

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kemiskinan adalah salah satu permasalahan yang terjadi di Indonesia. Kemiskinan juga tidak hanya terjadi di daerah pedesaan, namun juga terjadi di daerah perkotaan (Badan Pusat Statistik, 2016). Dari beberapa wilayah yang ada di Indonesia, Jakarta merupakan kota dengan jumlah penduduk miskin terbesar (Aliansi Strategis Penanggulangan Kemiskinan, 2012) dengan jumlah yang pada tahun 2017 mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya (BPS, 2017).

Anak-anak di Indonesia yang hidup dalam kemiskinan lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa, yaitu lebih dari 50% dari seluruh anak (UNICEF, 2012). Seorang anak yang dibesarkan didalam keluarga miskin akan mengalami masalah pada saat remaja (Gunn & Duncan, 1997). Remaja yang hidup dalam kemiskinan erat kaitannya dengan tingkat kesehatan yang buruk (Santrock, 2003)

Menurut *National Health Interview Study* (dalam Santrock, 2003) ditemukan bahwa remaja yang hidup dalam kemiskinan memiliki kondisi kesehatan yang seadanya atau buruk, dibandingkan dengan yang tinggal dalam keluarga yang tidak miskin. Pada penelitian lain, ditemukan remaja berusia 10 sampai 18 tahun yang hidup di bawah garis kemiskinan memiliki kondisi kronis dan menyebabkan hilangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas normal dimasa remaja, dibandingkan dengan yang tidak hidup di bawah garis kemiskinan (Newacheck, 1989 dalam Santock, 2003).

Salah satu fenomena terkait kesehatan pada remaja miskin di kota Jakarta tergambar pada penelitian yang dilakukan oleh Sandjaja, Soekarti, Wibowo, Budiman, dan Sudikno (2010) yaitu masih terdapat remaja dengan kategori miskin yang kekurangan gizi, pada remaja perempuan (37%) dan pada remaja laki-laki (30,8%). Belakangan ini juga ditemukan kasus kurang gizi pada remaja miskin berusia 16 tahun di Jakarta Timur (Ifand, 2017).

Selain beresiko terhadap kesehatan secara fisik, remaja miskin juga beresiko dalam mengalami gangguan psikologis. Penelitian psikologi menemukan bahwa kondisi kemiskinan yang terjadi pada masa kanak-kanak meningkatkan resiko permasalahan emosional dan perilaku (Lever, dalam Noviwati & Undarwati, 2017). Remaja berlatar belakang penghasilan rendah beresiko tinggi untuk mengalami masalah kesehatan mental, dan masalah psikologis seperti depresi, rendah diri (Mcloyd; Gibbs & Huang dalam Santrock, 2003).

Salah satu aspek yang berperan dalam membentuk kesehatan remaja adalah keluarga. Orang tua dengan status sosial ekonomi (SSE) rendah akan menciptakan keadaan rumah dimana orang tua memiliki otoritas terhadap anak-anak, serta menggunakan hukuman fisik dan kritik lebih banyak dalam mendisiplinkan anak mereka (Heath; Kohn dalam Santrock 2003). Kurangnya sumber ekonomi mengarah pada meningkatnya kemungkinan depresi dan berkurangnya optimisme pada ibu dan ayah yang dikaitkan dengan tingginya frekuensi konflik dan kurangnya dukungan orang tua kepada anak. Stres akibat masalah ekonomi berkorelasi dengan hubungan keluarga yang keras dan masalah perkembangan pada remaja (Conger, dkk, dalam Santrock, 2003).

Selain aspek keluarga, aspek sekolah pada remaja miskin juga memiliki kekhasan tersendiri. Sekolah-sekolah dalam lingkungan miskin seringkali memiliki sumber daya yang lebih sedikit dibandingkan sekolah di lingkungan menengah. Sekolah di lingkungan miskin juga cenderung memiliki lebih banyak siswa dengan nilai rendah, tingkat kelulusan rendah dan memiliki persentase yang kecil untuk siswa melanjutkan pada tingkat pendidikan selanjutnya (Santrock, 2003). Selain, itu, tidak sedikit remaja yang putus sekolah karena kemiskinan. Remaja yang hidup dalam kemiskinan akan memiliki kesulitan dalam mengakses pendidikan yang baik dan bermutu yang dikarenakan tidak mampu untuk membiayai pendidikan (Liputo, 2014). Penelitian lain yang dilakukan oleh Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada pada beberapa provinsi di Indonesia mendapatkan hasil bahwa 47,3% alasan individu putus sekolah karena masalah biaya (Ar-Ahdian, 2017)

Sesuai tahapan perkembangannya, remaja memiliki hubungan yang erat dengan teman sebaya. Teman sebaya merupakan sumber kasih sayang, pengertian, simpati, dan tuntutan moral sebagai tempat untuk bereksperimen serta sebagai sarana untuk mencapai kemandirian dan otonomi dari orang tua (Papalia & Fieldman, 2015). Salah satu fungsi terpenting teman sebaya adalah sebagai penyedia sumber informasi diluar keluarga tentang dunia seperti, menerima masukan mengenai kemampuan yang dimiliki serta mempelajari apa yang seharusnya dilakukan. (Santrock, 2003). Remaja yang hidup dalam keluarga miskin beresiko tinggi untuk mengalami kesulitan dalam adaptasi sosial, dan konflik dengan teman sebaya dan kenakalan pada remaja (Gibbs & Huang dalam Santrock, 2003). Remaja yang mengalami pengucilan dari teman sebaya akan menimbulkan perasaan sedih, stres, dan frustrasi (Santrock, 2003)

Berdasarkan paparan di atas tergambar bahwa kondisi miskin menimbulkan beberapa masalah dalam aspek kesehatan fisik, kesehatan psikologis, keluarga sosial dan lingkungan sekolah. Dalam kajian psikologis, aspek-aspek tersebut masuk dalam lingkup bahasan kualitas hidup terkait kesehatan. Kualitas hidup terkait kesehatan mengacu pada persepsi individu dan evaluasi subjektif terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka di dalam lingkungan budaya mereka yang unik (WHOQOL dalam Sieberer, dkk., 2010). Menurut Sieberer (2013) terdapat 5 dimensi yang membangun kualitas hidup terkait kesehatan, yaitu kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan dengan orang tua dan kemandirian, dukungan sosial dan teman sebaya, serta lingkungan sekolah. Kelima poin tersebut merupakan dimensi yang dapat membangun kualitas hidup terkait kesehatan pada setiap individu termasuk pada individu dengan kondisi status sosial ekonomi rendah atau miskin.

Dalam Islam, kesehatan merupakan rahmat dan nikmat Allah SWT yang sangat besar nilainya dan perlu untuk disyukuri. Kesehatan adalah suatu keadaan jasmaniah, rohaniah dan sosial yang baik (Zuhroni, 2003). Pada tahun 1948, World Health Organization menambahkan satu aspek lagi dalam mendefinisikan sehat yaitu spiritual agama, sehingga pengertian sehat adalah apabila individu memiliki tubuh

jasmani yang tidak berpenyakit, mental yang baik, sosial yang baik serta spiritual atau iman yang baik dan benar. (Zuhroni, 2003).

Dalam Islam juga terdapat istilah sehat wal`afiat. Menurut Quraish Shihab menjelaskan kata “afiat” dalam bahasa Arab, diartikan sebagai perlindungan Tuhan untuk hamba-Nya dari segala macam bencana dan tipu daya. Perlindungan itu tentunya hanya dapat diperoleh orang yang mengindahkan petunjuk-Nya. Oleh karena itu kata *`afiat* juga bisa berarti berfungsinya anggota tubuh manusia sesuai dengan tujuan pen-ciptaannya. Sedangkan sehat berarti keadaan baik bagi seluruh anggota tubuh (Husin, 2014). Menurut Von Rueden, dkk (2006) remaja dengan kualitas hidup terkait kesehatan yang baik dicirikan dengan remaja yang memiliki tingkat aktivitas fisik yang baik; secara psikologis memiliki emosi positif dan kepuasan dengan hidup; memiliki kualitas interaksi yang baik dengan orang tua dan memiliki kemandirian.; memiliki kualitas interaksi yang baik dengan teman sebayanya, memperoleh dukungan sosial; memiliki persepsi yang baik mengenai pembelajaran, dan hubungan dengan gurunya.

Kelompok status sosial ekonomi yang rendah secara konsisten dikaitkan dengan kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih buruk (Mackenbach, dkk., 2008). Von Rueden, dkk (2006) mengatakan bahwa remaja yang dibesarkan dalam keluarga miskin akan 4 kali lebih menurun tingkat kualitas hidup terkait kesehatannya dibandingkan dengan remaja yang dibesarkan dalam keluarga yang berkecukupan atau berada. Individu yang hidup dalam keluarga dengan status sosial ekonomi rendah akan memiliki nilai yang rendah dalam mempersepsikan kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi kesejahteraan fisik, kesejahteraan psikologis, dukungan sosial dan teman sebaya serta lingkungan sekolah (Sieberer, dkk., 2007)

Berberapa fenomena diatas didukung oleh hasil studi awal studi awal yang dilakukan pada tanggal 23 November 2017 kepada 2 remaja miskin di daerah Jakarta Pusat dengan metode wawancara. Hasil menunjukkan bahwa remaja miskin memiliki beberapa kondisi yang terkait dengan aspek kualitas hidup terkait kesehatan. Pada dimensi kesejahteraan fisik remaja miskin rentan terkena penyakit, dan sulit untuk

mendapatkan pengobatan karena kondisi keuangan yang tidak mencukupi. Pada dimensi kesejahteraan psikologis, mereka merasa hidupnya kurang menyenangkan dan sering merasa sedih karena tidak seberuntung dengan teman-temannya. Hubungan remaja miskin juga tidak dekat dengan orang tua mereka hal ini dikarenakan orang tua remaja miskin sibuk bekerja dan mengurus adik-adiknya. Hubungan kedua orang tua mereka juga tidak terlalu baik, karena sering terjadi pertengkaran. Penghasilan yang remaja miskin dapatkan dari orang tua mereka juga cenderung tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka. Remaja miskin mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki banyak waktu untuk dapat berkumpul dengan teman-temannya. Mereka harus segera pulang untuk membantu pekerjaan orang tua dan membantu mengurus adik. Hubungannya dengan guru di sekolah juga tidak terlalu dekat.

Ware dan Sherboune (dalam Basyir, 2017) menjelaskan bahwa individu dengan kualitas hidup terkait kesehatan yang tidak baik akan memiliki kesulitan dalam menjalankan aktivitas harian; memiliki keterbatasan dalam menjalankan pekerjaan atau aktivitas; mengalami nyeri tubuh yang dapat mengganggu aktivitas normal; mengalami kesulitan dalam melakukan interaksi sosial; memiliki masalah kesehatan mental, seperti kecemasan depresi, kesulitan dalam kontrol emosi; memiliki tingkat energi yang rendah dan kelelahan yang dapat mempengaruhi kebahagiaan psikologis; rentan terkena penyakit dan tidak merasa sehat seperti yang lain. Kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah juga dapat meningkatkan resiko kematian (Hayashino, dkk., 2009). Individu akan memiliki status kesehatan fisik yang memuaskan jika memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang baik (Hayashino, dkk., 2009).

Hasil studi awal tersebut yang menunjukkan remaja miskin perlu memiliki kemampuan untuk menghadapi berbagai kesulitan yang dialami. Kualitas pribadi yang memungkinkan individu untuk berkembang dalam menghadapi kesulitan disebut dengan resiliensi (Connor & Davidson, 2003). Resiliensi tidak hanya sekedar kemampuan untuk bertahan, tetapi individu mampu untuk sembuh dari luka yang menyakitkan, mengendalikan kehidupannya dan melanjutkan hidupnya dengan cinta

dan kasih sayang (Lestari, 2012). Terdapat lima aspek yang dapat membentuk resiliensi. Kelima aspek tersebut yaitu kompetensi personal, standar yang tinggi dan keuletan, percaya kepada diri sendiri, memiliki toleransi terhadap afek negatif dan kuat dalam menghadapi tekanan, penerimaan positif terhadap perubahan, hubungan yang baik dengan orang lain, pengendalian diri, dan spiritualitas (Connor & Davidson, 2003).

Resiliensi dapat membantu individu dalam mengatasi berbagai masalah yang terjadi salah satunya adalah kemiskinan (Reivich & Shatte, 2002). Resiliensi berperan dalam menentukan kesuksesan dan kebahagiaan (Reivich & Shatte, 2002). Bhamani, dkk (2013) juga menjelaskan bahwa resiliensi merupakan aspek dasar yang sangat penting untuk dimiliki remaja dalam membentuk kesejahteraan psikologis dan fisik remaja tersebut.

Dalam tinjauan Islam, resiliensi memiliki makna yang sama dengan ajaran hijrah. Syahar (dalam Uyun, 2012) menjelaskan secara bahasa Hijrah berarti *At-Tarku* yang artinya berpindah atau meninggalkan. Arti meninggalkan dapat bermakna meninggalkan tempat maupun meninggalkan sesuatu yang tidak baik. Hijrah mengandung dua makna, yaitu Hijrah *Makaniyah* (tempat/fisik) dan Hijrah *Maknawiyah* (hijrah mental) atau disebut juga Hijrah *Qalbiyah* (hijrah hati). Hijrah *Makaniyah* adalah berpindah dari suatu tempat yang kurang baik menuju tempat yang lebih baik, dari suatu negeri yang kurang baik ke negeri lain yang lebih baik. Sedangkan Hijrah *Maknawiyah* adalah berpindah dari nilai yang kurang baik menuju nilai yang lebih baik, dari kebatilan menuju kebenaran. Berdasarkan pemaparan diatas resiliensi memiliki makna yang sama dengan konsep hijrah *Maknawiyah* atau hijrah hati.

Gambaran resiliensi pada remaja miskin di kota Jakarta didapatkan melalui studi awal yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 23 November 2017 dengan metode survey yaitu memberikan kuesioner *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) pada remaja miskin di daerah Jakarta Pusat sebanyak 12 orang, kemudian didapatkan hasil bahwa 91,67% partisipan menunjukkan bahwa mereka memandang diri mereka bukanlah pribadi yang kuat saat sedang menghadapi masalah namun

mereka tetap meyakini bahwa takdir Tuhan dapat membantu mereka ketika menghadapi suatu masalah.

Tugade dan Fredricson (2004) mencatat bahwa individu yang resilien memiliki karakteristik yang secara psikologis lebih sehat, seperti sifat optimistik, dinamis bersikap antusias terhadap berbagai hal yang ditemuinya dalam hidup, terbuka terhadap pengalaman-pengalaman baru, dan memiliki emosionalitas yang positif. Individu yang memiliki resiliensi tinggi secara proaktif dan strategis akan menumbuhkan kondisi emosi yang positif dan melakukan perubahan persepsi terhadap segala sesuatu yang pada awalnya dipandang sulit, menekan atau tidak menyenangkan menjadi sesuatu yang wajar, menyenangkan, atau menantang. Dengan demikian, kondisi psikologis yang kuat akan membantu individu resilien untuk terhindar dari stres dan depresi.

Penelitian yang dilakukan oleh Soury dan Hasanirad (2011) menyatakan bahwa resiliensi berhubungan dengan kesejahteraan psikologis. Didukung oleh Connor & Davidson (2003) yang menyatakan bahwa resiliensi efektif untuk menghindari emosi negatif seperti kesedihan, kegelisahan, stres dan depresi meskipun berada dalam keadaan yang menekan. Individu yang memiliki resiliensi tinggi akan dapat meregulasi emosinya saat dalam situasi yang menekan (Connor & Davidson, 2003). Selain kesehatan psikologis, resiliensi juga berhubungan dengan kesehatan fisik. Penelitian yang dilakukan oleh Schure, Odden dan Goins (2013) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dengan kesehatan fisik. Individu yang memiliki resiliensi lebih tinggi akan memiliki kesehatan fisik yang baik dan nyeri kronis yang lebih rendah.

Berdasarkan beberapa fenomena dan hasil penelitian di atas telah menjelaskan mengenai peran resiliensi dalam kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan psikis yang merupakan dimensi dari kualitas hidup terkait kesehatan, namun belum secara jelas dan lengkap mengetahui seberapa besar peran resiliensi dalam setiap dimensi kualitas hidup terkait kesehatan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait peranan resiliensi dalam kualitas hidup terkait

kesehatan pada remaja miskin kota Jakarta. Penelitian ini merupakan bagian dari payung penelitian dengan tema “Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dan Aspek Psikologi Positif pada Remaja”.

1.2 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, peneliti mengajukan pertanyaan penelitian yang dirumuskan sebagai berikut:

1. Apakah resiliensi berperan secara signifikan terhadap dimensi-dimensi pada kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin kota Jakarta?
2. Bagaimana pandangan Islam mengenai peran resiliensi terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin kota Jakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji dan menganalisis hal-hal berikut yaitu:

1. Peran resiliensi terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin di Jakarta
2. Peran resiliensi terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada remaja miskin di Jakarta dalam tinjauan Islam

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Memberikan sumbangsih kepada pengembangan ilmu psikologi terkait resiliensi dan kualitas hidup terkait kesehatan khususnya pada remaja miskin Kota Jakarta.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian dapat menjadi dasar untuk rancangan suatu kegiatan yang bertujuan meningkatkan nilai kualitas hidup terkait kesehatan dan resiliensi pada remaja miskin kota Jakarta

1.5 Kerangka Berpikir

