

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Sejak tahun 2020, terjadi peningkatan kasus gangguan. Berdasarkan Duszynski-Goodman (2023), permasalahan kesehatan mental seperti gangguan depresi telah meningkat dari angka 193 juta menjadi 264 juta di seluruh dunia, atau sekitar 28%. Di samping itu, gangguan kecemasan juga telah meningkat dari 298 juta menjadi 374 juta atau sekitar 25% (Duszynski-Goodman, 2023). Hal serupa terjadi di Indonesia, dimana jumlah kenaikan penderita gangguan jiwa telah meningkat dari tahun 2018. Dibandingkan dengan data prevalensi oleh Riskesdas 2013 yang mencatat sekitar 1.7% telah meningkat menjadi 7%. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat 450 ribu penderita gangguan jiwa di Indonesia semenjak tahun 2018 (Ditjen P2P Kemenkes, 2020).

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom pola perilaku atau psikologis yang menonjol secara klinis, berkaitan dengan penderitaan (gejala yang menyakitkan, distres), kecacatan (gangguan pada area fungsi penting), atau dengan adanya peningkatan risiko akan kematian hingga kehilangan kebebasan pada seorang individu (Maslim, 2019). Salah satu jenis gangguan jiwa, yaitu skizofrenia, merupakan gangguan jiwa kronis dengan angka kejadian tertinggi ke-4 di dunia. Dimana sebanyak kurang lebih 24 juta orang atau sekitar 1 dari 300 orang di seluruh dunia terkena gangguan skizofrenia (Rony et al., 2023). Bahkan World Health Organization (WHO) telah memperkirakan bahwa sebanyak 29 juta orang di dunia terkena skizofrenia (Chan *et al.*, 2011; dalam Tamizi *et al.*, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses berpikir, persepsi, respon emosional, dan interaksi sosial (Saparia *et al.*, 2022). Penderita gangguan skizofrenia atau biasa disebut orang dengan skizofrenia (ODS) biasanya akan memiliki gangguan pada proses berpikir (termasuk kesulitan untuk berkonsentrasi dan mengingat), merasakan, dan berperilaku (Saparia *et al.*, 2022).

World Health Organization (WHO) menyebutkan, skizofrenia merupakan salah satu dari sepuluh jenis penyakit lainnya yang dapat mengakibatkan hilangnya kemampuan pada individu (Kızırmak *et al.*, 2016; dalam Tamizi *et al.*, 2019). Fenomena dari gangguan skizofrenia juga diibaratkan dengan gunung es, dikarenakan gangguan ini dapat menyebabkan kecacatan dan kematian mendadak dibandingkan penyakit lainnya (Pulungan, 2022; dalam Haan *et al.*, 2023).

Berdasarkan data oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia jumlah kasus ODS mencapai angka 400.000 orang atau sekitar 1,7 per 1.000 penduduk (Depkes RI., 2019; dalam Hadiansyah & Pragholapati, 2020). Hal ini menunjukkan dari setiap 1.000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga dengan skizofrenia (Jayani, 2019). Riskesdas mencatat angka prevalensi kasus skizofrenia di Indonesia sendiri mengalami kenaikan, dimana pada tahun 2013 ODS mencapai angka prevalensi sekitar 2 permil (2 dari 1.000 rumah tangga memiliki keluarga dengan skizofrenia), sedangkan pada tahun 2018 angka ini naik menjadi 7 permil (7 dari 1.000 rumah tangga) (Rony *et al.*, 2023).

Skizofrenia memiliki gejala halusinasi, delusi, gangguan berpikir (kondisi berpikir yang tidak biasa), emosi ekspresif yang berkurang, menurunnya motivasi dalam mencapai tujuan dan keinginan, kesulitan dalam berhubungan sosial, adanya gangguan motorik, dan gangguan kognitif (National Institute of Mental Health, 2021). Skizofrenia memiliki tiga karakteristik simptom, yaitu simptom positif yang ditandai halusinasi, delusi, dan gangguan berpikir, lalu simptom negatif yang ditandai penarikan diri dari pergaulan, kehilangan motivasi, tujuan, dan keinginan, serta emosi yang tumpul, dan yang terakhir simptom ucapan dan perilaku yang abnormal atau tidak teratur yang ditandai penuturan kalimat yang tidak koheren, kesulitan mengikuti alur pemikiran, katatonia (gangguan psikomotor dimana terjadi kekakuan), dan gerakan yang aneh atau berulang (American Psychology Association, 2013).

Pada negara Barat, sekitar 25%-50% pasien gangguan jiwa, seperti skizofrenia, akan dirawat oleh keluarganya, sementara pada kebanyakan negara di Asia, lebih dari 70% akan dibebankan pada keluarga mereka (Chan, 2011; Yu *et al.*, 2017; dalam Peng *et al.*, 2019). Keluarga yang memberikan perawatan kepada

pasien seringkali disebut sebagai *family caregiver*. Menurut Family Caregiver Alliance (2019; dalam Chan *et al.*, 2022), *family caregiver* atau *informal caregiver* dapat didefinisikan sebagai setiap anggota keluarga, kerabat, pasangan, teman dekat, bahkan tetangga yang memiliki hubungan pribadi atau hubungan keluarga dengan pasien, memberikan dukungan sosial, emosional, atau bantuan finansial kepada lansia, orang dewasa yang menderita penyakit kronis, atau kondisi disabilitas dengan membiayai pengobatan atau kebutuhan sehari-hari. Munculnya peran *family caregiver* dapat dipengaruhi oleh budaya, norma, bahkan nilai kewajiban moral terhadap keluarga yang mengikat individu, terutama dalam konteks budaya Asia (Kristanti *et al.*, 2019). Selain itu, peran ini juga dapat dipengaruhi oleh hubungan sosial antara pasien dan *caregiver* (Hastrup *et al.*, 2011).

Keluarga merupakan peran kunci pada saat tahap awal penyakit dan pencarian bantuan pertama, serta berlanjut ke dalam proses perawatan jangka panjang dan dukungan berkelanjutan bagi pasien yang kembali tinggal bersama keluarga (Caqueo-Urizar *et al.*, 2017). Penelitian oleh Ran *et al.* (2016; dalam Peng *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa pasien yang tidak mendapatkan perawatan dari keluarga cenderung memiliki risiko tunawisma yang lebih tinggi dan tingkat kelangsungan hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang dirawat oleh keluarganya.

Perawatan yang diberikan oleh *family caregiver* biasanya akan berupa perpanjangan atau kerja sama dari prosedur perawatan yang telah diberikan oleh petugas medis dan profesional. Peran *family caregiver* juga membantu proses pengobatan oleh medis dengan memastikan bahwa pasien telah mengikuti dan bekerja sama dalam alur pengobatan yang telah ditetapkan oleh dokter atau profesional lainnya (American Psychological Association, 2011, dalam Chan *et al.*, 2022). Hal ini membuat peran yang dibebankan kepada *family caregiver* menjadi sangat bervariasi, mulai dari mengurus tugas rumah tangga, perawatan diri, pengawasan, mobilitas, hingga memenuhi dukungan sosial, emosional, perawatan medis, dan bahkan advokasi optimal kepada pasien (Chan *et al.*, 2022). Untuk mencapai hal ini, dibutuhkan usaha, waktu, dan komitmen yang besar karena

menyeimbangkan tuntutan dalam perawatan, pengasuhan, dan kebutuhan pribadi *caregiver* sendiri tidaklah mudah.

Peran keluarga sebagai *caregiver* sangat menentukan, terutama dalam perawatan rawat jalan bagi ODS. Bentuk perawatan yang diberikan oleh mereka memiliki dampak besar pada proses kesembuhan atau keberlangsungan hidup pasien. Tanggung jawab ini menimbulkan tekanan dan beban bagi *caregiver*, terutama dalam merawat pasien gangguan jiwa, seperti psikotik, yang tentunya tidak mudah. Selain memerlukan pengetahuan dan kesediaan, *caregiver* juga harus memiliki kesabaran dan pengabdian dalam merawat pasien.

Dengan variasi dalam situasi pengasuhan, tingkat beban yang dirasakan oleh *family caregiver* juga menjadi sangat bervariasi. Variasi beban ini tergantung pada persepsi masing-masing *caregiver*. Kondisi sosiodemografi dan klinis pada ODS yang bervariasi (seperti, durasi penyakit, usia saat onset, jumlah rawat inap, gejala psikotik yang dominan, jenis obat antipsikotik yang digunakan, dan lain sebagainya) juga dapat memengaruhi tingkat beban yang dirasakan (Ribé *et al.*, 2017). Berdasarkan situasi pengasuhan, beban dapat dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu beban objektif dan beban subjektif (Fadden *et al.*, 1987; Awad & Voruganti, 2008; Askey *et al.*, 2009; dalam Ribé *et al.*, 2017). Beban objektif mencakup konsekuensi dari kewajiban merawat, seperti kondisi ekonomi yang terganggu hingga akibatkan kesulitan finansial, masalah kesehatan fisik, rutinitas yang terganggu, hingga masalah waktu luang bagi *caregiver* yang berkurang hingga menghilang (Ivarsson *et al.*, 2004, dalam Ribé *et al.*, 2017; Chan, 2018; Chen *et al.*, 2019). Sementara itu, beban subjektif dapat dikatakan sebagai suatu penilaian negatif oleh *caregiver* mengenai keadaan yang dia rasakan, seperti rasa bersalah, kehilangan, kesedihan akut, marah, maupun malu yang dapat berakibat penarikan diri dari pergaulan pada *family caregiver*.

Menjadi *family caregiver* merupakan hal yang sangat berat. Bahkan beban berat ini mulai terasa seketika diagnosis ditegakkan (Caqueo-Urizar *et al.*, 2017). Salah satu faktor terbesar yang memengaruhi psikologi dari *family caregiver* adalah perkembangan gangguan skizofrenia, terutama pada simptom positif yang muncul, meskipun simptom negatif juga dapat memengaruhi kondisi dari *caregiver* (Caqueo-Urizar *et al.*, 2017).

Penurunan kondisi dari *family caregiver* juga disebabkan masalah finansial akibat keterbatasan kapasitas *caregiver* untuk bisa bekerja dengan tenang, sementara biaya perawatan dan pemeliharaan atas kerusakan yang mungkin disebabkan oleh ODS yang ‘mengamuk’ cukup besar (Caqueo-Urizar *et al.*, 2017). Tidak hanya sampai disitu, dalam penelitian yang dilakukan oleh Kageyama *et al.* (2011; dalam Janah & Hargiana, 2021), sebanyak 87,7% *family caregiver* mengalami kekerasan psikologis (ancaman, agresi verbal, pelecehan, hinaan, hingga pencemaran nama baik), dan 75,8% mengalami kekerasan fisik yang dilakukan oleh ODS. Selain itu, terputusnya hubungan *family caregiver* dengan lingkungan sosialnya, termasuk anggota keluarga lainnya, dikarenakan adanya gangguan mental dalam keluarganya juga seringkali terjadi (Shibre *et al.*, 2001; Struening *et al.*, 2001; Ostman *et al.*, 2002; dalam Caqueo-Urizar *et al.*, 2017).

Family caregiver juga dihadapkan pada berbagai konflik sosial dengan masyarakat selama menjalankan tugas perawatan ODS. Salah satu konflik yang muncul adalah stigma, yang menyulitkan hidup di lingkungan masyarakat bagi ODS dan keluarga yang merawatnya. Hal ini terjadi karena banyak dari masyarakat yang keliru meyakini bahwa gangguan mental itu tidak nyata dan merupakan suatu penyakit yang berhubungan pada gangguan magis atau akibat dari kurangnya iman, sehingga mereka merasakan “sakit” yang tidak berwujud (Cohen *et al.*, 2002; dalam Mohammad *et al.*, 2012).

Terdapat perbedaan anggapan mengenai gangguan jiwa, terutama skizofrenia, antara masyarakat Barat dan Timur. Pada masyarakat di negara Barat, skizofrenia dianggap sebagai akibat dari faktor sosial, seperti stres akibat permasalahan di lingkungan sosialnya (Jorm *et al.*, 1997; Link *et al.*, 1999; Dietrich *et al.*, 2004; Angermeyer *et al.*, 2005; dalam Hurley *et al.*, 2019). Di sisi lain, pada masyarakat di negara Timur, dengan dipengaruhinya budaya dan kepercayaan, skizofrenia dianggap sebagai fenomena supernatural, seperti pengaruh sihir atau akibat kerasukan roh jahat (Razali *et al.*, 1996; dalam Mohammad *et al.*, 2012). Akibat dari masyarakat yang mengalami miskonsepsi terhadap gangguan mental mengakibatkan upaya penanganan bidang kesehatan jiwa relatif minim dibandingkan dengan bidang kesehatan lainnya (Cohen *et al.*, 2002; dalam Mohammad *et al.*, 2012).

Dengan adanya beban dan tekanan yang begitu besar dalam merawat ODS, *family caregiver* rentan mengalami *distress*. *Distress* ini tentu berbeda dengan *eustress* yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi, karena *distress* cenderung menimbulkan kecemasan dan perasaan negatif bagi individu. Kondisi beban pengasuhan, ditambah pengaruh faktor yang terjadi pada keadaan internal dan lingkungan eksternal, seperti stigma dan pemahaman yang keliru, membuat tekanan *distress* yang dialami sangatlah besar (Kate *et al.*, 2013; dalam Peng *et al.*, 2019). Terutama ketika *family caregiver* dihadapkan perilaku tidak kooperatif dari pasien atau lingkungan sekitarnya, atau jika pasien menunjukkan perilaku agresif, maka tingkat stres yang dialami oleh *family caregiver* semakin meningkat (Ohaeri, 2001; dalam Peng *et al.*, 2019). Janah & Hargiana (2021) menyebutkan bahwa mayoritas *family caregiver* dari ODS mengalami stres pada tingkat sedang hingga parah.

Dengan adanya berbagai variasi situasi dan beban yang dihadapi, *family caregiver* menjadi kelompok yang sangat rentan terhadap masalah kesehatan mental, karena ketegangan atau beban berlebihan dapat menimbulkan gejala stres, frustrasi, berkurangnya interaksi sosial, kecemasan, depresi, hingga menurunnya harga diri mereka (Cabral *et al.*, 2014). Padahal, sebagai pihak yang dibutuhkan dalam memberikan dukungan kesembuhan bagi ODS, *family caregiver* harus memiliki kondisi kesehatan mental yang baik. Oleh karena itu, sebagai kelompok rawan gangguan mental, *family caregiver* harus memiliki cara untuk menjaga kesehatan mentalnya termasuk menyembuhkan kondisi psikologisnya saat terjadi gangguan pada dirinya sendiri. Untuk itu penting bagi *family caregiver* dalam memahami cara mencari bantuan (*help-seeking*). Dengan begitu, mereka akan lebih siap dalam menjaga kesehatan mentalnya dikala merawat ODS.

Mencari bantuan (*help-seeking*) dalam permasalahan kesehatan jiwa dapat didefinisikan sebagai segala aksi dan aktivitas yang dilakukan oleh individu yang menganggap dirinya sebagai seseorang yang membutuhkan dukungan, perawatan atau layanan pribadi, serta emosional maupun sosial secara positif (Barker, 2007; dalam Xu *et al.*, 2018). *Help-seeking* juga dikonseptualisasikan sebagai suatu proses dinamis yang dimulai dengan munculnya kesadaran akan suatu masalah yang mungkin membutuhkan pertolongan, lalu dilanjutkan dengan pengekspresian

gejala serta kebutuhan akan dukungan, lalu mengidentifikasi sumber bantuan, dan yang terakhir adanya kesediaan untuk mencari bantuan dan mengungkapkan informasi yang relevan (Rickwood *et al.*, 2005; dalam Xu *et al.*, 2018).

Melalui *help-seeking behavior*, yang mencakup segala tindakan untuk mencari bantuan dari layanan kesehatan atau orang-orang yang telah dipercayai masyarakat agar mereka mendapatkan pemahaman, bimbingan, pengobatan, dan dukungan umum saat berada di kondisi terpuruk, membuat seseorang *family caregiver* akan dapat tetap menjaga kesehatan jiwanya selama menjaga ODS (Rickwood & Thomas, 2012). Ketika *family caregiver* memiliki *help-seeking behavior* yang positif, mereka menjadi lebih tahan banting dalam menjalankan peran sebagai *caregiver* bagi ODS, sekaligus dapat hidup berdampingan dengan lebih efektif, karena kondisi psikologis mereka terjaga. Oleh karena itu, diharapkan mereka dapat mencapai kesejahteraan jiwa yang memadai.

Help-seeking behavior memiliki alur dinamis yang diawali oleh menyadari permasalahan sebagai permasalahan psikologis, muncul keputusan untuk mencari bantuan, dan memilih layanan bantuan (Cauce *et al.*, 2002; Knight *et al.*, 2019). Meskipun demikian, untuk mencapai *help-seeking behavior*, *family caregiver* seringkali menghadapi berbagai hambatan. Hambatan ini dapat dikategorikan dalam dua tipe, yaitu hambatan sikap (keyakinan dan sikap mereka terhadap masalah psikologis mereka dan pengobatannya) serta hambatan struktural (merasa kurangnya waktu untuk mencari bantuan serta sumber daya finansial maupun fasilitas yang tidak tersedia) (Wells *et al.*, 1994; Issakidis *et al.*, 2002; dalam Thompson *et al.*, 2004).

Hambatan sikap, yang terkait dengan keyakinan dan sikap terhadap masalah psikologis dan pengobatannya, seringkali dipengaruhi oleh stigma dan pandangan masyarakat, khususnya terhadap masalah psikologis. Tingginya tingkat stigma, dengan memberikan label negatif kepada individu yang mengalami gangguan mental, termasuk ODS, menjadi masalah yang tidak kunjung berakhir di Indonesia. Pemberian label seperti “gila”, “cacat”, “stres”, berperilaku aneh”, hingga “kelainan yang tidak bisa disembuhkan” disebut telah digunakan oleh 52% dari 150 remaja pengguna internet (Rachmayani & Kurniawati, 2016; dalam Maya, 2021). Stigma ini akhirnya menghambat individu dalam mencari bantuan (*help-seeking*), karena

mereka takut akan penolakan atau mendapatkan label sebagai “orang gila”, padahal mereka tengah merawat dan menjaga ODS (Link, 1987; dalam Maya, 2021).

Meskipun *family caregiver* sudah sering membawa ODS untuk mendapatkan pertolongan profesional, terkadang mereka masih mengabaikan diri sendiri dan tidak mencari bantuan profesional ketika mengalami *distress* dalam mendampingi ODS. Namun, apabila *family caregiver* tidak memiliki sikap yang positif terhadap gangguan jiwa dan penanganannya, kemungkinan besar mereka tidak akan mengatasi kendala pribadi mereka dengan mencari bantuan dari profesional, meskipun mereka mungkin sudah membawa ODS yang mereka rawat ke tenaga kesehatan. Sebagai contoh, ketika mengalami *distress*, mereka merasa bahwa kondisi psikologis yang dialaminya tidak memiliki urgensi untuk dibawa ke profesional (Byrow *et al.*, 2020). Jankovic *et al.* (2011) mengindikasikan bahwa *family caregiver* sering kali lebih mengutamakan kebutuhan pasien daripada kebutuhannya sendiri, yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap kesehatan mental mereka. Beberapa penelitian mendukung temuan ini dengan menggambarkan bahwa mayoritas *family caregiver*, khususnya yang merawat ODS, memiliki tingkat stress yang sangat tinggi (Rahmani *et al.*, 2022).

Hambatan yang dialami oleh *family caregiver* terkait minimnya *help-seeking* dapat disebabkan oleh minimnya pemahaman mengenai pengetahuan kesehatan mental, kurangnya kesadaran akan pentingnya menjaga kondisi kesehatan mental, hingga ketidakpahaman dalam mengatasi masalah kesehatan mental seseorang. *Family caregiver* yang tidak memahami bagaimana kondisi gangguan stres akan merasa kondisinya bukanlah gangguan psikologis hingga perlu untuk mendapatkan bantuan profesional. Permasalahan ini didukung oleh data mengenai pengetahuan dan literasi kesehatan mental pada masyarakat sangat minim dan cenderung diabaikan (Furnham *et al.*, 2011; dalam Mohammad *et al.*, 2012).

Literasi kesehatan mental merujuk pada pemahaman, keyakinan, dan sikap mengenai gangguan kesehatan mental, pemahaman untuk mencari bantuan, dan pilihan pengobatan yang dapat membantu dalam masyarakat untuk mengenal, mengelola, dan mencegah gangguan mental dengan adanya aktivitas mencari bantuan profesional dan mampu memilih pengobatan yang tepat, mampu mengenali gejala gangguan kejiwaan, serta mampu dan mau untuk memberikan dukungan dan

juga bantuan kepada orang dengan gejala (Jorm *et al.*, 1997; Jorm, 2012; dalam Hurley *et al.*, 2019). Literasi kesehatan mental akan berkaitan dengan efikasi diri dan motivasi individu dalam mengelola kesehatan jiwa saat menghadapi suatu gangguan. (Hibbard dan Gilbert, 2014; Hibbard, 2017; dalam Hurley *et al.*, 2019). Literasi kesehatan mental juga dapat didefinisikan sebagai suatu keyakinan dan pengetahuan mengenai gangguan kejiwaan yang berkaitan dengan mampu mengakses, memahami, serta memanfaatkan informasi untuk mengenal dan mengelola gangguan (Lauber *et al.*, 2003; dalam Mohammad *et al.*, 2012).

Namun, banyak *family caregiver* yang memiliki literasi kesehatan mental yang minim (Chen *et al.*, 2019). Kurangnya informasi atau literasi kesehatan mental pada *family caregiver* dapat disebabkan oleh penjelasan yang kurang jelas dari dokter atau kurangnya eksposur terhadap informasi kesehatan mental (Olasoji *et al.*, 2017; Chen *et al.*, 2019; Cheung *et al.*, 2020). Kurangnya literasi kesehatan mental pada *family caregiver* akan mengakibatkan kesulitan dalam menyadari masalah psikologis yang mereka alami selama masa penuh stres saat merawat ODS (Cauce *et al.*, 2002; Nenobais *et al.*, 2019; Zhou *et al.*, 2021; Nabi & Rizvi, 2022). Akibatnya, *family caregiver* tidak mencari bantuan bahkan saat berada dalam kondisi stres, meskipun mereka mengetahui akses pelayanan kesehatan mental, seperti proses rujukan ke psikiater atau psikolog.

Sebagai kelompok rentan, *family caregiver* membutuhkan peningkatan literasi kesehatan mental untuk meningkatkan perilaku *help-seeking behavior* mereka. Ini penting agar mereka dapat menjadi pendorong tindakan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif bagi mereka. Dengan keterbatasan sumber dukungan prioritas perawatan dan sosial yang terjadi pada ODS maupun *caregiver*, membuat *help-seeking behavior* menjadi faktor penting dalam mendapatkan dukungan dan kualitas hidup yang lebih baik untuk ODS maupun *caregiver* (Glajchen, 2004; Northouse *et al.*, 2012; Nemati *et al.*, 2018; dalam Hamedani *et al.*, 2023). Akan tetapi, sayangnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan mental masih rendah (Jorm *et al.*, 2005; Bartlett *et al.*, 2006; Farrer *et al.*, 2008; dalam O'Connor *et al.*, 2015), termasuk pada negara berpenghasilan rendah sampai menengah, seperti Indonesia (Asyanti *et al.*, 2018; dalam Azedarach *et al.*, 2022). Akibatnya, banyak kelompok yang gagal mengidentifikasi gejala gangguan

yang dia rasakan dan gagal menemukan strategi pendukung pengobatan oleh profesional (Parker *et al.*, 2001; Jorm *et al.*, 2005; dalam O'Connor *et al.*, 2015). Hal ini tentu dapat berakibat buruk pada pencarian bantuan, terutama bagi kaum rentan seperti *family caregiver* ODS.

Ketika *family caregiver* memiliki pengetahuan kesehatan mental yang kurang, mereka kesulitan menjaga kesehatan mereka dan bahkan menunda pencarian bantuan psikologis karena kurangnya pemahaman terhadap kondisi mereka. Penundaan pencarian pertolongan dan pemilihan jalan pengobatan yang tidak tepat dapat berdampak buruk pada kondisi kesehatan mental yang semakin memburuk (Wang *et al.*, 2007; dalam Wodong *et al.*, 2023). Semakin pencarian pertolongan ditunda, maka akan semakin memburuk kondisi kesehatan mental yang terjadi dan semakin sulit juga pengobatan yang dapat dilakukan (Altamura *et al.*, 2011; dalam Wodong *et al.*, 2023).

Hal ini tentu dapat berdampak negatif karena tanpa bantuan yang diterima, para *family caregiver* mungkin melakukan upaya yang melampaui kapasitas atau daya tahan mental mereka, berujung pada kelelahan dan tingkat stres yang tinggi (Mento *et al.*, 2019). Situasi ini dapat diperparah jika *family caregiver* merasa bersalah ketika mereka berusaha menghabiskan waktu untuk bersenang-senang atau mencoba melepaskan rasa lelah dan stres mereka, dibandingkan mereka menghabiskan waktu untuk merawat keluarganya yang sakit (El Nady, 2012; dalam Mento *et al.*, 2019). Hal ini akan menciptakan kelelahan berat, stres, kecemasan, bahkan depresi yang dapat meningkatkan potensi gangguan jiwa (Mento *et al.*, 2019).

Dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa literasi kesehatan mental berperan penting dalam meningkatkan permintaan terhadap layanan kesehatan mental (Handayani *et al.*, 2020). Permintaan ini mencerminkan bagaimana orang-orang memiliki perilaku mencari bantuan profesional mental. Hal ini didasarkan karena jika seseorang memiliki literasi kesehatan mental yang baik, maka dia akan memiliki pengetahuan yang baik terhadap bagaimana psikologis yang sehat dan tidak sehat, mengetahui kemana dia harus pergi saat membutuhkan bantuan, memiliki pandangan yang positif terhadap kondisi psikologi yang bermasalah, pelayanan kesehatan mental, dan bagaimana

bantuan profesional dapat membuat seseorang menjadi lebih baik (O'Connor *et al.*, 2014; Furnham *et al.*, 2018). Sebaliknya, jika seseorang memiliki literasi kesehatan mental yang minim maka akan menciptakan konsekuensi keterlambatan mencari bantuan dan pengobatan masalah mental yang tertunda (Kelly *et al.*, 2007; dalam Handayani *et al.*, 2020).

Mayoritas penelitian yang sudah sering dilakukan saat ini lebih berfokus bagaimana pengaruh literasi kesehatan mental keluarga berpengaruh pada *help-seeking behavior* untuk pasien gangguan jiwa. Hasilnya pun menunjukkan bagaimana literasi kesehatan mental individu berpengaruh dengan kecepatan tanggapan seseorang untuk membawa keluarga mendapatkan pertolongan profesional (Wei *et al.*, 2015; Gabra *et al.*, 2020; Barokah *et al.*, 2023).

Akan tetapi, jarang ditemukan penelitian terkait pengaruh literasi kesehatan mental yang dimiliki oleh *family caregiver* pasien gangguan mental, khususnya ODS, terhadap *help-seeking behavior* untuk diri mereka sendiri saat berada dalam kondisi psikologis yang tidak baik. Untuk itu, peneliti ingin melihat bagaimana pengaruh dari literasi kesehatan mental dengan *help-seeking behavior* untuk dirinya sendiri bagi *family caregiver* dari ODS.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah dijelaskan, maka identifikasi masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana gambaran literasi kesehatan mental pada *family caregiver* dari ODS.
2. Bagaimana gambaran *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS.
3. Apakah terdapat pengaruh literasi kesehatan mental terhadap *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS.

1.3. Pembatasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah yang telah dijelaskan di atas, maka penelitian ini akan dibatasi pada masalah mengenai pengaruh dari pemahaman

literasi kesehatan mental (*mental health literacy*) terhadap *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS.

1.4. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang telah dijelaskan di atas, maka rumusan masalah yang akan diambil adalah sebagai berikut:

Apakah terdapat pengaruh dari pemahaman literasi kesehatan mental (*mental health literacy*) terhadap *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS?

1.5. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat apakah terdapat pengaruh dari pemahaman literasi kesehatan mental (*mental health literacy*) terhadap *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS?

1.6. Manfaat Penelitian

1.6.1. Manfaat Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan mampu menjadi referensi ilmu mengenai gambaran literasi kesehatan mental pada *family caregiver* dari ODS dan bagaimana ini berpengaruh pada *help-seeking behavior* untuk diri mereka sendiri
- b. Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi penelitian selanjutnya mengenai literasi kesehatan mental dan *help-seeking behavior* pada *family caregiver* dari ODS

1.6.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Melalui penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi peneliti dan sebagai sumber edukasi selanjutnya mengenai gambaran seorang keluarga dari pasien gangguan jiwa

b. Bagi *Family Caregiver* dari Orang dengan Skizofrenia (ODS)

Melalui penelitian ini diharapkan para *caregiver* dapat lebih memahami dan menyadari betapa pentingnya literasi kesehatan

mental dan memiliki *help-seeking behavior* psikologis untuk diri mereka sendiri sebagai perawat keluarga dari ODS. Dengan begitu, diharapkan para *caregiver* dapat memiliki pemahaman untuk menjaga kesehatan dirinya sendiri dan dapat mengetahui tanda-tanda saat kesehatan mental mereka membutuhkan bantuan profesional.

