PSYCHOLOGICAL WELL-BEING PADA CAREGIVER PASIEN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER DI RSUD DR. SAM RATULANGI TONDANO

Peter J. Mamahit

Program Studi Psikologi Universitas Negeri Manado
Email : 19101140@unima.ac.id

Tellma M. Tiwa

Program Studi Psikologi Universitas Negeri Manado
Email : tellmatiwa@unima.ac.id

Melkian Naharia

Program Studi Psikologi Universitas Negeri Manado
Email : melkiannaharia@unima.ac.id

Abstrak: Pasien major depressive disorder, terutama dalam beberapa kasus yang berat, membutuhkan seorang caregiver untuk membantunya menjalani aktivitas sehari-hari. Dalam melakukan caregiving, caregiver sering menghadapi tantangan yang berat, sehingga caregiver sangat rentan mengalami perubahan kualitas psychological well-being. Kualitas psychological well-being pada caregiver perlu diperhatikan karena peran pentingnya dalam proses caregiving. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran psychological well-being pada caregiver pasien major depressive disorder di Poliklinik Psikiatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, serta menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhinya. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa psychological well-being pada Subjek 1 cenderung tidak baik, sedangkan pada Subjek 2 sangat baik. Berdasarkan analisis pada setiap dimensi, ditemukan beberapa faktor yang mempengaruhi psychological well-being yang terbagi atas faktor internal, faktor eksternal, dan faktor situasional.

Kata Kunci: *Psychological Well-Being, Major Depressive Disorder, Caregiver*

Abstract: *Patients with major depressive disorder, especially in some severe cases, need a caregiver to help them carry out daily activities. In carrying out caregiving, caregivers often face serious challenges, so caregivers are very susceptible to changes in the quality of psychological well-being. The quality of psychological well-being in caregivers needs to be considered because of its important role in the caregiving process. This study aims to obtain a picture of psychological well-being in caregivers of patients with major depressive disorder at the Psychiatry Clinic, Outpatient Installation, Dr. Sam Ratulangi Tondano Hospital, and to analyze the factors that influence it. The research method used in this study is a qualitative method with a phenomenological approach. The results of the study showed that psychological well-being in Subject 1 tended to be poor, while in Subject 2 it was very good. Based on the analysis of each dimension, several factors were found that influenced psychological well-being which were divided into internal factors, external factors, and situational factors*

Keywords: *Psychological Well-Being, Major Depressive Disorder, Caregiver.*

PENDAHULUAN

Major Depressive Disorder (MDD) atau gangguan depresi mayor merupakan salah satu bentuk gangguan suasana hati (mood disorders) yang paling umum dan serius yang gejala utamanya berupa perasaan sedih secara terus-menerus, kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas sehari-hari (anhedonia), perubahan berat badan, kesulitan tidur, perasaan tidak berharga, serta pikiran untuk bunuh diri.

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), diagnosis MDD dapat ditegakkan jika individu mengalami setidaknya lima dari sembilan kriteria diagnosa selama periode minimal dua minggu. Gejala tersebut harus mencakup suasana hati yang depresif atau hilangnya minat dalam sebagian besar aktivitas yang sebelumnya dinikmati (APA, 2013). Selain itu, gangguan ini harus menimbulkan dampak yang signifikan terhadap fungsi sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya dalam kehidupan individu.

Caregiver merupakan individu yang menyediakan perawatan dan dukungan bagi orang lain yang mengalami gangguan kesehatan, baik fisik maupun mental. Caregiver bisa berasal dari anggota keluarga, teman, atau tenaga profesional, tetapi sebagian besar caregiver adalah anggota keluarga dekat yang tidak memiliki pelatihan formal dalam bidang kesehatan. Mereka mengambil tanggung jawab untuk merawat pasien karena hubungan emosional dan kewajiban sosial.

Caregiver sering kali menghabiskan sebagian besar waktunya untuk mengurus kebutuhan harian pasien, mulai dari hal-hal fisik seperti membantu mandi dan makan, hingga memberikan dukungan emosional. Menurut Teori Beban Caregiver

(Caregiver Burden Theory) yang dikembangkan oleh Zarit dkk (1980), caregiver sering kali mengalami tiga jenis beban utama: beban fisik, emosional, dan finansial, yang semua ini dapat berdampak pada kesehatan mereka sendiri (Zarit, 1980).

Penelitian menunjukkan bahwa caregiver pasien dengan penyakit kronis, terutama gangguan mental, berisiko lebih tinggi untuk mengalami stres, kelelahan, dan gangguan psikologis seperti depresi dan kecemasan. Hal ini dikarenakan tanggung jawab yang berkelanjutan dan rasa kewajiban yang mereka rasakan untuk memberikan caregiving berkualitas, sering kali tanpa dukungan yang memadai. Caregiver mungkin merasa terisolasi, terutama jika mereka satu-satunya yang bertanggung jawab atas perawatan pasien, sehingga mereka tidak memiliki kesempatan untuk beristirahat atau memikirkan kesejahteraan mereka sendiri. Beban ini semakin berat jika caregiver juga harus mengurus kehidupan pribadi mereka, seperti pekerjaan atau tanggung jawab keluarga lainnya, yang sering kali membuat mereka tidak bisa fokus sepenuhnya pada caregiving pasien.

Di sisi lain, caregiver juga menghadapi tantangan dalam menjaga keseimbangan emosional ketika merawat pasien. Pasien dengan gangguan kesehatan mental, termasuk MDD, sering kali mengalami perubahan suasana hati yang tiba-tiba dan perilaku yang sulit diprediksi, yang dapat memengaruhi hubungan mereka dengan caregiver. Sebagai contoh, pasien MDD mungkin menunjukkan perilaku menarik diri atau marah tanpa alasan yang jelas, yang bisa menimbulkan stres tambahan bagi caregiver. Dalam Teori Beban Caregiver, beban emosional merupakan salah satu faktor yang paling signifikan memengaruhi kesejahteraan

psikologis caregiver, karena mereka harus terus-menerus mengelola perasaan frustrasi, kelelahan, dan bahkan rasa bersalah jika mereka merasa tidak mampu memberikan perawatan terbaik (Zarit, 1980).

Caregiver pasien major depressive disorder (MDD) menghadapi tantangan unik yang berbeda dari caregiver pasien dengan gangguan fisik. Major depressive disorder dapat menyebabkan perubahan suasana hati yang tidak terduga, hilangnya minat dalam aktivitas sosial, dan bahkan perilaku yang menyulitkan dalam hubungan interpersonal. Kondisi ini menuntut caregiver untuk tidak hanya memberikan dukungan fisik, tetapi juga psikologis kepada pasien, yang dapat menguras energi emosional dan mental mereka. Teori Stres Caregiver (Caregiver Stress Theory) dari Pearlin dkk. (1990) menyatakan bahwa stres caregiver timbul ketika tuntutan perawatan melebihi kapasitas sumber daya yang dimiliki oleh caregiver, baik itu secara fisik, emosional, atau finansial (Pearlin, dkk. 1990). Hal ini sesuai dengan hasil pra-survei yang dilakukan peneliti, di mana caregiver menyatakan bahwa menjalankan peran sebagai seorang caregiver membuatnya merasa sangat terbebani oleh tanggung jawab yang besar karena perannya yang sangat berpengaruh dalam proses pemulihan pasien MDD.

Pasien dengan MDD sering kali menunjukkan perilaku menarik diri, kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari, dan suasana hati yang pesimistis, yang menambah beban emosional caregiver. Caregiver tidak hanya harus mengelola kondisi fisik pasien, tetapi juga harus terus-menerus berusaha menjaga keseimbangan emosional mereka agar dapat memberikan dukungan yang optimal. Studi menunjukkan bahwa caregiver

pasien MDD lebih rentan terhadap stres, kecemasan, dan depresi karena mereka sering kali merasa bertanggung jawab atas pemulihan emosional pasien. Sun dkk (2019) menunjukkan bahwa caregiver dari pasien dengan gangguan mental seperti MDD cenderung mengalami gejala depresi yang lebih tinggi dibandingkan caregiver dari pasien dengan penyakit fisik, karena tekanan psikologis yang mereka hadapi secara terus-menerus (Sun, dkk. 2019).

Tantangan yang dihadapi oleh caregiver pasien MDD sering kali diperburuk oleh kurangnya dukungan sosial atau akses ke layanan kesehatan mental yang memadai. Caregiver mungkin merasa terisolasi dan tidak memiliki tempat untuk berbagi beban emosional mereka, yang akhirnya dapat menyebabkan burnout atau kelelahan emosional. Dalam Teori Stres Transaksional Lazarus dan Folkman (1984), kemampuan individu untuk menghadapi stres tergantung pada bagaimana mereka menilai situasi tersebut dan sumber daya yang mereka miliki untuk menghadapinya. Caregiver yang merasa tidak memiliki cukup dukungan atau sumber daya mungkin lebih rentan terhadap dampak negatif dari stres yang berkepanjangan (Lazarus & Folkman, 1984). Oleh karena itu, penting untuk memberikan perhatian khusus pada kesejahteraan psikologis caregiver agar mereka dapat terus memberikan perawatan yang optimal tanpa mengorbankan kesehatan mental mereka sendiri.

Psychological well-being atau kesejahteraan psikologis merupakan konsep yang merujuk pada keadaan di mana individu merasa puas dengan kehidupannya, mampu mengelola emosinya, dan memiliki hubungan sosial yang positif serta pertumbuhan pribadi yang berkelanjutan. Dalam Ryff's Psychological Well-Being

Theory (1989), kesejahteraan psikologis terdiri dari enam dimensi utama: penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi. Dimensi-dimensi ini saling berhubungan dan berkontribusi pada perasaan puas terhadap kehidupan dan kemampuan untuk menghadapi tantangan (Ryff, 1989). Caregiver yang memiliki kesejahteraan psikologis yang baik umumnya mampu menghadapi *burden of care* yang berat dengan lebih efektif, menjaga hubungan interpersonal dengan pasien, dan mempertahankan kualitas hidup mereka sendiri.

Namun, kesejahteraan psikologis caregiver sering kali terganggu ketika mereka menghadapi stres akibat tuntutan perawatan yang intensif, terutama ketika merawat pasien dengan gangguan mental seperti MDD. Teori Stres Caregiver menyatakan bahwa caregiver yang merasa terbebani oleh tanggung jawab mereka cenderung mengalami penurunan dalam berbagai aspek kesejahteraan psikologis, termasuk kelelahan emosional, penurunan kualitas hubungan interpersonal, dan kurangnya otonomi dalam kehidupan pribadi mereka (Pearlin, dkk. 1990). Kondisi ini semakin diperburuk oleh kurangnya dukungan sosial atau sumber daya yang memadai untuk membantu caregiver mengelola perasaan mereka, yang pada akhirnya meningkatkan risiko mereka mengalami depresi atau *burnout*. Oleh karena itu, menjaga kesejahteraan psikologis caregiver adalah kunci dalam memastikan bahwa mereka dapat terus memberikan perawatan yang optimal kepada pasien sambil mempertahankan kesehatan mental mereka sendiri.

Penelitian mengenai kesejahteraan psikologis caregiver pasien major depressive disorder sangatlah penting

mengingat peran sentral caregiver dalam proses caregiving. Pengabaian terhadap kesejahteraan psikologis caregiver dapat berdampak negatif tidak hanya pada kesehatan caregiver itu sendiri, tetapi juga pada kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Model Stres Transaksional Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa bagaimana individu menilai dan mengelola stres dapat menentukan dampak stres tersebut pada kesejahteraan mereka (Lazarus & Folkman, 1984). Dalam konteks ini, penting untuk memahami bagaimana caregiver pasien MDD menilai dan mengelola stres perawatan yang mereka hadapi, serta faktor-faktor apa saja yang dapat mendukung kesejahteraan psikologis mereka. Tanpa intervensi yang tepat, caregiver dapat mengalami penurunan kesehatan mental yang serius, yang pada akhirnya memengaruhi kemampuan mereka untuk memberikan perawatan berkualitas bagi pasien.

Dari paparan tersebut, jelas terlihat bahwa penelitian mengenai *psychological well-being* pada caregiver pasien major depressive disorder sangatlah relevan dan mendesak. Major depressive disorder merupakan gangguan mental yang memerlukan perawatan jangka panjang dan intensif, yang sebagian besar dilakukan oleh caregiver keluarga. Namun, peran ini sering kali menimbulkan dampak psikologis yang signifikan pada caregiver, yang dapat mengganggu kesejahteraan mereka. Pemahaman yang mendalam mengenai bagaimana caregiver pasien MDD dapat menjaga kesejahteraan psikologis mereka, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan yang mereka berikan. Dengan menggunakan teori-teori yang

mendasari psychological well-being, dengan melihat juga burden of care, social support, dan coping strategy, penelitian ini bertujuan untuk memberikan wawasan baru tentang kualitas hidup caregiver dan, secara tidak langsung, meningkatkan hasil perawatan pasien.

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran psychological well-being pada caregiver pasien major depressive disorder dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi psychological well-being pada caregiver pasien major depressive disorder di Poliklinik Psikiatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan untuk mengeksplorasi kesejahteraan psikologis caregiver pasien major depressive disorder. Menggunakan metode kualitatif memungkinkan peneliti untuk mendalami pengalaman subjektif dan bagaimana caregiver memaknai pengalaman mereka. Hal tersebut relevan karena kesejahteraan psikologis merupakan konsep yang sangat personal dan sering dipengaruhi oleh faktor-faktor yang kompleks, seperti hubungan interpersonal, kondisi pasien, beban emosional, serta tekanan sosial.

Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik Psikiatri Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Sam Ratulangi Tondano, yang terletak di Jl. R. Suprpto, Kelurahan Luaan, Kecamatan Tondano Timur, Kabupaten Minahasa, Provinsi Sulawesi Utara.

Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari subjek penelitian, yang merupakan caregiver utama (primary

caregiver) yang melaksanakan caregiving pada pasien yang didiagnosa major depressive disorder. Caregiver dalam konteks ini merujuk pada individu yang sehari-hari secara langsung melakukan pekerjaan-pekerjaan caregiving, baik berupa emotional support, bantuan fisik, maupun pengelolaan keseharian pasien, seperti kepatuhan minum obat. Subjek dalam penelitian penelitian ini yaitu Subjek 1 (S1) Mawar (wanita, 42 tahun), seorang ibu sekaligus caregiver dari Putri (wanita, 21 tahun), seorang pasien major depressive disorder, dan Subjek 2 (S2) Andi (pria, 29 tahun), suami sekaligus caregiver dari Melati (wanita, 27 tahun), seorang pasien major depressive disorder.

Guna memperoleh hasil penelitian yang lebih kompleks, peneliti menambahkan beberapa informan tambahan untuk memperoleh data sekunder. Meneliti kesejahteraan psikologis seseorang tidak cukup dengan mewawancarai individu tersebut, tetapi juga perlu untuk mengumpulkan informasi tambahan dari informan lain yang memiliki hubungan dengan subjek dan/atau melihat kehidupan subjek secara langsung.

Analisis data kualitatif dilakukan sepanjang proses penelitian di lapangan berlangsung, sampai sesudah penelitian selesai. Dalam penelitian ini, teknik analisis data yang peneliti gunakan adalah model interaktif yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1994). Model ini melibatkan proses analisis data secara bersiklus dan terus-menerus, yang terdiri dari tiga komponen utama, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Teknik ini memungkinkan peneliti menganalisis data secara sistematis dan mendalam,

dengan terus memeriksa data yang terkumpul selama proses penelitian.

Untuk menjaga keabsahan data dalam penelitian kualitatif ini, peneliti menggunakan berbagai teknik validasi data sesuai dengan standar yang telah dikemukakan oleh Lincoln dan Guba (1985). Keabsahan data bertujuan untuk memastikan bahwa hasil penelitian benar-benar akurat, dapat dipercaya, dan representatif terhadap pengalaman yang diteliti. Penelitian ini memfokuskan pada empat kriteria utama untuk mengecek keabsahan data: kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmasiabilitas.

Secara ideal, semua kriteria tersebut digunakan dalam penelitian kualitatif untuk memastikan keabsahan data secara menyeluruh. Namun, peneliti memilih untuk memfokuskan pada beberapa kriteria tergantung pada tujuan penelitian, konteks, dan sifat penelitian ini, dan karena penelitian ini lebih fokus pada pemahaman mendalam dari subjek tanpa niat untuk generalisasi, maka peneliti memilih kriteria kredibilitas dan konfirmasiabilitas untuk menjadi prioritas utama.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang dibagi berdasarkan enam dimensi utama dalam Teori *Psychological Well-Being* Carol Ryff pada kedua subjek penelitian.

1. Dimensi *Self-Acceptance* (Penerimaan Diri)

Dimensi ini berkaitan dengan bagaimana individu menerima seluruh aspek dalam kehidupannya. Tujuan analisis dimensi *ini* adalah untuk mengetahui sejauh mana subjek merasa puas dengan dirinya sendiri, tidak merasa terjebak dalam penyesalan atau rasa malu yang berlebihan, serta tidak hanya bangga akan kelebihannya, tetapi

juga menerima segala kekurangan yang ia miliki.

Dalam kasus S1, dimensi ini tampak berkualitas sangat rendah. S1 secara eksplisit menyatakan bahwa ia tidak merasa puas terhadap peran dirinya sebagai seorang *caregiver*. Walaupun ia sudah memberikan dan melakukan banyak hal dalam proses pemulihan pasien, ia tetap merasa bahwa upaya-upayanya tersebut masih belum mencukupi. Perasaan ketidakpuasan ini mencerminkan penerimaan diri yang rendah. Sebaliknya, S2 justru menunjukkan penerimaan diri yang tinggi. S2 menyatakan bahwa ia merasa puas terhadap hasil yang tercapai dalam peran *caregiving*-nya. Ia juga menegaskan bahwa ia telah melakukan yang terbaik sebagai seorang suami sekaligus *caregiver* pasiennya, yang juga ditunjukkan dengan hasil *caregiving*-nya di mana pasiennya sudah mulai pulih dari *major depressive disorder*.

S1 juga menunjukkan perasaan bersalah yang berlebihan, di mana ia pernah menghentikan pengobatan pasien tanpa rekomendasi dari psikiater. Perasaan bersalah ini terus membayangi dirinya dengan menunjukkan bahwa ia belum mampu memaafkan dirinya sendiri atas keputusan yang tidak tepat tersebut yang berdampak negatif terhadap proses pemulihan pasien dari gejala-gejala *major depressive disorder*, meskipun ia telah belajar dan memperbaiki kesalahannya. Selain itu, S1 beberapa kali melakukan penekanan pada kekurangan dirinya. Dalam wawancara, dibandingkan dengan kelebihan dan hasil-hasil positif, S1 lebih banyak menyoroti kekurangan-kekurangannya, seperti kesalahannya dalam berkomunikasi dengan pasien, sehingga hal ini mengindikasikan bahwa S1 lebih cenderung terfokus pada kelemahannya daripada mengapresiasi

usahanya, di mana ini merupakan tanda rendahnya penerimaan diri. Sedangkan S2 memiliki pandangan bahwa setiap kesalahan yang ia lakukan selama menjadi *caregiver* dapat dijadikan acuan untuk terus memperbaiki dirinya dari kesalahan-kesalahan tersebut.

2. Dimensi *Positive Relation with Others* (Hubungan Positif dengan Orang Lain)

Tujuan analisis dimensi ini adalah untuk mengetahui bagaimana kemampuan subjek dalam menjalin hubungan yang dekat dan empatik, serta saling mendukung dengan orang lain, serta bagaimana perspektif subjek dalam memaknai hubungan tersebut. Dalam dimensi ini, peneliti dapat mengetahui keintiman emosional, rasa percaya, serta kemampuan subjek dalam membangun dan mempertahankan hubungan dengan orang lain.

Dari hasil penelitian, hubungan baik antara S1 dengan orang lain hanya terjalin dengan beberapa anggota keluarga, yaitu pasiennya sendiri, suami, dan adiknya. S1 menunjukkan dedikasi yang mendalam dalam merawat pasien, bahkan saat hubungan mereka sempat menegang karena perkataan yang kurang tepat yang pernah diucapkan S1. Namun, setelah menyadari kesalahannya, S1 berusaha memperbaiki hubungan dengan pasien, dan saat ini hubungan mereka telah menjadi lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa S1 mampu membangun kembali hubungan yang positif dengan anaknya melalui usaha dan komitmen. Hubungan S1 dengan suaminya tampaknya cukup baik, meskipun suami bekerja di luar kota. Tidak ada indikasi konflik yang signifikan, tetapi jarak fisik antara mereka mungkin menjadi tantangan dalam mendapatkan dukungan emosional yang lebih intens dari suaminya. Hubungan S1 dengan

sepupunya tetap positif, bahkan menjadi salah satu sumber dukungan emosional dan saran yang penting. Adiknya inilah yang memberikan panduan awal kepada S1 untuk membawa pasien ke psikiater. Ini mencerminkan bahwa S1 masih memiliki hubungan yang hangat dengan individu tertentu yang dia percayai. Tidak jauh berbeda dengan S2 yang hanya menjalin hubungan dekat dengan pasiennya sendiri.

Kemudian dalam hubungan dengan keluarga dan tetangga, S1 dan S2 menunjukkan adanya kesamaan. Dalam konteks sebagai *caregiver*, S1 cenderung membatasi hubungan dengan keluarga besar dan tetangga sejak menjadi *caregiver*. Hal ini disebabkan oleh fokusnya pada perawatan pasien serta kekhawatiran terhadap stigma yang sering muncul tentang gangguan mental. Pembatasan interaksi ini menunjukkan bahwa kualitas hubungan sosial S1 di luar keluarga inti menurun. Begitu juga dengan S2 yang menyatakan bahwa ia tidak terlalu membutuhkan orang lain selama menjalankan tugas *caregiving*, sehingga membangun hubungan baik dengan orang lain tidak terlalu dipentingkan oleh S2 dan pasien.

3. Dimensi *Autonomy* (Kemandirian)

Dimensi ini mencakup kemampuan individu dalam mempertahankan kemandiriannya. Tujuan analisis dimensi ini adalah untuk mengetahui kemampuan subjek dalam membuat suatu keputusan dan arah hidupnya sendiri tanpa terlalu dipengaruhi oleh pandangan atau ekspektasi orang lain. Dengan dimensi ini, peneliti dapat melihat apakah subjek dapat bertindak sesuai dengan nilai-nilai pribadinya tanpa perlu mendapatkan validasi atau persetujuan orang lain.

Pada kasus S1, ia menunjukkan kemandirian yang baik. S1 mengambil keputusan besar untuk menjadi

caregiver bagi pasien, meskipun peran ini menuntut waktu, energi, dan pengorbanan yang sangat besar. Keputusan tersebut menunjukkan keberanian dan kemandirian S1 dalam menentukan langkah terbaik untuk anaknya. Namun, peran *caregiver* yang intensif membuatnya harus mengesampingkan beberapa aspek kehidupannya sendiri, termasuk interaksi sosial dan kesejahteraannya. Salah satu keputusan besar yang menunjukkan *autonomy* S1 adalah meninggalkan pekerjaannya agar dapat fokus merawat pasien. Keputusan ini mencerminkan keberanian dan tanggung jawab yang besar, meskipun konsekuensinya adalah ketergantungan finansial pada suaminya. Tindakan ini menunjukkan kemampuan S1 untuk menempatkan prioritas keluarga di atas kebutuhan pribadi.

Sama halnya dengan kasus S2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa S2 memiliki kemampuan untuk membuat keputusan dan menentukan arah hidupnya secara mandiri, tanpa terlalu dipengaruhi oleh pandangan, opini, atau keinginan orang lain di sekitarnya. Hal ini mencerminkan tingkat kemandirian yang cukup tinggi dalam aspek pengambilan keputusan, di mana subjek mampu memisahkan dirinya dari tekanan sosial maupun ekspektasi lingkungan. Meskipun menghadapi tantangan besar dalam perannya sebagai *caregiver*, subjek tetap berusaha menjaga kendali atas pilihannya dan tidak membiarkan pandangan eksternal menggoyahkan prinsip-prinsip yang diyakininya.

4. Dimensi *Environmental Mastery* (Penguasaan Lingkungan)

Dimensi *environmental mastery* mengacu pada kemampuan seseorang untuk mengelola lingkungan hidupnya secara efektif. Tujuan analisis dimensi ini adalah untuk mengetahui

kemampuan subjek dalam mengelola tanggung jawabnya sehari-hari, seperti mengelola waktu, serta bagaimana subjek menghadapi perubahan dan situasi baru.

Pada S1, Rendahnya kemampuan penguasaan lingkungan subjek ditandai dengan rasa tidak mampu dalam menghadapi perubahan dan situasi baru setelah pasien didiagnosa *major depressive disorder* karena mau tidak mau, subjek harus menjadi seorang *caregiver* untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan terjadi saat pasien hilang kendali karena kekambuhan gejala *major depressive disorder*.

S2 menunjukkan penguasaan lingkungan yang sangat baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek merasa memiliki kendali yang cukup baik dalam mengelola tanggung jawab sehari-hari, terutama dalam hal pengelolaan waktu, baik sebagai seorang *caregiver* maupun dalam perannya di dunia kerja. Subjek menunjukkan kemampuan untuk menyesuaikan jadwal dan memprioritaskan kegiatan, sehingga dapat membagi waktu secara efektif antara *caregiving* dan pekerjaan agar ia dapat memastikan kebutuhan mereka tetap terpenuhi meskipun sedang menjalankan tugasnya sebagai *caregiver*. Subjek mengambil cuti sebagai haknya sebagai pekerja. Penelitian membuktikan pentingnya perhatian lebih kepada pekerja atas hak-haknya sehingga mendorong *subjective well-being* pekerja (Sengkey & Tiwa, 2020). Dengan strategi ini, subjek berhasil memastikan bahwa kebutuhan pasien tetap terpenuhi tanpa mengabaikan tuntutan profesionalnya. Kemampuan ini mencerminkan penguasaan lingkungan yang signifikan, di mana subjek mampu beradaptasi dengan situasi yang kompleks dan menyeimbangkan berbagai peran yang

diembannya meskipun berada dalam tekanan yang cukup tinggi.

5. Dimensi *Purpose in Life* (Tujuan Hidup)

S1 menunjukkan adanya tujuan yang jelas dalam kehidupannya saat ini, yaitu memastikan pasien mendapatkan perawatan terbaik dan mendukung pemulihannya. Tugas ini menjadi fokus utama S1, menggantikan prioritas lain dalam hidupnya, seperti pekerjaan dan hubungan sosial. Meskipun berat, peran ini memberinya makna mendalam sebagai seorang ibu yang ingin melihat anaknya kembali sehat.

Sebelum pasien didiagnosis dengan major depressive disorder, S1 memiliki kehidupan yang lebih seimbang antara peran sebagai ibu rumah tangga dan hubungan sosial. Namun, setelah menjadi *caregiver*, sebagian besar tujuan hidupnya menjadi berpusat pada kesejahteraan pasien. Hal ini menunjukkan fleksibilitas S1 dalam menyesuaikan arah hidupnya sesuai dengan tuntutan situasi.

S1 mengungkapkan bahwa dirinya sering merasa tidak puas dengan dirinya sendiri, bahkan terkadang merasa ragu apakah ia telah memberikan yang terbaik bagi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ia memiliki tujuan yang kuat terkait peran *caregiving*, ia mungkin kehilangan arah dalam menemukan makna hidup di luar peran tersebut.

Ketika dihadapkan pada pertanyaan tentang apa yang akan terjadi pada pasien jika dirinya tidak ada, S1 menyadari pentingnya kontribusinya dalam menjaga keberlanjutan hidup pasien. Ini menunjukkan bahwa S1 memiliki kesadaran akan dampak positif dari perannya, yang dapat memperkuat makna hidupnya meskipun menghadapi tekanan besar.

S1 tampaknya mengabaikan atau menunda tujuan pribadinya, seperti

mengembangkan diri atau mengejar aspirasi di luar keluarga. Ini mungkin menyebabkan ketidakseimbangan dalam dimensi *purpose in life*, karena seluruh energinya terfokus pada pasien tanpa mempertimbangkan kebutuhan pribadinya.

Kemudian pada S2, subjek merasa bahwa hidupnya memiliki tujuan dan arah yang jelas, yang tercermin dalam keinginan serta harapan untuk membangun kehidupan rumah tangga yang harmonis setelah pasiennya berhasil pulih dari gangguan depresi mayor. Tujuan hidup ini tidak hanya menjadi motivasi utama dalam menjalankan perannya sebagai *caregiver*, tetapi juga memperkuat makna keberadaannya sebagai seorang suami. Kesadaran subjek akan tanggung jawab dan komitmen dalam pernikahan, terutama nilai saling menerima dan membantu satu sama lain, menjadi landasan moral yang kuat dalam setiap keputusan yang diambilnya. Subjek mengungkapkan bahwa keberhasilan dalam mendampingi pasien selama proses pemulihan memberikan kepuasan tersendiri, karena ia merasa bahwa peran dan usahanya telah memberikan manfaat nyata bagi pasangan hidupnya. Dengan demikian, subjek tidak hanya melihat *caregiving* sebagai tugas, tetapi juga sebagai wujud aktualisasi diri yang memperkokoh arah dan tujuan hidupnya.

6. Dimensi *Personal Growth* (Pertumbuhan Pribadi)

Dimensi *personal growth* mengacu pada kemampuan individu untuk terus berkembang, mengeksplorasi potensi, dan belajar dari pengalaman hidup, termasuk menghadapi tantangan. Tujuan analisis dimensi ini adalah untuk mengetahui kemampuan subjek untuk terus berkembang, belajar, dan mencapai potensi dirinya secara maksimal. Dalam dimensi ini dapat

diketahui apakah subjek mampu memperbaiki dirinya, mempelajari dan beradaptasi dengan hal-hal baru, serta memaksimalkan potensi dirinya.

Meskipun S1 telah memperoleh banyak pelajaran berharga dari perannya sebagai *caregiver*, fokus yang hampir sepenuhnya terpusat pada merawat pasien berpotensi menghambat pengembangan dirinya di aspek kehidupan lain. Perhatian yang terus-menerus terhadap kebutuhan pasien membuatnya cenderung mengabaikan kebutuhan pribadinya, seperti menjelajahi keterampilan baru, mengembangkan minat pribadi, atau mencari pengalaman yang dapat memperkaya identitasnya di luar peran sebagai ibu dan *caregiver*. Hal ini bisa berujung pada perasaan stagnasi atau hilangnya kesempatan untuk membangun rasa percaya diri di bidang lain yang mungkin menjadi sumber kebahagiaan atau pencapaian dirinya. Ketiadaan waktu untuk mengeksplorasi potensi yang lebih luas juga berisiko membuat S1 merasa terisolasi dari dunia luar, sehingga membatasi peluangnya untuk berkembang secara intelektual, emosional, maupun sosial. Dengan demikian, peran *caregiving* yang menyita hampir seluruh energi dan perhatiannya ini, meskipun mulia, perlu diimbangi dengan usaha untuk memprioritaskan pengembangan diri sebagai individu yang utuh..

Di sisi lain, S1 telah menunjukkan pertumbuhan pribadi yang signifikan melalui kemampuan adaptasinya dalam menghadapi situasi yang penuh tekanan dan kompleks. Setelah menerima diagnosis pasien, ia tidak hanya berusaha memahami kondisi anaknya, tetapi juga secara aktif mencari informasi dan pengetahuan tentang *major depressive disorder*. Upaya ini menunjukkan tekadnya untuk mendedukasi dirinya sendiri, meskipun

hal tersebut membutuhkan waktu dan energi di tengah tanggung jawab yang berat sebagai *caregiver*. Selain itu, pengalaman ini mendorong S1 untuk memandang kesehatan mental sebagai prioritas yang setara dengan kesehatan fisik, yang sebelumnya mungkin kurang mendapat perhatian dalam kehidupannya. Perubahan dalam cara berpikir dan pemahamannya ini menunjukkan transformasi yang mendalam pada tingkat emosional dan intelektual. Melalui perjalanan ini, S1 tidak hanya belajar lebih banyak tentang kondisi kesehatan mental, tetapi juga membangun empati dan kesadaran yang lebih besar terhadap perjuangan orang lain yang menghadapi tantangan serupa. Dengan kata lain, peran *caregiving* yang menantang ini telah menjadi katalis bagi perkembangan pemahaman, ketahanan, dan pertumbuhan emosionalnya, meskipun masih ada ruang untuk lebih memperluas aspek-aspek lain dalam hidupnya.

Kemudian pada kasus S2, hasil penelitian menunjukkan bahwa subjek memiliki kemampuan yang signifikan untuk terus berkembang dan beradaptasi dengan tantangan yang dihadapinya selama menjalani peran sebagai *caregiver*. Proses *caregiving* tidak hanya menjadi beban, tetapi juga sarana pembelajaran yang membantu subjek mengeksplorasi potensi dirinya lebih jauh. Melalui pengalaman ini, subjek mampu mengenali kekuatan dan kelemahannya, sehingga ia terus belajar untuk meningkatkan kapasitas diri dalam menghadapi tekanan, mengelola emosi, dan memahami kebutuhan pasien. Subjek juga mengungkapkan bahwa tidak ada hambatan berarti yang dapat menghalangi perkembangan pribadinya, karena ia merasa selalu mampu menemukan cara untuk mengatasi setiap tantangan yang muncul. Hal ini mencerminkan bahwa

proses *caregiving*, meskipun berat, telah menjadi katalisator bagi pertumbuhan pribadi dan pematangan emosionalnya.

Berdasarkan pada hasil analisis *psychological well-being* pada masing-masing subjek, peneliti menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas *psychological well-being*, baik yang berpengaruh positif maupun berpengaruh negatif. Adapun peneliti membagi faktor-faktor tersebut ke dalam tiga kelompok, yakni faktor internal, faktor eksternal, dan faktor situasional.

1. Faktor Internal

a. Resiliensi

S1 dan S2 menunjukkan resiliensi atau ketahanan psikologis, yang menurut teori *Resilience Framework* (Masten, 2001), merupakan kemampuan individu untuk pulih dan beradaptasi meskipun menghadapi situasi penuh tekanan. Faktor resiliensi ini tampak dalam komitmen S1 merawat pasien meskipun mengalami tantangan besar, seperti kendala ekonomi dan stigma masyarakat.

b. Pengalaman Sebelumnya

Menurut teori *Coping Mechanisms* dari Lazarus dan Folkman (1984), pengalaman S1 merawat ibunya yang sakit kanker sebelumnya membantunya mengembangkan strategi koping yang lebih baik. Namun, perbedaan antara *caregiving* untuk pasien fisik dan mental menjadi tantangan baru, yang sesuai dengan konsep *role strain* atau ketegangan peran.

2. Faktor Eksternal

a. *Social Support*

Dukungan dari sepupu S1 mengilustrasikan pentingnya *perceived social support* dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis. Cohen dan Wills (1985) dalam model *Buffering Hypothesis* menjelaskan bahwa dukungan sosial dapat melindungi individu dari efek negatif stres. Namun,

pembatasan interaksi S1 dengan lingkungan sosialnya mengurangi kemungkinan memperoleh dukungan tersebut, yang dapat meningkatkan risiko isolasi sosial.

b. *Stigma* Masyarakat

Stigma terhadap gangguan mental sesuai dengan konsep *public stigma* dan *self-stigma* dari Corrigan (2004). *Public stigma* di lingkungan S1 dan S2 dapat meningkatkan beban emosionalnya karena ia merasa harus melindungi Pasien dari pandangan negatif. Ini juga dapat memengaruhi hubungan sosial S1 dan S2 dengan tetangga dan keluarga besar.

3. Faktor Situasional

Tantangan dalam peran *caregiving* juga mempengaruhi kesejahteraan psikologis subjek. *Caregiving* untuk pasien mental memiliki tuntutan emosional yang lebih tinggi dibandingkan *caregiving* untuk pasien fisik, seperti yang dijelaskan oleh teori *Caregiver Burden* (Zarit, dkk. 1980). Beban ini mencakup aspek emosional, fisik, dan finansial, yang semuanya dialami oleh S1.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis, berikut adalah kesimpulan yang dapat diambil.

Pada dimensi *self-acceptance*, Subjek 1 menunjukkan penerimaan diri yang rendah karena sering fokus pada kekurangan diri dan perasaan bersalah atas keputusan yang diambil. Sebaliknya, Subjek 2 memiliki penerimaan diri yang tinggi dengan kemampuan untuk menghargai kontribusinya sebagai *caregiver*.

Pada dimensi *positive relations with others*, kedua subjek menunjukkan hubungan positif yang terbatas, lebih banyak dengan keluarga inti, namun menghadapi kendala dalam hubungan sosial yang lebih luas karena stigma dan isolasi.

Pada dimensi *autonomy*, kedua subjek menunjukkan kemampuan untuk mengambil keputusan secara mandiri, meskipun Subjek 1 cenderung lebih terpengaruh oleh tuntutan *caregiving* yang berat.

Pada dimensi *environmental mastery*, Subjek 1 mengalami kesulitan mengelola tanggung jawab sehari-hari, sedangkan Subjek 2 mampu menyeimbangkan peran sebagai *caregiver* dengan tuntutan profesional.

Pada dimensi *purpose in life*, Subjek 1 sangat fokus pada pasien, tetapi hal ini menyebabkan kurangnya perhatian pada tujuan pribadi lainnya. Subjek 2 mampu menjaga tujuan hidup yang seimbang antara *caregiving* dan aspirasi pribadi.

Pada dimensi *personal growth*, Subjek 1 dan Subjek 2 menunjukkan perkembangan pribadi melalui peran *caregiving*, namun Subjek 1 menghadapi keterbatasan dalam mengembangkan potensi di luar peran tersebut.

Faktor yang mempengaruhi *psychological well-being*: Faktor internal: resiliensi dan pengalaman sebelumnya. Faktor eksternal: dukungan sosial dan stigma masyarakat yang signifikan bagi kedua subjek. Faktor situasional: tuntutan *caregiving*.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Corrigan, P. W. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pearlin, L. I., dkk. (1990). *Caregiving and The Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures*. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Ryff, C. D. (1989). *Happiness is Everything, or Is It? Explorations on The Meaning of Psychological Well-Being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sengkey, M. M., & Tiwa, T. M. 2020. *Kesejahteraan Subjektif Pekerja Kontrak (Pkwt)*. *Seurune : Jurnal Psikologi Unsyiah*, 3(2), 1–21.
- Sun, X., dkk. (2019). *The Influence of Social Support and Care Burden on Depression Among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in Rural Areas of Sichuan, China*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1961.
- Zarit, S. H., dkk. J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.