



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan salah satu kelainan jiwa berat yang juga dialami sebagian penduduk kota besar termasuk Jakarta. Berikut adalah ilustrasi kasus penderita skizofrenia di Jakarta. Chrisantini adalah seorang wanita aktif yang bekerja di salah satu perusahaan farmasi di Jakarta. Chrisantini memiliki prestasi kerja yang baik dan memiliki teman yang banyak. Pada umur 41 tahun Chrisantini keluar dari pekerjaannya dan mulai sering bertingkah aneh. Ia menjadi depresi, sering mengunci diri di kamar, dan selalu mencurigai orang lain terutama adik dan ibunya. Chrisantini sering uring-uringan dan marah-marah. Ia yakin adik dan ibunya berkomplot menyudutkannya. Oleh dokter, Chrisantini di diagnosis menderita skizofrenia. Semakin tua kondisi Chrisantini semakin parah. Selain menderita kepikunan, Chrisantini juga semakin sering berhalusinasi. Setelah ibunya meninggal, Chrisantini dirawat oleh adiknya yang telah menjanda dengan tiga orang anak. Ilustrasi di atas merupakan kisah nyata yang diceritakan adik Chrisantini bernama Susanti Winarni Handoko (Handoko, 2000).

Penderita skizofrenia sering kali dijuluki “orang gila” dan cenderung dijauhi karena sering bertingkah aneh. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa di mana terjadi pemisahan antara pikiran, emosi, dan perilaku sehingga terjadi kegagalan *reality testing* pada orang yang mengalaminya (Fausiah & Widury, 2005). Jumlah penderita skizofrenia di Indonesia adalah tiga sampai lima per 1000 penduduk (<http://www.sinarharapan.co.id>). Mayoritas penderita skizofrenia ada di kota besar. Hal ini berkaitan dengan tingkat stress yang ada di kota besar (<http://www.sinarharapan.co.id>).

Penderita skizofrenia mengalami gejala delusi, halusinasi, kehilangan minat terhadap hal-hal yang awalnya merupakan rutinitasnya, berkurangnya kemampuan untuk bertindak dan berpikir sehingga tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, kesulitan komunikasi, kesulitan mengekspresikan afek, dan menampilkan gerakan atau mempertahankan pose tubuh yang tidak wajar dalam jangka waktu yang lama (Fausiah & Widury, 2005). Karena kelainan

yang dideritanya, penderita skizofrenia tidak bisa membedakan antara perilaku yang baik atau tidak berbahaya dengan perilaku yang tidak baik atau berbahaya. Penderita skizofrenia juga memiliki hambatan untuk bisa memenuhi kebutuhannya yang meliputi kebutuhan fisik, keamanan, cinta dan kasih sayang, kebutuhan untuk diakui dan dihargai, dan kebutuhan untuk aktualisasi diri. Dengan keterbatasan yang mereka miliki karena skizofrenia, mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk dapat merawat dan memenuhi kebutuhannya. Bantuan ini bisa didapatkan dari keluarga maupun jasa orang lain diluar keluarga.

Seseorang yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu disebut *caregiver* (<http://www.caregiver.org>). Perawatan tersebut diberikan kepada orang lain yang membutuhkan pertolongan, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya (Oyebode, 2003). *Caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memberikan perhatian kepada individu lainnya, misalnya para manula, individu yang sakit, dan individu yang memiliki keterbatasan lainnya dalam berbagai tingkat usia (<http://www.zimmer.com>). Seorang *caregiver* bisa saja berasal dari anggota keluarga, teman, tenaga sukarela, ataupun tenaga profesional yang mendapatkan bayaran. Individu ini bisa merupakan *caregiver* primer atau *caregiver* sekunder, bekerja penuh-waktu atau paruh-waktu, tinggal bersama individu yang dibantunya atau tinggal terpisah dari individu yang dibantunya (<http://www.caregiver.org>). Berdasarkan dua definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver* adalah individu yang merawat, menyediakan kebutuhan dasar atau kebutuhan sehari-hari, kenyamanan, serta perlindungan dan pengawasan pada individu lain yang membutuhkan pertolongan karena sakit maupun dalam keadaan tidak mampu.

Caregiver dapat dibedakan ke dalam dua kelompok, yaitu *caregiver* formal dan *caregiver* informal (<http://www.caregiver.org>). *Caregiver* formal adalah individu yang menerima bayaran untuk memberikan perhatian, menyediakan kebutuhan fisik, maupun bantuan atau kenyamanan, serta perlindungan dan pengawasan kepada individu lain. Contoh dari *caregiver* formal adalah perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, wisma, atau panti yang menampung penderita kelainan jiwa. *Caregiver* informal adalah *caregiver* yang

menyediakan bantuan pada individu lain yang memiliki hubungan pribadi dengannya, seperti pada hubungan keluarga, teman, ataupun tetangga. *Caregiver* informal biasanya tidak menerima bayaran. Pengertian *caregiver* informal ini dapat disamakan dengan *caregiver* keluarga.

Kasuya, Polgar-Bailey, dan Takeuchi (2000) menyatakan anggota keluarga biasanya menerima tanggung jawab untuk memberikan perawatan (*caregiving*) bagi kerabatnya yang menderita penyakit kronis, misalnya skizofrenia. Biasanya *caregiver* melakukannya karena alasan emosional dan ekonomi bukan karena mereka memang mampu atau merasa nyaman dengan jenis perawatan yang harus diberikan (Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000). Mereka biasanya diharapkan menjalankan peran sebagai *caregiver* tanpa memperhatikan konsekuensi emosional, fisik, dan keuangan yang mungkin terjadi (Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000).

Stanley dan Shwetha (2006) menjelaskan skizofrenia merupakan salah satu kelainan jiwa yang parah dan mengakibatkan stress tidak hanya bagi penderitanya tetapi juga bagi anggota keluarganya. Bloch, Szmukler, Herman, Collusa, et al (1995) mengatakan menghadapi kelainan jiwa di dalam keluarga dapat menambah konflik keluarga, stigma, kekacauan di tempat kerja, dan kesejahteraan psikologis *caregiver* yang terganggu (dalam Chen & Greenberg, 2004, p. 423). Sales (2003) mengatakan merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kronis dapat menimbulkan perasaan terbebani dan ketegangan bagi *caregiver* yang dapat mengurangi kualitas hidup *caregiver* (Stanley & Shwetha, 2006, p. 4). Ivarsson et al. (2004) menjelaskan beban *caregiver* merupakan hal yang kompleks dan mencakup beberapa hal seperti kegiatan sehari-hari, kecemasan, dan tekanan sosial (Stanley & Shwertha, 2006, p. 4).

Lund (2005) menerangkan tanggung jawab sebagai *caregiver* seringkali menimbulkan konflik peran dengan pekerjaan atau keluarga, menimbulkan rasa sakit secara emosional karena melihat orang yang disayangi dalam keadaan sakit, serta kehilangan kebebasan dan privasi. Morycz (1980) mengatakan bahwa tekanan sebagai *caregiver* dapat disebabkan oleh konflik peran dan kelebihan peran yang diemban (dalam Climo, 1999, p. 10). Climo (1999) menambahkan

tekanan sebagai *caregiver* juga termasuk tekanan ekonomi dan keterbatasan dalam kegiatan sosial dan rekreasi.

Selain memberikan dampak negatif, memberikan perawatan (*caregiving*) juga memiliki dampak positif. Hinrichsen, Hernandez, dan Pollack (1992) menjelaskan seorang *caregiver* dapat merasakan dampak positif diantaranya dihargai dan disukai oleh *care-receiver* karena telah merawatnya, merasakan kepuasan karena berusaha membantu *care-receiver* dan telah melaksanakan kewajiban terhadap *care-receiver*, dan perasaan bahwa individu telah menemukan kekuatan baru sebagai hasil dari memberikan perawatan (Yamada, 1997, p. 16). Memberikan perawatan juga dapat menggantikan perasaan gagal akibat kegagalan pernikahan, menajanda, atau karir yang tidak memuaskan (Yamada, 1997). Yamada (1997) juga menambahkan *caregiver* dapat merasa berguna (*sense of usefulness*), meningkatkan hubungan baik dengan *care-receiver*, dapat lebih memahami atau berempati dengan *care-receiver*, dan membantu *care-receiver* dengan memberikan sudut pandang baru sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan pandangannya terhadap dunia.

Pada penelitian ini, *caregiver* yang akan diteliti adalah *caregiver* informal wanita yang berada pada rentang usia dewasa madya yaitu 40-65 tahun (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Hal ini didasarkan pada penelitian Irmansyah (2002) yang menjelaskan rumah sakit jiwa pemerintah dan swasta hanya sanggup menampung 5% dari total penderita kelainan jiwa sehingga 95% penderita kelainan jiwa setiap hari hidup di luar RS. Ciri keluarga Indonesia yang sangat kuat hubungan kekeluargaannya, *extended*, dan saling menolong dalam menghadapi masalah membuat hampir semua penderita skizofrenia yang tidak dirawat di RS berada dalam lingkungan keluarga (Irmansyah, 2002). Penelitian lain mengatakan *caregiver* informal seringkali terpilih karena suatu “keterpaksaan” untuk memikul tanggung jawab sebagai *caregiver*, yaitu memberikan dukungan fisik, emosional, dan finansial kepada anggota keluarga yang tingkat ketergantungannya semakin tinggi akibat suatu penyakit (Yamada, 1997).

Pada masyarakat dewasa ini, memberikan perawatan (*caregiving*) kepada seseorang masih dianggap sebagai tugas wanita (Lindahl, 1997). Abel (1991),

Aronson (1991), dan Chappell (1992) mengatakan bahwa kebanyakan perawatan informal dalam konteks keluarga dilakukan oleh seorang istri, anak perempuan, atau menantu perempuan (Lindahl, 1997, p.2). Peran *caregiver* yang dijalankan wanita dapat menyebabkan kesejahteraan psikologis wanita tersebut menjadi lebih rentan (Climo & Stewart dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Stress yang dialami *caregiver* lebih banyak dialami oleh wanita daripada pria di mana *caregiver* wanita lebih merasa terbebani dalam hal fisik, emosional, dan finansial (*Caregiver Stress*, n.d.). Selain itu, onset skizofrenia pada pria lebih cepat daripada wanita yaitu 15-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita (Fausiah & Widury, 2005). Oleh karena itu, peran *caregiver* akan dijalankan oleh orang yang berada pada rentang umur yang sama dengan penderita ataupun oleh orang yang lebih tua dari penderita. Menurut penelitian yang telah dilakukan Djatmiko (2005) dan Irawati (2005) mayoritas *caregiver* skizofrenia adalah orang tua diikuti oleh saudara kandung dan pasangan. Penelitian ini juga menjelaskan mayoritas *caregiver* skizofrenia adalah wanita yang berumur 41-60 tahun (Djatmiko, 2005) dan di atas 50 tahun (Irawati, 2005) atau orang-orang yang berada pada rentang umur dewasa madya. Hal inilah yang mendasari pemilihan subjek penelitian wanita yang berada dalam rentang umur dewasa madya.

Masa dewasa madya merupakan salah satu tahap perkembangan manusia yaitu ketika seseorang berada pada rentang usia 40-65 tahun (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Menurut Erikson setiap tahap perkembangan memiliki konflik yang harus diselesaikan (Papalia, Olds, & Feldman, 2007) di mana penyelesaian konflik pada setiap tahapan perkembangan akan berpengaruh pada kesehatan dan kesejahteraan psikologis seseorang (Climo, 1999). Menurut Erikson, konflik yang dihadapi dewasa madya adalah *generativity versus stagnation* (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Papalia, Olds, dan Feldman (2007) menjelaskan *generativity* adalah masa dimana orang dewasa berjuang untuk berkontribusi terhadap masa depan dengan membimbing dan melepas generasi penerusnya. Climo (1999) mengatakan karakteristik utama dari *generativity* adalah kepedulian (*care*). MacDermid et al (1997) mengatakan bahwa peran sebagai *caregiver* dapat meningkatkan ekspresi *generativity* (Climo, 1999, p. 47). Dengan kata lain, peran sebagai *caregiver* dapat berkontribusi agar seseorang mencapai *generativity*

sehingga memberikan dampak positif pada kesehatan dan kesejahteraan psikologisnya (Climo, 1999, p. 47).

Pada sisi lain peran sebagai *caregiver* juga dapat menghambat seseorang mencapai *generativity* (Climo, 1999). Menjalankan peran sebagai *caregiver* sangat menyita waktu dan dapat menghambat kebebasan *caregiver* untuk berkontribusi pada lingkungan sosial yang lebih luas (Climo, 1999). Tuntutan dan dampak negatif karena menjadi seorang *caregiver* dapat berkontribusi tidak hanya pada keadaan stagnasi tetapi juga pada konflik peran, tekanan karena peran yang dijalankan, dan peran yang berlebihan (Aneshensel et al, 1993; Morycz, 1980) sehingga dapat mempengaruhi kebahagiaan *caregiver* dewasa madya (dalam Climo, 1999). Masalah yang mungkin dihadapi oleh *caregiver* dewasa madya dapat mempengaruhi kebahagiaan yang mereka rasakan. Maka dapat dikatakan mereka berpotensi untuk berada pada situasi yang tidak bahagia atau minimal memiliki tingkat kebahagiaan yang rendah.

Kebahagiaan (Seligman, 2005) merupakan konsep yang mengacu pada emosi positif yang dirasakan individu serta aktifitas positif yang tidak memiliki komponen perasaan sama sekali, misalnya ketika individu terlibat dalam kegiatan yang sangat disukainya. Emosi positif ini dirasakan individu terhadap masa lalunya, masa kini, dan masa depannya (Seligman, 2005). Seligman (2005) juga mengatakan individu yang mendapatkan kebahagiaan sejati adalah mereka yang telah dapat mengidentifikasi dan mengolah atau melatih kekuatan (*strength*) dan keutamaan (*virtue*) yang dimilikinya dan menggunakannya pada kehidupan sehari-hari, baik dalam pekerjaan, cinta, permainan dan pengasuhan.

Peterson dan Seligman (2004) mendefinisikan kekuatan (*strength*) sebagai proses atau mekanisme psikologis yang membentuk keutamaan (*virtue*). Sedangkan keutamaan (*virtue*) adalah karakteristik inti yang dihargai oleh para filsuf dan agamawan (Peterson & Seligman, 2004). Peterson dan Seligman (2004) mengatakan keutamaan-keutamaan ini bersifat universal dan terpilih melalui proses evolusi untuk kelangsungan hidup manusia. Seligman (2005) mengatakan kekuatan dan keutamaan merupakan karakteristik positif yang menyebabkan perasaan senang dan gratifikasi.

Seligman (2005) mengatakan terdapat 6 nilai keutamaan yang tergambar dalam 24 karakteristik kekuatan yang dapat membantu seseorang agar merasakan kebahagiaan atau mempertahankan tingkat kebahagiaan yang dimilikinya. Keutamaan berkaitan dengan kebijakan dan pengetahuan dapat dilihat dari kekuatan keingintahuan, kecintaan belajar, pertimbangan, kecerdikan, kecerdasan sosial, dan perspektif. Keutamaan berkaitan dengan keberanian dapat dilihat melalui kekuatan kepahlawanan, ketekunan, dan integritas. Keutamaan berkaitan dengan kemanusiaan dan cinta dapat dilihat melalui kekuatan kebaikan dan kemampuan untuk mencintai dan dicintai. Keutamaan berkaitan dengan keadilan dapat dilihat melalui kekuatan bermasyarakat, keadilan, dan kepemimpinan. Keutamaan berkaitan dengan kesederhanaan dapat dilihat melalui kekuatan pengendalian diri, kehati-hatian, dan kerendahan hati. Keutamaan terakhir yaitu transendensi dapat dilihat melalui kekuatan apresiasi terhadap keindahan, bersyukur, harapan, spiritualitas, sifat pemaaf, rasa humor, dan semangat. Selain itu, kebahagiaan merupakan konsep yang subjektif karena setiap individu memiliki tolak ukur kebahagiaan yang berbeda-beda, misalnya uang, prestasi, pernikahan, dan sebagainya (Seligman, 2005, p. 65).

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan dalam menjalani kehidupannya setiap manusia, termasuk *caregiver* informal penderita skizofrenia, akan menghadapi hal-hal yang dapat memengaruhi kebahagiaan yang dirasakannya. Adanya karakteristik positif yang dimiliki *caregiver* informal serta penerapannya dalam berbagai aspek kehidupannya akan memengaruhi kebahagiaan yang dirasakannya. Selain itu, ada juga faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi kebahagiaan yang dirasakan *caregiver* informal penderita skizofrenia. Oleh karena itu, penelitian ini memfokuskan pada gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang menjadi *caregiver* informal penderita skizofrenia.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan metode analisis kualitatif dan menggunakan tipe penelitian studi kasus untuk mendapatkan gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif wanita dewasa madya yang menjadi *caregiver* informal penderita skizofrenia. Metode pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah wawancara dan observasi, Dengan pendekatan

kualitatif peneliti dapat mempelajari isu-isu secara mendalam dan mendetail mengenai hal yang dirasakan individu terkait dengan topik penelitian (Patton dalam Poerwandari, 2007). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada responden.

1.2. Permasalahan Penelitian

Permasalahan utama yang ingin dijawab dari penelitian ini adalah:

“Bagaimana gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif (*strength and virtue*) pada wanita dewasa madya yang menjadi *caregiver* informal penderita skizofrenia?”

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif (*strength* dan *virtue*) pada wanita dewasa madya yang menjadi *caregiver* informal penderita skizofrenia.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menggerakkan minat peneliti lainnya untuk melakukan kajian teoritis maupun penelitian yang berhubungan dengan kebahagiaan dan karakteristik positif *caregiver* yang merawat anggota keluarga dengan kelainan jiwa khususnya skizofrenia. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah maupun memperdalam pemahaman dan tinjauan pustaka mengenai kebahagiaan dan karakteristik positif *caregiver* yang merawat anggota keluarga dengan kelainan jiwa khususnya skizofrenia yang telah ada.

1.4.2. Manfaat Praktis

Pemahaman yang lebih baik mengenai masalah-masalah yang dialami *caregiver* serta gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif *caregiver* dapat mendukung upaya praktisi yang melakukan program intervensi untuk *caregiver* yang merawat anggota keluarga yang menderita kelainan jiwa agar dapat meningkatkan kebahagiaan yang mereka rasakan.

1.5. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pendahuluan

Menjelaskan mengenai latar belakang peneliti melakukan penelitian mengenai gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang menjadi *caregiver* informal penderita skizofrenia, permasalahan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penelitian.

2. Tinjauan Pustaka

Dijelaskan mengenai teori-teori yang digunakan untuk menganalisis dan menjawab permasalahan. Teori-teori ini meliputi teori mengenai kebahagiaan, karakteristik positif (*strengths* dan *virtues*), *caregiver*, dan kelompok umur dewasa madya.

3. Metode Penelitian

Berisi pendekatan penelitian, subjek penelitian, metode pengumpulan data, alat penelitian, prosedur pengumpulan data serta prosedur analisis data yang digunakan dalam penelitian ini.

4. Analisis Hasil dan Interpretasi

Dijelaskan mengenai analisis data yang didapatkan berdasarkan teori yang digunakan. Analisis ini terdiri dari analisis intrasubjek dan analisis antar subjek.

5. Kesimpulan, Diskusi, dan Saran

Menguraikan kesimpulan dari hasil penelitian, diskusi mengenai hasil yang didapatkan dari penelitian termasuk kekurangan dan kelebihan dari penelitian ini, serta saran metodologis untuk penelitian di masa yang akan datang dan saran praktis untuk intervensi dan prevensi pada *caregiver* informal penderita penyakit kronis khususnya skizofrenia.