

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Duane Schultz (1991) menyatakan bahwa pertanyaan tentang kesehatan mental terus diperbincangkan berjuta orang, dan tidak jauh dibalik pertanyaan ini, muncul berbagai jawaban, kepercayaan, janji, dan gaya hidup. Beberapa jawaban bersifat dangkal dan beberapa lainnya sangat potensial untuk membantu memahami diri kita. Kesadaran akan pentingnya kesehatan mental telah berkembang dalam masyarakat, termasuk masyarakat Indonesia.

Kesehatan mental didefinisikan sebagai keadaan dimana individu merasa sejahtera (WHO, 2008). Sedangkan Pieper dan Uden (2006) menjelaskan kesehatan mental sebagai suatu keadaan di mana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistis terhadap dirinya sendiri, dapat menerima kekurangan dan kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya, serta memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya juga kebahagiaan dalam hidupnya.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan (Depkes, 2008), jumlah penderita gangguan jiwa berat seperti gangguan bipolar (*bipolar disorder*), *schizophrenia*, dan *schizoaffective disorder* di Indonesia diperkirakan mencapai sekitar satu juta jiwa lebih atau sekitar 0,46%. Sejalan dengan data tersebut Hawari (2009) juga menyatakan terdapat 19 juta jiwa atau sekitar 11,6% dari total penduduk Indonesia mengalami gangguan mental emosional, termasuk depresi. Kemudian diperkirakan dari sekitar 220 juta penduduk Indonesia, ada sekitar 50 juta atau 22 persennya mengidap

gangguan kejiwaan. Mengacu pada data tersebut, saat ini jumlah penderitanya diperkirakan sudah meningkat.

Salah satu gangguan jiwa yang cukup banyak diperbincangkan dan menjadi perhatian adalah gangguan bipolar. Beberapa kasus yang hadir secara nyata dalam masyarakat dan dipublikasikan secara luas melalui media massa memicu perhatian lebih terkait topik ini. Gangguan bipolar didefinisikan sebagai gangguan yang mencakup episode mania atau episode campuran yang mencakup simtom-simtom mania dan depresi (DSM IV-TR). Gerarld C. Davidson, Nela, dan Kring (2012) menjelaskan bahwa gangguan bipolar tergolong dalam bagian dari gangguan mood atau yang lebih sering disebut gangguan emosi, yang membuat seseorang tidak dapat berfungsi-mulai dari kesedihan pada depresi hingga euforia yang tidak realistis dan iritabilitas pada mania.

Disampaikan oleh dr. Andri, SpKJ. "Penderita gangguan bipolar banyak, tapi banyak yang tidak sadar kalau punya gangguan ini," (Kompas.com, 2014). Insiden gangguan bipolar berkisar antara 0,3%-1,5% yang persentasenya tergolong rendah jika dibandingkan dengan persentase insiden yang dikategorikan skizofrenia (Nurmiati N., 2013). Davidson dkk. (2012) menyatakan rata-rata usia onset pada gangguan bipolar adalah usia 20-an, dan tingkat kejadiannya sama banyak pada laki-laki dan perempuan. Pada kaum perempuan episode depresi lebih umum terjadi dan pada episode mania lebih jarang terjadi dibanding pada laki-laki (Leibenluft, 1996 dalam Davidson dkk., 2012).

Fakta bahwa depresi mayor dalam gangguan bipolar merupakan salah satu penyebab utama disabilitas manusia di dunia menjadi gambaran bagaimana fungsi sosial penderita gangguan bipolar dalam masyarakatnya (Murray & Lopez, 1996 dalam Davidson dkk., 2012). Penderita gangguan bipolar atau yang biasa disebut Orang Dengan Bipolar (ODB) memiliki keterbatasan fungsional sehari-hari, sehingga membutuhkan bantuan dan pertolongan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, khususnya

pendampingan pihak keluarga. Program deinstitutionalisasi yang dicanangkan WHO mendukung perawatan penderita gangguan jiwa pada level komunitas dengan mengoptimalkan peran aktif keluarga dan komunitas (WHO, 2013). Upaya ini memberikan tanggung jawab pada keluarga sebagai pendamping untuk merawat penderita yang tinggal di rumah (WHO, 2013).

Beban-belan yang dialami ODB setelah diagnosisnya seringkali disebabkan karena keterbatasan informasi tentang gangguan, medikasi dan layanan kesehatan (Gruber & Kajevic, 2006, dalam Ghodse, 2011); perasaan malu atau stigma (Brohan dkk., 2010); kesulitan berkomunikasi karena penderita seringkali mengalami kesulitan dalam mengekspresikan keinginan dan emosinya, kebingungan menghadapi bertambahnya permasalahan, serta *distress* psikologis karena selalu menghadapi situasi yang penuh tekanan (Rose, Mallinson, & Gerson, 2006).

Beban dan situasi-situasi dalam lingkungan sosial akan mempengaruhi kehidupan ODB, termasuk mempengaruhi kualitas hidupnya. Hanya sekitar 14 persen ODB yang mampu dan diterima oleh masyarakat untuk membicarakan gangguan yang dideritanya secara terbuka, sedangkan 45 persen ODB cenderung menerima diskriminasi (The Impact of Bipolar Team, 2013).

Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang menggabungkan persepsi individu dan aspek lainnya dari kehidupan individu (Bell, 2005). Kualitas hidup meliputi aspek kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan (WHO, 1998). Berdasarkan hasil penelitian sekitar 79 persen ODB merasakan dampak negatif dari gangguan jiwa yang dialaminya terhadap kesehatan fisik (The Impact of Bipolar Team, 2013).

Kualitas hidup dimaknai sebagai persepsi individu mengenai kehidupannya, bukan hanya mengukur pada gejala – gejala dan kondisi penyakit dari individu itu secara fisik saja, melainkan juga mengukur dampak dari penyakit tersebut terhadap kualitas hidup ODB. Kualitas hidup ODB

dapat terlihat melalui aktivitas keseharian, mobilitas, perasaan, harga diri, aksesibilitas, dan lingkungan fisik tempat tinggal ODB (WHO, 1997). Aspek-aspek kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan ODB berperan besar dalam mengukur kualitas hidup ODB.

Persepsi pada masing-masing ODB mengenai kualitas hidup maupun diagnosis yang dimilikinya pasti berbeda-beda, langkah pertama ODB setelah diagnosis gangguan bipolar ditegakan adalah pada proses penerimaan terhadap diagnosis tersebut pada diri ODB. Menurut Davidson dkk. (2012) ODB cenderung tidak meyakini atau bahkan tidak mengakui bahwa dirinya menderita gangguan bipolar. Menerima diri dengan diagnosis gangguan bipolar adalah suatu hal yang sulit dilakukan.

Ketidaksadaran ODB ataupun keengganan ODB untuk berdamai dengan diagnosisnya akan menghambat keberlangsungan terapi, penanganan, serta pengobatan yang harus dilakukan sesegera mungkin. Kesadaran untuk menjalani terapi dan meminum obat harus dibangun dalam diri ODB, ODB harus dilatih untuk lebih mandiri, oleh karenanya diperlukan penerimaan diri ODB terhadap diagnosis gangguannya terlebih dahulu, sehingga seluruh proses pengobatannya dapat berjalan optimal.

Individu yang menerima dirinya memiliki penilaian yang realistis tentang sumber daya yang dimilikinya, yang dikombinasikan dengan apresiasi atas dirinya secara keseluruhan (Hurlock, 2006). Artinya, individu tersebut memiliki kepastian akan standar dan teguh pada pendirian, serta mempunyai penilaian realistis terhadap keterbatasan tanpa mencela diri. ODB yang menerima dirinya tidak akan melihat diri mereka sebagai individu yang dikuasai rasa marah, sedih, putus asa, takut, atau menjadi tidak berarti karena keinginan tertentu serta memiliki spontanitas dan rasa tanggung jawab dalam diri (Jersild, 1998 dalam Hurlock, 2006).

Nurviana, Siswati dan Dewi (2012) juga mengungkapkan bahwa individu yang mengalami sakit kronis apabila memiliki penerimaan diri akan lebih tenang dalam menghadapi suatu permasalahan, mampu beradaptasi

terhadap stres, serta memahami dirinya. Dengan demikian beban yang diderita dapat menjadi lebih ringan serta kekambuhan penyakit yang dialami dapat menurun. Penerimaan diri akan membantu ODB menjalani pengobatan dan perawatan dengan penuh kesadaran, mengontrol dan mengelola dirinya sendiri, juga menumbuhkan aspek positif lain. Penerimaan diri ODB juga akan berdampak pada kesadaran ODB untuk berdamai dengan diagnosisnya serta terbuka untuk menerima edukasi mengenai bagaimana seharusnya ODB menghadapi perubahan afektif dan emosi yang dihadapinya dalam kehidupan sehari-hari. Melalui penerimaan diri dampak negatif dari diagnosis gangguan bipolar terhadap ODB dapat diminimalisir.

Gangguan Bipolar sifatnya cenderung berulang, lebih dari 50 persen kasus mengalami empat episode atau lebih (Goodwin & Jamison, 1990 dalam Davidson dkk., 2012). Gangguan ditandai oleh fakta bahwa 12 bulan setelah keluar dari rumah sakit, sebanyak 76 persen ODB dinilai mengalami hendaya (Keck dkk., 1998 dalam Davidoson dkk., 2012). Fakta tersebut menjelaskan bahwa penerimaan diri ODB menjadi penting untuk terus diupayakan, dengan harapan ODB dapat menerima disabilitasnya selama proses pengobatan. Bersamaan dengan penerimaan diri, adanya hendaya, disabilitas, maupun berulangnya episode tertentu seringkali menimbulkan perasaan putus asa dan kehilangan harapan untuk kembali sehat dan normal, bahkan pada episode depresi diperparah dengan adanya keinginan bunuh diri (Davidson dkk., 2012). Hal tersebut akan memperparah perasaan dan perubahan afektif ODB. Sehingga diperlukan adanya harapan tentang masa depan yang lebih baik dari keadaan yang saat ini dijalani ODB. ODB yang merasa dirinya tidak normal cenderung menginginkan dirinya untuk kembali normal seperti sediakala. Keinginan-keinginan seperti ini menumbuhkan harapan positif bagi kesembuhan dan semangat untuk terus melakukan pengobatan.

Harapan merefleksikan persepsi individu terhadap kemampuan untuk mendefinisikan tujuan dengan jelas, berinisiatif dan mempertahankan

motivasi untuk menggunakan berbagai strategi dan mengembangkan strategi yang spesifik untuk mencapai tujuan tersebut (Snyder, 1994). Harapan terdiri dari *willpower* dan *waypower* untuk mencapai tujuan (*goals*). Keduanya saling melengkapi dan berkorelasi positif. Harapan dalam diri individu direfleksikan dengan kemampuannya untuk mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dengan jelas, memiliki motivasi untuk menggunakan berbagai strategi dalam meraih tujuan (*willpower thinking*), dan mengembangkan strategi untuk meraih tujuan tersebut (*waypower thinking*). Harapan akan dapat membantu ODB untuk berpikir ke depan dan fokus untuk mencapai tujuannya dalam menjalani kehidupan. Selain itu, harapan juga dapat meningkatkan motivasi dan strategi ODB dalam menghadapi pengobatan serta beban lain yang dihadapi demi mencapai tujuan untuk kembali berfungsi secara optimal.

ODB seringkali memimpikan tentang kembalinya ia dalam pekerjaan ataupun sebuah pernikahan dan hubungan personal lain. Diperkirakan sekitar 45 persen ODB yang bekerja dipecat oleh atasannya setelah mereka mengetahui bahwa karyawannya menderita gangguan bipolar, sedangkan 49 persen lain memilih untuk merahasiakan penyakitnya dari atasan mereka (Impact of Bipolar Team, 2013) Sekitar 5-7 persen pernikahan dari yang dilakukan ODB berpotensi secara genetik menghasilkan keturunan yang memiliki kecenderungan didiagnosa mengalami gangguan bipolar di masa depan (Paterson, dkk., 2013).

Apabila ODB memiliki penerimaan diri dan harapan yang baik terkait gangguan bipolar dan kehidupannya, maka akan berdampak pada kualitas hidup ODB (Duggleby, dkk., 2011; Hestiningrum, 2011; Pawlak, dkk., 2014). Menurut Sheerer (1948) penerimaan diri akan mengantarkan ODB untuk memahami dirinya secara lebih baik dan realistis, menerima segala kekurangan dan kelebihan serta mampu memanfaatkannya dengan baik. Kemampuan ini akan menimbulkan persepsi positif ODB akan kualitas diri dan tentu saja kualitas hidupnya. Sementara itu, harapan ODB mengenai kesembuhan, kehidupan yang normal, tujuan masa depan tentang pekerjaan

maupun hubungan personal lainnya dapat tumbuh sebagai motivasi yang muncul secara intrinsik maupun ekstrinsik dalam diri ODB (Snyder, 1994 dalam Pujiastuti, 2002). Kesemua ini akan mendorong terwujudnya semua aktivitas fungsional sehari-hari bagi ODB dan peningkatan kualitas hidup ODB di masyarakat baik secara fisik, psikologis, hubungan sosial, maupun lingkungan.

Berdasarkan pemaparan diatas peneliti merumuskan penelitian dengan judul “Pengaruh penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup Orang Dengan Bipolar”. Sehingga dapat disimpulkan secara ilmiah bagaimana korelasi maupun pengaruh penerimaan diri dan harapan tersebut dalam meningkatkan kualitas hidup ODB. Hasil akhirnya diharapkan ODB dapat dipandang lebih positif dengan adanya penerimaan diri, harapan, dan kualitas hidup yang baik, sehingga ODB dapat kembali hidup bersama masyarakat.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka identifikasi masalahnya adalah sebagai berikut:

- 1.2.1 Bagaimana gambaran penerimaan diri pada Orang Dengan Bipolar?
- 1.2.2 Bagaimana gambaran harapan pada Orang Dengan Bipolar?
- 1.2.3 Bagaimana gambaran dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar?
- 1.2.4 Apakah terdapat pengaruh penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar?
- 1.2.5 Apakah terdapat pengaruh penerimaan diri terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar?
- 1.2.6 Apakah terdapat pengaruh harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar?

1.3 Batasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah diatas yang telah dijabarkan, maka fokus permasalahan yang ingin diteliti dalam penelitian ini adalah “Terdapat pengaruh penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar”.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan fokus permasalahan yang telah dijabarkan maka masalah dapat dirumuskan dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat pengaruh penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar?”.

1.5 Tujuan Penelitian

Sebagaimana dijelaskan diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui “Pengaruh penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada Orang Dengan Bipolar”.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini memiliki manfaat teoritis pada bidang psikologi yakni pada Psikologi Abnormal, Psikologi Klinis dan Perkembangan. Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan ilmiah dan tindakan lanjutan bagi ODB terkait dengan penerimaan diri, harapan dan kualitas hidupnya.

1.6.2 Manfaat Praktis

1.6.2.1 *Orang Dengan Bipolar*

Subjek dapat memahami diri dengan baik dalam hal menerima dirinya, memiliki harapan dalam mencapai tujuan hidupnya sendiri. Penerimaan diri dan harapan diri subjek dapat dikembangkan dan dimotivasi untuk berproses lebih baik. Pada akhirnya subjek dapat mengarahkan diri untuk terus berusaha meningkatkan kualitas hidupnya.

1.6.2.2 *Keluarga dan Significant Order*

Keluarga dapat menjalin dukungan sehingga ODB mampu menghadapi diagnosis dengan baik. Keluarga diarahkan untuk menjadi tempat yang memberikan pertolongan dan edukasi pada penderita demi mencapai penerimaan diri, memiliki harapan dan kualitas hidup yang baik.

1.6.2.3 *Psikolog dan Instansi Terkait*

Pada psikolog dan instansi terkait dapat mengusahakan terselenggaranya kampanye dan edukasi masyarakat mengenai kesehatan jiwa, sehingga kesadaran akan kesehatan jiwa menjadi perhatian di masyarakat. Selain itu juga dapat mengembangkan proses terapi, pengobatan dan teknologi medis yang dapat memaksimalkan proses penanganan pada ODB.

1.6.2.4 *Penelitian Lanjutan*

Penelitian lanjutan diharapkan mampu memperluas ranah penelitian, memperdalam variabel serta menambahkan subjek yang diteliti, sehingga hasil penelitian menjadi lebih objektif dan signifikan untuk dianggap sebagai pengetahuan ilmiah yang memberikan sumbangan dalam masyarakat.