



**HUBUNGAN *FAMILY STIGMA* DENGAN
PSYCHOLOGICAL DISTRESS PADA *CAREGIVER*
*SCHIZOPHRENIA***

Skripsi

disajikan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Sarjana Psikologi

oleh

Mahdhalysa Pratiwi Kusumaningrum
1511410081



**JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2017

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi dengan judul “Hubungan *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*” benar-benar hasil karya saya sendiri bukan jiplakan dari karya tulis orang lain baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 1 Mei 2017



Mahdhalysa Pratiwi Kusumaningrum
1511410081



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Hubungan *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*” telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang untuk memenuhi sebagian syarat-syarat guna memperoleh derajat Sarjana S1 Psikologi pada hari Rabu, 10 Mei 2017.

Panitia Ujian Skripsi:



Drs. Dwi Purwanto, M.Si.
NIP. 196301211987031001

Sekretaris

Drs. Sugeng Hariyadi, S. Psi., M. S.
NIP. 195701251985031001

Penguji I

Andromeda, S. Psi., M. Psi.
NIP. 198205312009122001

Penguji II

Dra. Tri Esti Budiningsih, S.Psi., M. A.
NIP. 195811251986012001

Penguji III/ Pembimbing
UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Anna Undarwati, S. Psi., M. A.
NIP. 198205202006042002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah Subhaanahu wa Ta'ala. Atas berkah, rahmat dan hidayah-Nya, penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*”.

Penyusunan skripsi ini merupakan kewajiban bagi penulis sebagai tugas akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi di Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang. Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapat do'a, dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Fakhruddin, M.Pd., Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang
2. Drs. Sugeng Hariyadi, S. Psi., M. S., Ketua Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang
3. Dr. Drs. Edy Purwanto, M.Si., Ketua Panitia Sidang Penguji Skripsi.
4. Andromeda, S. Psi., M. Psi., dosen wali dan penguji I yang telah memberikan bimbingan, arahan, kritik dan saran kepada penulis.
5. Dra. Tri Esti Budiningsih, S.Psi., M.A., penguji II yang telah memberikan masukan dan kritik kepada penulis.
6. Anna Undarwati, S. Psi., M. A., dosen pembimbing dan penguji III yang telah memberikan bimbingan, masukan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan ketelitian dalam penyusunan skripsi ini

7. Segenap dosen-dosen Jurusan Psikologi yang telah berbagi ilmu dan membimbing serta melayani selama proses perkuliahan berlangsung.
8. Keluarga tercinta, papah, ibu dan adik yang telah memberikan do'a dan dukungan selama ini.
9. Sahabat-sahabat shalihah penulis, Za, Nia, Intan, Firma, Anggi, Nita, Erna, Faizah, Ita, Fida, Devi, Eka, Mbak Dhi, Lida, Sukma yang selalu mengingatkan penulis akan kewajibannya, terimakasih atas segala do'a, dukungan, waktu dan bantuan yang kalian berikan selama ini.
10. Teman-teman seperjuangan jurusan Psikologi angkatan 2010 Universitas Negeri Semarang.
11. Instansi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang telah memberikan izin untuk pengambilan data penelitian.
12. Seluruh responden dan seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga skripsi ini dapat menambah khazanah keilmuan bagi orang lain dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Terimakasih atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan.

Semarang, 1 Mei 2017

Penulis

ABSTRAK

Kusumaningrum, Mahdhalysa Pratiwi. 2017. Hubungan *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*. Skripsi, Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Anna Undarwati, S. Psi., M. A.

Kata Kunci: *Family Stigma, Psychological Distress, Caregiver Schizophrenia*

Schizophrenia merupakan gangguan jiwa berat yang dalam lingkup masyarakat, penderita cenderung kurang produktif, merugikan diri sendiri dan masyarakat, contohnya memukul, berteriak, marah, berjalan tanpa tujuan, tidak mampu merawat diri, pakaian lusuh hingga telanjang ditempat umum dan yang paling berbahaya ialah percobaan bunuh diri. Hal ini memunculkan berbagai macam *stigma* negatif terhadap penderita *schizophrenia*. Selain itu, perilaku penderita juga menunjukkan bahwa penderita membutuhkan *caregiver* untuk menjaga, merawat dan mengajarkan kembali fungsi individu yang telah menurun. Kuatnya *stigma* dimasyarakat terhadap penderita *schizophrenia* diduga mempengaruhi individu yang berhubungan dengan penderita khususnya keluarga, yang pada akhirnya berdampak pada *psychological distress* anggota keluarga. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Sampel penelitian berjumlah 141 orang dengan teknik *purposive sampling*. Data penelitian diambil menggunakan skala *family stigma* oleh Larson dan Corrigan dan skala *psychological distress* dari *Mental Health Inventory-38* oleh Veit dan Ware. Skala *family stigma* terdiri dari 17 aitem yang memiliki koefisien validitas antara 0,266 sampai dengan 0,593 dan koefisien reliabilitas sebesar 0,742. Skala *psychological distress* terdiri dari 24 aitem yang memiliki koefisien validitas antara 0,341 sampai dengan 0,712 dan koefisien reliabilitas sebesar 0,892.

Metode analisis data yang digunakan adalah korelasi *Karl Pearson* dengan menggunakan bantuan *software* statistik. Penelitian ini menghasilkan koefisien $r = 0,562$ dengan signifikansi $p = 0,000$ sehingga hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia* diterima. Koefisien korelasi menunjukkan korelasi positif antar dua variabel tersebut, artinya semakin tinggi *family stigma* maka semakin tinggi pula *psychological distress*. Hasil analisis dan olah data menunjukkan bahwa *family stigma* pada responden terbanyak tergolong dalam kategori sedang sebanyak 53,90% atau 76 responden, kategori tinggi sebanyak 34,75% atau 49 responden, kategori sangat tinggi sebanyak 7,09% atau 10 responden, kategori rendah sebanyak 4,25% atau 6 responden, sedangkan tidak ada responden yang berada pada kategori sangat rendah. Pada *psychological distress*, responden terbanyak berada pada kategori rendah yaitu sebanyak 48,94% atau 69 responden, kategori sangat rendah sebanyak 35,46% atau 50 responden, kategori sedang sebanyak 14,18% atau 20 responden, sedangkan untuk kategori tinggi dan kategori sangat tinggi masing – masing 1 responden.

DAFTAR ISI

	Halaman
PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	16
1.3 Tujuan Penelitian	16
1.4 Manfaat Penelitian	17
1.4.1 Manfaat Teoritis	17
1.4.2 Manfaat Praktis	17
BAB 2	18
TINJAUAN PUSTAKA	18
2.1 <i>Psychological Distress</i>	18
2.1.1 Pengertian <i>Psychological Distress</i>	18
2.1.2 Dimensi <i>Psychological Distress</i>	20
2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi <i>Psychological Distress</i>	21
2.1.4 Dampak <i>Psychological Distress</i>	22
2.2 <i>Family Stigma</i>	23
2.2.1 Pengertian <i>Stigma</i>	23
2.2.2 Pengertian <i>Family Stigma</i>	24
2.2.3 Dimensi <i>Stigma</i>	26
2.2.4 Mekanisme <i>Stigma</i>	29
2.3 <i>Caregiver</i>	30
2.3.1 Definisi <i>Caregiver</i>	30
2.4 Hubungan Antara <i>Family Stigma</i> dengan <i>Psychological Distress</i> pada <i>Caregiver Schizophrenia</i>	31
2.5 Hipotesis	35
BAB 3	36
METODE PENELITIAN	36

3.1	Jenis dan Desain Penelitian	36
3.1.1	Jenis Penelitian.....	36
3.1.2	Desain Penelitian	37
3.2	Variabel Penelitian	37
3.2.1	Identifikasi Variabel Penelitian.....	38
3.2.2	Definisi Operasional Variabel.....	39
3.2.3	Hubungan Antar Variabel	40
3.3	Populasi dan Sampel	41
3.3.1	Populasi.....	41
3.3.2	Sampel.....	41
3.4	Metode dan Alat Pengumpulan Data	42
3.4.1	Skala <i>Psychological Distress</i>	43
3.4.2	Skala <i>Family Stigma</i>	45
3.5	Validitas dan Reliabilitas	46
3.5.1	Validitas	46
3.5.1.1	<i>Hasil Uji Validitas</i>	47
3.5.1.1.1	Hasil Uji Validitas Skala <i>Psychological Distress</i>	48
3.5.1.1.2	Hasil Uji Validitas Skala <i>Family Stigma</i>	52
3.5.2	Reliabilitas	53
3.5.2.1	<i>Hasil Uji Reliabilitas</i>	53
3.5.2.1.1	<i>Hasil Uji Reliabilitas Skala Psychological Distress</i>	54
3.5.2.1.2	<i>Hasil Uji Reliabilitas Skala Family Stigma</i>	54
3.6	Metode Analisis Data.....	54
BAB 4	56
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	56
4.1	Persiapan Penelitian	56
4.1.1	Orientasi Kancan Penelitian.....	56
4.1.2	Penentuan Sampel.....	56
4.2	Penyusunan Instrumen	57
4.3	Uji Coba Instrumen (<i>Try Out</i>).....	59
4.4	Pelaksanaan Penelitian	59
4.4.1	Proses Perizinan	59
4.4.2	Pengumpulan Data	60
4.4.3	Pelaksanaan Skoring	61

4.5	Gambaran Responden Penelitian	61
4.5.1	Gambaran Responden Penelitian Berdasarkan Usia.....	61
4.5.2	Gambaran Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin	62
4.6	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	62
4.6.1	Hasil Uji Validitas.....	62
4.6.1.1	<i>Hasil Uji Validitas Skala Psychological Distress</i>	62
4.6.1.2	<i>Hasil Uji Validitas Skala Family Stigma</i>	63
4.6.2	Hasil Uji Reliabilitas.....	63
4.6.2.1	<i>Hasil Uji Reliabilitas Skala Family Stigma</i>	63
4.6.2.2	<i>Hasil Uji Reliabilitas Skala Psychological Distress</i>	63
4.7.1	Hasil Uji Asumsi.....	64
4.7.1.1	<i>Uji Normalitas</i>	64
4.7.1.2	<i>Uji Linieritas</i>	65
4.7.2	Uji Hipotesis	65
4.8	Analisis Deskriptif.....	66
4.8.1	<i>Psychological Distress</i>	67
4.8.1.1	<i>Gambaran Umum Psychological Distress pada Caregiver Schizophrenia</i>	67
4.8.1.2	<i>Gambaran Spesifik Psychological Distress pada Caregiver Schizophrenia Ditinjau dari Tiap Aspek</i>	69
4.8.1.2.1	<i>Gambaran Psychological Distress Ditinjau dari Aspek Anxiety</i> 70	
4.8.1.2.2	<i>Gambaran Psychological Distress Ditinjau dari Aspek Depression</i> 71	
4.8.1.2.3	<i>Gambaran Psychological Distress Ditinjau dari Aspek Loss of Behavioral/ Emotional Control</i>	73
4.8.2	<i>Family Stigma</i>	76
4.9	Pembahasan	85
4.9.1	Pembahasan Hasil Analisis Deskriptif <i>Family Stigma</i> dengan <i>Psychological Distress</i> pada <i>Caregiver Schizophrenia</i>	85
4.9.1.1	<i>Psychological Distress</i>	85
4.9.1.2	<i>Family Stigma</i>	88
4.9.2	Pembahasan Hasil Analisis Hubungan <i>Family Stigma</i> dengan <i>Psychological Distress</i> pada <i>Caregiver Schizophrenia</i>	91
4.10	Keterbatasan Penelitian	95
BAB 5	97
PENUTUP	97

5.1	Simpulan.....	97
5.2	Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA		99
LAMPIRAN.....		105



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan gangguan yang dapat dialami oleh siapapun dan kapanpun. Gangguan jiwa ditandai dengan adanya perubahan pola perilaku, sindrom psikologis yang secara klinis cukup signifikan, pola khas yang terdapat pada individu berkaitan dengan distress dan hendaya atau ketidakmampuan dalam satu atau lebih fungsi penting manusia (Maslim, 2001: 7). Salah satu gangguan jiwa berat yang sering terjadi adalah *schizophrenia*. Gangguan ini berupa pikiran yang tidak konsisten, tidak rasional, perilaku aneh atau tidak biasa yang ditampakkan oleh penderita (Lumbantobing, 2007: 3) yang disebabkan oleh gangguan pada fungsi otak (Yosep, 2007: 217).

Penderita gangguan jiwa sering dianggap mengganggu dan dianggap berpotensi merugikan masyarakat sehingga penderita *schizophrenia* sering mengalami penolakan dari masyarakat. Hal tersebut dibenarkan oleh Yosep (2007: 2) dimana penderita gangguan jiwa seringkali tidak produktif dimasyarakat dan cenderung merugikan masyarakat. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya simptom psikosis, simptom depresi, masalah perilaku masa kanak-kanak dan korban dari tindak kekerasan (Swanson *et al*, 2006), namun diketahui bahwa dengan mengkonsumsi obat secara teratur mempengaruhi berkurangnya tingkat tindak kekerasan hingga dibawah 10% (Walsh, 2002).

Penderita *schizophrenia* dalam fase tertentu memiliki pemikiran yang tidak logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh, hal tersebut merupakan gangguan utama pada pikiran, emosi, perilaku, dan keberfungsian hidup (Davison, 2006: 445), sehingga *schizophrenia* dikategorikan sebagai gangguan mental berat (WHO, 2015).

Menurut Lewis *et al.* 2001 (dalam Riskesdas, 2013) prevalensi seumur hidup penderita *schizophrenia* didunia bervariasi berkisar 4‰ sampai dengan 1,4% dan perbandingan penderita *schizophrenia* dengan total penduduk adalah 3‰ penduduk atau bahkan lebih besar (Yosep, 2007: 59). Di Indonesia, prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,7‰, sementara gangguan jiwa berat terbanyak terjadi di Aceh dan DI Yogyakarta sebesar 2,7‰ dan prevalensi gangguan jiwa berat terendah terdapat di Kalimantan Barat sebesar 0,7‰ (Riskesdas, 2013).

Data tahun 2014 jumlah penduduk di Jawa Tengah mencapai angka 33,75 juta jiwa, berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah di tahun 2014, jumlah penderita psikosis terdata sebanyak 21.936 jiwa dengan penderita terbanyak terdapat di kota Surakarta sebanyak 5.793 jiwa, dan terendah di kota Tegal dengan jumlah penderita sebanyak 90 jiwa.

Gangguan yang terjadi di otak dikarenakan adanya kesalahan stimulus yang dihantarkan dengan tidak sempurna oleh syaraf otak, sehingga mempengaruhi persepsi individu dan mengakibatkan salahnya interpretasi individu terhadap suatu stimulus (Yosep, 2007: 217). Kesalahan interpretasi

tersebut dapat berupa halusinasi visual atau auditory yang dialami penderita *schizophrenia* (Liftiah, 2009: 177) dan disertai adanya waham atau delusi (Davison, 2006: 445).

Fase awal yang dialami penderita *schizophrenia* adalah fase prodromal, yaitu fase dimana fungsi individu menurun secara perlahan dan berangsur-angsur ditandai dengan menurunnya minat aktivitas sosial dan tingkat kemampuan individu dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari (Nevid, 2005: 109). Fase berikutnya adalah fase akut dimana simtom psikotik utama yang sebenarnya berkembang dan menyebabkan fungsi individu penderita *schizophrenia* terganggu. Berdasarkan data di Amerika Serikat, terdapat 300.000 pasien penderita *schizophrenia* yang mengalami episode akut setiap tahunnya (Yosep, 2007: 59).

Dampak yang ditimbulkan oleh penderita *schizophrenia* pada keluarganya antara lain ketakutan atas keselamatan penderita, keluarga bahkan orang sekitar. Angka kematian penderita *schizophrenia* 8 kali lebih tinggi dibanding penduduk pada umumnya, hal tersebut terbukti berdasarkan data di Amerika Serikat, bahwa 20%-50% pasien penderita *schizophrenia* melakukan percobaan bunuh diri dan 10% diantaranya berhasil mati bunuh diri (Yosep, 2007: 59), data tersebut diperkuat dengan pernyataan dari Cynthia yang merupakan aktivis KPSI (Komunitas Peduli *Schizophrenia* Indonesia) regional Semarang, ia membenarkan bahwa sebagian besar penderita *schizophrenia* diketahui beberapa kali melakukan percobaan bunuh diri, hal tersebut berdasar pada pengalaman pribadinya yang berkomunikasi secara langsung dengan beberapa penderita

schizophrenia, karena adanya *blame* (menyalahkan) dan *shame* (rasa malu) (Torrey, 1988 dalam Arif, 2006: 102), meskipun pada beberapa kondisi tertentu rasa malu menjadi salah satu indikator penderita mulai berangsur pulih.

Munculnya gejala kekambuhan menjadikan keluarga malu karena perilaku tidak wajar yang dilakukan penderita bahkan sampai membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Tindakan pencegahan yang masih marak dilakukan oleh masyarakat adalah pemasungan. Tjipto Susana (dalam Anna, 2011) mengatakan bahwa survei Kementerian Sosial tahun 2008 ditemukan 650.000 penderita *schizophrenia*, yang 30.000 diantaranya dipasung dengan alasan agar tidak membahayakan orang lain atau menutupi hal tersebut karena dianggap sebagai aib keluarga. Survey badan pusat statistik (BPS) tahun 2010 (dalam Nawir, 2013) dikatakan bahwa sedikitnya 18.880 penderita gangguan jiwa berat dipasung, dan adanya penurunan terkait praktek pasung dikalangan masyarakat, yaitu dari 383 kasus sebanyak 238 dinyatakan bebas.

Praktek pemasungan yang dilakukan oleh keluarga juga dianggap sebagai langkah termudah dan termurah. Data Riskesdas tahun 2013 terdapat 1.655 RT (Rumah Tangga) dengan gangguan jiwa berat, 1.728 ART (Anggota Rumah Tangga) yang mengalami gangguan jiwa berat, dan 14,3% diantaranya yaitu sebanyak 247 ART mengalami pemasungan dengan berbagai macam metode pemasungan, seperti pemasungan dengan cara tradisional menggunakan kayu atau rantai pada kaki, pengekangan dengan membatasi gerak, pengisolasian, pengurungan, dan penelantaran yang menyertai metode pemasungan.

Tindakan pemasangan juga disebabkan karena kurangnya pengetahuan keluarga terkait penanganan yang tepat untuk penderita *schizophrenia*. Menurut Gani (dalam Taufik, 2013), “dari total populasi risiko 1,093,150 hanya 3.5% atau 38,260 yang baru terlayani di rumah sakit jiwa, rumah sakit umum, atau pusat kesehatan masyarakat dengan fasilitas memadai”. Hal tersebut menunjukkan bahwa, hanya 3,5% penderita *schizophrenia* yang menerima bantuan dari perawat atau tenaga profesional lainnya dan 96,5% menerima bantuan dari selain perawat atau tenaga profesional yang diantaranya menggunakan metode pasung.

Simtom psikotik dan negative yang dialami individu mengakibatkan menurunnya keberfungsian sosial individu dalam pekerjaan atau dalam hal perawatan diri saat munculnya gangguan (Nevid, 2005: 105). Terganggunya fungsi individu dalam banyak aspek kehidupan merupakan faktor utama yang menyebabkan penderita *schizophrenia* tidak mampu untuk melakukan perannya, baik dalam keluarga atau pasangan, pekerjaan, sosial (Nevid, 2005: 108), bahkan ketidakmampuan merawat diri (Torrey, 1988 dalam Arif, 2006: 101).

Disfungsi peran dalam keluarga kerap kali terjadi pada keluarga dengan penderita *schizophrenia*, antara lain ketimpangan dalam tugas, tanggung jawab dan hak bagi setiap anggota keluarga, sehingga akan muncul berbagai macam masalah baik dari internal maupun eksternal keluarga. Benokraitis mengatakan, bahwa idealnya keluarga menjadi tempat untuk memperoleh kenyamanan, cinta, dukungan emosional agar setiap anggota keluarga menjadi bahagia, sehat, dan aman (Kertamuda, 2009: 56). Akan tetapi, respon yang ditimbulkan oleh masing-masing keluarga pun berbeda-beda, sikap positif dan pikiran untuk meningkatkan

hubungan baik antar anggota keluarga atau sikap yang cenderung negatif, *rigid* dan defensif (Arif, 2006: 102).

Penelitian yang dilakukan oleh Fitrikasari, dkk (2012) pada 89 responden RSJD Amino Gondohutomo Semarang yang menjadi *caregiver* menunjukkan bahwa kondisi penderita turut memberikan dampak negatif terhadap kualitas hubungan keluarga atau perkawinan, karena fungsi peran sebagai individu, suami, istri, ayah, ibu, anak, pelajar, pekerja, tulang punggung keluarga, akan mengalami hambatan dan penurunan. Dalam hal ini, dukungan fisik, psikologis, moril oleh pasangan sangat dibutuhkan dan penting untuk keberlangsungan hubungan pernikahan antara keduanya.

Defisit perawatan diri adalah salah satu permasalahan yang sebagian besar dialami penderita *schizophrenia*. Menurunnya fungsi individu dalam banyak aspek kehidupan baik dikeluarga, masyarakat, komunitas bahkan terhadap diri sendiri dapat menjadi faktor pemicu penderita merasa tidak berguna, beban bagi anggota keluarga lainnya, menurunnya harga diri dan merasa malu dengan keadaan gangguan mental yang dialaminya. Defisit perawatan diri dapat terlihat dari kebersihan tubuhnya, individu akan mengalami hambatan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi mandi, berpakaian, makan dan eliminasi yang beberapa hal diantaranya dapat terlihat dari tampak fisiknya (Andayani, 2012).

Dewi (2013: 89) menuturkan bahwa terdapat dua kebutuhan yang sukar untuk dilakukan secara mandiri sehingga diperlukan bantuan dari orang lain atau *caregiver* yaitu kebutuhan sosial dan kapasitas fungsional yang terdiri dari

perawatan diri, aktivitas sehari-hari, serta adanya kebutuhan berelasi dengan orang lain. Ketidakmampuan merawat diri dalam hal kebersihan dan kesehatan diri secara mandiri oleh penderita *schizophrenia* menyebabkan penderita hakikatnya sangat bergantung terhadap bantuan dari keluarga atau orang-orang disekitarnya dan menjadi tugas *caregiver* (Jusuf, 2006 dalam Ambarsari, 2012).

Caregiver dibutuhkan untuk merawat dan membantu penderita melakukan aktivitas sehari-hari. Bantuan terhadap penderita *schizophrenia* dapat diberikan oleh perawat atau tenaga profesional lainnya di rumah sakit sebagai institusi formal atau keluarga, kerabat atau lingkungan disekitarnya (Widiastuti, 2009). *Caregiver* adalah individu yang memberikan perawatan, sedangkan individu yang menerima perawatan disebut dengan *care recipient* atau *care receiver*. *Caregiver* terbagi menjadi dua kategori, yaitu formal dan informal. *Caregiver formal* dapat berupa tenaga keperawatan, profesional atau orang yang dibayar, sedangkan *caregiver informal* antara lain pasangan, keluarga, kerabat atau lingkungan sekitar, relawan yang tidak dibayar (Widyanti, 2009).

Mahalnya biaya pengobatan di rumah sakit, lamanya proses penyembuhan, ditambah dengan perilaku aneh bahkan berbahaya yang dilakukan oleh penderita *schizophrenia* menjadi stressor terberat bagi pihak keluarga. Menurut Gani (dalam Taufik, 2013) dari total populasi resiko 1.093.150 penderita *schizophrenia*, diperkirakan 1.054.890 tidak mendapatkan pelayanan atau perawatan medis, dengan kata lain sebagian besar penderita *schizophrenia* dirawat dirumah oleh keluarga. Reese mengatakan bahwa penderita *schizophrenia* yang dirawat oleh keluarga, sebagian besar dikarenakan minimnya tenaga keperawatan

khususnya dibidang kejiwaan, mahal nya biaya pengobatan dan kurangnya penyebarluasan informasi dasar terkait *schizophrenia*, sehingga tidak sedikit keluarga yang memutuskan untuk memasing anggota keluarganya yang menderita *schizophrenia* dengan alasan individu sering mengamuk, dan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai *schizophrenia* (Anna, 2012).

Menjadi seorang *caregiver* bagi penderita gangguan jiwa bukan hal yang mudah, tanggung jawab untuk merawat penderita akan menguras banyak tenaga, waktu dan pikiran. Penelitian yang dilakukan *The Victorian Carers Program* ditemukan kurangnya kepuasan hidup, kurang positif dan secara negative mempengaruhi individu sebagai *caregiver* dibanding dengan *non caregiver*, tanpa memandang usia atau status perkawinan (Schofield et al., 1998 dalam Savage, 2004: 104). Para *caregiver* gangguan jiwa memiliki resiko mengalami *psychological distress* atau depresi yang berhubungan dengan gender, usia, kondisi kesehatan, budaya, kurangnya dukungan social (Shah, 2010).

Ketimpangan dalam keluarga terjadi dikarenakan hambatan atau menurunnya kemampuan individu dalam segala aspek, dimana kondisi tersebut dapat menjadi stressor yang mampu mempengaruhi kesehatan mental anggota keluarga lainnya. Veit dan Ware (1983: 730) mengatakan bahwa *mental health* merupakan suatu kondisi mental individu yang tidak hanya diukur berdasarkan tinggi rendah atau intensitas gejala tekanan psikologis (*psychological distress*) yang muncul tetapi termasuk didalamnya beberapa karakteristik kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) individu.

Mental health terdiri dari *psychological well-being* dan *psychological distress*, dalam penelitiannya yang berjudul “*The Structure Of Psychological Distress And Well Being In General Populations*” mengungkapkan bahwa *psychological distress* merupakan keadaan kesehatan mental yang negative yang terbagi menjadi tiga faktor yaitu *anxiety* (kecemasan), *depression* (depresi), *behavioral/emotional control* (kontrol perilaku/emosi). Saat merawat penderita *schizophrenia*, *caregiver* akan mengalami tekanan baik secara fisiologis, psikologis dan sosial. Hal tersebut diperkuat oleh Mueser & Gingerich (2006: 179) yang mengatakan bahwa *stress* merupakan keadaan emosi yang akan muncul, salah satunya saat anggota keluarga ada yang mengalami gangguan kejiwaan seperti *schizophrenia*.

Kondisi mental *caregiver* akan semakin memburuk saat penderita *schizophrenia* melakukan percobaan bunuh diri. Faktor resiko bunuh diri berkaitan dengan penyakit yang diderita individu, faktor tersebut antara lain gejala depresi, halusinasi aktif dan delusi yang dialami penderita *schizophrenia* (Hor & Taylor, 2010: 81). Percobaan bunuh diri yang sewaktu-waktu dapat dilakukan penderita, menjadi salah satu faktor atau *stressor* yang dapat memicu terjadinya *psychological distress* pada *caregiver* (Shah, 2010).

Pria dan wanita rata-rata memiliki tingkat kesabaran dan ketahanan yang berbeda. Wanita dianggap lebih dapat bertahan dan bersabar terutama dalam hal merawat pasangan atau anggota keluarganya. Penelitian yang dilakukan oleh Sugiura (2009), menunjukkan bahwa wanita sebagai pasangan penderita lebih mampu untuk bertahan dan bersabar karena adanya “*willing commitment*”

dibanding pria sebagai pasangan penderita. Pria cenderung mengandalkan pengasuh atau asisten rumah tangga untuk merawat pasangannya, sedangkan wanita cenderung mencari dukungan emosional “*emotional support seeking*” dan adanya kerelaan diri “*willing commitment*” untuk merawat pasangannya.

Bagi pasangan yang telah menikah, rasa malu, beratnya tanggung jawab dan berbagai masalah merupakan *stressor* terberat yang dapat memicu perceraian. Penelitian Mak dan Chen (2006: 149) *Face Concern: Its Role on Stress-Distress relationships among Chinese Americans*, mengungkapkan bahwa *mian zi* merupakan persepsi social terhadap martabat seseorang secara signifikan memiliki hubungan terhadap tekanan atau *distress* yang dialami *caregiver* dikalangan keluarga China-Amerika, Hongkong-Mainland China. Temuan lain menunjukkan adanya hubungan antara *distress* dengan kekhawatiran akan nama baik (*face concern*), dan semakin individu memiliki perhatian lebih terhadap nama baik dilingkungan sosialnya maka semakin tinggi pula *distress* yang dialami.

Berdasarkan wawancara awal terhadap Ruli, salah satu staff Rumah Damai Semarang, terdapat empat pria binaan yang menderita *schizophrenia* dan memiliki pasangan (menikah). Satu diantaranya masih bertahan dalam ikatan pernikahan karena adanya dukungan dari istri dan dapat hidup produktif dengan menjalankan usaha pribadi, sementara tiga pria lainnya mengalami perceraian. Perceraian dianggap sebagai jalan termudah untuk lepas dari *stressor* dan tanggung jawab terhadap pasangan yang menderita *schizophrenia*.

Data pasien *schizophrenia* di rumah sakit jiwa Magelang menunjukkan pada tahun 2014 hingga juni 2015 jumlah pasien sebanyak 2.858 orang, pasien

dengan status menikah pria sebanyak 470 orang, wanita sebanyak 421 orang, pasien dengan status bercerai pria sebanyak 126 orang, wanita sebanyak 159 orang, dan sisanya 1682 orang berstatus belum menikah. Pasien pria dengan status menikah lebih banyak 49 orang dibanding dengan pasien wanita, namun angka perceraian lebih banyak dialami oleh pasien wanita sebanyak 33 orang. Perbedaan persentasi berdasarkan status perceraian antara pasien pria dan pasien wanita menunjukkan signifikansi antar keduanya. Akan tetapi, persentasi tersebut sedikit berbeda dengan data hasil wawancara di Rumah Damai Semarang, yang mana tiga dari empat pria binaan mengalami perceraian.

Menurut Cynthia aktivis KPSI di Semarang, tekanan terberat dalam menghadapi atau merawat penderita *schizophrenia* yakni dialami oleh para *caregiver*, dan faktor terpenting agar *caregiver* informal baik pasangan, keluarga, relawan, maupun *caregiver* formal dapat bertahan, serta menekan *stressor* yang dapat menyebabkan depresi adalah dengan melakukan perawatan terhadap penderita *schizophrenia* sepenuh hati dan ikhlas. Oleh karena adanya pikiran yang positif dan ketulusan hati dari *caregiver* informal serta dukungan dari lingkungan sosial, maka akan menurunkan tingkat *distress* yang dialami oleh *caregiver* sehingga terbentuk sikap positif yang akan membantu bahkan mempercepat proses penyembuhan penderita *schizophrenia*. Karena itu, pengobatan pada penderita membutuhkan proses yang lama, ketekunan, kesabaran serta dukungan dari keluarga.

Perilaku penderita yang tidak terduga dapat menjadi faktor kecemasan dan rasa malu bagi keluarga, terlebih jika perilaku tersebut diketahui oleh

masyarakat sekitar. Sulitnya merawat individu dan kondisi internal keluarga yang tidak stabil, menjadi beban berat dalam merawat penderita gangguan jiwa, terlebih lagi jika harus menghadapi *stigma* yang berkembang dimasyarakat. *Stigma* merupakan sebuah atribut yang sangat direndahkan dan memiliki hubungan khusus terkait dengan stereotip negative yang melekat pada diri individu atau suatu kelompok (Goffman, 1963: 3).

Penderita *schizophrenia* seringkali menerima ejekan atau pandangan negative dari orang-orang disekitarnya. Tanpa disadari, sejak kecil hal tersebut telah dilakukan dan ditujukan bagi siapapun yang menderita gangguan jiwa, sebagai contoh orang dewasa yang selalu mengatakan “awas ada orang gila”, “jangan dekat-dekat nanti jadi gila”, seakan-akan penderita gangguan jiwa berbahaya, bahan candaan hingga mengekspresikan wajah yang takut dan menjijikkan kepada anak-anak mereka, juga tak sedikit masyarakat yang mengejek bahkan melempari penderita menggunakan batu kerikil. *Stigma* inilah yang akhirnya menyebabkan para penderita *schizophrenia* dikucilkan dalam komunitas sosial atau lingkungan sekitarnya, dan tak kunjung sembuh karena mengalami banyaknya penolakan sosial serta minimnya dukungan sosial terhadap penderita. Link dan Lawrence (2004: 512) mengungkapkan bahwa *stigma* yang umumnya berkembang dimasyarakat adalah *labeling* dan *stereotyping* yang diberikan kepada penderita.

Stigma diketahui terjadi dikalangan masyarakat, Ariananda (2015) dalam penelitiannya yang berjudul “*Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Schizophrenia*” dengan 300 responden, membenarkan adanya hal tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian, penderita *schizophrenia* dianggap tidak mampu menyelesaikan permasalahan dalam hidupnya 29%, adanya gangguan gangguan pola pikir yang dialami 10,7% dan dianggap memiliki perilaku yang buruk 6,9%, beberapa hal tersebut merupakan persepsi yang diyakini oleh sebagian besar masyarakat sebagai stereotype dari penderita *schizophrenia* (Major dan O'Brien, 2004). Rasa takut juga diketahui dialami oleh masyarakat, tepatnya saat berdekatan dengan penderita 83,3%, rasa takut yang dirasakan oleh masyarakat umumnya disertai kecenderungan untuk menghindar, dengan persentase cukup tinggi yaitu sebanyak 68% responden memilih untuk menghindar. Perilaku menghindar dapat pula disebabkan oleh kondisi fisik atau tampilan penderita yang terlihat tidak terawat 49,7%. Hasil penelitian tersebut senada dengan pendapat Taylor dan Dear (1981: 227) bahwa *stigma* cenderung menganggap penderita gangguan jiwa sebagai objek yang harus ditakuti dan dijauhkan dari lingkungan sosialnya.

Stigma mengenai *schizophrenia* yang berkembang dimasyarakat tidak hanya dialami penderita dan keluarga atau *caregiver*nya. Akan tetapi pihak ahli, pun tenaga profesional lainnya mengalami tekanan dikarenakan kuatnya *stigma* dimasyarakat. Menurut dr. Tun (dalam Anna, 2012), pada beberapa kasus khususnya kecenderungan akan gangguan kejiwaan, para dokter mengalami kesulitan untuk menyarankan konsultasi ke psikiater kepada pihak pasien atau keluarga, hal tersebut menunjukkan bahwa tenaga profesional terlatih yang berkaitan dengan kesehatan mental tidak terlepas dari stereotip gangguan jiwa yang ada di masyarakat (Keane, 1990: 176). Dalam beberapa kasus, ditemukan

stigma dikalangan rekan kerja dari tenaga professional yang bekerja di bidang kesehatan mental yaitu berupa komentar-komentar yang menghina atau tidak mengenakan terkait keluarga penderita psikiatrik (Lefley, 1987: 613).

Stigma diketahui dapat mempengaruhi individu disekitarnya, khususnya yang memiliki hubungan langsung dengan penderita gangguan jiwa (Rubinshteyn, 2009: 16) yang biasa disebut dengan *assosiative stigma* (Mehta, 1988: 194). Sedikit berbeda dengan pendapat sebelumnya, Lefley (1989) mengungkapkan bahwa anggota keluarga dari individu yang *distigmatisasi* juga dapat merasakan dampak dari *stigma* tersebut, bahkan dapat berakibat serius terhadap keluarga (Phelan dan Evelyn, 1998: 115). Malu menjadi salah satu faktor keluarga menyembunyikan kondisi anggota keluarganya yang bermasalah. Hasil penelitian yang dilakukan Phelan dan Evelyn (1998: 115) menunjukkan setengah dari 156 responden yang terdiri dari orang tua dan pasangan, diketahui dalam tingkat tertentu responden menyembunyikan kondisi anggota keluarganya yang mendapatkan perawatan di rumah sakit dari orang sekitar. Menyembunyikan hubungan dengan penderita gangguan jiwa juga merupakan upaya untuk menjauhkan diri dari *family stigma* yang akan muncul (Lefley, 1987 dalam Phelan dan Evelyn, 1998: 116).

Melihat *family stigma* yang berawal dari persepsi negative yang berkembang dimasyarakat akan memberikan tekanan dari berbagai arah bagi para *caregiver*, sehingga menjadi *caregiver* bagi penderita *schizophrenia* bukanlah hal yang mudah. Oleh karena itu, *caregiver* haruslah matang secara emosi sehingga dapat mengontrol dirinya dengan baik, menekan resiko depresi, dan dapat

merawat penderita *schizophrenia* dengan baik. Selain itu, *caregiver* setidaknya memahami segala macam simptom-simtom yang berpotensi muncul pada penderita *schizophrenia* agar tidak panik dan dapat menanganinya dengan baik.

Penelitian terkait *family stigma* dan *psychological distress* pada *caregiver* telah beberapa kali dilakukan di luar negeri. Di Indonesia, peneliti belum menemukan adanya penelitian terkait hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress*. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan antara lain penelitian oleh Magana dan Jorge (2007) dengan judul “*Psychological Distress among Latino Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma*” terhadap 50 orang *caregiver*, diketahui persentase *caregiver* dengan kategori pasangan yaitu yang sudah menikah menduduki posisi terbanyak yakni berjumlah 14 orang dan sebagian besar para *caregiver* adalah wanita. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa beban *caregiver* memiliki hubungan dengan gejala kejiwaan pasien dan depresi yang dialami *caregiver*. Selain itu, *stigma* yang dirasakan *caregiver* memiliki hubungan yang signifikan dengan simptom depresi.

Penelitian selanjutnya yang dilakukan Shah dan Wadoo (2010) dengan judul “*Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorder*” menunjukkan hasil berdasarkan gender, wanita memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dibanding dengan pria dalam perannya sebagai *caregiver*. Van der Sanden dan Arjan (2013) melakukan penelitian terhadap 527 anggota keluarga penderita, dengan judul “*Experiences of Stigma by Association among Family Members of People with Mental Illness: A Qualitative Analysis*” menilai

bagaimana individu mengalami *stigma* di masyarakat dan bagaimana individu mempersepsi perilaku yang ditunjukkan lingkungan sosial kepadanya. Hasil dari penelitian tersebut, ditemukan bahwa partisipan mengalami *psychological distress* tinggi jika mengalami kedua gejala psikiatrik yaitu depresi dan kecemasan.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti bermaksud melakukan penelitian lebih lanjut mengenai korelasi antara *family stigma* dengan *psychological distress* pada *caregiver* yaitu anggota keluarga dari penderita *schizophrenia*, oleh karena itu peneliti akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*”.

1.2 Rumusan Masalah

- (1) Bagaimana gambaran *family stigma* pada *caregiver schizophrenia*?
- (2) Bagaimana tingkat *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*?
- (3) Apakah terdapat hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan diadakannya penelitian ini adalah untuk menjawab rumusan masalah diatas. Tujuan penelitian tersebut adalah:

1. Untuk mengetahui gambaran *family stigma* pada *caregiver schizophrenia*.
2. Untuk mengetahui tingkat *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*.

3. Untuk mengetahui hubungan antara *family stigma* dengan *caregiver schizophrenia*.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik secara teoritik maupun praktis. Manfaat dilakukannya penelitian ini adalah:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah sebagai bagian dari khazanah keilmuan yang ada, yakni dalam bidang psikologi klinis dan psikologi sosial terkait dengan hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress* khususnya pada *caregiver schizophrenia*.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan bagi para praktisi atau instansi terkait untuk memberikan edukasi berupa penyuluhan terkait kebutuhan psikologis yang dibutuhkan para *caregiver*, khususnya *psychological distress* yang dialami saat merawat penderita *schizophrenia* sehingga para *caregiver* dapat merawat penderita dengan kondisi fisiologis, psikologis yang sehat dan penuh keikhlasan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Psychological Distress*

2.1.1 Pengertian *Psychological Distress*

Kesehatan seringkali dipandang sebagai kondisi fisik yang hanya tampak diluar, seperti fisik yang prima, baik, pun tanpa kekurangan (cacat). Seiring perkembangan keilmuan, kesehatan beberapa kali mengalami pergeseran makna. Saat ini, kesehatan tidak hanya terbatas pada hal yang berhubungan dengan kondisi fisik namun psikis dan hubungan individu dengan lingkungan menjadi indikator kesehatan secara utuh. Pada tahun 1947, *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan utuh, baik secara fisik, mental (psikis), kesejahteraan sosial dan tidak hanya ketiadaan penyakit, cacat atau kelemahan (Smet, 1994: 7).

Veit dan Ware (1983: 731) mengemukakan *mental health* dapat diketahui melalui *Mental Health Inventory* (MHI) yang telah dirancang untuk mengukur dua faktor yakni *psychological well-being* dan *psychological distress* pada individu. *Psychological well-being* diartikan sebagai kondisi mental yang positif, sebaliknya *psychological distress* diartikan sebagai kondisi mental yang negatif.

Ilfeld (1976: 1226) mengartikan *psychological distress* sebagai sebuah sindrom yang tidak spesifik, terdiri dari kecemasan, depresi, permasalahan kognitif, mudah marah. Senada dengan hal tersebut, Kanner (1981) berpendapat

bahwa *psychological distress* merupakan sebuah kondisi emosional negative yang digambarkan sebagai suatu ketidaksenangan, frustrasi, marah, khawatir dan cemas. Sedangkan Talala (2012) memandang *psychological distress* mengarah pada hal terkait non spesifik psikopatologis, yang terdiri dari berbagai simtom seperti depresi, kecemasan, stress dan disertai adanya insomnia. *Psychological distress* merupakan sebuah sindrom tidak spesifik yang terdiri dari kecemasan, depresi, permasalahan kognitif, sifat mudah marah, marah, dan obsesif-kompulsif (Korkeila, 2000: 17)

Psychological distress oleh Matthews (2007: 838) diartikan sebagai respon subjektif yang tidak menyenangkan dari stressor, berupa kecemasan dan depresi. Senada dengan hal tersebut, Mirowsky dan Ross (2003) memandang *psychological distress* sebagai kondisi emosional negative yang dialami individu yang terdiri dari kecemasan dan depresi. *Psychological distress* juga didefinisikan sebagai kondisi emosional yang melibatkan pandangan diri tentang diri, orang lain dan lingkungan ditandai dengan keadaan tidak menyenangkan bagi individu seperti merasa tegang, khawatir, tidak berharga, mudah tersinggung (Barlow dan Durand, 2005 dalam Doherty 2008: 14) dan saat menghadapi situasi yang dirasa berbahaya, mengganggu, serta membuat individu merasa frustrasi (Lerutla, dalam Mabitsela 2003).

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa *psychological distress* merupakan kondisi mental negative yang disebabkan oleh *stressor*.

2.1.2 Dimensi *Psychological Distress*

Talala (2012) mengungkapkan bahwa terdapat tiga dimensi berbeda dari *psychological distress*, yaitu depresi, insomnia dan stress. Depresi merupakan spektrum kelainan afektif yang diawali dengan adanya pelemahan suasana hati disertai nyeri psikogenik, penurunan harga diri, keterbelakangan dalam proses berpikir, menurunnya psikomotorik, gangguan tidur, dan nafsu makan serta adanya keinginan bunuh diri (Segen, 2006 dalam Talala, 2012). Dadang Hawari mendefinisikan depresi sebagai reaksi kejiwaan individu terhadap stress yang dialaminya (Yosep, 2007: 50). Menurut Yosep (2007: 107) depresi merupakan gangguan jiwa yang berkaitan dengan alam perasaan, ditandai dengan adanya kemurungan, kesedihan, kelesuan, kehilangan gairah hidup, tidak ada semangat, merasa tidak berdaya, perasaan bersalah atau berdosa, tidak berguna dan putus asa yang dialami oleh individu.

Dimensi kedua adalah *insomnia*, dimana individu mengalami kesulitan dalam memulai atau menjaga waktu tidur, tidak mampu memulihkan waktu tidur, mempertahankan, durasi, tingkat keparahan dan keluhan lainnya disertai gangguan fungsi di siang hari (Drake et al., 2003 dalam Talala, 2012). Dan yang terakhir adalah stress, Selye (1982, dalam Yosep 2007) mengungkapkan bahwa stress merupakan respon non spesifik yang timbul terhadap tuntutan lingkungan. Dadang Hawari mendefinisikan stress sebagai reaksi tubuh atau fisik terhadap stressor psikososial (Yosep, 2007: 50).

Berbeda dengan Talala, Veit dan Ware (1983) mengungkapkan *psychological distress* tersusun oleh beberapa faktor, antara lain *anxiety*

(kecemasan), *depression* (depresi), dan *loss of behavioral/ emotional control* (kehilangan kontrol perilaku dan emosi). *Anxiety* merupakan kondisi emosi yang buram dan tidak menyenangkan disertai ciri-ciri takut terhadap suatu hal, rasa gentar, tertekan dan tidak nyaman (Reber, 2010: 57). Berikutnya adalah *depression*, yakni suasana hati yang dicirikan perasaan yang tidak nyaman, perasaan murung, penurunan aktivitas maupun reaktivitas, pesimisme, kesedihan dan simtom-simtom terkait (Reber, 2010: 250). *Loss of behavioral/ emotional control* adalah kondisi emosi yang berlebihan mengakibatkan kurangnya kemampuan individu untuk memberikan batas kesadaran terhadap dorongan dan perilaku. Menjerit, menangis bahkan berkelahi seringkali dianggap sebagai perilaku yang menunjukkan hilangnya kontrol individu dalam hal emosi dan perilaku (Griffin dalam Walker, 1990).

Berdasarkan pemaparan diatas, peneliti menggunakan aspek *psychological distress* dari Veit dan Ware untuk mengetahui tingkat *psychological distress* populasi umum. Aspek *psychological distress* digunakan untuk mengukur kecemasan, depresi dan hilangnya kontrol perilaku/ emosi, sehingga responden mampu mengidentifikasi gejala yang mereka alami dalam sebulan terakhir. Oleh karena itu, pembuatan skala *psychological distress* akan mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Veit dan Ware.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi *Psychological Distress*

Mirowsky dan Ross (2003: 75) mengemukakan beberapa pola sosial dasar yang berpengaruh terhadap distress, antara lain status sosial ekonomi, status pernikahan, gender, perubahan besar dalam hidup dan usia.

Menurut Matthews (2007: 839) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi distress, antara lain faktor fisiologis, kognitif dan sosial. Faktor fisiologis dalam beberapa penelitian, menunjukkan bahwa adanya hubungan kondisi fisik individu khususnya otak dan syaraf dengan respon emosi yang ditunjukkan. Sebaliknya, saat individu mengalami kecemasan, ditemukan adanya peningkatan aktivitas di otak bagian depan. Faktor selanjutnya berkaitan dengan kognitif individu, dimana dampak stress yang berhubungan dengan psikis dan fisik individu ditentukan oleh adanya keyakinan dan harapan yang dimiliki individu tersebut. Berikutnya adalah faktor sosial, *stressor* yang muncul berupa gangguan dalam hubungan sosialnya. Sebagai contoh hubungan keluarga yang tidak baik, tidak memiliki pekerjaan, anggota keluarga yang sakit parah menjadi faktor potensial untuk menimbulkan *distress* pada individu.

2.1.4 Dampak *Psychological Distress*

Beberapa penelitian menunjukkan adanya dampak yang disebabkan oleh *psychological distress* antara lain dampak terhadap komunikasi, *intimacy* (kedekatan), psikis, kognisi, performa, kesehatan fisik, gangguan klinis dan perilaku. Dampak terhadap komunikasi dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan Manne dan Badr (2011: 334) bahwa tingginya *psychological distress* yang dialami pasien dan pasangan dari waktu ke waktu berdampak pada rendahnya komunikasi antar keduanya, sehingga *intimacy* (kedekatan) turut mengalami penurunan pada keduanya yang akhirnya berdampak pada kualitas hubungan pernikahan (Karney, 2001; Whisman dan Uebelacker, 2009 dalam Manne dan Badr, 2011: 343).

Dampak terhadap psikis individu, diketahui dengan adanya gejala psikis berupa stress emosi dan gejala depresi yang dialami oleh *caregiver* gangguan jiwa (Shah, 2010). Gangguan pada konsentrasi, memori, hingga lambannya individu dalam berpikir merupakan beberapa hal yang disebabkan oleh *psychological distress*, khususnya pada kognisi individu sehingga mempengaruhi kinerjanya (Williams, 2015 dan Matthews, 2007: 842).

Individu yang mengalami *psychological distress* diketahui mengalami kelelahan fisik, gangguan tidur dan sakit kepala (Williams, 2015). Gangguan klinis umumnya akan dirasakan individu berupa adanya perasaan cemas, perubahan suasana hati dan depresi, gangguan klinis tersebut akan mempengaruhi adaptasi perilaku dikehidupan sehari-harinya (Matthews, 2007: 843).

2.2 Family Stigma

2.2.1 Pengertian Stigma

Stigma berasal dari bahasa Yunani yang memiliki arti “tanda” atau bercak. Istilah ini ditujukan bagi orang-orang dengan kekurangan baik secara fisik, mental, maupun moral yang karenanya dalam lingkup sosial harus dihindari, khususnya ditempat umum. Menurut Goffman (1963: 3), *stigma* merupakan sifat atau ciri khas yang sangat mendiskreditkan yaitu menjelekkkan atau merendahkan seorang individu dimata individu yang lain, yang mana terdapat hubungan yang unik antara sifat atau ciri khas dengan stereotip atau konsepsi yang berdasar pada perspektif subjektif yang cenderung tidak tepat terhadap sifat suatu golongan tertentu.

The Surgeon General (1999 p. 6, dalam Link dan Lawrence 2004: 511), mendefinisikan *stigma* sebagai pencabutan atau menghilangkan martabat seseorang dan mengganggu perannya dimasyarakat. Menurut Lifthiah (2009: 8), *stigma* merupakan suatu label yang menyebabkan individu dipandang berbeda dengan individu yang lain karena adanya ketidaksempurnaan atau bahkan kecacatan pada individu yang dikenai *stigma* tersebut.

Stigma biasa berkembang dimasyarakat khususnya pada individu dengan gangguan mental. Sebagian besar *stigma* yang berkembang merupakan mitos yang berlebihan, diantaranya meyakini bahwa orang dengan gangguan mental tidak dapat sembuh, berbahaya, tidak dapat diajak berkomunikasi, sukar bahkan ketidakmampuan untuk melakukan hal-hal dalam kehidupan sehari-hari setelah sembuh dari gangguan mental yang dialami. *Stigma* merupakan faktor yang signifikan dan rentan berkembang terutama pada banyak penyakit kronis dan kelumpuhan atau ketidakmampuan secara fisik (Lubkin dan Larsen, 2013: 43). Individu yang *distigmatisasi* memiliki perasaan ketidakpercayaan terhadap individu yang normal yaitu apakah individu yang normal akan mengetahui kondisi ketidaknormalannya dan dapat menerimanya (Goffman, 1963: 13).

2.2.2 Pengertian *Family Stigma*

Dampak dari *stigma* tidak hanya terbatas pada individu yang didiagnosis menderita gangguan mental, akan tetapi anggota keluarga lainnya ikut merasakannya. Para ahli memiliki istilah berbeda untuk mendefinisikan *family stigma*, Goffman (1963: 30) menggunakan istilah *courtesy stigma*, yaitu *stigma*

cenderung mempengaruhi individu yang memiliki hubungan dekat dengan individu yang distigmatisasi.

Mehta dan Farina (1988: 193) mencetuskan istilah berbeda yaitu *associative stigma*, dimana *stigma* dialami oleh individu yang bergaul dengan penderita gangguan jiwa. Kemudian teori-teori tersebut dikembangkan oleh Lefley (1989) dan melahirkan istilah berbeda yaitu *family stigma*. Lefley (1989: 557) mengatakan bahwa *family stigma* merupakan *stigma* yang tidak hanya dikenakan pada penderita namun turut dikenakan pula pada anggota keluarganya.

Menurut Phelan dan Evelyn (1998: 117), *family stigma* merupakan hubungan antar anggota keluarga dengan penderita, yang mana *stigma* yang dikenakan pada penderita juga dikenakan pada keluarga. Pada dasarnya, *family stigma* dirasakan oleh anggota keluarga yang berhubungan dengan individu yang dikenai *stigma* (Corrigan, 1999: 767), hal tersebut terjadi karena adanya kontaminasi terkait adanya hubungan yang dekat antara keluarga dengan individu yang dikenai *stigma* (Larson dan Corrigan, 2008: 88).

Konsep *family stigma* yang diungkapkan oleh Larson & Corrigan (2008: 87) merupakan *stigma* yang dikenakan pada keluarga yang berhubungan langsung dengan individu yang dikenai *stigma*, dimana anggota keluarga mengalami adanya prasangka yang cenderung negatif dan diskriminasi dari orang-orang disekitarnya, terutama pada individu yang memiliki hubungan dengan penderita penyakit mental (Rubinshteyn, 2015). Setiap anggota keluarga memiliki persepsi berbeda terhadap *family stigma* yang dikenakan terhadap dirinya, hal tersebut

dikarenakan setiap individu memiliki cara berbeda (*individual differences*) dalam memaknai suatu peristiwa.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa *family stigma* merupakan pengalaman individu berupa pikiran, persepsi, perasaan anggota keluarga penderita *schizophrenia* terhadap *stigma* dan diskriminasi yang dikenakan kepadanya.

2.2.3 Dimensi *Stigma*

Jones (1984 dalam Rubinshteyn, 2015) mengidentifikasi bahwa terdapat enam dimensi dalam *stigma* yang menentukan sejauh mana dimensi-dimensi tersebut akan membuat individu mengalami *stigma*. Dimensi-dimensi *stigma* adalah *concealability* atau menyembunyikan, dimana individu berusaha untuk menghindari akibat negative dengan menyembunyikan hal-hal yang dianggap akan memunculkan *stigma* negative dari orang lain. *Course* atau rangkaian, yaitu berkaitan dengan pola yang berhubungan dengan *stigma* yang berkembang selalu dimasyarakat. *Disruptiveness* atau kekacauan, dimana adanya kecenderungan kondisi untuk mengganggu bahkan merusak hubungan interpersonal.

Menjaga hubungan dan berkelakuan baik dikalangan warga sekitar menjadi penting, karena hal tersebut akan sangat mempengaruhi persepsi dan penerimaan dalam lingkup bermasyarakat. *Aesthetic qualities*, yakni gambaran bagaimana individu menampilkan kualitas estetika yang sesuai dengan norma yang ada dimasyarakat, yang mana jika tidak sesuai maka akan meningkatkan perilaku *stigmatisasi* yang dikenakan terhadap individu tersebut. *Origin* atau

penyebab terjadinya *stigma* yang berkembang, dimana individu dianggap bertanggung jawab atas penyakit mental yang dialami, atau karena bawaan dari lahir. Dan yang terakhir adalah *peril*, yaitu kondisi dimana individu dianggap membahayakan sehingga potensi penolakan sosial meningkat khususnya bagi penderita penyakit mental atau individu yang dikenakan *stigma*.

Link & Phelan (2001: 367) dalam penelitiannya yang berjudul “*Conceptualizing Stigma*” menjelaskan bahwa terdapat empat komponen *stigma*, antara lain *labeling*, pemberian nama atau label dengan maksud membedakan karakteristik yang dimiliki anggota masyarakat tersebut, contohnya berdasarkan warna kulit dan gender. Yang kedua adalah *stereotyping* yaitu individu yang diberi label terkait dengan karakteristik yang tidak menyenangkan baik didalam pikiran orang lain atau orang yang diberi label, contohnya asumsi bahwa individu yang pernah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa menggambarkan adanya potensi resiko kekerasan.

Setelah dua komponen tersebut terpenuhi, maka *separating* menjadi komponen ketiga yang akan terjadi. *Separating* terjadi saat label sosial dimaksudkan sebagai pemisahan dari “kita” (kelompok yang tidak distigmatisasi atau pemberi *stigma*) dari “mereka” (kelompok yang distigmatisasi). Contohnya pada individu atau kelompok dengan gangguan jiwa, seksual orientasi yang berbeda, anggota kelompok etnis atau nasional tertentu (Morone, 1997 dalam Link dan Lawrence, 2004: 513) pada dasarnya dianggap sebagai kelompok berbeda dari “kita”. Dan komponen keempat adalah *status loss and discrimination* yaitu ketika individu diberi label, dipisahkan dan dikaitkan dengan karakteristik

yang tidak diinginkan, adanya pemikiran secara rasional yang dibangun untuk menurunkan nilai individu di mata masyarakat, mengalami penolakan, dikeluarkannya individu yang *distigmatisasi* dari kelompok mereka (yang tidak *distigmatisasi* atau pemberi *stigma*) dan menyadari bahwa mereka merupakan individu yang *distigmatisasi* dengan segala perlakuan tersebut, maka hal itu akan membuat mereka mengalami hilangnya status dimasyarakat dan adanya diskriminasi.

Menurut Park dan Kyung (2014: 167) terdapat tiga atribut yang dapat mengidentifikasi *family stigma*, atribut yang pertama adalah persepsi negatif, sikap, emosi dan perilaku menghindar oleh orang lain terhadap keluarga atau anggota keluarga dikarenakan situasi dan kondisi yang kurang baik, perilaku, masalah atau penyakit yang berhubungan dengan keluarga tersebut. Atribut kedua, keyakinan orang lain bahwa ketidakbiasaan dari keluarga tersebut bagaimanapun merusak, membahayakan, tidak sehat, berpengaruh negatif, berbeda dengan norma pada umumnya. Dan atribut ketiga adalah keyakinan bahwa anggota keluarga baik secara langsung atau tidak, telah terkontaminasi oleh permasalahan keluarganya hingga dianggap merusak, berbahaya, tidak sehat, berpengaruh negatif, dan individu yang berbeda dengan norma pada umumnya.

Berbeda dengan Park dan Kyung, Larson dan Corrigan (2008: 88) mengungkapkan terdapat tiga dimensi terkait *family stigma* yaitu *blame* (penyalahan), *shame* (malu) dan *contamination* (kontaminasi). *Blame* yakni penyalahan terhadap anggota keluarga yang dianggap tidak mampu mengasuh dengan baik, *shame* membuat anggota keluarga menghindari hubungan dengan

tetangga maupun teman-temannya. Dan *contamination*, yaitu bagaimana hubungan kedekatan individu dengan orang yang *distigmatisasi* sehingga memungkinkan terkena dampak dari *stigma* tersebut.

Berdasarkan pemaparan diatas, peneliti menggunakan dimensi *family stigma* dari Larson dan Corrigan, karena dimensi tersebut sesuai dengan maksud yang diajukan oleh peneliti, dimana hal yang akan diukur adalah pengalaman individu terkait pikiran, persepsi, perasaan yang dirasakan oleh setiap individu dikeluarga saat dikenai *stigma* oleh masyarakat. Dimensi yang akan digunakan dalam penyusunan skala *family stigma* adalah *shame*, *blame* dan *contamination*.

2.2.4 Mekanisme *Stigma*

Major dan O'Brien (2005: 396) dalam penelitiannya yang berjudul "*The Social Psychology of Stigma*" mengungkapkan bahwa terdapat empat mekanisme *stigma*, yaitu perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung, proses konfirmasi harapan, aktivasi stereotype otomatis-perilaku dan proses terancamnya identitas individu. Mekanisme *stigma* yang pertama yaitu perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung dilakukan dengan membatasi akses individu pada bagian penting dalam hidup. Diskriminasi secara langsung dapat mempengaruhi status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik, bahkan diskriminasi dapat dilakukan oleh keluarga individu. Menurut Crandall & Eshleman (2003 dalam Major dan O'Brien, 2005: 396) individu yang *distigmatisasi* umumnya mendapat perlakuan diskriminasi di toko, pasar, tempat kerja, institusi pendidikan, pelayanan kesehatan dan sistem peradilan pidana.

Proses konfirmasi harapan atau *self-fulfilling prophecy* yakni *stigma* dapat mempengaruhi individu yang *distigmatisasi* melalui proses pengharapan atau terkabulnya keyakinan orang lain terhadap individu. Persepsi negative, stereotype dan harapan dapat mengarah kepada individu yang *distigmatisasi*, yang mana hal tersebut akan langsung mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu. Mekanisme ketiga adalah aktivasi stereotype secara otomatis-perilaku, *stigma* dapat mempengaruhi individu yang *distigmatisasi* melalui aktivasi otomatis berdasarkan stereotip negative suatu kelompok. Dampak dari ketiga proses tersebut, dapat menjadi ancaman terhadap identitas dari individu yang *distigmatisasi*.

2.3 Caregiver

2.3.1 Definisi Caregiver

Caregiver merupakan individu yang menyediakan perawatan yang tepat atau secara langsung bagi anak-anak, lansia atau orang dengan penyakit kronis. *Caregiver* adalah individu yang memberikan perawatan, sedangkan individu yang menerima perawatan disebut dengan *care recipient* atau *care receiver*. *Caregiver* terbagi menjadi dua kategori, yaitu formal dan informal. *Caregiver formal* dapat berupa tenaga keperawatan, profesional atau orang yang dibayar, sedangkan *caregiver informal* antara lain pasangan, keluarga, kerabat atau lingkungan sekitar, relawan yang tidak dibayar (Widyanti, 2009). *Caregiver informal* terbagi menjadi *primary caregiver* (*caregiver* utama) yang terdiri dari anggota keluarga ayah, ibu, kakak, adik, atau keluarga, bahkan pasangan jika penderita sudah menikah dan *secondary caregiver* (*caregiver* tambahan).

Savage & Bailey (2004: 106) menyatakan bahwa *caregiver informal* merupakan kerabat, teman, atau tetangga yang memberikan perawatan setiap hari secara sukarela untuk *care receiver* yaitu individu dengan kondisi kronis dan tidak mampu melakukan aktivitas rutin khususnya perawatan pada diri sendiri. Ketidakmampuan merawat diri dalam hal kebersihan dan kesehatan diri secara mandiri oleh penderita *schizophrenia* menyebabkan penderita hakikatnya sangat bergantung terhadap bantuan dari keluarga atau orang-orang disekitarnya dan menjadi tugas *caregiver* (Jusuf, 2006 dalam Ambarsari, 2012). Oleh karena ketidakmampuan para penderita *schizophrenia* dalam merawat diri secara mandiri, maka dibutuhkan *caregiver* untuk merawat dan membantu penderita melakukan aktivitas sehari-hari. Bantuan terhadap penderita *schizophrenia* dapat diberikan oleh perawat atau tenaga profesional lainnya di rumah sakit sebagai institusi formal atau keluarga, kerabat atau lingkungan disekitarnya (Widiastuti, 2009).

Berdasarkan pemaparan di atas, disimpulkan bahwa *caregiver informal* merupakan seseorang yang memberikan perawatan secara sukarela yang diberikan oleh anggota keluarga, teman, maupun kerabat kepada penderita gangguan jiwa yang tidak mampu menjalani rutinitas kesehariannya.

2.4 Hubungan Antara *Family Stigma* dengan *Psychological Distress* pada *Caregiver Schizophrenia*

Idealnya, keluarga menjadi tempat untuk memperoleh kenyamanan, cinta, dukungan emosional agar setiap anggota keluarga menjadi bahagia, sehat, dan aman (Benokraitis dalam Kertamuda, 2009: 56). Akan tetapi kenyataannya tidak

semua rumah tangga berjalan sesuai dengan harapan. Banyaknya permasalahan rumah tangga yang muncul satu demi satu dapat menggoyahkan kestabilan rumah tangga.

Memiliki anggota keluarga yang menderita *schizophrenia* dapat menjadi tantangan tersendiri dalam keluarga. Orang dengan *schizophrenia* mengalami berbagai gangguan, antara lain gangguan pikiran, emosi, perilaku, hingga keberfungsian hidup (Davison, 2006: 445). Gangguan pikiran yang dialami mempengaruhi konteks pembicaraan dan perilaku individu. Selain itu, peran dalam rumah tangga menjadi bertambah dikarenakan keberfungsian penderita terganggu sehingga membuat tanggung jawab anggota keluarga bertambah atau tumpang tindih.

Masalah yang umumnya dihadapi keluarga penderita *schizophrenia* antara lain ekonomi, peran dalam rumah tangga, defisit perawatan diri dan perilaku aneh atau kekerasan yang dilakukan penderita *schizophrenia*. Permasalahan ekonomi tidak hanya untuk kehidupan sehari-hari, tetapi terkait juga dengan biaya rumah sakit yang cukup tinggi. Oleh karena itu, tidak sedikit keluarga yang mengurus sendiri kebutuhan anggota keluarganya yang menderita *schizophrenia*. Senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitrikasari, dkk (2012) pada 89 responden RSJD Amino Gondohutomo Semarang yang menjadi *caregiver* menunjukkan bahwa kondisi penderita turut memberikan dampak negatif terhadap kualitas hubungan keluarga karena fungsi peran sebagai individu, suami, istri, ayah, ibu, anak, pelajar, pekerja, tulang punggung keluarga, akan mengalami hambatan dan

penurunan. Permasalahan tersebut dapat menjadi *stressor* dan mengganggu kesehatan mental anggota keluarga lainnya.

Menurut Mueser & Gingerich (2006: 3) *stress* merupakan keadaan emosi yang akan muncul saat salah satu anggota keluarga mengalami gangguan kejiwaan seperti *schizophrenia*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *caregiver* gangguan jiwa memiliki resiko mengalami *psychological distress* atau depresi yang berhubungan dengan gender, usia, kondisi kesehatan, budaya dan kurangnya dukungan social (Shah, 2010). Dampak negative lainnya yang akan dialami anggota keluarga adalah kecemasan, depresi bahkan hilangnya kontrol terhadap emosi dan perilaku (Veit dan Ware, 1983).

Psychological distress yang dirasakan oleh keluarga dengan penderita *schizophrenia* dapat berbeda, tergantung pada apa yang dialami. Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi pemicu *psychological distress*, salah satunya adalah faktor sosial, baik hubungannya dengan anggota keluarga yang lain atau dengan orang sekitar. Faktor sosial yang sangat kuat dan mampu memicu *psychological distress* dikeluarga adalah *stigma*.

Gangguan jiwa memiliki pengaruh besar dalam berkembangnya *stigma* dimasyarakat. *Stigma* mengenai *schizophrenia* yang berkembang dimasyarakat tidak hanya dialami penderita namun juga dialami keluarga atau orang yang berhubungan dengan penderita. *Stigma* diketahui dapat mempengaruhi individu yang memiliki hubungan dengan penderita gangguan jiwa (Rubinshteyn, 2009: 16). Penelitian yang dilakukan oleh Van der Sanden, dkk (2013) terhadap 527 anggota keluarga penderita, dengan judul "*Experiences of Stigma by Association*

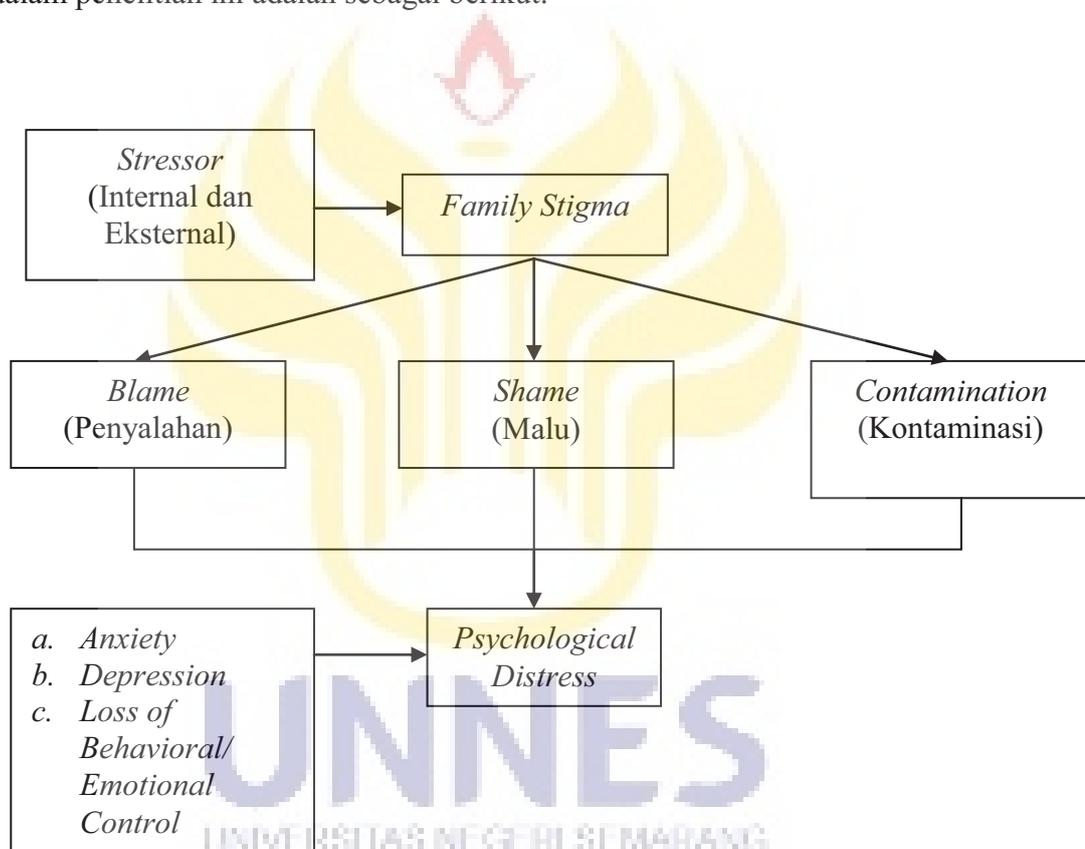
among Family Members of People with Mental Illness” menilai bagaimana individu mengalami *stigma* dimasyarakat dan bagaimana individu mempersepsi perilaku yang ditunjukkan lingkungan social kepadanya. Hasil dari penelitian tersebut, ditemukan bahwa partisipan mengalami *psychological distress*. *Psychological distress* yang tinggi terjadi jika ditemukan kedua gejala psikiatrik yaitu depresi dan kecemasan.

Tinggal bersama dengan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dapat menimbulkan stress, kesedihan bahkan penderitaan (Lefley, 1987), termasuk didalamnya pengalaman keluarga terkait *family stigma*. Phelan dan Evelyn (1998: 117) mengungkapkan bahwa *family stigma* merupakan hubungan antar anggota keluarga dengan penderita dimana *stigma* yang dikenakan pada penderita juga dikenakan pada keluarganya. Larson dan Corrigan (2008: 88) mengungkapkan bahwa ada aspek kontaminasi yang dikenakan kepada keluarga terkait hubungannya dengan penderita gangguan jiwa.

Individu yang dikenai *family stigma* cenderung menghindari kontak langsung dengan tetangga dan teman-temannya, hal tersebut dilakukan sebagai bentuk rasa malu. Sikap menghindar dari situasi sosial, menyembunyikan kondisi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, hingga adanya diskriminasi dilingkungan sekitar dan tempat kerja, akan menguras banyak tenaga, emosi dan pikiran (Larson dan Corrigan, 2008: 88). Menjadi individu yang dipersalahkan oleh orang sekitar karena dianggap sebagai faktor penyebab penderita mengalami gangguan jiwa juga mungkin terjadi. *Family stigma* merupakan pengalaman subjektif individu yang dialami seluruh anggota keluarga berupa persepsi negatif,

perilaku, keyakinan negatif terhadap individu, bahkan keyakinan bahwa keluarga terkontaminasi secara langsung atau tidak langsung terkait permasalahan dalam keluarga, khususnya terkontaminasi oleh anggota keluarga yang menderita *schizophrenia*.

Berdasarkan uraian diatas, maka gambaran hubungan antar variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

2.5 Hipotesis

Berdasarkan uraian diatas, peneliti mengajukan hipotesis penelitian dan yang akan diuji dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara *family stigma* dengan *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat *psychological distress* yang dialami oleh *caregiver schizophrenia* berada pada kategori sangat rendah sebanyak 35,46% atau 50 responden, kategori rendah sebanyak 48,94% atau 69 responden dan kategori sedang sebanyak 14,18% atau 20 responden. Sedangkan untuk kategori tinggi terdapat 1 responden dan kategori sangat tinggi 1 responden.
2. Gambaran *family stigma* pada *caregiver schizophrenia* tergolong dalam kategori sangat rendah 0 responden, kategori rendah sebanyak 4,25% atau 6 responden, kategori sedang yaitu sebanyak 53,90% atau 76 responden, kategori tinggi sebanyak 34,75% atau 49 responden, dan kategori sangat tinggi sebanyak 7,09% atau 10 responden.
3. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *family stigma* dan *psychological distress* pada *caregiver schizophrenia*.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian diatas, peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi *caregiver schizophrenia*

Bagi *caregiver schizophrenia* yang memiliki gambaran *family stigma* sedang hingga sangat tinggi namun memiliki tingkat *psychological distress* yang baik, diharapkan dapat menerima dan berdamai dengan kondisi diri sendiri, penderita *schizophrenia*, keluarga maupun lingkungan.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian serupa diharapkan:

- a. Mampu membuat instrument penelitian yang dapat mewakili indikator aspek secara keseluruhan dan mempertimbangkan dengan baik cara pengambilan data yang efektif dan efisien sehingga hasil yang diharapkan lebih optimal.
- b. Mempertimbangkan faktor lamanya individu sebagai *caregiver*, pengklasifikasian hubungan spesifik *caregiver* dengan penderita *schizophrenia* dan tingkat keparahan dari penderita *schizophrenia* terkait dengan tingkat *psychological distress* yang dialami para *caregiver*.
- c. Melakukan penelitian berdasarkan demografi para *caregiver*.

3. Bagi Lembaga atau Instansi Terkait

Pemberian edukasi kepada para *caregiver* terkait pengelolaan *stress*.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwisol. 2005. *Psikologi Kepribadian Edisi Revisi*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Ambarsari, R. D. dan Endah, P. S. 2012. Penyesuaian Diri *Caregiver* Orang Dengan Skizofrenia (ODS). *Jurnal Psikologika*. 17/2: 77 – 85.
- Andayani, S. 2012. Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia Dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. *Skripsi*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Anna, Lusiana Kus. 2011. 80 Persen Penderita Skizofrenia Tak Diobati. Online. <http://internasional.kompas.com/read/2011/06/03/07014272/80.Persen.Penderita.Skizofrenia.Tak.Diobati> [diakses 13 Desember 2015].
- , 2012. Memutus rantai stigma. Online. <http://health.kompas.com/read/2012/10/23/15504257/memutus.rantai.stigma.skizofrenia> [diakses 15 November 2015].
- Ariananda, R. 2015. *Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Skizofrenia*. *Skripsi*. Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
- Arif, Iman S. 2006. *Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* (Edisi Revisi Empat). Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. 2012. *Penyusunan Skala Psikologi Edisi 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- , 2013. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Budiningsih, C. Asri. 2005. *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chalfant, H. P. et al. 1990. The Clergy as A Resource for Those Encountering Psychological Distress. *Review of Religious Research*. 31/3: 305 – 313.
- Chaplin, J. P. 2009. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Corrigan, P. W. dan D. L. Penn. 1999. Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychological Association, Inc*. 34/9: 765 – 776.

- Davison, G. C. dan J. M. Neale. 2006. *Psikologi Abnormal* (Edisi Kesembilan). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Dewi, S. dan S. D. Elvira. 2013. Gambaran Kebutuhan Hidup Penyandang Skizofrenia. *Journal Indonesia Medical Association*. 63/3: 84 – 90.
- Doherty, D. T. dan R. Moran. 2008. Psychological Distress, Mental Health Problems and Use of Health Service In Ireland. *Health Research Board Research Series 5th*.
- Fitrikasari, A. dan A. Kadarman. 2012. Gambaran Beban *Caregiver* Penderita Skizofrenia Di Poliklinik Rawat Jalan RSJD Amino Gondohutomo Semarang. *Medica Hospitalia*. 1/2: 118 - 122.
- Goffman, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall.
- Hor, K. dan M. Taylor. 2010. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*. 24/11: 81-90.
- Ilfeld, F. W. 1976. Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population. *Psychological Reports*. 39: 1215 – 1228.
- Kanner, A. D. dan J. C. Coyne. 1981. Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts versus Major Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4/1: 1 – 39.
- Keane, M. 1990. Contemporary Beliefs about Mental Illness among Medical Students: Implication for Education and Practice. *Academic Psychiatry*. 14/3: 172 – 177.
- Kertamuda, F. E. 2009. *Konseling Pernikahan Untuk Keluarga Indonesia*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Korkeila, J. J. A. 2000. *Measuring Aspects of Mental Health*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Larson, J. E. dan P. W. Corrigan. 2008. The *Stigma* of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*. 32/2: 87 – 91.
- Lefley, H. P. 1987. Impact of Mental Illness in Families of Mental Health Professionals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 175/10: 613 – 619.
- Liftiah. 2009. *Psikologi Abnormal*. Semarang: Widya Karya.

- Link, B. G. dan Lawrence H. Y. 2004. Measuring Mental Illness *Stigma. Schizophrenia Bulletin*. 30/3: 511 – 541.
----- dan J. C. Phelan. 2001. Conceptualizing *Stigma*. *Annual Review of Sociology*. 27: 363 – 385.
- Lubkin, I. M. dan Larsen, P. D. 2013. *Chronic Illness: Impact and Interventions 8th edition*. United States: Jones & Bartlett Learning.
- Lumbantobing, S. M. 2007. *Skizofrenia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mabitsela, L. 2003. Exploratory Study of Psychological Distress As Understood By Pentecostal Pastors. *Dissertation*. Pretoria: Faculty of Humanities Faculty of Pretoria.
- Magana, S. M. dan Jorge I. R. G. 2007. Psychological Distress among Latino Family Caregivers of Adults with *Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. Psychiatric Services*. 58/3: 378 – 384.
- Major, B. dan L. T. O'Brien. 2005. The Social Psychology of *Stigma. Annual Review of Sociology*. 56: 393 – 421.
- Mak, W. W. S. dan S. X. Chen. 2006. Face Concern: Its Role on Stress-Distress Relationships among Chinese Americans. *Personality & Individual Differences*. 41: 143 - 153.
- Manne, S. dan H. Badr. 2011. A Longitudinal Analysis of Intimacy Processes and Psychological Distress among Couples Coping with Head and Neck or Lung Cancers. *Journal Behaviour of Medical* 2012. 35: 334 – 346.
- Maslim, Rusdi. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa: Pedoman Penggolongan Dan Diagnosis Gangguan Jiwa Edisi Ketiga*. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Matthews, G. 2007. Distress (Revised Ed.). *Elsevier Inc.* 838 – 843.
- Mehta, S. I. dan A. Farina. 1988. Associative *Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. Journal of Social and Clinical Psychology*. 7/2 (3): 192 – 202.
- Mirowsky, J. dan C. E. Ross. 2003. *Social Causes of Psychological Distress* (2nd Ed.). Ney York: Aldine De Gruyter.
- Mueser, K. T. dan S. Gingerich. 2006. *The Complete Family Guide to Schizophrenia*. New York: The Guilford Press.

- Nawir. 2013. Penanganan Warga Yang Dipasung Harus Serius. Online. <https://www.kemosos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=17759> [diakses 5 November 2015].
- Nevid, Jeffrey S., dkk. 2005. *Psikologi Abnormal* (Edisi Kelima Jilid 2). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Park, S. dan Kyung S. P. 2014. Family Stigma: A Concept Analysis. *Korean Society of Nursing Research*. 8: 165 – 171.
- Phelan, J. C. dan Evelyn J. B. 1998. Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 24/1: 115 – 126.
- Potocka, A. et al. 2008. Self Image and Quality of Life of Dermatology Patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 21/4: 309 – 317.
- Reber, A. S. & Reber, Emily S. 2010. *Kamus Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rubinshteyn, J. 2015. Primary and Family Stigma of Mental Illness: Comparing Perceptions of African Americans and European Americans. *Dissertation*. Marquette University
- Sarwono, R. Budi dan Subandi. 2013. Mereka Memanggilku “Kenthir”. *Jurnal Psikologi*. 40/1: 1-14.
- Savage, S. dan S. Bailey. 2004. The Impact of Caring on Caregivers Mental Health: a Review of the Literature. *Australian Health Review*. 27/1.
- Shah, A. J. dan O. Wadoo. 2010. Psychological Distress in Carers of People with Mental Disorders. *British Journal of Medical Practitioners*. 3/3.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo
- Sugiura, K. dan M. Ito. 2009. Gender Differences in Spousal Caregiving in Japan. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 64B/1: 147 – 156.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Swanson, W. J. dan Marvin S. S. 2006. A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 63: 490 - 499.
- Talala, K. 2013. Psychological Distress in Finland 1979-2003: Overall Trends, Socio-Economic Differences, and Contribution to Cause-Specific

Mortality Inequalities. *National Institute for Health and Welfare*. Helsinki: Finland.

- Taufik, M. 2013. Di Indonesia, ada 18 ribu penderita gangguan jiwa berat dipasung. Online. <http://www.merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung.html> [diakses 3 November 2015].
- Taylor, S. E., Peplau, L.A., dan Sears, D.O. 2012. *Psikologi Sosial* (Edisi Kedua Belas). Jakarta: Kencana.
- Taylor, S. M. dan M. J. Dear. 1981. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*. 7/2: 225 – 240.
- Triseptiana, N. A. dan Herdiana, I. 2013. Gambaran Kesehatan Mental Narapidana Suku Jawa di Tinjau Dari Konsep Nrimo. *Jurnal Psikologi Kepribadian dan Sosial*.2/1: 1-6.
- Van der Sanden, R. L. dan Arjan E. R. B. 2013. Experiences of *Stigma* by Association among Family Members of People with Mental Illness. *Rehabilitation Psychology*. 58/1: 73 – 80.
- Veit, C. T. dan J. E. Ware Jr. 1983. The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51/5: 730 - 742.
- Walker, H. K. et al. 1990. *Clinical Methods: The History, Physical and Laboratory Examinations 3rd Edition*. Emory University School of Medicine. Boston: Butterworths.
- Walsh, E. dan Alec Buchanan. 2002. Violence and *Schizophrenia*: Examining the Evidence. *British Journal of Psychiatry*. 180: 490 - 495.
- Werner, P. dan D. Goldstein. 2011. Development and Validity of the Family *Stigma* in Alzheimer's Disease Scale (FS-ADS). *Alzheimer Disease Association Disorder*. 25/1: 42 – 48.
- Widiastuti, R. 2009. *Coping Stress Pada Primary Caregiver Penderita Penyakit Alzheimer*. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.
- Widyanti, R. N. 2009. Gambaran Kebahagiaan dan Karakteristik Positif pada Wanita Dewasa Madya yang Menjadi *Caregiver* Informal Penderita Skizofrenia. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

Williams, C. 2015. The Cognitive Impact of Psychological Distress. Online. <https://www.linkedin.com/pulse/cognitive-effects-psychological-distress-dr-christopher-williams> [diakses 22 Agustus 2016].

World Health Organization (WHO). *Schizophrenia*. Online. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> [diakses 2 November 2015].

Yosep, I. dan Titin S. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: PT Refika Aditama.

