

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gangguan bipolar merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis dan kompleks, ditandai oleh perubahan suasana hati yang ekstrem antara fase mania, hipomania, dan depresi (Chakrabarti, 2022). Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), gangguan ini termasuk dalam kategori *mood disorders* yang ditandai dengan periode peningkatan energi, aktivitas, dan suasana hati yang tidak wajar pada fase mania atau hipomania, serta periode kesedihan mendalam, kehilangan minat, dan keputusasaan pada fase depresi. Fluktuasi suasana hati ini berdampak pada penurunan fungsi sehari-hari, produktivitas, serta kualitas hidup, sehingga menjadikan gangguan bipolar sebagai salah satu penyebab utama disabilitas global (Grande et al., 2016).

Secara global, *World Health Organization* (WHO, 2025) memperkirakan terdapat sekitar 37 juta individu yang hidup dengan gangguan bipolar atau sekitar 0,5% dari populasi dunia. Kondisi ini menunjukkan bahwa gangguan bipolar bukan hanya masalah individu, tetapi juga isu kesehatan masyarakat global karena tingginya prevalensi serta dampaknya yang luas. Prevalensi gangguan ini diperkirakan berkisar antara 0,3% hingga 2,4%, dengan temuan gejala sub-sindrom mania yang bahkan lebih tinggi, serta tidak menunjukkan perbedaan signifikan antar jenis kelamin, budaya maupun status sosial ekonomi (Lew-Starowicz et al., 2021). Di Indonesia sendiri, *Bipolar Care Indonesia* (2025)

melaporkan bahwa sekitar 2% penduduk atau 72.860 jiwa mengalami gangguan bipolar.

Penderita bipolar mengalami ketidakstabilan suasana hati yang ditandai dengan fase mania dan depresi yang bergantian, sering disertai gangguan penilaian dan hubungan interpersonal (Lew-Starowicz et al., 2021). Fase mania ditandai peningkatan energi, perilaku impulsif, dan penurunan kebutuhan tidur, sedangkan hipomania merupakan bentuk lebih ringan yang tetap mengganggu fungsi sosial. Fase depresi ditandai kehilangan energi, gangguan tidur, rasa bersalah, hingga ide bunuh diri, bahkan dapat muncul episode campuran (*mixed episode*). Kondisi depresi ini berisiko tinggi memunculkan *self-harm* dan bunuh diri. Lebih dari 25% individu dengan bipolar melaporkan percobaan bunuh diri setidaknya sekali dalam hidupnya, dengan risiko kematian akibat bunuh diri 20 kali lebih tinggi dibanding populasi umum (Grande et al., 2016; Merikangas et al., 2011). Kondisi ini menegaskan pentingnya intervensi dan dukungan psikososial bagi penderita bipolar agar tidak terjebak dalam siklus keputusan dan penurunan makna hidup.

Penanganan terhadap orang dengan gangguan bipolar (ODB) umumnya melibatkan dua bentuk terapi, yaitu terapi farmakologis dan terapi psikososial. Terapi farmakologis dilakukan oleh psikiater melalui pemberian obat penstabil suasana hati (*mood stabilizer*), antipsikotik, dan antidepresan. Sedangkan terapi psikososial dilakukan oleh psikolog atau konselor dengan pendekatan seperti *cognitive behavioral therapy (CBT)*, *interpersonal therapy (IPT)*, dan *family-focused therapy (FFT)* untuk meningkatkan dukungan sosial dan

keterampilan regulasi emosi (Miklowitz & Scott, 2009). Kedua bentuk terapi ini menegaskan bahwa proses pemulihan penderita bipolar tidak hanya bersifat medis, tetapi juga membutuhkan pendampingan sosial dan emosional yang berkelanjutan.

Dalam konteks ini, individu yang memberikan dukungan dan perawatan disebut sebagai *caregiver*. *Caregiver* secara umum diartikan sebagai seseorang yang memberikan bantuan dalam bentuk dukungan fisik, emosional, dan sosial kepada individu yang membutuhkan perawatan jangka panjang (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). Terdapat dua jenis *caregiver*, yaitu *formal caregiver* (tenaga profesional seperti perawat atau pekerja sosial) dan *informal caregiver*, yaitu anggota keluarga (*family caregiver*), pasangan, atau teman dekat yang merawat tanpa pelatihan formal maupun kompensasi finansial (Papastavrou et al, (2007).

Peran *family caregiver* sangat penting dalam perawatan orang dengan bipolar karena keluarga merupakan pihak yang paling dekat dan paling lama mendampingi pasien dalam kehidupan sehari-hari (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). *Family caregiver* adalah anggota keluarga yang memberikan bantuan fisik, emosional, maupun sosial kepada individu dengan kondisi kesehatan tertentu tanpa memperoleh pelatihan profesional ataupun kompensasi finansial (Malki et al., 2025). Dalam konteks gangguan bipolar, *caregiver* tidak hanya membantu memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, minum, dan memastikan kepatuhan pengobatan, tetapi juga bertanggung jawab memantau perubahan suasana hati pasien, menghadapi perilaku impulsif, serta memberikan

dukungan emosional selama fase mania maupun depresi (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016).

Malki et al. (2025) menegaskan bahwa peran *family caregiver* sangat esensial dalam sistem kesehatan modern, namun minimnya pelatihan formal dan dukungan yang memadai menjadikan mereka rentan mengalami berbagai tekanan psikologis (Malki et al., 2025). Penelitian lain menunjukkan bahwa *family caregiver* orang dengan bipolar sering mengalami stres kronis, kelelahan emosional, perasaan bersalah, hingga kehilangan harapan akibat kondisi pasien yang fluktuatif dan sulit diprediksi (Perlick et al., 2007). Dari sisi objektif, *family caregiver* dituntut mengalokasikan waktu, tenaga, dan biaya tambahan untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien serta menghadapi berbagai tuntutan pengasuhan jangka panjang (Perlick et al., 2007). Sementara itu, dari sisi emosional, *family caregiver* kerap mengalami kekhawatiran, ketegangan, frustrasi, serta tekanan psikologis berkepanjangan akibat harus terus menghadapi perubahan kondisi pasien secara berulang (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). Akumulasi tuntutan tersebut pada akhirnya dapat memicu munculnya kelelahan emosional yang dikenal sebagai *compassion fatigue* (Figley, 1995). Stamm (2010) mendefinisikan *compassion fatigue* sebagai sisi negatif dari proses merawat individu yang mengalami tekanan atau trauma berat, di mana *caregiver* dapat merasakan kejenuhan emosional dan kelelahan yang mendalam terhadap tugas-tugas perawatan, bukan sekadar rasa takut terhadap pekerjaan itu sendiri.

Dalam *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL), Stamm (2010) menjelaskan bahwa *compassion fatigue* merupakan salah satu komponen dari kualitas hidup profesional yang berhubungan dengan pekerjaan menolong orang lain. Instrumen ProQOL digunakan untuk mengukur sejauh mana individu mengalami kepuasan dan kelelahan dalam peran profesionalnya dalam *caregiving*, yang terdiri atas tiga aspek utama yaitu *compassion satisfaction*, *burnout*, dan *secondary traumatic stress*. Untuk mengukur *compassion fatigue*, terdiri dari *burnout* dan *secondary traumatic stress*. *Burnout* merujuk pada kelelahan emosional yang muncul akibat stres kronis dalam menjalankan peran *caregiving*, sedangkan *secondary traumatic stress* timbul akibat keterpaparan tidak langsung terhadap trauma yang dialami oleh orang lain.

Data menunjukkan bahwa fenomena *compassion fatigue* banyak dialami oleh *caregiver*, baik tenaga kesehatan maupun anggota keluarga. Penelitian *systematic review* dan *meta-analysis* oleh Xinqi Liao dkk. (2022) yang melibatkan 5 studi observasional mengenai *family caregiver* menunjukkan bahwa *caregiver* keluarga memiliki tingkat *compassion fatigue* pada kategori sedang dan berpotensi mengalami kelelahan emosional akibat proses perawatan jangka panjang terhadap anggota keluarga dengan penyakit kronis. Penelitian tersebut menemukan bahwa tekanan psikologis, tuntutan perawatan, serta kurangnya dukungan sosial menjadi faktor yang meningkatkan risiko *compassion fatigue* pada *caregiver* keluarga. Selain itu, penelitian oleh Jie Zhang dkk. (2023) terhadap 992 *caregiver* di China juga menunjukkan bahwa *caregiver* memiliki

risiko tinggi mengalami *compassion fatigue*, terutama ketika empati yang tinggi tidak diimbangi dengan dukungan sosial dan regulasi emosional yang baik.

Berdasarkan hasil wawancara awal yang dilakukan pada 16 Oktober 2025 terhadap tiga *family caregiver* dengan usia berkisar 20-30 tahun yang merawat anggota keluarga dengan gangguan bipolar di Yogyakarta, subjek menunjukkan tanda-tanda *burnout* berupa kelelahan emosional, iritabilitas, dan perasaan kewalahan saat menghadapi perilaku pasien. Ketiganya mengaku sering merasa “lelah secara emosional” dan kehilangan semangat setelah menghadapi episode kambuh. Salah satu *caregiver* bahkan mengatakan bahwa ketika tekanan memuncak ia “sampai teriak dan menghindar dulu biar nggak meledak,” sedangkan *caregiver* lain menyebut pernah “mukul dinding” atau melakukan *self-harm* sebagai bentuk pelepasan frustrasi. Meskipun demikian, ada pula subjek yang mencoba meredakan emosi dengan strategi seperti “narik napas, nenangin diri dulu,” dan menyebut bahwa kini “lebih menerima” kondisi pasien. Pola ini menunjukkan bahwa *burnout* tidak hanya muncul sebagai rasa lelah berkepanjangan, tetapi juga termanifestasi melalui ledakan emosi maupun upaya pengendalian diri yang berulang. Pada aspek *secondary traumatic stress*, ketiga *family caregiver* menunjukkan respons stres yang muncul akibat paparan berulang terhadap kondisi emosional dan perilaku ekstrem pasien. Mereka menggambarkan adanya rasa cemas, tegang, dan waspada berlebihan terutama ketika menghadapi kemungkinan kambuh. Salah satu subjek mengaku bahwa ia “sering kebayang-bayang kejadian waktu pasien ngamuk,” sedangkan subjek lain menyampaikan bahwa ia “jadi takut kalau suara sedikit keras, langsung siaga.”

Family caregiver lainnya juga menyatakan sulit untuk benar-benar rileks karena merasa selalu harus siap menghadapi situasi yang tidak terduga. Respons-respons ini menggambarkan karakteristik *secondary traumatic stress*, di mana stres emosional muncul sebagai akibat dari keterlibatan intens dengan penderitaan dan krisis yang dialami pasien. Hal ini memperkuat bahwa *compassion fatigue* merupakan fenomena nyata dan relevan di lapangan.

Idealnya, *caregiver* seharusnya memiliki kepedulian dan kemampuan empatik dalam memberikan dukungan emosional kepada individu yang dirawat, namun tetap mampu menjaga jarak psikologis yang sehat agar tidak kehilangan kesejahteraan emosionalnya (Figley, 1995). Kemampuan ini memungkinkan *caregiver* tetap terlibat secara emosional tanpa mengorbankan kesejahteraan psikologisnya, sehingga peran perawatan dapat dijalankan secara berkelanjutan dan seimbang. Namun, kemampuan menjaga batas psikologis tersebut tidak selalu dapat dipertahankan, terutama ketika *caregiver* menghadapi tuntutan perawatan yang intens dan berkepanjangan. Ketika keterlibatan emosional berlangsung tanpa keseimbangan dengan mekanisme perlindungan diri yang memadai, *caregiver* berisiko mengalami kelelahan emosional atau *compassion fatigue* (Figley, 1995). *Compassion fatigue* tidak hanya berdampak pada *caregiver* secara individu, seperti mudah marah, menarik diri secara sosial, menurunnya energi, motivasi, serta munculnya perasaan putus asa dan keterasingan, tetapi juga berpengaruh terhadap kualitas hubungan dengan pasien yang dirawat (Stoval, 2023). Dalam jangka panjang, hal ini dapat memperburuk kondisi psikologis pasien karena menurunnya konsistensi dalam perawatan dan melemahnya ikatan emosional

antara *caregiver* dan pasien (Behrani et al, 2020). Pada *family caregiver*, risiko *compassion fatigue* dapat meningkat ketika mereka memiliki kedekatan emosional yang kuat dengan anggota keluarga yang dirawat (Day & Anderson, 2011). Keterikatan emosional ini sering kali menghambat kemampuan *caregiver* untuk menjaga jarak dari penderitaan pasien, sehingga mengurangi mekanisme *coping* penting yang biasanya membantu tenaga profesional mengelola tekanan emosional selama proses perawatan. Akibatnya, *family caregiver* menjadi lebih rentan mengalami kelelahan emosional dibandingkan perawat formal yang umumnya telah memiliki pelatihan profesional dan strategi *coping* yang lebih adaptif dalam menghadapi situasi *caregiving* (Day & Anderson, 2011).

Kerentanan tersebut menunjukkan bahwa *compassion fatigue* tidak muncul secara tiba-tiba, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan dan dapat memperburuk kondisi psikologis *caregiver* selama menjalankan peran perawatan. Menurut Figley (1995), beberapa di antaranya meliputi paparan berkepanjangan terhadap penderitaan individu yang dirawat, ketidakseimbangan antara tuntutan peran dan sumber daya yang dimiliki, kurangnya kepuasan dalam menjalankan peran *caregiving*, empati tanpa regulasi yang memadai, serta ketidakmampuan untuk melepaskan diri dari situasi pengasuhan. Di antara berbagai faktor tersebut, empati menjadi salah satu faktor internal yang paling berpengaruh karena dalam proses *caregiving*, *caregiver* dituntut untuk terus memahami, merasakan, dan terlibat secara emosional dengan kondisi pasien. Keterlibatan emosional yang intens ini membuat *caregiver* lebih mudah menyerap tekanan psikologis, penderitaan, dan emosi negatif yang dialami

oleh individu yang dirawat, terutama ketika berlangsung dalam jangka panjang tanpa diimbangi kemampuan regulasi emosi yang baik (Figley, 1995). Menurut Davis (1980), empati merupakan kemampuan psikologis yang memiliki dua aspek utama, yaitu kognitif dan afektif. Aspek kognitif meliputi kemampuan memahami sudut pandang orang lain (*perspective taking*) dan membayangkan situasi emosional tertentu (*fantasy*), sedangkan aspek afektif berkaitan dengan kepedulian terhadap orang lain (*empathic concern*) serta perasaan tidak nyaman saat melihat penderitaan (*personal distress*). Dengan demikian, empati tidak hanya melibatkan pemahaman terhadap kondisi emosional orang lain, tetapi juga partisipasi emosional dalam pengalaman tersebut (Davis, 1980). Namun, ketika empati tidak diimbangi dengan kemampuan regulasi emosi yang memadai, keterlibatan emosional yang terlalu dalam justru dapat memicu munculnya fenomena *compassion fatigue* (Day & Anderson, 2011).

Dalam penelitian ini, empati dipilih sebagai variabel bebas karena merupakan aspek paling mendasar dalam proses *caregiving*. Empati berperan penting dalam membangun kedekatan emosional, namun juga dapat menjadi beban psikologis yang berakhir menjadi *compassion fatigue* ketika keterlibatan emosional yang tinggi tidak diimbangi dengan batas personal dan keterampilan regulasi emosi (Day & Anderson, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Zhang et al. (2021) menunjukkan bahwa empati yang terlalu intens dapat membuat *caregiver* lebih mudah terjebak dalam respons emosional negatif terhadap pengalaman pasien, yang pada akhirnya menimbulkan kelelahan emosional dan berkontribusi pada munculnya *compassion fatigue*. Lebih lanjut, Penelitian yang

dilakukan oleh Zhang (2023) menunjukkan bahwa empati memiliki hubungan positif yang signifikan dengan *compassion fatigue* yang mengindikasikan bahwa para perawat klinis dalam penelitian ini memiliki tingkat *compassion fatigue* yang sedang. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* berada pada tingkat risiko *compassion fatigue* sedang hingga tinggi, yang menggambarkan bahwa beban emosional akibat empati yang mendalam dapat memicu kelelahan psikologis (Figley, 2006).

Dalam konteks *family caregiving*, empati memiliki peran yang kompleks dan paradoks. Stovall dkk (2023) mengatakan bahwa di satu sisi, empati memungkinkan *caregiver* memahami kebutuhan emosional individu yang dirawat membantu *caregiver* merespons kebutuhan pasien secara lebih sensitif serta membangun hubungan interpersonal yang lebih hangat dan suportif (Decety & Jackson, 2004). Dalam situasi perawatan jangka panjang, empati menjadi landasan utama dalam menjaga kualitas interaksi antara *caregiver* dan penerima perawatan. Meskipun demikian, empati tidak selalu memberikan dampak yang adaptif. Dalam kondisi tertentu, keterlibatan emosional yang tinggi justru dapat memunculkan beban psikologis yang berkontribusi terhadap *compassion fatigue* terutama dalam relasi *caregiving* (Figley, 1995).

Hubungan antara empati dan *compassion fatigue* sendiri tidak bersifat sederhana maupun satu arah. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa empati dapat berhubungan positif dengan *compassion fatigue*, karena meningkatkan keterlibatan emosional terhadap penderitaan orang lain (Wagaman et al., 2015). Namun, temuan lain menunjukkan bahwa empati yang disertai dengan

kemampuan regulasi emosi yang baik justru dapat berperan sebagai faktor protektif yang membantu menurunkan risiko kelelahan emosional (Decety & Lamm, 2004). Perbedaan temuan ini mengindikasikan bahwa hubungan antara kedua variabel tersebut bersifat kompleks dan tidak selalu linear.

Untuk memahami dinamika tersebut, empati perlu dilihat sebagai konstruk multidimensional. Davis (1980) mengemukakan bahwa empati terdiri dari beberapa aspek, yaitu *perspective taking*, *empathic concern*, *personal distress*, dan *fantasy*. Setiap aspek memiliki karakteristik dan kontribusi yang berbeda terhadap respons psikologis individu (Eisenberg et al., 1987). *Perspective taking* memungkinkan individu memahami kondisi orang lain secara kognitif tanpa harus larut secara emosional, sehingga berpotensi menjadi faktor pelindung terhadap kelelahan emosional (Decety & Jackson, 2004). Sebaliknya, *personal distress* berkaitan dengan respons emosional negatif seperti kecemasan dan ketidaknyamanan, yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap stres. Sementara itu, *empathic concern* dan *fantasy* juga dapat memberikan dampak ganda, tergantung pada intensitas dan bagaimana individu mengelolanya (Wagaman et al., 2015).

Dalam konteks *family caregiver* individu dengan gangguan bipolar, dinamika ini menjadi semakin kompleks. *Caregiver* dihadapkan pada kondisi pasien yang fluktuatif, seperti perubahan suasana hati yang ekstrem, perilaku impulsif, serta kebutuhan dukungan yang berlangsung dalam jangka panjang (Perlick et al., 2008). Situasi ini menuntut tingkat empati yang tinggi agar *caregiver* mampu memahami kondisi pasien secara akurat. Namun, keterlibatan

emosional yang intens tanpa diimbangi dengan strategi coping dan regulasi emosi yang adaptif dapat meningkatkan risiko kelelahan emosional dan tekanan psikologis (Figley, 2002).

Lebih lanjut, tanpa adanya batas emosional yang sehat, empati dapat berkembang menjadi *over-identification*, yaitu kondisi di mana individu terlalu larut dalam penderitaan orang lain, sehingga memperbesar kemungkinan munculnya *compassion fatigue* (Reinares et al., 2004). Sebaliknya, apabila empati disertai dengan kemampuan untuk membedakan emosi diri dan orang lain, serta regulasi emosi yang baik, maka empati justru dapat berfungsi sebagai sumber resiliensi psikologis bagi *caregiver* (Decety, 2004).

Dengan demikian, hubungan antara empati dan *compassion fatigue* tidak dapat dipahami secara sederhana sebagai hubungan yang selalu positif atau negatif. Hubungan tersebut bersifat dinamis dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari aspek internal individu maupun konteks caregiving yang dihadapi (Wagaman et al., 2015). Oleh karena itu, penting untuk memahami dinamika hubungan antara empati dan *compassion fatigue* pada *family caregiver* dari individu dengan gangguan bipolar.

Penelitian mengenai *compassion fatigue* selama ini lebih banyak dilakukan pada *caregiver* formal, seperti perawat, psikolog, tenaga kesehatan, maupun pekerja sosial, dibandingkan pada *family caregiver*. Selain itu, sebagian besar penelitian terdahulu juga lebih banyak dilakukan di luar negeri dengan fokus pada konteks pelayanan profesional (Figley, 1995; Stamm, 2010). Di

Indonesia sendiri, penelitian yang membahas *compassion fatigue* pada *family caregiver* masih relatif terbatas, khususnya yang mengkaji hubungan empati dengan *compassion fatigue* secara spesifik. Penelitian lokal yang ada umumnya berfokus pada tenaga kesehatan profesional, seperti penelitian Silvia dan Kristiana (2026) pada perawat serta Kartikasari dan Hasanat (2025) pada psikolog klinis.

Lebih lanjut, penelitian yang secara khusus meneliti *family caregiver* individu dengan gangguan bipolar masih jarang ditemukan. Padahal, *family caregiver* individu dengan gangguan bipolar menghadapi tantangan emosional yang khas, seperti perubahan suasana hati pasien yang ekstrem, kemungkinan kekambuhan, perilaku impulsif, serta tuntutan pendampingan jangka panjang yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap *compassion fatigue*. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pengalaman *compassion fatigue* pada *family caregiver* individu dengan gangguan bipolar memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan *caregiver* pada konteks lainnya.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian sebelumnya karena secara khusus meneliti hubungan empati dengan *compassion fatigue* pada *family caregiver* individu dengan gangguan bipolar. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis dalam pengembangan kajian *compassion fatigue* pada konteks *family caregiving*, khususnya di Indonesia, serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya terkait kesehatan mental *caregiver* keluarga.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Apakah terdapat hubungan antara empati dengan *compassion fatigue* pada *family caregiver* orang dengan bipolar sekaligus melihat bagaimana arah hubungan nya, apakah positif atau negatif?

B. Tujuan & Manfaat Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara empati dengan *compassion fatigue* pada *family caregiver* orang dengan bipolar, sekaligus melihat bagaimana arah hubungan nya, apakah positif atau negatif?

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan ilmu psikologi, khususnya pada bidang psikologi klinis dan psikologi kesehatan, dengan menyoroti hubungan antara empati dan *compassion fatigue* pada *family caregiver*. Hasil penelitian ini dapat memperkaya pemahaman teoritis mengenai hubungan antara empati dan *compassion fatigue*, serta menambah referensi empiris bagi studi-studi sebelumnya yang membahas *compassion fatigue* dalam peran *caregiving*.

2. Manfaat praktis

Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi *family caregiver* mengenai keterkaitan antara empati dan dengan *compassion fatigue*. Penelitian ini juga dapat menjadi referensi bagi psikolog, konselor, dan tenaga kesehatan mental lainnya dalam

memahami hubungan antar variabel tersebut, sehingga dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam pengembangan intervensi atau program pelatihan yang relevan dengan kebutuhan *family caregiver*.