

***Psychological Well-Being* pada *Caregiver* Penyakit Terminal di Kota Malang**

Oleh; Nafisatul Wakhidah/11410120

Kesejahteraan psikologis menekankan pentingnya perkembangan potensi nyata seseorang. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan kesejahteraan psikologis para caregiver penyakit terminal. Caregiver penyakit terminal dipilih karena tugas perkembangannya terhambat oleh permasalahan menjadi caregiver penyakit terminal sehingga mempengaruhi kesejahteraan psikologis mereka. Penyakit terminal sendiri tak lain merupakan penyakit kategori kronis ataupun akut yang tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Lewat paradigma kualitatif dengan pendekatan *case study*, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi. Informan penelitian merupakan caregiver wanita berusia 25 sampai 65 tahun, sudah menikah dan masih memiliki anak. Penelitian ini menggunakan analisis tematik. Dan analisa dikuatkan dengan triangulasi data dan triangulasi pengamat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketiga informan memiliki keinginan untuk kesembuhan anggota keluarga mereka, walaupun mereka belum menerima sepenuhnya akan penyakit yang diderita saudara mereka maupun tugas tambahan yang menempel pada diri mereka. Mereka belum sepenuhnya menyesuaikan diri dengan lingkungan tapi mereka bisa mengelola aktivitas sehari-hari, tetap menjalin hubungan baik dengan orang lain walaupun intensitasnya tidak sebanyak ketika belum menjadi caregiver. Ketiga informan dapat menentukan secara mandiri beberapa hal yang terkait dengan diri mereka, pengambilan keputusan akan pasien yang membutuhkan perawatan darurat, namun disisi lain mereka juga meminta pertimbangan keluarga terutama hal-hal yang terkait dengan keuangan keluarga. Dimensi yang cukup dominan berperan dalam diri informan adalah pencapaian tujuan (orientasi hidup) yang dengan tonggak itu dapat menguatkan pengembangan pribadi informan juga dalam menjalani kehidupan. Secara umum kesejahteraan psikologis caregiver penyakit terminal dipengaruhi oleh usia, pengalaman hidup, tingkat pendidikan, status ekonomi, dukungan sosial dan budaya.

Kata kunci; *Kesejahteraan Psikologis, caregiver, penyakit terminal.*

Pendahuluan

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit akut dan kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Doyle & Mac. Donald, 2003: 5).Estimasi global menyebutkan, pada tahun 2020 akan mengalami peningkatan menjadi 157 juta orang yang menderita penyakit kronis yang juga termasuk dalam kategori penyakit terminal (*Partnership for solutions*, 2004, dalam Lubkin dan Larsen, 2006).

Keluarga sebagai orang yang sangat dekat dengan pasien sangat berperan dalam memberikan perawatan lanjutan dan memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien yang tidak dapat dilakukan sendiri olehnya. Fungsi perawatan kesehatan ini adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga (Friedman, 1998). Sedangkan Suprajitno (2004), menyatakan satu dari lima tugas pokok keluarga dibidang kesehatan yaitu merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Bila peran tersebut tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan mengalami gangguan, hal tersebut dapat memicu stressor yang berkepanjangan dalam keluarga. Selain itu dalam kondisi stress yang berkepanjangan yang dialami oleh keluarga yang merawat, maka salah satu hal yang menarik untuk diteliti adalah bagaimana kondisi kesejahteraan psikologis dari keluarga khususnya *caregiver* yang merawat penuh pasien. Kesejahteraan psikologis sendiri menurut Ryff yaitu suatu keadaan dimana individu dapat menerima kekuatan dan kelemahan diri sebagaimana adanya dalam kondisi

tersulitpun ketika mendampingi pasien kronis/akut sebagai *caregiver*, tetap memiliki hubungan positif dengan orang lain, mampu mengarahkan perilakunya sendiri, mampu mengembangkan potensi diri secara berkelanjutan, mampu menguasai lingkungan, serta memiliki tujuan dalam hidupnya. Dengan *well-being*, diharapkan *caregiver* dapat meningkatkan kualitas hidupnya, memberikan dukungan sosial pada pasien penyakit terminal yang mengancam jiwa (Oppen, 1993; 53).

Penelitian ini teramat penting mengetahui bagaimana kesejahteraan psikologis dari *caregiver* karena menurut Kusuma (2013) *Caregiver* adalah orang yang melakukan perawatan. Sedangkan Oyebode (2003) mendefinisikan *caregiver* sebagai seseorang yang memberikan perawatan untuk orang lain. Perawatan tersebut diberikan kepada orang lain yang membutuhkan pertolongan bahkan dapat dikatakan orang tersebut bergantung kepada *caregiver*-nya. Jadi, seorang informal *caregiver* biasanya seorang wanita dewasa madya, bisa istri pasien ataupun dari anak pasien penyakit terminal tersebut. Namun, *caregiver* di luar negeri sudah lebih tersistem dan bersifat profesional dengan pembayaran (www.Aupair.com) karena ciri khas antara dunia barat dan timur berbeda, dari yang individualis di dunia barat dan dunia timur yang lebih komunal dan menjunjung tinggi nilai, moral serta kekeluargaan.

Prognosis akan kematian pada para pasien *terminal illness* akan lebih memberikan dampak konflik psikologis, sosial, kultural maupun spiritual yang unik. Beberapa studi telah dilakukan lebih dari dua dekade untuk rentang stress pada *caregiver*, yang dikenal dengan tekanan hati dan beban (*strain & burden*) serta kelelahan dan menyerah (*burned out & giving up*) pada *caregiver*. *Caregiver* mengalami perubahan pola dalam kehidupan yang berlangsung lama dan berujung pada munculnya gejala depresi (Lubkin & Larsen, 2006). *Caregiver* seringkali adalah seorang wanita (Stuart, 2009). Wanita sendiri menurut Stuart (2009) lebih sering terpapar stress dengan jangka panjang, seperti dalam perawatan pasien terminal ini. Peran wanita yang begitu kompleks baik sebagai *caregiver* bagi anak-anaknya, pasangannya, maupun orang tuanya membuat seorang wanita cenderung mengalami ketegangan peran saat dihadapkan pada situasi yang penuh tekanan. Kasuya, Polgar – Bailey dan Takeuchi (dalam Yamada, 1997) menyatakan seringkali *caregiver* menghabiskan sumber daya emosional, fisik dan finansial secara tidak seimbang. Moryz (1980) mengatakan bahwa tekanan sebagai *caregiver* dapat disebabkan oleh konflik peran dan kelebihan peran yang diemban. Climo (1999) menambahkan tekanan sebagai *caregiver* juga termasuk tekanan ekonomi dan keterbatasan dalam kegiaian sosial dan rekreasional. *Caregiver* informal seringkali terpilih karena suatu “keterpaksaan” untuk memikul tanggung jawab sebagai *caregiver*, yaitu memberikan dukungan fisik, emosional dan finansial kepada anggota keluarga yang tingkat ketergantungannya semakin tinggi akibat suatu penyakit (Yamada, 1997).

Pada tahun 2007, sekitar 34 juta orang menjadi perawat bagi keluarga mereka pada satu hari, dan sekitar 52 juta menyediakan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit sampai pada beberapa tahun. Estimasi nilai ekonomi yang telah terbayarkan sekitar 375 milyar dolar di tahun 2007 dan 350 milyar dolar pada tahun 2006 dalam proses perawatan tersebut. 75 % diantara perawat tersebut adalah wanita. Mereka menghabiskan waktu rata-rata 50 % jam lebih setiap minggunya untuk merawat anggota keluarga tersebut (Mandell, 2010). Dari riset Stuart (2009) juga mengemukakan bahwa mereka yang melakukan perawatan kepada orang tua dengan usia 65 tahun atau lebih tua dari itu, melaporkan mayoritas mengalami depresi. Dua dari tiga *caregiver* informal dalam gangguan kesehatan, seperti ungkapan dan asumsi yang sudah lama bertahan di Indonesia, bahwa orang yang merawat anggota keluarga yang sakit, nanti juga akan sakit. Survey pada tahun 2009 yang dilakukan oleh *Natinal Alliance for Caregiving* pada 1005 *caregiver* menemukan satu dari 6

diantara mereka telah kehilangan pekerjaan tetapnya, 21 persen mengatakan mereka tidak bisa menabung hasil kerjanya. Berikut penelitian sebelumnya dari Amerika yang melihat distress *caregiver* dari ranah kognitifnya dan hasil riset tersebut menunjukkan bahwa *caregiver-caregiver* tersebut juga memiliki pikiran-pikiran negatif yang otomatis ketika menghadapi pasien, yang mana dari pikiran tersebut dapat berpengaruh pada respon afektif dan tingkah laku individu ketika memberikan perawatan kepada pasien (Losada, 2006; 116). Maka berdasar uraian diatas, menjadi menarik untuk mengetahui lebih dalam bagaimana *caregiver* dalam mencoba mewujudkan kesejahteraan psikologisnya apalagi dalam menanggung beban yang ditimpakan padanya dalam proses pendampingan merawat pasien dengan kondisi penyakit berada di stadium terminal.

Ryff dan Singer (2006) mengemukakan enam dimensi dari *psychological well-being* yaitu : (*self-acceptance*) Penerimaan diri, kemampuan individu untuk membina hubungan yang positif dengan orang lain, dimensi otonomi (kemandirian), penguasaan lingkungan (*enviromental mastery*), tujuan hidup yang jelas dan Pertumbuhan pribadi (*personal growth*). Menurut Ryff & Keyes (2002) kebahagiaan adalah *outcome variable* dari *Psychological well-being*. Kasuya (2000) membedakan *caregiver* ke dalam dua kelompok, yaitu *caregiver* formal dan *caregiver* informal. Biasanya *caregiver* formal bekerja di rumah sakit atau panti Wredha. Dalam penelitian ini, *caregiver* yang dimaksud adalah individu yang merupakan anggota keluarga dari individu yang membutuhkan pertolongan (*caregiver* informal). Pasien *terminal illness* adalah pasien yang sedang menderita sakit dimana tingkat sakitnya telah mencapai stadium lanjut sehingga pengobatan medis sudah tidak mungkin dapat menyembuhkan lagi. Dalam riset ini ada 3 *caregiver* dengan penyakit stroke, penyakit gagal ginjal dan penyakit kanker usus. Dari ketiga penyakit tersebut masing-masing memiliki dampak psikologis yang berpengaruh pada diri pasien dan kemudian berpengaruh pula dalam proses perawatan yang dilakukan oleh *caregiver*.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif studi kasus karena dapat membuat peneliti memperoleh pemahaman utuh mengenai interrelasi berbagai fakta dan dimensi dari kasus khusus yang dikaji (Poerwandari, 2009). Penelitian ini menggunakan desain studi kasus karena desain ini merupakan strategi yang lebih cocok bila pokok pertanyaan suatu penelitian berkenaan dengan *how* atau *why*, bila peneliti hanya memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diselidiki, dan bilamana fokus penelitiannya terletak pada fenomena kontemporer (masa kini) di dalam konteks kehidupan nyata (Yin, 2008). Studi kasus juga dilakukan untuk memperoleh pengertian yang mendalam mengenai situasi dan makna sesuatu atau subjek yang diteliti (Alsa, 2007). Menurut Winkel (1991: 660) "Tujuan studi kasus adalah untuk memahami individu secara mendalam tentang perkembangan individu dalam penyesuaian dengan lingkungan.

Subyek Penelitian pada judul Kesejahteraan Psikologis *Caregiver* Penyakit Terminal di kota Malang ini pada perkembangan selanjutnya disebut juga sebagai informan. Jumlah informan 3 pada penelitian ini orang. Pemerolehan subjek dilakukan melalui metode *non-probability sampling*/non random sampling jenis *purposive sampling*. *Purposive sampling* berfokus pada pemilihan kasus(atau individu) yang memiliki informasi tertentu yang dapat menjawab pertanyaan penelitian atau subjek yang sesuai dengan tujuan dalam penelitian ini yang tersedia di lapangan, khususnya di Kota Malang (Patton, 2002).Informan penelitian merupakan *caregiver* wanita berusia 25 sampai 65 tahun, sudah menikah dan masih memiliki anak. Pada Februari 2014, peneliti berkesempatan menjadi tim psikolog dalam perawatan *paliatif home care* kanker usus stadium IV di kelurahan Jatimulyo. Setelah melakukan proses pendampingan dan penggalan data sampai bulan Juni 2014, pasien tersebut akhirnya

meninggal. Selanjutnya, peneliti bertemu dengan caregiver dengan pasien stroke di kelurahan Tlogomas setelah melewati proses pencarian melewati berbagai cara baik di dunia nyata maupun dunia maya. Awal Desember subyek dan pasien menyetujui keikutsertaannya dalam penelitian ini. Serta subyek terakhir yaitu caregiver dengan pasien gagal ginjal terminal yang juga *home care* di daerah kelurahan Bethek yang juga diperoleh lewat pemberitahuan dari istri dosen Fakultas Psikologi UIN Malang.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini wawancara, observasi, catatan lapangan dan dokumentasi. Pedoman wawancara digunakan untuk mengingatkan interviewer mengenai aspek-aspek apa yang harus dibahas, juga menjadi daftar pengecek (*check list*) apakah aspek-aspek relevan tersebut telah dibahas atau ditanyakan. Metode wawancara yang akan digunakan adalah wawancara mandalam atau *in-depth interview* atau didefinisikan sebagai wawancara seorang pewawancara dengan seorang informan yang dilakukan berulang-ulang yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman mengenai persepsi informan terhadap kondisi kehidupannya, pengalaman-pengalaman serta situasi yang dihadapi. Penelitian ini menggunakan analisis tematik. Dan analisa dikuatkan dengan triangulasi data dan triangulasi pengamat.

Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga partisipan memiliki persamaan mengalami permasalahan dalam perannya sebagai *caregiver* dengan penyakit terminal (stadium akut atau kronis) dan berdasarkan hasil penemuan penelitian, berikut ini adalah deskripsi kesejahteraan psikologis *caregiver* penyakit terminal dilihat dari setiap dimensi kesejahteraan psikologis dari teori Carol D Ryff. Diantara permasalahan dari segi fisik, Permasalahan psikologis, hubungan social, segi kognitif, dan perubahan finansial. Sedang proses penerimaan akan penyakit pasien ataupun menjadi *caregiver* penyakit dengan stadium terminal tentulah tidak mudah, informan BT sempat mengalami pingsan sampai dua kali dalam proses perawatan pasien, informan BN pingsan setiap pasien menjalani operasi dan informan BV sekeluarga mencoba menegarkan dirinya walaupun air mata tetap tak terbenyung ketika menerima vonis dari dokter akan sakit komplikasi dari pasien yang tak lain adalah ibu mereka sendiri.

Ketiga informan mampu memberikan pelayanan yang maksimal kepada anak, pasien dan tetap berusaha semaksimal mungkin juga mencari nafkah. Informan BV memiliki sisi positif dan negatif dalam dimensi *environmental mastery* (penguasaan lingkungan). Mereka mengelola aktivitas sehari-hari supaya tidak kelelahan, tetap bergaul seperti biasa dengan orang lain, mengatasi permasalahan yang dihadapi untuk hal-hal tertentu dengan caranya sendiri. Ketiga informan juga memiliki sisi positif dan negatif pada dimensi *autonomy*. Mereka masih tetap mampu mengambil keputusan sendiri secara mandiri untuk hal-hal tertentu tapi jika terkait keluarga mereka perlu mendiskusikannya dengan keluarga besar atau anggota keluarga lain. Ketiga informan mampu mengelola diri sendiri mengatasi emosi, meningkatkan kualitas dalam segi religi dan mengatur kegiatan sehari-hari, termasuk cara mereka bersikap terhadap orang lain. Ketiga informan menunjukkan keinginannya untuk terus berkembang (*personal growth*), mereka semangat untuk selalu mencari informasi baru tentang perkembangan penyakit dari pasien. Seperti informan BV yang juga memanfaatkan internet untuk mencari tahu tentang penyakit pasien diabetes, jantung dan gagal ginjal, apa yang dilarang, proses perawatan dan semisal prognosa penyakit pasien ke depan.

Berbeda dengan yang dilakukan informan BT, karena memiliki kakak yang mantan perawat, informan lebih memilih untuk bertanya kepada kakaknya itu sedangkan informan BN intens bertanya kepada tetangga atau dokter tentang terapi-terapi terbaik yang disarankan

bagi kesembuhan pasien. Selain itu proses pengembangan diri dari informan BN yang cukup signifikan adalah keputusannya merubah pekerjaan yang sebelumnya karyawan pabrik rokok menjadi membuka jasa laundry dan dipelajari secara otodidak dan dijalannya dengan telaten sambil mengurus pasien. Untuk tujuan hidup yang ingin diraih ketiga partisipan secara umum (*purpose in life*) dari ketiga informan, keberadaan anak-anak mereka menjadi tujuan yang paling menonjol dalam hidup mereka yaitu melihat anak mereka tumbuh besar dan sukses. Informan BT juga mengungkapkan bahwa tujuan hidup ialah mencari bekal untuk hari depan nanti, informan BN sangat berusaha kuat untuk menyukseskan kedua putranya agar kehidupan mereka lebih enak tidak susah seperti dirinya begitu pula dengan informan BV.

Diskusi

Tidak ada orang yang secara langsung bisa/mau menerima ketika anggota keluarganya sakit, tapi walaupun begitu bagaimana agar *caregiver* tersebut tetap merasa “sejahtera” jadi terdapat proses penyesuaian diri. Menurut Sobur (2003) dalam bukunya Psikologi umum menyimpulkan bahwa penyesuaian diri pada pokoknya adalah kemampuan untuk membuat hubungan yang memuaskan antara diri dengan orang lain dan dengan lingkungannya. Penelitian yang dilakukan oleh Steiner, dkk (2008) mengenai dukungan emosional, bantuan fisik dan kesehatan keluarga pasien, mereka menyimpulkan bahwa tanpa adanya dukungan, keluarga dari pasien kemungkinan akan menjadi “pasien kedua dalam keluarga”. Proses penerimaan menghadapi penyakit hampir sama dengan proses penerimaan dalam menghadapi kematian, karena sakit adalah kematian kecil dari salah satu atau beberapa organ yang ada dalam tubuh setiap individu. Berdasarkan Kubler Ross (1969) dalam bukunya ada beberapa tahapan reaksi pasien ataupun keluarga ketika mendengar penyakit yang diderita yaitu *Denial* (Pasien menolak keadaan), *Anger* (Pasien tidak dapat mengontrol kondisi emosinya), *Bargaining* (Pasien mulai mencoba berdialog dengan perasaannya), *Depression* (Pasien sudah mulai dapat beradaptasi tetapi belum cukup motivasi sehingga masuk fase *sense of hopelessness*) dan *Acceptance* (Pasien menerima kenyataan dan patuh terhadap rencana tindak lanjut).

Mereka tidak ingin mengganggu saudara yang lain, mereka tidak ingin memberitahukan perkembangan perawatan pasien kepada saudara yang lain, dan tidak ingin merubah model perawatan yang selama ini telah diberikan. Kebiasaan ini memengaruhi fakta bahwa 90 persen mereka melakukan hal tersebut karena pertimbangan bahwa merekalah yang harus bertanggung jawab untuk semuanya (Insero, 1995). Alasan lain bahwa saudara, anak, ataupun teman telah sibuk dengan kehidupan mereka, dan dia tidak bisa menganggunya. Pikiran-pikiran tersebut telah menjadi keyakinan dan terkadang mereka merasakan perasaan marah, lelah, dan keraguan (Gruetxner, 1992). Dukungan sosial juga dapat membantu ketiga partisipan menjadi mandiri. Andrews dan Robinson (1991) berpendapat bahwa dukungan sosial memengaruhi keadaan *Psychological well-being* yang dirasakan individu. Dan hubungan positif dapat memperbaiki kesehatan dan *well-being* (Krause dalam Papalia, 2007). Teman merupakan sumber yang dapat menimbulkan kegembiraan, kesenangan, sedangkan keluarga dapat memberikan rasa aman dan dukungan yang lebih besar.

Kondisi kesehatan fisik menjadi salah satu faktor yang teramat penting dalam memengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Perbedaan kelas sosial turut mempengaruhi kondisi *psychological well-being* seorang setiap informan. Kelas sosial sama termasuk juga status ekonomi berperan memengaruhi kesejahteraan psikologis secara tidak langsung karena status sosial dan kekayaan tinggi tidak menjamin kesejahteraan orang tinggi tapi membantu pemenuhan kebutuhan untuk menunjang kebahagiaan dan realisasi diri (Ryan & Deci, 2001). Misalnya sangat berpengaruh secara signifikan dalam pemberian

terapi/perawatan dan obat. Selanjutnya faktor usia juga berperan dalam usaha pencapaian kesejahteraan dari masing-masing informan. Dan menurut Ryff (1995), Dimensi hubungan positif dengan orang lain mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya usia. Sebaliknya dimensi tujuan hidup dan pertumbuhan pribadi memperlihatkan penurunan seiring bertambahnya usia. Jenis Kelamin juga menjadi faktor yang memengaruhi dalam upaya kesejahteraan psikologis seseorang dan menurut berbagai penelitian wanita cenderung lebih tinggi kesejahteraan hidupnya daripada laki-laki, kemungkinan karena tugas gender sesuai budaya yang berbeda juga memengaruhi. Senada dengan Penelitian Ryff (Ryff & Keyes, 1995) yang menemukan bahwa dibandingkan pria, wanita memiliki skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan yang positif dengan orang lain dan dimensi pertumbuhan. Faktor budaya juga amat berpengaruh dalam pembentukan persepsi setiap informan dalam usahanya menjalani kehidupan.

Dan dari semua faktor, akhirnya agama atau keyakinanlah yang sangat signifikan memengaruhi akan kekuatan dari masing-masing informan, dari mulai mencoba untuk memasrahkan diri, harapan akan masa depan yang lebih cerah setelah didera beragam pengalaman pahit dan keyakinan akan Allah selalu memberikan yang terbaik untuk hamba-hambaNya. Cukup berbeda dengan yang diutarakan oleh Ryff bahwa dimensi kesejahteraan psikologis seseorang hanya terbatas pada penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, pengembangan diri, dan tujuan hidup dan dalam temuan penelitian ini agama atau religiusitas menjadi dimensi penopang dalam proses pencapaian kesejahteraan psikologis yang sebelumnya hanya terdapat dimensi penerimaan diri setiap *caregiver*, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, pengembangan diri, dan tujuan hidup.

Hasil-hasil penelitian juga menemukan adanya hubungan agama dan spiritualitas dengan *well-being*, misalnya penelitian Maltby (1999, dalam Batuadji 2009) menemukan adanya korelasi yang signifikan antara religiusitas dan *psychological well-being*. Hasil penelitian lain sebagaimana oleh Compton (2005 dalam Batuadji 2009) juga menunjukkan bahwa individu yang berkomitmen pada keyakinan dan praktik keagamaan, umumnya memiliki tingkat *well-being* yang lebih tinggi. Riset lain, Ellison dan Levin (1998 dalam Malika 2008) menemukan hubungan positif antara religiusitas dan *Psychological well-being*, kemudian Chatter dan Ellison (2006 dalam Malika 2008) juga menemukan adanya kaitan antara keterlibatan religious (*religious involvement*) dengan *well-being*. Disana ditemukan beberapa hal yang menunjukkan fungsi psikososial dari agama yang antara lain; 1) Doa dapat berperan penting sebagai coping dalam menghadapi masalah pribadi, 2). Partisipasi aktif dalam kegiatan keagamaan dapat berdampak pada persepsi rasa penguasaan lingkungan dan meningkatkan self esteem, 3). Keterlibatan religious merupakan prediktor evaluasi kepuasan hidup.

Dalam kacamata Islam, kesejahteraan yang diajarkan bukan hanya sejahtera pada hal-hal yang bersifat duniawi saja, yang cenderung hanya sementara. Namun, Islam mengajarkan bahwa kesejahteraan yang sejati itu ketika mencapai sesuatu yang lebih bermakna yakni bahagia dan sejahtera dunia dan akhirat. Karena setiap muslim sadar bahwa, hidup yang lebih abadi bukan di dunia, namun di akhirat nanti. Selain itu, setiap muslim sadar bahwa kesenangan dan kebahagiaan duniawi seringkali menipu dan dunia hanyalah ladang untuk menanam amal yang akan dipetik kelak di akhirat. Dan dalam temuan penelitian ini agama atau religiusitas menjadi dimensi penopang dalam proses pencapaian kesejahteraan psikologis informan yang sebelumnya hanya terdapat dimensi penerimaan diri setiap *caregiver*, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, pengembangan diri, dan tujuan hidup. Apalagi ketiga informan adalah seorang muslim. Seperti dalam Islam Allah sudah mengingatkan dalam FirmanNya bahwa setiap yang telah

menyatakan dirinya beriman, maka Allah akan menguji keimanan orang tersebut. Baik dengan ujian berupa penyakit, kehilangan, pekerjaan, keluarga dan bahkan ujian kematian orang yang dicintainya.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai kesejahteraan psikologis sebagai *caregiver* memerlukan proses penerimaan diri yang tidak mudah dan membutuhkan waktu yang panjang dan terus menerus, Upaya pencapaian Kesejahteraan Psikologis setiap informan dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, relasi dan kelekatan (dukungan sosial), usia, latar pendidikan, status sosial, pengalaman hidup dan ekonomi, Pencapaian Kesejahteraan psikologis oleh setiap informan memiliki fase permulaan dimensi dan proses yang beragam. Terdapat perbedaan proses pencapaian kesejahteraan psikologis yang dipaparkan Carol D Ryff dan yang paparkan oleh informan. Perbedaan itu terjadi pada proses penemuan step-step dimensi yang telah dilalui oleh subjek. Ryff membuat sebuah skema yang merupakan akumulasi beberapa konsep dasar yang sejatinya adalah puncak pencapaian dari masing-masing tahapan psikologis manusia dari Allport, Jahoda, Rogers, Maslow, Jung, Frankl, Erikson, Buhler, dan Neugarten. Sedangkan, pencapaian kesejahteraan psikologis menurut informan dalam tugasnya sebagai *caregiver* ada dimensi-dimensi yang dapat diraih dengan cepat dan mudah dan adapula dimensi yang tahap pencapaiannya lama dan cukup sulit, Pada puncaknya, Religiusitas dan Spiritualitas menjadi faktor penompang yang sangat signifikan dalam upaya pencapaian proses kesejahteraan psikologis pada *caregiver* dan Kesejahteraan psikologis bukan hal yang terjadi tiba-tiba dan mudah dicapai akan tetapi melalui proses yang panjang. Sejahtera bukan saja keadaan dimana seseorang yang harus berkecukupan dengan jabatan dan gaji sekian, namun sejahtera adalah keluasan hati dan fikiran menerima ujian dan memberikan serta mengusahakan hal terbaik pada setiap keadaan dengan senyum tetap berkembang.

Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada informan penelitian keadaan yang penuh stressor diharapkan informan untuk bersikap terbuka dengan orang terdekat, agar beban yang dibawa lebih ringan. Dalam istilah Psikologi merupakan konseling yang bersifat teraupetik, sedangkan dalam Islam, Ridha, Sabar, Ikhlas dan Syukur adalah pilihan terbaik setelah mengusahakan secara maksimal bagi pasien. Bagi sesama *caregiver* sangat disarankan memiliki rekan atau kelompok pendukung dari sesama *caregiver* untuk saling menguatkan, dalam istilah Psikologi bisa disebut *Support group therapy* atau terapi berbasis dukungan kelompok sesama *caregiver*. Didalamnya bisa memuat Psikoedukasi kepada *caregiver* dengan mungkin sekali-kali mengundang orang yang pernah berpengalaman atau tenaga ahli seperti perawat, dokter, psikolog atau rohaniawan yang dapat memberikan masukan-masukan positif juga dalam penyikapan dan pengambilan langkah kedepan dalam perawatan pasien.

Pada masyarakat diharapkan dapat mengambil pelajaran dari ketiga kasus diatas, dan saling bekerjasama membantu satu sama lain walaupun hanya informasi singkat, namun terkadang itu amat berharga apalagi jika berkaitan dengan masalah finansial seperti bantuan Jamkesda dari pemerintah. Saran untuk Lembaga Psikologi, peran Psikologi semakin dibutuhkan kedepannya, Oleh karena itu, meskipun secara struktural tenaga Psikolog masih minim dibutuhkan dan diakui di instansi, disarankan lulusan Psikologi lebih peka terhadap keadaan terdekat dimulai dari masalah disekitarnya. Bagi Rumah sakit walaupun belum

memiliki fasilitas perawatan paliatif diharapkan memaksimalkan psikoedukasi yang diberikan kepada setiap caregiver yang sedang dalam proses pendampingan pasien yang diperiksa.

Daftar Pustaka

- Ahmadi, Abu. (2002). *Psikologi Sosial*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Bastaman, H.D. (1996). *Meraih Hidup Bermakna: Kisah Pribadi dengan Pengalaman Tragis*. Jakarta: Paramadina
- Batuadji, Kristianto. (2009). As Mokshartham Jagadhita; Studi Etnografis tentang *well-being* pada warga ashram Gandhi etnis Bali. Yogyakarta; Tesis Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (dipublikasikan).
- Brehm Sharon & Saul Kassin. (1991). *Social Psychology; Understanding Human Interaction*.
- Bungin, Burhan. (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rajawali press
- Cahyanti, Ika yuniar. (2012). Perbedaan *Psychological well being* pada penderita diabetes militus tipe 2 usia dewasa madya ditinjau dari strategi coping. Surabaya; *Jurnal klinis dan kesehatan Universitas airlangga Vol.1 No.2, Juni 2012*.
- Chusairi, Ahmad. (2004). *Health Seeking Behavior* para pasien poli perawatan paliatif; Studi eksploratif lima pasien poli perawatan paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Surabaya: *Jurnal Fakultas Psikologi Universitas Airlangga*.
- Cresswell, J.W. (2010). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Diener, E. (1984). *Subjetive well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575*.
- Doyle, Hanks and Macdonald, (2003). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford Medical Publications (OUP) 3 rd edn 2003
- Emmelkamp & Van Oppen, (1993). dalam *positive psychology in practice*. USA : John Willey & Sons, Inc
- Frankl, V.E. (2006). *Logoterapi: Terapi Psikologi Melalui Pemaknaan Eksistensi*. (terjemahan). Yogyakarta: Kreasi Wacana
- Ferrell, B.R. & Coyle, N. (Eds.) (2007). *Textbook of palliative nursing, 2nd ed*. New York, NY: Oxford University Press
- Ferrario, S.R, et al. (2003). *Caregiving related needs analysis; a proposed model reflecting current research and socio-political developments*. Health and Sosial Care in the Community.
- Fitria, Cemy Nur. (2010). *Palliative care pada penderita penyakit terminal*. Yogyakarta. *Jurnal GASTER, Vol. 7 No. 1 Februari 2010*
- Friedman. (2003). Buku ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan Praktik, Alih Bahasa Hamid, A.Y (2010). Jakarta; EGC
- Gie, T.L. (1983). *Garis Besar Estetik Filsafat Keindahan*. Yogyakarta: Super Sukses
- Gladding T. Samuel. (2000). *Counseling : a Comprehensive Profession*. New Jersey : Prentice hall Inc.
- Gonorazky, Sergio Eduardo. (2011). *The Unresolved Issue of the "Terminal Disease" Concept. Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata*. Argentina.
- Grandon, P. Jenaro, C & Lemos, S. (2008). Primary Caregiver of Skizofrenia outpatients; Burden & Predictor Variables. *Journal of Psychiatry, 158, 335-343*.
- Herlin Megawe. (1998). *Nyeri Kanker*. Surabaya : Media IDI
- Hidayat, K. (2006). *Psikologi Kematian*. Bandung: Mizan Media Utama.
- Huberman, Miles. (1992). *Analisis Data Kualitatif*: Jakarta. UI Press. Hal. 20.
- Josephson, John R. Peteet. (2004). *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice* / [edited by] Allan M.—1st ed. USA. American Psychiatric Publishing, Inc.

KEPMENKES RI NOMOR: 812/ MENKES/SK/VII/2007 **Tentang Kebijakan Perawatan Palliative** Menteri Kesehatan Republik Indonesia

- Kircher & Callanan (2003), *Near Death Experiences and Death Awareness in the Terminally*
- Kubler-Rose, E. (1998). *On Death and Dying (Kematian sebagai bagian dari kehidupan)*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Kusuma, Rose. (2013). *Berdamai dengan Alzheimer: Strategi Menjadi Caregiver bagi Penderita Penyakit Alzheimer*. Yogyakarta: Katahati.
- Lazzari, Steven. (2000). *Emotional Intelligence, Meaning and Psychological well being: A comparison between early and late adolescence. Published*. Thesis Faculty of Graduate Studies. Trinity Western University. England.
- Losada, Andrés et all. *Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughts. Psicología Conductual*, Vol. 14, N° 1, 2006, pp. 115-128. España & US.
- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. & Pérez-Rojo, G. (2004). *Eficacia de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia [Differential efficacy of two psychoeducational interventions for dementia family caregivers]*. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Losada, A. (2005). *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención. [Analysis of the influence of dysfunctional thoughts about caregiving on dementia family caregivers distress. Results of a correlational and intervention study]*. Universidad Autónoma de Madrid: Tesis Doctoral no publicada.
- Lubkin, I.M & Larsen, P.D. (2006). *Chronic Illness; impact and intervention*. USA; Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Malika, Alia Rahayu. (2008). *Hubungan Psychological well bein terhadap locus of control pada pernikahan dewasa dini*. Tesis (Dipublikasikan). Jakarta; Universitas Indonesia.
- Maramis. (1980). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Marks, Nadine & Lambert, James. (1997). *Transitions to Caregiving, Gender, and Psychological Well-Being: Prospective Evidence from the National Survey of Families and Households*. Madison, University Wisconsin.
- Ningsih, Nining Sri. (2011). *Pengalaman Perawat dalam Memberikan Perawatan Paliatif pada anak dengan kanker di wilayah Jakarta*. Tesis (dipublikasikan). Universitas Indonesia; Jakarta
- Norman K Denzin & Yvonna S Lincoln. (2009). *Handbook of Qualitative Resarch*, Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Patton, Michael Quinn. (1991). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation* (London: SAGE Publications,), p. 23
- Poerwandari, E.K. (2009). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Edisi Ketiga. Cetakan ke-3. Depok: LPSP3 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Prabowo, Hendy Purwo. (2007). *Interaksi keluarga pada remaja penderita skizofrenia; Tinjauan Psikokultural Jawa*. Skripsi (Dipublikasikan). Semarang. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Prasetyo, Noor Hanafi. (2014). *Program Intervensi Narima Ing Pandum; Upaya Peningkatan Kesejahteraan Psikologis family caregiver orang dengan Skizofrenia*. Tesis (Tidak diterbitkan). Yogyakarta. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. Annu. Rev. Psychol.*, 52, 141-166.

- Ryff, C. (1989a). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1989b). *Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging*. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. and Singer, B. (1998). *The contours of positive health*. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D. and Essex, M. J. (1992). *The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation*. *Psychol. Aging*, 7, 507-517.
- Ryff, C. D. and Keyes, C. L. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. and Singer, B. (1996). *Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research*. *Psychother. Psychosom.*, 65, 14-23.
- Robert K. Yin, (1989). *Case Study Research Design and Methods*. Washington : COSMOS Corporation.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health Psychology; Biopsychosocial Interaction*. Edisi ke3. New York; John Willey & Sons, Inc.
- Sjamsuhidajat, R, Wim de Jong. (1997). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : EGC
- Sugiyono. (2008). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung. Alfabeta.
- Stuart G.W (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Edisi ke 9. Canada : Mosby, Inc.
- Taylor, Shelley. (2009). *Psikologi Sosial edisi kedua belas*. Jakarta : Kencana
- Wahyuningsih, Agustin. (2013). *Kesejahteraan Psikologis pada orang dengan Lupus (Odapus) wanita usia dewasa awal berstatus menikah*. Surabaya. Universitas Airlangga. *Jurnal psikologi klinis dan kesehatan mental* Vol.2 No.01, Februari 2013.
- Weenolsen, Patricia. (2005). *The Art of Dying*. Mati Bahagia (T. Hubber, Penerj), Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wells, Ingrid. (2010). *Psychological well being; psychology of emotions, motivations and actions*. New york : Nova Science Publisher, Inc.
- White, PG, (2002) , **Word Hospice Palliative Care The Loss of Child Day**, Pediatric Heart Network, www.hospiceinternational.com,
- Wijayanti, Fitri. (2012). *Tesis pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri caregiver pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta*. Jakarta : Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (diterbitkan).
- Woodruff Asperula Melbourne 4th edn (2004). *Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians*. *Palliative Care Australia*. **Palliative Medicine**.
- Yamada, M. Hagihara A & Notobumo, K (2008). *Coping Strategies, care manager support and mental health outcome among Japanese Family Caregivers*. Journal compilation.
- Yosep Iyus, (2007). **Keperawatan Jiwa**. Bandung: Refika Aditama.
- Yosep, Iyus., Sutini, Titin. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (dan Advance mental healyh nursing)*. Bandung: Refika Aditama.
- Yuniarsih, Winda. (2010). *Pengalaman Caregiver Keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati*. Jakarta: Tesis FIK Universitas Indonesia (diterbitkan).