

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan bukan saja keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, tetapi merupakan kesejahteraan yang bersifat fisik, mental dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup secara produktif dan harmonis. Demikian pula kesehatan jiwa sebagai bagian integral dari kesehatan, merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan seseorang baik fisik, intelektual dan emosional secara optimal dan selaras dengan orang lain. Dapat dikatakan kesehatan jiwa yang baik adalah kondisi yang bebas dari gangguan jiwa, mempunyai daya tahan terhadap stres dan perkembangan yang harmonis dalam hidupnya (Depkes, 2000).

Menurut riset dasar kesehatan nasional tahun 2007, sekitar satu juta orang di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat, dan menurut WHO, jumlah penderita sakit mental akan terus meningkat hingga mencapai 450 juta orang di seluruh dunia pada tahun 2013. Macam gangguan jiwa yang paling sering dibicarakan adalah skizofrenia. Kebanyakan masyarakat umum cenderung menyederhanakan pengertian tersebut dengan menyebut penderitanya sebagai ‘gila’ atau yang dalam istilah psikologis disebut skizofrenia (Safitri dalam BBC Indonesia, 2011). Davidson dkk (2006) menyebutkan skizofrenia adalah suatu gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan dalam pikiran, emosi, dan

perilaku. Penderita skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi.

Data statistik menunjukkan skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan yang cukup umum. Prevalensi penderita skizofrenia pada tahun 2007 di Amerika Serikat dilaporkan bervariasi antara 1-1,5%. Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia pada tahun 2006 adalah 0,3-1% dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 hingga 45 tahun. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia (Arif, 2006)

Setiap tahun terdapat peningkatan jumlah penderita skizofrenia. Seperti yang diungkapkan dalam Surabaya post online (2010), jumlah penderita gangguan jiwa yang diterima Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur meningkat tajam dalam semester pertama bulan Januari hingga Juli 2010, yakni tiga hingga lima pasien per hari, yang pada tahun 2009 rata-rata satu hingga tiga orang per hari. Data RSJ Menur pada 2008 menunjukkan sebanyak 26.914 orang pasien rawat jalan dan 2.207 orang pasien rawat inap. Jumlah itu naik pada tahun 2009, yakni mencapai 28.356 pasien rawat jalan dan 2.609 orang pasien rawat inap. Sedangkan untuk tahun 2010, sejak bulan Januari hingga Mei ada 10.868 orang pasien rawat jalan dan 1.114 orang pasien rawat inap.

Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada. Selain karena angka insidennya di dunia cukup tinggi yakni satu per seribu, hampir 80% penderita skizofrenia juga mengalami kekambuhan secara berulang. Prognosis untuk skizofrenia pada umumnya kurang begitu menggembirakan. Sekitar 25% pasien dapat pulih dari episode awal dan

fungsinya dapat kembali pada tingkat premorbid (sebelum munculnya gangguan tersebut). Sekitar 25% tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Sekitar 50% berada diantaranya, ditandai dengan kekambuhan periodik dan ketidakmampuan berfungsi dengan efektif kecuali untuk waktu yang singkat (Arif, 2006).

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Keith, Reiger & Rae (dalam Nevid dkk, 2003) menambahkan, orang yang mengidap skizofrenia semakin lama semakin terlepas dari masyarakat. Mereka gagal untuk berfungsi sesuai peran yang diharapkan sebagai pelajar, pekerja, pasangan, dan keluarga serta komunitas, mereka menjadi kurang toleran terhadap perilaku mereka yang menyimpang.

Berbagai masalah baik fisik, psikologis maupun sosial yang dialami penderita akan mempengaruhi kualitas hidup penderita skizofrenia. Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya. Schipper (dalam Ware, 1992) mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien.

Perspektif kualitas hidup dapat mengungkap sebagian dari perkembangan penderita skizofrenia. Caron dkk (2005) menyatakan kualitas hidup penderita, dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi, *treatment* atau

terapi yang dilakukan. Disamping itu data tentang kualitas hidup dapat digunakan untuk mengambil keputusan yang berhubungan dengan nasib penderita khususnya mempertimbangkan intervensi/tindakan yang tepat bagi penderita.

Pentingnya mengetahui kualitas hidup pada penderita gangguan mental, khususnya skizofrenia terlihat dari berkembangnya penelitian mengenai berbagai faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia. Seperti penelitian Chan dkk (2008) yang meneliti kualitas hidup pada 201 penderita skizofrenia yang tinggal dalam komunitas. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa dukungan dari komunitas lingkungan, fungsi sosial dari penderita skizofrenia serta tingkatan simptom merupakan prediksi yang kuat dalam menentukan kualitas hidup penderita skizofrenia.

Penelitian lain dilakukan oleh Caron dkk (2005) mengenai hubungan antara sosiodemografi, karakteristik klinis, stresor, strategi koping serta dukungan sosial dengan kualitas hidup penderita skizofrenia. Subjek penelitian ini sebanyak 143 orang yang didiagnosis skizofrenia maupun gangguan skizoafektif. Pengambilan data dilakukan beberapa kali setiap enam bulan. Hasil penelitian menunjukkan hubungan sosial khususnya *attachment* dan perasaan dihargai dari lingkungan merupakan prediktor kuat yang mempengaruhi kualitas hidup penderita.

Skizofrenia sulit disembuhkan, tetapi dengan bantuan psikiater, *treatment* dan obat-obatan, skizofrenia dapat dikontrol. Pemulihan memang kadang terjadi, tetapi tidak bisa diprediksikan. Dalam beberapa kasus, penderita menjadi lebih baik dari sebelumnya. Keringanan gejala selalu nampak dalam dua tahun pertama

setelah penderita diobati, dan berangsur-angsur menjadi jarang setelah lima tahun pengobatan. Pada usia lanjut, diatas 40 tahun, kehidupan penderita skizofrenia yang diobati akan semakin baik, dosis obat yang diberikan akan semakin berkurang, dan frekuensi pengobatan akan semakin jarang (www.angelfire.com/mt/matrixs/psikologi.htm).

Maramis (2005) menyebutkan dahulu bila diagnosa skizofrenia dibuat, maka ini berarti bahwa sudah tidak ada harapan lagi bagi orang yang bersangkutan, bahwa kepribadiannya selalu akan menuju ke kemunduran mental (deteriorasi mental). Dan bila seorang dengan skizofrenia kemudian menjadi sembuh, maka diagnosanya harus diragukan. Sekarang dengan pengobatan modern ternyata, bahwa bila penderita itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari mereka akan sembuh sama sekali (*full remission* atau *recovery*). Sepertiga yang lain dapat dikembalikan ke masyarakat walaupun masih didapati cacat sedikit dan mereka masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya (*social recovery*).

Bentuk perawatan bagi penderita skizofrenia dapat berupa perawatan di rumah sakit umum atau jiwa, rawat jalan atau program residensial. Chandra (2006) menjelaskan bahwa program residensial adalah tempat semacam asrama bagi penderita skizofrenia yang sudah relatif tenang atau mencapai keadaan remisi (tetapi masih memerlukan rehabilitasi, latihan keterampilan lebih lanjut), dapat hidup dalam suasana lingkungan seperti keluarga (bersama-sama pasien lainnya) dalam mana ia dapat mempraktekkan pengetahuan dan keterampilan yang telah dipelajarinya di tengah-tengah lingkungan yang mendukung sehingga ia kemudian

juga terampil menjalani kehidupan ini di luar rumah sakit, ditengah-tengah masyarakat luas seperti anggota masyarakat pada umumnya. Istilah remisi (sembuh bebas gejala) menunjukkan pasien, sebagai hasil terapi medikasi terbebas dari gejala-gejala skizofrenia. Istilah *recovery* biasanya mencakup disamping terbebas dari gejala-gejala halusinasi, delusi dan lain-lain, pasien juga dapat bekerja atau belajar sesuai harapan keadaan diri pasien masyarakat sekitarnya. Untuk mencapai kondisi sembuh dan dapat berfungsi, seorang penderita skizofrenia memerlukan medikasi, konsultasi psikologis, bimbingan sosial, latihan keterampilan kerja, dan kesempatan yang sama untuk semuanya seperti anggota masyarakat lainnya. Dalam mencapai kondisi tersebut diperlukan kerjasama tidak hanya dari tenaga profesional melainkan juga masyarakat, serta penderita dan keluarganya.

Walaupun sudah mencapai masa remisi bukan berarti penderita tidak dihadapkan pada berbagai masalah. Siswanto (2007) menyebutkan orang yang telah didiagnosa mengalami skizofrenia biasanya sulit dipulihkan. Jika bisa sembuh, itu pun memakan waktu yang sangat lama (bertahun-tahun) dan tidak bisa seperti semula lagi. Bila tidak berhati-hati dan mengalami tekanan yang berlebihan, besar kemungkinan akan kambuh lagi dan menjadi lebih parah. Selain resiko kekambuhan, penderita skizofrenia juga dihadapkan akan hambatan-hambatan yang mempengaruhi kualitas hidupnya. Wilkinson dkk (2005) yang melakukan wawancara mendalam pada penderita-penderita skizofrenia akan pengalaman-pengalaman penting dalam hidup penderita, menemukan tiga aspek penting dalam kualitas hidup. Tiga aspek tersebut adalah psikososial, motivasi dan

energi dalam beraktivitas, simptom serta efek pengobatan. Tiga aspek ini yang menjadi dasar dalam pembuatan alat ukur kualitas hidup khusus pada penderita skizofrenia Gee dkk (2003) menyatakan hambatan yang mempengaruhi kualitas hidup penderita skizofrenia adalah hambatan dalam hubungan interpersonal karena diskriminasi dan stigma sosial, kurangnya kontrol perilaku, kehilangan kesempatan kerja, kendala keuangan/ekonomi, efek samping dan sikap terhadap pengobatan, respon psikologis terhadap skizofrenia, yakni merasa khawatir dan tidak berguna, serta kekhawatiran akan masa depan mereka. Proses yang digunakan untuk menangani hambatan atau tuntutan-tuntutan tersebut adalah koping. Salah satu faktor yang paling menunjang adalah membantu penderita skizofrenia untuk menggunakan strategi koping yang tepat.

Koping merupakan suatu proses kognitif dan tingkah laku bertujuan untuk mengurangi perasaan tertekan yang muncul ketika menghadapi situasi stres. Penderita skizofrenia sering dilaporkan mengalami kesulitan dalam menentukan koping yang sesuai. Beberapa kondisi stresor dapat memperburuk gejala skizofrenia dan bagi penderita yang sudah mengalami kesembuhan, stres yang berlebih dapat mengakibatkan kekambuhan. Tempat rehabilitasi mengajarkan penderita berbagai hal termasuk diantaranya mengarahkan strategi koping yang sesuai bagi penderita. Tantangan bagi penderita adalah bagaimana penderita bisa menjalankan hal-hal yang diajarkan dengan baik setelah selesai menjalankan proses rehabilitasi (Imelda, 2008)

Penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam memilih strategi koping yang sesuai ketika masih mengalami gejala gangguan skizofrenia yang dominan

dalam hidupnya. Namun pasca rehabilitasi, ketika penderita dalam masa remisi mampu memilih strategi koping yang sesuai untuk menghadapi stres. Beberapa penelitian mengenai koping pada penderita skizofrenia menyebutkan bahwa penderita skizofrenia juga menggunakan berbagai strategi koping dalam menghadapi masalah. Imelda (2008) yang meneliti mengenai strategi koping penderita skizofrenia pasca rehabilitasi, menyatakan penderita mampu untuk memilih strategi koping yang sesuai untuk menghadapi stres, antara lain *problem focused coping* yaitu *confrontative positif, seeking social support, planful problem solving*; dan *emotion focused coping*, yaitu *self control positif, distancing, positive reappraisal, accepting responsibility* dan *escape* atau *avoidance*. Hal ini menjadi lebih mudah bagi penderita skizofrenia karena adanya dukungan keluarga dan lingkungan sekitarnya disertai juga dengan kemampuan kognitif yang semakin baik.

Beberapa penelitian lain telah dilakukan dalam meneliti hubungan antara koping dengan kualitas hidup pada penderita skizofrenia. Badli dkk (2008) meneliti mengenai hubungan antara *coping style* dan faktor klinis dengan kualitas hidup penderita skizofrenia dalam remisi di Malaysia. Tahap remisi ditentukan berdasarkan skala BPRS dan diagnosa oleh pakar psikiatri. Dengan menggunakan skala SF36 untuk mengukur kualitas hidup, serta CISS untuk melihat *coping style* yang dilakukan oleh 92 penderita skizofrenia, hasil penelitian ini menunjukkan adanya korelasi positif antara *coping style* khususnya yang menggunakan *problem focused coping* dengan kualitas hidup serta korelasi negatif antara *coping style*

yang menggunakan *emotion focused coping* dengan kualitas hidup penderita skizofrenia.

Penelitian lain dilakukan Rudnick (2001 dalam Rudnick & Martin, 2009), yang meneliti hubungan antara *emotional* dan *focused coping* dengan kualitas hidup penderita skizofrenia. Hasil penelitian ini menunjukkan *problem* dan *emotion focus coping* tidak berpengaruh pada strategi untuk mengurangi keparahan simptom atau untuk meningkatkan kualitas hidup pada penderita skizofrenia. Hal ini mendorong Rudnick melakukan penelitian lain dengan Martin (Rudnick & Martin, 2009) mengenai hubungan antara faktor-faktor *coping* dengan keparahan simptom dan kualitas hidup pada 58 penderita skizofrenia. Pengumpulan data menggunakan *The Ways Coping Checklist*, skala sindrom positif dan negatif, serta *The Wisconsin Quality of Life Index*. Komponen-komponen penting dianalisis dalam *The Ways Coping Checklist* dan menghasilkan enam klasifikasi bentuk *coping* yang selanjutnya dianalisis untuk melihat hubungan antara skala sindrom positif dan negatif, dan kualitas hidup penderita. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan *problem focused coping* memiliki hubungan yang lebih besar dengan *symptom severity* dan kualitas hidup daripada faktor-faktor dalam *emotion focused coping*. Penelitian mengenai strategi coping dengan kualitas hidup penderita skizofrenia dalam masa remisi atau kondisi stabil telah dilakukan oleh peneliti-peneliti di luar negeri dengan hasil penelitian yang berbeda-beda, maka peneliti ingin melakukan penelitian mengenai strategi coping dengan kualitas hidup penderita skizofrenia di Indonesia, khususnya di Rumah Sakit Jiwa Menur.

1.2. Identifikasi Masalah

Perspektif kualitas hidup dapat mengungkap sebagian dari perkembangan penderita skizofrenia. Caron dkk (2005) menyatakan kualitas hidup penderita, dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi, *treatment* atau terapi yang dilakukan. Hansson dkk (1999) menyebutkan kualitas hidup sebagai suatu ukuran efektifitas suatu pengobatan atau perawatan yang dapat menjadi sumber dalam evaluasi jasa psikiatris yang telah dilakukan

Bentuk perawatan bagi penderita skizofrenia dapat berupa perawatan di rumah sakit (umum atau jiwa), rawat jalan atau program residensial. Chandra (2006) menjelaskan bahwa program residensial adalah tempat semacam asrama bagi penderita skizofrenia yang sudah relatif tenang atau mencapai keadaan remisi (tetapi masih memerlukan rehabilitasi, latihan keterampilan lebih lanjut), dapat hidup dalam suasana lingkungan seperti keluarga (bersama-sama pasien lainnya) dalam mana ia dapat mempraktekkan pengetahuan dan keterampilan yang telah dipelajarinya di tengah-tengah lingkungan yang mendukung sehingga ia kemudian juga terampil menjalani kehidupan ini di luar rumah sakit, di tengah-tengah masyarakat luas seperti anggota masyarakat pada umumnya. Istilah remisi (sembuh bebas gejala) menunjukkan pasien, sebagai hasil terapi medikasi terbebas dari gejala-gejala skizofrenia, tetapi tidak melihat apakah pasien itu dapat berfungsi atau tidak. Istilah *recovery* biasanya mencakup disamping terbebas dari gejala-gejala halusinasi, delusi dan lain-lain, pasien juga dapat bekerja atau belajar sesuai harapan keadaan diri pasien masyarakat sekitarnya. Untuk mencapai

kondisi sembuh dan dapat berfungsi, seorang penderita skizofrenia memerlukan medikasi, konsultasi psikologis, bimbingan sosial, latihan keterampilan kerja, dan kesempatan yang sama untuk semuanya seperti anggota masyarakat lainnya. Dalam mencapai kondisi tersebut diperlukan kerjasama tidak hanya dari tenaga profesional melainkan juga masyarakat, serta penderita dan keluarganya. Salah satu faktor yang paling menunjang adalah membantu penderita skizofrenia untuk menggunakan coping yang tepat.

Koping merupakan suatu proses kognitif dan tingkah laku bertujuan untuk mengurangi perasaan tertekan yang muncul ketika menghadapi situasi stres. Pada penderita skizofrenia, ketidakmampuan dalam menangani dan mengendalikan stres dipercaya sebagai penyebab utama akan *relapse* dan menurunkan kualitas hidup (Ritsner dkk, 2003; Lysaker dkk, 2005). Namun disisi lain penderita skizofrenia yang juga memiliki gangguan dalam kognitif dan tingkah laku, sering dilaporkan mengalami kesulitan dalam menentukan coping yang sesuai. Beberapa penelitian mengenai coping penderita skizofrenia menyebutkan penderita lebih sering menggunakan bentuk coping mengindar (*avoidance*) yang merupakan strategi coping maladaptif karena kesulitan dalam menghadapi masalah dan memilih menghindari stresor daripada melakukan tindakan langsung yang dapat menyelesaikan masalah (Willis dkk, 2002; Lysaker dkk, 2005). Padahal berdasarkan Willis dkk (2002), coping yang efektif bagi penderita skizofrenia adalah yang dapat meningkatkan kemungkinan *recovery* dengan keinginan terus-menerus belajar, meningkatkan kemampuan dan peran sekaligus “penerimaan” akan kondisi gangguan mentalnya. Hal ini disertai dengan perilaku coping; seperti

ikut dalam *self-help group* dan ikut ambil bagian dalam aktivitas yang berarti. Berdasarkan pengertian Willis ini maka strategi koping yang efektif adalah strategi atau usaha-usaha dalam menghadapi, mengatasi dan menyelesaikan masalah secara positif atau koping adaptif.

Lazarus dan Folkman menyatakan koping yang efektif akan membantu seseorang untuk mentoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Cohen dan Lazarus (dalam Taylor, 1991) mengemukakan, agar koping dilakukan dengan efektif, maka strategi koping perlu mengacu pada lima fungsi tugas koping (*coping task*), yaitu; mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya, mentoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif, mempertahankan gambaran diri yang positif, mempertahankan keseimbangan emosional, serta melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain. Efektivitas koping tergantung dari keberhasilan pemenuhan tugas koping ini. Setelah dapat memenuhi fungsi tugas tersebut, maka individu akan memiliki evaluasi yang lebih positif akan hidupnya, yakni dalam penerimaan dan penilaian positif akan lingkungan, dirinya serta kondisi gangguan yang merupakan refleksi akan kesejahteraan dan kepuasan hidup.

1.3. Batasan Masalah

Masalah penelitian perlu dibatasi agar penelitian menjadi lebih terfokus dan diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian dengan lebih efektif dan efisien, maka batasan penelitian ditentukan sebagai berikut:

1. Skizofrenia adalah suatu gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku-pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; afek yang datar atau tidak sesuai; dan berbagai gangguan motorik yang *bizarre* (Davidson dkk, 2006). Subjek dalam penelitian ini adalah penderita skizofrenia dalam masa stabil atau remisi simptom, yakni dengan berkurangnya gejala-gejala inti atau simptom skizofrenia rendah (Van Os dkk, 2005)
2. Kualitas hidup merupakan persepsi individual mengenai posisinya dalam kehidupan terkait kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (Rapley, 2003). Wilkinson dkk (2000) menyatakan tiga aspek penting dalam kualitas hidup penderita skizofrenia adalah psikososial, motivasi dan energi dalam beraktivitas, simptom serta efek pengobatan.
3. Strategi koping yang digunakan dalam penelitian ini adalah strategi koping adaptif yang berarti menangani atau mengatasi masalah secara efektif atau positif (Tan dkk, 2011). Bentuk-bentuk koping adaptif yang digunakan berdasarkan teori strategi koping adaptif Carver dkk (1989).

1.4. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

“Apakah ada hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup pada penderita skizofrenia remisi simptom?”

1.5. Tujuan Penelitian

Penelitian ini ditujukan untuk menguji secara empiris mengenai hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup penderita skizofrenia remisi simptom.

1.6. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memiliki manfaat bagi kepentingan ilmu pengetahuan psikologi maupun kepentingan praktis:

1. Manfaat Teoritis

- a. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kualitas hidup dan strategi koping adaptif penderita skizofrenia remisi simptom
- b. Sebagai sumbangan ilmiah kajian psikologi klinis guna memperoleh pemahaman, pengembangan teori, serta membuka penelitian lebih lanjut mengenai strategi koping dan kualitas hidup khususnya pada penderita skizofrenia remisi simptom

2. Manfaat Praktis

- a. Diharapkan dapat memberikan masukan kepada penderita, instansi dan tenaga ahli yang terkait; seperti dokter, praktisi kesehatan dan psikolog, mengenai pentingnya pemilihan strategi koping dalam meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia
- b. Dapat digunakan sebagai refleksi dan evaluasi pada penderita, instansi dan tenaga ahli yang terkait; seperti dokter, praktisi kesehatan dan

psikolog, mengenai kualitas hidup sehingga dapat mempertahankan dan mengembangkan *treatment* yang dapat membantu penderita skizofrenia untuk merasa terpenuhi dan puas dalam hidupnya