. Penelitian ini diharapkan mampu memperkaya kajian ilmiah dalam ilmu psikologi klinis dan kesehatan mental mengenai *family caregiver* pasien skizofrenia dan faktor-faktor yang menentukan kualitas hidup khususnya yang terkait dengan *caregiver burden* dan strategi koping.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan referensi apabila dikembangkan menjadi penelitian selanjutnya

### **1.6.2. Manfaat Praktis**

1. Bagi Peneliti

Sarana untuk mengembangkan pemikiran kritis dan mengembangkan kemampuan menulis peneliti sebagai bentuk penerapan ilmu psikologi yang telah dipelajari selama perkuliahan.

2. Bagi *Family Caregiver* Pasien Skizofrenia

Sebagai sarana untuk mengetahui gambaran kualitas hidup *family caregiver* selama merawat pasien skizofrenia dan menjelaskan faktor yang memungkinkan penurunan kualitas hidup seperti *caregiver burden*. Serta diharapkan *family caregiver* mengetahui strategi koping yang adaptif dalam merespon situasi perawatan yang rentan menimbulkan stres.

3. Bagi Pemerintah Indonesia dan Instansi terkait

Memberikan kontribusi pada pemerintah untuk bisa lebih memperhatikan isu-isu kesehatan mental terutama yang berkaitan dengan kualitas hidup *family caregiver* pasien skizofrenia dan faktor-faktor yang mempengaruhi.