

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Tak ada seorang pun manusia di dunia yang menginginkan dirinya jatuh sakit, ketidakberfungsian fisik ataupun mental akan sangat mengganggu diri ataupun lingkungan disekitar pasien. Oleh karenanya terkadang pasien yang divonis menderita penyakit kronis atau akut dan kemungkinan kecil dapat disembuhkan mengalami pukulan psikis yang semakin besar manakala tak hanya mengingat penderitaan yang dialami dirinya, namun juga penderitaan yang akan dialami pula oleh orang lain.

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). Menjaga kesehatan di tengah gempuran beragam produk instan serta ketahanan kesehatan baik fisik maupun mental di tengah persaingan kehidupan yang semakin ketat menjadi tugas yang harus selalu diingat dan dipelihara dengan baik oleh masing-masing individu. Kesehatan fisik oleh makanan dan olah raga ataupun kesehatan mental oleh hati dan fikiran. Karena penyakit tidak selalu disebabkan oleh sakitnya fisik saja, akan tetapi

disertai dengan proses pikir yang tidak seimbang atau sakitnya mental dapat mempengaruhi kesehatan fisik pula. Seperti ungkapan Slamet Imam Santoso pendiri Psikologi di Indonesia, Penyakit tidak bisa dimengerti tanpa mengerti orang/jiwanya) (Maramis, 1980).

Patricia dalam bukunya *The Art of Dying* mengungkapkan semakin banyak penyakit yang diderita pasien yang pengobatan terhadap penyakitnya tidak diperlukan lagi. Misalnya di Amerika, setiap tahun lebih dari 250.000 pasien menerima diagnosis penyakit Terminal (Weenolsen, 2005: 41). Dengan kata lain, sudah tidak memungkinkan bagi suatu penyakit untuk dihilangkan, kondisi tersebut membutuhkan perawatan terminal bagi pasien dengan stadium akhir. Berikut beberapa penyakit/kondisi yang bisa masuk dalam kategori penyakit terminal; Diabetes militus, Penyakit Kanker, Congestik renal failure, Stroke, AIDS, Gagal ginjal kronik dan akibat kecelakaan fatal (Kircher, 2003). 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. Departemen Kesehatan dan Pelayanan Sosial Amerika Serikat mendefinisikan seorang *caregiver* sebagai berikut;

*“Help to another person in need. Usually, the person receiving care has a condition such as dementia, cancer, or brain injury and needs help with basic daily tasks. People who are not paid to provide care are known as informal caregivers or family caregivers. The most common type of informal caregiving relationship is an adult child caring for an elderly parent. Caregivers help with many things such as: grocery shopping, house cleaning, cooking, shopping, paying bills, giving medicine, bathing, using the toilet, dressing, and eating” (U.S.Department of Health and Human Services. 2007, National Cancer Institute)*

Kusuma (2013) juga menjelaskan *caregiver* sebagai orang yang memberikan perawatan atau *caregiving* kepada individu yang tidak mandiri, memiliki keterbatasan fisik, mental, ekonomi atau terganggu kesehatannya karena penyakit dan usia tua. 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](http://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.

Berikut misalnya ketika seseorang didiagnosa sakit dengan sebuah sakit yang tergolong berat dan berstadium lanjut dimana pengobatan medis sudah tidak mungkin diterimakan kepada si pasien, maka kondisi pasien tersebut akan mengalami sebuah goncangan yang hebat. Kematian adalah salah satu jawaban pasti bagi para pasien *terminal illness*. Berjalannya waktu baik itu pendek atau panjang, bagi para pasien *terminal illness* adalah hari-hari yang sangat menyiksa karena mereka harus menantikan kematian sebagai jawaban pasti dengan penderitaan rasa nyeri yang sangat hebat (Megawe; 1998). Seperti terungkap dalam *preliminary study*:

***“Nangkleti mbak, seumpomo aku raono, mengko samean rabi neh po yo opo?,kan kulo nangis ta mbak, ngomong ngono kui aku susah, mbok ojo ngomong aneh-aneh, istighfar seng akeh”.***  
(S3.2b.23/04/2014)

Bahwa kondisi terminal seringkali membuat pasien berfikir macam-macam dan banyak hal. Kerap kali sebagai *caregiver* tidak siap untuk menerima keadaan tersebut. Berbagai macam peran hidup yang dijalani selama ini pasti akan menghadapi kendala baik itu disebabkan karena kendala fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Demikian pula, prognosis akan kematian pada para pasien *terminal illness* akan lebih memberikan dampak konflik psikologis, sosial, kultural maupun spiritual yang unik. Pasien-pasien dengan penyakit terminal memerlukan perawatan paliatif. Fauzi (2014) mengatakan bahwa tujuan perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup yang seoptimal mungkin bagi penderita dan keluarganya. Pola dasar pemikiran perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup dan menganggap bahwa kematian adalah proses yang normal, serta tidak mempercepat atau menunda kematian. Selain itu, dalam perawatan paliatif juga diperhatikan bagaimana menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual pasien, serta berusaha agar pasien tetap aktif hingga akhir hayatnya. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tantangan yang dihadapi pada di hari-hari kemudian nyata sangat besar. Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, *stroke*, Parkinson, gagal jantung /*heart failure*, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/ AIDS yang memerlukan perawatan paliatif. Karena pada

dasarnya pasien-pasien dengan penyakit diatas ataupun masyarakat luas memerlukan disamping kegiatan promotif, preventif, dan kuratif, juga rehabilitatif. Namun saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

*“Rumah Sakit Umum Daerah Saiful Anwar Malang yang banyak mendapat rujukan dari daerah Blitar, Kediri, Pasuruan, Batu, lumajang, Probolinggo sampai hari ini belum memiliki perawatan khusus Paliatif, pasien dengan penyakit terminal pada hakikatnya sangat membutuhkan perawatan tersebut untuk memantau perkembangan penyakit, pengetahuan perawatan oleh keluarga, dan juga pendampingan psikologis yang penting untuk dapat meingkatkan imunitasnya”. (Ob, NW, 25/06/2014)*

*“Untuk menyasati pasien-pasien dengan penyakit stadium terminal sebenarnya RSUD Saiful Anwar sudah melakukan upaya seperti memberikan pelatihan pada keluarga pasien sambil menunggu pasien yang diperiksa, namun sejauh ini belum maksimal karena waktu dan materi yang terbatas”. (Ww, CI, 20/11/2014).*

Perawatan paliatif di Indonesia sendiri sudah dimulai sejak dibukanya poliklinik Perawatan Paliatif & Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo pada 19 Februari 1992, namun sampai tahun 2014 ini baru di lima kota besar Rumah sakit yang menyediakan perawatan paliatif, diantaranya RSUD Dr. Soetomo Surabaya, RS Dr. Moewardi Solo, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan RS Kanker Dharmais Jakarta. Ditinjau dari besarnya kebutuhan dari pasien, jumlah dokter yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas. Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, maka diperlukan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang

memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan paliatif (Kepmenkes RI Nomor: 812, 2007). Selain masih langkanya rumah sakit yang memiliki perawatan paliatif, tenaga kesehatan memadai dan biaya perawatan menjadi beban sendiri bagi masyarakat untuk memilih perawatan tersebut. Akhirnya, banyak keluarga pasien yang lebih memilih merawat sendiri pasien di rumah masing-masing. Dari sanalah *caregiver* informal mulai membantu pasien dalam keseharian. *Caregiver* merupakan istilah yang biasa digunakan dalam bidang perawatan dan pelayanan. Oyebode (2003 dalam Losada, 2005) 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.

Data di Poli Perawatan Paliatif RSUD DR. Soetomo Surabaya menyebutkan bahwa pasien di Poli Perawatan Paliatif RSUD DR. Soetomo Surabaya ini semakin hari jumlahnya semakin bertambah dari 3.962 pasien di tahun 1993 menjadi sekitar 4.298 di tahun 2001, meningkat 11,34%. Sekitar 26,14% pasien berusia 45-54 tahun dan 13,56% berusia 30-44 tahun, jadi sekitar 39,7% pasien Poli Perawatan Paliatif RSUD DR. Soetomo adalah orang-orang yang berada pada usia produktif. Dampak lanjutan adalah stress yang dapat muncul baik pada pasien maupun anggota keluarga. 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”. 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) menyatakan bahwa ia 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 kegiatan 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. Juga dikutip, mereka mengatakan, "*For People who quit to take care of their parents, there's no stimulus plan for us*" (Mandell, 2010). Beberapa *caregiver* berfikir bahwa mereka harus memberikan semua perawatan kepada pasien tanpa meminta bantuan ke yang lain. Alasan yang mereka kemukakan antara lain 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 mempengaruhi fakta bahwa 90 persen mereka melakukan hal tersebut karena

pertimbangan bahwa merekalah yang harus bertanggung jawab untuk semuanya (Insero, 1995). Seperti yang tampak dari penggalian data berikut;

*“Yah, otomatis lah mbak, semuanya berubah. Gimana ya mbak ya, kan juga sudah kewajiban, bapak itu kan saya harus mendampingi full, merawat, di rumah terus, siaga, dari bangun sampai tidur lagi.”. (S1.126.21/12/2014)*

Riset yang berbeda diungkapkan oleh Biegel (1999, dalam Stuart 2003), bahwa perilaku *caregiver* tersebut memang sengaja mereka lakukan sebagai wujud hormat dan tanggung jawab dalam merawat keluarga. Banyak *caregiver*, yang meskipun mereka berada di level yang signifikan dalam distressnya, dan terindikasikan mereka juga membutuhkan pertolongan namun mereka tetap bersikeras semua baik saja, karena mereka berfikir hanya merekalah yang dapat melakukan perawatan terbaik untuk pasien (Arai, Sugiura, Miura, Washio, & Kudo, 2000 dalam Yamada 1997). 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). Sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Gruetxner (1992), Berikut *preliminary study* yang dilakukan peneliti terhadap *caregiver* informal pasien Kanker usus stadium IV di Malang. Dengan kondisi pasien berusia 35 tahun dan memiliki 2 anak laki-laki (kelas 3 SMP dan 2 SD).

*“Buat njaga mas mbak, saya keluar dari Pabrik, saya coba-coba buka laundry, saya sudah nggak bisa ninggal-ninggal lagi, setelah operasi yang kedua kemarin tidak bisa karena ususnya sudah nempel. Jadi ya dari nyuapin makanan yang halus-halus, buang kotoran, nganter terapi ke Lawang, dan setiap ada yang nyarakan alternatif apapun langsung saya datengin mbak, pokoke usaha maksimal. Gusti Allah mboten merem mbak, njagi setiap*

*makhlukke, tinggal ingkang diuji kiat nunopo mboten*". (Ww. BN, 14/04/14)

Paparan di atas menggambarkan bagaimana perjuangan *caregiver* dari pengambilan keputusannya ketika akhirnya berhenti bekerja di pabrik sampai pada mendirikan laundry. Proses perawatan kesehatan harian oleh *caregiver* juga sangat berpengaruh dalam perubahan fisik, psikologis, finansial, spiritual *caregiver* itu sendiri. Bahwa di akhir kalimat *caregiver* dapat mengambil kesimpulan bahwa apa yang dilakukannya dengan tulus ikhlas pasti akan diberikan yang terbaik olehNya, karena *Gusti Allah mboten sare*.

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 Yosep Iyus (2007, 175) 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). Menurut Frankl makna hidup hanya ada satu di dalam setiap situasi. Individu akan dipandu oleh suara hati secara intuisi untuk menemukan makna hidup sebenarnya. Keadaan mendesak secara kuat mempengaruhi dalam mencapai makna hidup sebagian besar bergantung pada sikap individu terhadap keadaan mereka. Selaras dengan Kubler Ross tentang tahapan

menerima sakit yang diderita pasien ataupun tanggapan dari keluarga begitupunlah menurut Bastaman (1996) dalam proses keberhasilan mencapai makna hidup adalah urutan pengalaman dan tahap-tahap kegiatan seseorang dalam mengubah penghayatan hidup tak bermakna menjadi bermakna. Tahap-tahap penemuan makna hidup oleh Bastaman (1996) dikategorikan atas lima yaitu Tahap derita (peristiwa tragis, penghayatan tanpa makna) Individu berada dalam kondisi hidup tidak bermakna. Berlanjut pada tahap penerimaan diri (pemahaman diri, perubahan sikap) ketika muncul kesadaran diri untuk mengubah kondisi diri menjadi lebih baik lagi. Biasanya muncul kesadaran diri ini disebabkan banyak hal, misalnya perenungan diri, konsultasi dengan para ahli, mendapat pandangan dari seseorang, hasil doa dan ibadah, belajar dari pengalaman orang lain atau peristiwa-peristiwa tertentu.

Selanjutnya didapatlah tahap penemuan makna hidup (penemuan makna) dengan semakin menyadari adanya nilai-nilai berharga atau hal-hal yang sangat penting dalam hidup, yang kemudian ditetapkan atau mengubah arah tujuan hidup. Dilanjutkan tahap realisasi makna (keikatan diri, kegiatan terarah dan penemuan makna hidup) Semangat hidup dan gairah hidup kerja meningkat, kemudian secara sadar membuat komitmen diri untuk melakukan berbagai kegiatan nyata yang lebih terarah. Kegiatan ini biasanya berupa pengembangan bakat, kemampuan dan ketrampilan. Klimaksnya ketika telah mencapai tahap kehidupan bermakna (penghayatan bermakna, kebahagiaan).

***“Iya, baru pertama ini. Dulu kan ndak pernah sakit bapak itu. Ya baru kali pertama sakit, eh langsung diberi sakit yang berat gini, Saya kan dulunya memang sering pingsan, dulu itu bapak sebelum***

*sakit itu saya yang lebih sering sakit diobatkan kesana kemari,”*  
(S1.9.12/12/2014), (S1.112. 21/12/2014)

*“Selama di RS saya kan di support terus, ya sama temen, sodara, mereka yang besuk itu kan nyupport trus selama disana sama budhanya anak-anak sama anak saya, akhirnya ya saya memang harus pasrah ya gitu, mungkin sekitar 5 hari itu, sebelumnya ya sempet pingsan mbak”* (S1.124a.10/01/2015)

Terlihat bahwa proses penerimaan sakit pasien oleh *caregiver* bukanlah hal yang mudah, pertama bahwa *caregiver* akan menolak keadaan. Penelitian sebelumnya tentang *psychological well-being* pada *caregiver* penyakit terminal belum banyak dijumpai di Indonesia. Konsep riset yang dilakukan mayoritas tentang dukungan keluarga terhadap pasien penyakit terminal, dan kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal, namun belum sampai bagaimana mengetahui kondisi kesejahteraan psikologis orang yang merawat (*caregiver*). 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).

Mc Naughton, (1995 dalam Losada 2005) mempelajari hubungan antara stres, depresi, kesehatan fisik dan keyakinan irasional dalam pengasuh Alzheimer. Mereka menemukan bahwa keyakinan irasional terkait pasien yang menyebabkan depresi, dan akhirnya berpengaruh pada *locus of control* eksternal dan kesehatan yang lebih buruk pada *caregiver*. Hipotesis peneliti dari 6 bulan *follow-up* mengungkapkan bahwa kepatuhan dan keyakinan mempengaruhi kesehatan

pengasuh dalam menghadapi situasi stres, meningkatkan kemungkinan bahwa pengasuh akan mengalami dampak negatif dan perubahan fisiologis yang mempengaruhi mereka pada kesehatan fisik dan mental yang lebih buruk seiring waktu (Gonorazky, 2011; 2).

Riset lain yang dilakukan oleh *Caregiver* UI Jantung, Wijayati (2012) dalam Tesisnya yang berjudul Pengaruh Terapi kognitif dan latihan asertif terhadap depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* penyakit Jantung di RS Jantung harapan kita Jakarta didapatkan hasil bahwa ternyata *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif menunjukkan penurunan depresi dibandingkan *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif lebih tinggi dibandingkan *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif saja. Mazidah (2012) dalam risetnya yang berjudul kesejahteraan Psikologis Tunanetra Dewasa Dini (Studi Fenomenologi pada mahasiswa tunanetra buta total di UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta) didapatkan bahwa faktor paling penting yang harus ada untuk membentuk kesejahteraan psikologis menurut informan VD adalah cinta dan keimanan, informan SF adalah adanya cinta dan kasih sayang yang tidak membedakan difabel dan bukan dan informan DN berpendapat yang terpenting adalah pengakuan terhadap kondisi ketunanetraan dari ayahnya. Faktor kelengkapan fasilitas perkuliahan juga dianggap penting oleh mereka untuk dapat meningkatkan kesejahteraan psikologisnya dalam menjalani perkuliahan di UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

Selain itu, dalam Tesis Prasetyo (2014) yang berjudul Program Intervensi *Narima Ing Pandum*; Upaya Peningkatan Kesejahteraan Psikologis *family caregiver*

orang dengan skizofrenia, dalam riset terbitan Fakultas Psikologi UGM dibawah bimbingan Prof. Subandi tersebut yang ditemukan hasil bahwa program tersebut mampu mempertahankan perilaku sabar dan narima sampai intervensi berakhir dikarenakan munculnya makna hidup dalam proses pencapaiannya (Prasetyo, 2014). 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. Oleh karenanya, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul **“Psychological Well-Being pada Caregiver Penyakit Terminal”**.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang dan fokus masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana gambaran *Psychological well-being* pada *Caregiver* Penyakit Terminal?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan lebih dalam dan memahami bagaimana gambaran *Psychological well-being* pada *Caregiver* Penyakit Terminal.

## **D. MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat dari penelitian ini adalah:

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan informasi mengenai kebermaknaan hidup bagi pengembangan disiplin ilmu Psikologi pada umumnya

dan Psikologi sosial serta klinis pada khususnya. Serta Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang gambaran *psychological well-being* pada *caregiver* penyakit terminal.

## 2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi:

Pembaca, guna memberi pengalaman dan pelajaran berharga untuk menjalani kehidupan serta mampu meningkatkan kualitas pribadi dengan lebih memahami makna hidup. Selain itu, diharapkan dapat memberikan gambaran lebih jelas mengenai proses pencapaian kebermaknaan hidup meskipun dalam situasi yang tidak biasa, atau dalam kondisi kurang sempurna/tidak sehat.

Subjek, Memberi motivasi bagi *caregiver* dan pasien agar tetap mengupayakan memiliki kesejahteraan psikologis dalam hidupnya. Sehingga bagi pasien mampu menjalani kehidupan terakhirnya dengan lebih baik dan bermakna. Begitu pula pada *caregivernya*, melalui pendampingan penderitaan yang dialami pasien selama menjalani sakitnya mampu untuk lebih menemukan makna hidup dalam proses upaya mencapai kesejahteraan psikologis.

Pada Rumah Sakit, diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien dengan pemberian *treatment/pelatihan* pada *caregiver* agar lebih mampu mengoptimalkan diri dalam proses pendampingan pada pasien sehingga dapat diraih kesejahteraan bagi *caregiver* maupun pasien dalam proses menjalani fase terberat dalam kehidupannya.