

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan pembunuh nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker, namun merupakan penyebab kecacatan nomor satu (Pinzon, 2010). Pada mulanya, stroke hanya menyerang orang dengan usia lanjut, namun kini stroke bahkan dapat menyerang pada usia muda. Sepertiga dari penderita stroke adalah usia muda (Hasan, 2008). Sepanjang tahun 2012 tercatat 4.359 kasus dengan 196 orang diantaranya meninggal akibat stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Pekanbaru (<http://www.metrotvnews.com/metronews/read/2013/01/06/6/120656/Hati-Hati-Setiap-Tiga-Jam-Satu-Warga-Riau-Terserang-Stroke->, diunduh pada tanggal 6 Mei 2013).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf atau defisit neurologik akibat gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak (Junaidi, 2006). Kurangnya volume darah ke otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel - sel otak. Stroke merupakan suatu gejala klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal dengan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Muttaqin, 2008). Setiap jaringan-jaringan di otak memiliki fungsi dan peran masing-masing, sehingga kerusakan di bagian otak yang berbeda menimbulkan gangguan pada organ tubuh sesuai dengan kerusakan yang terjadi.

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk- bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Perubahan dan penurunan fungsi hidup, baik fisik dan psikologis membuat penderita stroke merasa rendah diri, memalukan, jelek dan tidak berdaya. Kondisi tersebutlah yang nantinya membuat penderita mudah putus asa dalam menjalankan kehidupannya.

Kondisi stroke yang dialami menyebabkan penderita membutuhkan bantuan orang lain. Penderita stroke tidak hanya membutuhkan bantuan secara fisik, tetapi juga secara psikologis dan spiritual agar mampu menerima kondisinya dan dapat menjalankan kehidupan dengan penuh harapan. Oleh karena itu, dibutuhkan kehadiran seseorang yang membantu dan merawatnya, serta mampu berfungsi sebagai *caregiver* penderita stroke.

Caregiver adalah orang yang memberikan bantuan dan perawatan terhadap penderita. *Caregiver* terbagi menjadi dua, yaitu formal dan informal. *Caregiver* formal merupakan perawat yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan, ataupun tenaga profesional lain yang diberikan dan dikenai biaya keuangan sebagai pembayaran jasa yang telah dilakukan. Sedangkan *caregiver* informal merupakan *caregiver* yang tidak dibayar atau dilatih oleh badan-badan hukum, seperti pasangan, anak, menantu atau teman dekat bagi seseorang yang memerlukan perawatan (Hung, Huang, Chen, Liao, Lin, Chuo, *et al.*, 2012).

Caregiver mengambil peranan penting dalam perawatan penderita stroke, baik *caregiver* formal dan informal. *Caregiver* formal yang nyatanya merupakan tenaga ahli medis tentu mampu memberikan bantuan dalam pemberian obat-obatan dan penanganan medis untuk kesembuhan penderita stroke. Biasanya, bantuan dan dukungan yang lebih luas diberikan oleh *caregiver* informal yang memiliki hubungan kekeluargaan dengan penderita.

Caregiver informal juga dapat memberikan perawatan dan dukungan dalam bidang kesehatan, seperti mandi, makan dan pemeliharaan lingkungan sosial (Ross, Carswell, & Dalziel dalam Thompson, 2004), emosional dan keuangan (Koh & Macdonald dalam Lai & Thomson, 2011). Selain memberikan pelayanan terhadap penderita stroke, *caregiver* juga memberikan pembelajaran kepada anggota keluarga lain agar mampu mengenali dan memberikan pelayanan yang tepat untuk penderita stroke.

Setelah melakukan wawancara terhadap dua *caregiver* formal dan satu *caregiver* informal menunjukkan bahwa bantuan yang *caregiver* berikan tidak jauh berbeda, seperti memandikan, memberikan makanan dan mendampingi penderita stroke. Namun, dalam memberikan perawatan *caregiver* formal lebih berperan membantu dan merawat dalam bidang medis, seperti mengontrol pemakaian alat-alat medis (selang, infus, tabung gas) dibandingkan *caregiver* informal. Selain itu, *caregiver* formal juga memberikan pembelajaran kepada keluarga dalam memberikan perawatan yang baik kepada penderita stroke.

Pemberian bantuan dan perawatan kepada penderita stroke membutuhkan banyaknya alokasi waktu, pikiran, tenaga dan emosi *caregiver*. *Caregiver* juga memiliki orientasi pemenuhan kebutuhan (Visser-Meily *et al.* dalam Lutz & Young, 2010), perawatan dan pikiran untuk diri sendiri. Pengabaian pemenuhan kebutuhannya dapat mengakibatkan stres fisik dan mental pada *caregiver* (Barbara Altman, Philip Cooper & Peter Cunningham, dalam Thompson, 2004). Ini menunjukkan *caregiver* mengalami kesulitan secara emosional dan fisik (Cameron, Cheung, Streiner, Coyte, & Stewart dalam Marsella, 2009) dalam melakukan perawatan. Hal tersebutlah yang memberikan beban yang besar (Gupta, Rowe, Pillai, 2009; Gupta & Pillai dalam Okoye & Asa, 2011) dan mempengaruhi munculnya stres pada *caregiver* (Losada, Perez, Sanchez, Marcos, Rios, Carrera *et al.* dalam Okoye & Asa, 2011).

Caregiver penderita stroke tentu mengalami berbagai tekanan dan beban, baik disebabkan oleh kondisi penderita dan permasalahan yang dialaminya sebagai akibat menjadi *caregiver*. Semakin besar beban yang diterima mengakibatkan tekanan stres, kecemasan dan depresi akan semakin kuat bekerja. Kesulitan dan ketidakmampuan *caregiver* untuk mengatasi dan menyelesaikan permasalahan yang muncul dalam menjalankan tugas sebagai *caregiver* dapat menjadi beban dan tekanan. Beban dan tekanan yang muncul menyebabkan *caregiver* mengalami stres, kecemasan atau bahkan depresi.

Stres merupakan suatu hal yang wajar dialami oleh setiap *caregiver*. Adanya stres menjadi sebuah motor penggerak bagi *caregiver* untuk mampu menghadapi dan menyelesaikan permasalahan yang muncul. Namun, adakalanya

stres menjadi sesuatu yang sangat buruk dan mengganggu fungsi hidup manusia. Pada *caregiver*, stres merupakan kondisi yang buruk dan dapat mengganggu fungsi dirinya sebagai perawat penderita stroke maupun pemenuhan fungsi kehidupan pribadi. Stres menyebabkan *caregiver* sulit untuk mengatur alokasi waktu dan tenaga, sehingga berbagai tugas dan kepentingan terabaikan. Selain stres, *caregiver* juga dapat mengalami kecemasan dalam menjalankan tugas dan perannya.

Kecemasan merupakan kekhawatiran yang muncul secara berlebihan terhadap suatu hal (Davison, Neale & Kring, 2006). *Caregiver* yang mengalami kecemasan cenderung meragukan kemampuannya dalam menyelesaikan masalah yang muncul. Kecemasan yang berlebihan juga dapat mengganggu fungsi hidup *caregiver* karena memperlumahkan sesuatu hal yang tidak wajar. Dalam sebuah penelitian menunjukkan bahwa *caregiver* memiliki tingkat gangguan afektif dan kecemasan yang tinggi (Bhatia & Gupta dalam Verama, Sharma, Balhara & Mathur, 2011).

Verama, *et al.* (2011) melakukan penelitian terhadap *caregiver* penderita neurologi. Stroke merupakan salah satu penyakit yang terjadi karena gangguan neuron. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecemasan lebih tinggi dialami oleh *caregiver* perempuan dibandingkan laki-laki. *Caregiver* perempuan lebih sering melakukan perawatan bagi penderita stroke, sehingga peningkatan beban dalam melakukan perawatan menyebabkan tingkat kecemasan meningkat.

Gangguan lain yang juga dapat dialami *caregiver* terkait tugasnya sebagai perawat adalah depresi. Dalam sebuah penelitian membuktikan bahwa depresi lebih tinggi dialami oleh *caregiver* perempuan dibandingkan laki-laki karena *caregiver* perempuan lebih sering melakukan perawatan bagi penderita stroke, sehingga peningkatan beban dalam melakukan perawatan menyebabkan tingkat depresi meningkat (Verama, *et al.* 2011). Depresi dapat mengganggu kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, perubahan selera makan, hasrat seksual serta minat dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison, *et al.*, 2006). Terjadinya gangguan pada kondisi emosional ini tentu berefek buruk pada fungsi kehidupan sehari-hari *caregiver*.

Stres, kecemasan dan depresi dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal antara lain seperti lingkungan, pekerjaan, kesulitan keuangan maupun obat-obatan. Faktor internal seperti kepribadian, pola pikir, dan harga diri merupakan faktor internal secara psikologis, sedangkan kesehatan, usia, genetik, gaya hidup yang merupakan faktor internal secara fisik (Lubis, 2009). Faktor-faktor tersebut dapat diatasi dengan adanya kemampuan dalam diri *caregiver*, seperti keyakinan diri yang kuat dan komitmen terhadap keyakinan tersebut (Lazarus *et al.* dalam Bitsika, Sharpley & Peters, 2010) dan sikap optimis untuk menghalangi perkembangan stres, kecemasan dan depresi. Keyakinan, komitmen dan optimis erat kaitannya dengan harapan dan resiliensi. *Caregiver* yang memiliki harapan dan resiliensi tentu keyakinan, komitmen dan sikap yang optimis dalam menghadapi berbagai permasalahan yang muncul, sehingga

memberikan kontribusi yang baik bagi perkembangan kesehatan penderita stroke dan bagi kondisi psikologisnya sendiri.

Caregiver sebaiknya dapat melepaskan diri dari beban dan tekanan agar dapat mencapai kehidupan yang lebih baik. Oleh karena itu, *caregiver* membentuk pemikiran-pemikiran yang berhubungan dengan harapan mengenai hidup dan tugasnya. Harapan memiliki hubungan negatif dengan gejala depresi (Chang dalam Arnau, Rosen, Finch, Rhudy & Fortunato, 2007) dan keinginan bunuh diri (Range & Penton dalam Arnau, *et al.*, 2007). Hasil penelitian longitudinal yang dilakukan oleh Arnau, *et al.* (2007) menunjukkan bahwa harapan berpengaruh terhadap penurunan gejala kecemasan dan depresi setelah satu bulan. Komponen harapan yang menunjukkan hubungan signifikan dengan depresi dan kecemasan adalah *agency*. Secara keseluruhan penelitian tersebut menunjukkan hubungan yang positif antara harapan dan kesehatan mental.

Caregiver yang mengalami stres, kecemasan dan depresi dapat menjadi orang yang pesimis dan putusasa dalam menghadapi setiap konflik hidup. Keputusan erat hubungannya dengan bunuh diri dengan dua-pertiga kasusnya didasari oleh depresi (Chimich & Nekolaichuk, 2004). Ini menunjukkan bahwa *caregiver* berkemungkinan hidup berdasarkan *real self*, tanpa adanya *ideal self*. *Real self* dan *ideal self* merupakan bagian dari konsep *self*. *Real self* yang berisi gambaran diri yang apa adanya, sedangkan *ideal self* berisi gambaran diri yang diinginkan (Roger dalam Alwisol, 2004). Sikap seperti itu menyebabkan *caregiver* sulit untuk menyelesaikan masalahnya dan cenderung menyalahkan diri sendiri atas semua masalah yang sedang dihadapi.

Hasil wawancara terhadap dua *caregiver* formal dan satu *caregiver* informal menunjukkan bahwa ketiga *caregiver* memiliki harapan yang sama terhadap penderita stroke, yaitu kesehatan bagi penderita stroke, sehingga dapat beraktivitas dan berkumpul dengan keluarga. Harapan dapat berfungsi sebagai faktor motivasi untuk membantu memulai dan mempertahankan tindakan ke arah tujuan dan juga telah dikaitkan dengan kesehatan, kebahagiaan, ketekunan, dan prestasi (Peterson dalam Arnau, *etal.*, 2007). Adanya harapan memberikan kekuatan pada *caregiver* untuk menghadapi situasi yang penuh dengan stres, kecemasan dan depresi. Dengan adanya harapan, memunculkan keinginan pada *caregiver* untuk membuat hidup yang berada di bawah tekanan lebih dapat bertahan mengatasi masalah yang dihadapi.

Snyder menyatakan bahwa harapan sebagai motivasi positif terdiri dari dua komponen yaitu, *agency* dan *pathways*. *Agency* adalah komponen motivasi yang digunakan untuk memulai dan mempertahankan pergerakan dalam mencapai tujuan. Sedangkan, *pathways* merujuk pada kemampuan yang dirasakan mampu menghasilkan kesuksesan untuk mencapai tujuan tertentu (Rajadram, Ho, Samman, Chan, McGrath & Zwahlen, 2011).

Hasil penelitian Snyder *et al.* menunjukkan bahwa *caregiver* yang memiliki harapan tinggi menilai tujuan yang dicapai dalam hal tantangan, potensi untuk sukses dan emosi positif (dalam Horton & Wallander, 2001). Tujuan yang ingin dicapai oleh setiap orang berbeda-beda, begitu juga pada *caregiver* yang melakukan perawatan terhadap penderita stroke.

Memiliki harapan yang tinggi membantu *caregiver* dalam menemukan berbagai cara untuk menyelesaikan berbagai permasalahan terkait perannya sebagai perawat penderita stroke. Namun ini tidaklah cukup, *caregiver* juga membutuhkan kemampuan untuk menghadapi, mengatasi dan terhindar dari rasa putusasa, kehilangan gairah hidup dan kesengsaraan dalam menghadapi masalah. Kemampuan untuk beradaptasi secara baik dalam kesengsaran, trauma, tragedi, ancaman atau sumber stres disebut dengan resiliensi (Pizzolongo, 2011).

Hasil penelitian Bitsika, Sharpley & Peters (2010) terhadap sarjana membuktikan bahwa adanya hubungan timbal balik antara faktor-faktor resiliensi dengan kecemasan dan depresi. Terdapat dua faktor dari resiliensi yang menunjukkan hubungan terhadap kecemasan dan depresi, yaitu kompetensi diri (rasa percaya diri dan optimis) dan percaya terhadap naluri (memutuskan dan fokus terhadap solusi). Dengan mengembangkan kepercayaan diri dan optimis dalam menghadapi masalah dan menemukan solusi dapat mengurangi kecemasan dan depresi yang dialami. Resiliensi juga berfungsi untuk memprediksi perkembangan gejala psikologi seperti depresi dan kecemasan (Runkewitz, Kirchmann & Strauss, 2006 dalam Ziaian, 2012). Ini menunjukkan bahwa resiliensi memberikan pengaruh terhadap kecemasan dan depresi.

Caregiver memiliki peranan yang penting dalam mempertahankan fungsi sehari-hari dan keselamatan penderita stroke di rumah dan masyarakat. Peran yang dilakukan sebagai perawat menyebabkan *caregiver* mudah mengalami stres, kecemasan dan depresi. Besarnya peran yang dilakukan mendorong *caregiver*

untuk mampu mengatasi permasalahan yang muncul. Kemampuan untuk mengatasi permasalahan disebut dengan resiliensi.

Menurut Grotberg (1999) resiliensi dapat diartikan sebagai sebuah kemampuan manusia untuk menghadapi dan mengatasi tekanan hidup serta dapat menjadikan peristiwa buruk sebagai pengalaman berharga yang dapat merubah diri ke arah positif. Setiap *caregiver* memiliki persepsi dan penanganan yang berbeda dalam menghadapi peristiwa stres. *Caregiver* yang memiliki resiliensi bukan berarti akan terlepas dari kesedihan, kesusahan dan stres, tetapi lebih mampu menghadapi dan menyikapi peristiwa tersebut dengan positif dan tetap mengembangkan diri.

Caregiver selalu berusaha bertahan dan tidak pernah putus asa dalam menjalankan tugasnya sebagai perawat penderita stroke. Setiap permasalahan dan tekanan yang muncul ditanggapi dengan pikiran yang positif dan sikap yang tenang. *Caregiver* yang memiliki resiliensi yakin bahwa kondisi stres, kecemasan dan depresi yang dialaminya akan berubah menjadi lebih baik. Ini menunjukkan *caregiver* memiliki harapan di masa depan dan yakin memiliki kemampuan untuk membenahi kehidupannya.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa *caregiver* dapat mengalami stres, kecemasan dan depresi saat memberikan perawatan, bantuan dan dukungan kepada penderita stroke, baik secara fisik, psikologis, emosional, keuangan dan spiritual. Tugas dan beban sebagai perawat membuat *caregiver* mengalami kesulitan dalam aspek kehidupannya. Hal ini memunculkan berbagai tekanan

yang menyebabkan *caregiver* mengalami stres, kecemasan dan depresi. Kondisi stres, kecemasan dan depresi dapat diminimalisir dengan peran dari harapan dan resiliensi yang dimiliki oleh *caregiver* untuk mencapai kehidupan yang sejahtera.

Berdasarkan penelitian tersebut menunjukkan bahwa harapan dan resiliensi memberikan peran terhadap stres, kecemasan dan depresi. Sejauh pengetahuan peneliti belum ada penelitian yang dilakukan pada *caregiver* yang juga rentan terhadap stres, kecemasan dan depresi dalam melakukan perawatan terhadap penderita stroke, serta menghadapi tekanan dan beban selama perawatan dengan menghubungkan harapan dan resiliensi. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti tingkat harapan, resiliensi, stres, kecemasan dan depresi pada *caregiver* penderita stroke.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana peran antara harapan dan resiliensi dengan stres, kecemasan dan depresi (*tripartite model*) terhadap *caregiver* penderita stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka masalah yang diajukan dalam penelitian ini, adalah :

1. Apakah terdapat peran antara harapan dan resiliensi terhadap stres pada *caregiver* penderita stroke?
2. Apakah terdapat peran antara harapan dan resiliensi terhadap kecemasan pada *caregiver* penderita stroke?

3. Apakah terdapat peran antara harapan dan resiliensi terhadap depresi pada *caregiver* penderita stroke?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang diharapkan dalam penelitian adalah untuk mengetahui :

1. Apakah ada peran antara harapan dan resiliensi terhadap stres pada *caregiver* penderita stroke
2. Apakah ada peran antara harapan dan resiliensi terhadap kecemasan pada *caregiver* penderita stroke
3. Apakah ada peran antara harapan dan resiliensi terhadap depresi pada *caregiver* penderita stroke

D. Keaslian Penelitian

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya, hubungan kecemasan dan depresi terhadap strategi koping pada *caregiver* penderita *alzheimer* (Alberca, Cruz & Lara, 2012); resiliensi pada *caregiver* penderita *alzheimer* (Battle, 2010); risiko mengasuh lanjut usia pada *caregiver* informal (Friedman, *et al.*, 2006); Pengalaman *caregiver* penderita stroke (Marsella, 2009); faktor – faktor yang berkaitan dengan ketegangan pada *caregiver* penderita stroke (Hung, *et al.*, 2012).

Penelitian ini sama dengan penelitian Marsella (2009) dan Hung, *et al.* (2012) yang meneliti *caregiver* penderita stroke. Penelitian yang dilakukan Marsella mengenai pengalaman dan Hung *et al.*, mengenai faktor- faktor yang

berkaitan dengan ketegangan, sedangkan penelitian ini mengenai stres, kecemasan dan depresi *caregiver* penderita stroke.

Penelitian lain mengenai depresi dan kecemasan dilakukan oleh Alberca, *et al.* (2012) dan resiliensi dilakukan oleh Battle (2010), namun pada subjek yang berbeda dengan penelitian ini, yaitu *caregiver* penderita *alzheimer*.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat khusus yang didapat dari hasil penelitian ini antara lain meliputi:

1. Manfaat Teoritis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan informasi pada bidang ilmu psikologi, khususnya Psikologi Kesehatan, Psikologi Klinis, Ilmu Kesehatan dan Keperawatan Penderita Stroke, serta memberi pemahaman pada pembaca tentang kondisi psikologis yang dialami oleh *caregiver* penderita stroke.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi *Caregiver* Penderita Stroke

Bagi *caregiver*, agar dapat mengetahui pentingnya harapan dan resiliensi dalam menghadapi stres, kecemasan dan depresi dalam melakukan perawatan terhadap penderita stroke.

b. Bagi Peneliti

Bagi peneliti, sebagai acuan dan rujukan serta menambah pengetahuan dan wawasan tentang ilmu psikologi khususnya dalam ranah Psikologi Kesehatan, Psikologi Klinis, Ilmu Kesehatan dan Keperawatan Penderita Stroke.