

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit stroke merupakan penyebab kecacatan pertama di dunia dan menjadi penyebab kematian ketiga di dunia. Stroke memiliki tanda-tanda klinis yang berkembang cepat dikarenakan oleh gangguan fungsi otak fokal atau global, dan dapat menyebabkan kematian tanpa penyebab lain selain vasikuler (Kusuma, 2022). Tang (Oktarina, dkk., 2020) menyatakan bahwa faktor resiko yang mempengaruhi penyakit stroke yaitu jenis kelamin, usia, tekanan darah tinggi, *body mass index*, fungsi kognitif dan nutrisi. Penyakit stroke bukan penyakit sederhana, dikarenakan ketika stroke menyerang individu, maka terdapat faktor risiko yang dirasakan.

Soertidewi dan Misbah (Ramdani, 2018) menyatakan, kasus stroke yang terjadi berdasarkan penelitian epidemiologi oleh Universitas Indonesia menunjukkan bahwa 19,9% kasus stroke merupakan kasus stroke berulang yang berarti, pasien yang sembuh dari serangan stroke yang pertama berisiko mengalami serangan stroke yang kedua di kemudian hari. Individu yang menderita penyakit stroke membutuhkan penanganan dengan jangka waktu yang panjang, dimana pengobatan yang dilakukan melibatkan tenaga kesehatan dan erat hubungannya dengan rumah sakit. Husni dan Asmawati (2024) mengungkapkan, secara umum pasien stroke membutuhkan pemulihan yang cukup lama dikarenakan setelah melakukan perawatan di rumah sakit, pasien stroke cenderung mengalami kecacatan di beberapa bagian tubuh.

Pasien stroke membutuhkan bantuan orang lain untuk membantu menjalani kehidupan selanjutnya, orang tersebut disebut *caregiver*. Penelitian yang dilakukan oleh Iswantiningsih dan Margaretha (2023) menyatakan *caregiver* tidak hanya membantu pasien stroke menjalani kegiatan sehari-hari seperti makan, mandi, atau berpindah tempat, tetapi juga berperan aktif dalam memberikan dukungan emosional dan memfasilitasi rehabilitasi pasien stroke.

Pasien stroke sangat membutuhkan bantuan dari orang lain dikarenakan pasien mengalami ketidakmampuan akibat penyakit yang di derita. Pernyataan tersebut didukung oleh Ariska, Handyani dan Hartati (2020) yang menyatakan *caregiver* merupakan individu yang memberikan bantuan kepada individu yang mengalami ketidakmampuan dan membutuhkan bantuan dikarenakan penyakit yang diderita seperti pasangan, anak, menantu, cucu atau kerabat lainnya. *Caregiver* memiliki tugas membantu dalam mobilitas, komunikasi, perawatan diri, serta perubahan emosional dan psikolog.

Hal ini menyebabkan *caregiver* harus memiliki kontrol diri yang baik untuk menyeimbangkan peran tanggung jawab ganda dalam merawat pasien stroke. Sejalan dengan Husni dan Asmawati (2024), *caregiver* memiliki peran penting bagi pasien stroke selama proses rehabilitasi jangka panjang dan memiliki tanggung jawab yang besar, hal tersebut membuat *caregiver* mengalami perubahan yang signifikan dan rawan merasakan tekanan perawatan.

Rohmah dan Rifayuna (2021) menyatakan sebagian besar pasien stroke terkena berbagai gangguan sehingga membuat pasien bergantung pada *family caregiver*. Dampak dari penyakit stroke pada aspek fisik yaitu adanya

kelemahan atau kekauan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan. Selain itu stroke juga mempunyai dampak yang mendalam pada aspek kehidupan pasien yang mengalaminya, seperti mengalami masalah psikososial akibat perubahan fisik didalam dirinya (Nuraliyah & Burmanajaya, 2019). Zaini (2022) menambahkan terdapat banyak dampak yang diakibatkan oleh stroke yaitu gangguan komunikasi, gangguan kognitif, dan gangguan dalam menggerakkan anggota tubuh yang disebabkan oleh kelemahan salah satu anggota gerak sehingga pasien stroke memiliki ketergantungan terhadap pemenuhan kebutuhan sehari-hari untuk bertahan hidup, dalam hal ini membutuhkan peran *family caregiver*.

Family caregiver merupakan bagian penting dalam pemberian perawatan kesehatan pasien stroke. Sebanyak 25%-74% pasien stroke membutuhkan bantuan *family caregiver* untuk membantu menjalani kehidupan sehari-hari, mulai dari memberikan perawatan informal dan *family caregiver* berperan penting dalam proses pengobatan, perawatan, dan penyembuhan pasien stroke. Putri, dkk (2023) menyatakan *family caregiver* merupakan individu yang berperan mendampingi, menemani, dan di samping pasien selama 24 jam. Peran *family caregiver* yaitu untuk membantu pengobatan serta penyembuhan baik pada segi psikologis, emosi, sosial, fisik serta spiritual.

Luthfa (2018) menyatakan bahwa keluarga yang memberikan sebuah perawatan, dukungan, serta individu yang merasa terbebani dikarenakan merawat pasien stroke dalam jangka waktu yang lama disebut *family caregiver*. Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien karena terbukti

memiliki pengaruh yang positif bagi proses perawatan serta perkembangan kesehatan pasien stroke. Penelitian lain yang dilakukan oleh Setyoadi, dkk (2018) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara *family caregiver* dengan kemandirian pasien stroke dalam proses pengobatan yang berlangsung.

Family caregiver bertugas mendengarkan dengan hati-hati semua keluhan maupun kebutuhan pasien stroke sehingga pasien dapat merasakan dampak yang signifikan. Dapat disimpulkan bahwa dukungan dari *family caregiver* sangat penting dalam proses pengobatan dan perawatan pasien stroke. Kondisi perawatan yang mengharuskan individu menjadi *family caregiver* merupakan sebuah kondisi yang tidak dapat dipilih maupun direncanakan, sehingga tidak jarang *family caregiver* merasa terbebani dan beresiko mengalami *compassion fatigue*.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Schulz (Day, 2013) menyatakan bahwa *family caregiver* memiliki resiko yang besar mengalami *compassion fatigue* dikarenakan jangka waktu perawatan yang cukup lama. *Family caregiver* kemungkinan selalu bersama setiap hari, setiap jam, sehingga membuat *family caregiver* memiliki rasa empati yang tinggi akan apa yang dialami oleh pasien stroke. Amelia, Iswantoro dan Chrisnawati (2018) menyatakan pengertian dari *compassion fatigue* merupakan stres yang diakibatkan oleh paparan trauma pada individu yang disebabkan oleh kelelahan fisik dan mental serta habisnya kemampuan untuk mengatasi keadaan lingkungan sehari-hari. Meskipun sama-sama disebabkan oleh stres dan

menyebabkan kelelahan fisik serta mental, *compassion fatigue* berbeda dengan *burnout*.

Perbedaan antara *compassion fatigue* dengan *burnout* dapat dilihat dari penyebab utama yang mendasari stres yang dialami, dimana *compassion fatigue* disebabkan oleh paparan trauma atau stres yang dimiliki oleh orang lain sedangkan *burnout* disebabkan oleh stres kerja yang berkepanjangan. Semua individu dalam pekerjaan apapun dapat merasakan *burnout* dan kondisi tersebut tidak ada kaitannya dengan paparan trauma. *Burnout* bersifat bertahap sementara *compassion fatigue* memiliki gejala yang lebih cepat dikarenakan paparan terhadap suatu peristiwa traumatis (Franza & Pellegrino, 2015).

Sejalan dengan Oberg dan Macmahon (2023) menyatakan bahwa perbedaan *compassion fatigue* dan *burnout* terletak dari sumber atau penyebabnya dimana *compassion fatigue* disebabkan oleh trauma sekunder atau trauma yang dimiliki oleh orang lain yang dapat dialami ketika individu mengetahui peristiwa traumatis yang menimpa individu lain dan kondisi tersebut dapat diperparah ketika individu tersebut berusaha mendukung individu yang memiliki trauma. *Burnout* sendiri merupakan kondisi yang muncul sebagai respon berkepanjangan terhadap stres interpersonal kronis di tempat kerja, yang mana hal tersebut bukan hasil dari trauma atau penderitaan orang lain.

Figley (2002) menyatakan bahwa terdapat tahapan-tahapan yang dirasakan oleh *family caregiver* sebelum merasakan *compassion fatigue* yaitu pada tahap pertama individu yang diperhadapkan dengan situasi perawatan akan

menunjukkan sikap empati terhadap penderitaan yang dimiliki oleh individu lain dalam hal ini keluarga yang dirawat, hal ini disebut tahap *empathic ability*. Individu yang memberikan empati mempunyai dorongan untuk membantu individu yang mengalami sebuah penderitaan dengan cara memproyeksikan perasaan, pemikiran dan perilakunya sesuai dengan penderitaan yang dialami individu yang dirawat. Hal tersebut membuat individu memanfaatkan bakat, dan pengetahuannya untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada individu yang membutuhkan, hal ini disebut tahap *empathic response*.

Kondisi tersebut membuat individu merasakan penderitaan yang dialami oleh individu yang dirawat, kondisi ini disebut tahap *residual compassion stress* dimana dengan sisa tenaga yang ada membuat individu merasakan tuntutan dan tekanan untuk terus mengurangi penderitaan yang dirasakan individu yang dirawat dan ini merupakan akibat dari respon empatik terhadap pasien sehingga memberikan dampak ke sistem pertahanan tubuh dan kualitas hidup individu tersebut dan hal tersebut yang membuat individu mengalami tahap yang terakhir yaitu *compassion fatigue*.

Reynalda, dkk (2022) menyatakan bahwa dalam merawat individu yang sakit, beban yang dirasakan oleh keluarga bermacam-macam tergantung dari tingkat kekambuhan penyakit individu tersebut. Namun beban yang sudah pasti dialami yaitu stres fisik, dan psikologis. Sejalan dengan Setiyoko dan Nurchayati (2021) menyatakan bahwa *caregiver* yang merawat penderita penyakit stroke tidak mudah, dimana hal tersebut berkaitan dengan permasalahan-permasalahan yang dialami atau muncul pada saat perawatan

sedang berjalan, baik itu permasalahan objektif yaitu permasalahan yang muncul disebabkan oleh proses perawatan itu sendiri, maupun permasalahan subjektif yaitu reaksi psikologis terhadap pengalaman dalam proses merawat pasien stroke. Permasalahan objektif erat hubungannya dengan biaya perawatan, terhambatnya pemasukan, hubungan keluarga menjadi kurang baik, serta dampak negative bagi kesehatan *caregiver*. Permasalahan subjektif yaitu perasaan sedih, kecemasan, frustrasi, stres, malu, dan duka yang dialami oleh *caregiver*.

Peneliti melakukan wawancara sebagai data awal sebanyak dua kali yaitu pada tanggal 19 Mei dan 10 Juni 2025 pada *caregiver* yang merawat pasien stroke di RS X Makassar karena merupakan salah satu rumah sakit yang memiliki layanan fisioterapi untuk pasien stroke. Wawancara yang pertama dilakukan kepada tiga partisipan yang berstatus sebagai anak dengan rentang usia 21-29 tahun yang sedang merawat orang tua. Peneliti melakukan wawancara yang kedua kepada dua partisipan yang berstatus sebagai suami berusia 55 tahun dan istri berusia 50 tahun yang merawat pasangannya. Hasil yang diperoleh dari kedua wawancara menunjukkan bahwa individu-individu yang merawat pasien stroke besar kemungkinan mengalami *compassion fatigue* dan dapat dikaitkan dengan aspek-aspek *compassion fatigue*.

Aspek pertama yaitu *hopelessness*, dimana kelima partisipan menjawab bahwa pernah merasakan perasaan tidak akan mampu merawat pasien stroke untuk menjalani proses pengobatan dan pernah memiliki keinginan untuk menyerah. Partisipan berinisial D yang berstatus sebagai istri dan S yang

berstatus sebagai suami memiliki jawaban yang sama yaitu dikarenakan memiliki anak, tentu saja yang perlu diurus bukan hanya pasien stroke tetapi juga anak-anak sehingga fokus yang dimiliki terbagi dan hal itu membuat beban yang dirasakan juga bertambah. Pada ketiga partisipan yang memiliki status sebagai anak, satu dari tiga partisipan yaitu yang berinisial J mengungkapkan bahwa terpaksa tidak melanjutkan perkuliahan dikarenakan beban merawat yang harus dijalani, dan itu membuat partisipan merasa ingin menyerah. Dua partisipan lainnya mengungkapkan bahwa tekanan yang dirasakan memang membuat ingin menyerah walaupun yang diurus merupakan orang tuanya.

Aspek kedua yaitu *helplessness* yang menfokuskan kepada perasaan bersalah yang dimiliki oleh partisipan dikarenakan tidak dapat memahami apa yang dirasakan atau keluhan pasien yang dirawat serta perasaan ketidakberdayaan. Partisipan berinisial F yang berstatus sebagai anak mengungkapkan bahwa, perasaan bersalah yang dirasakannya dikarenakan tidak mampu mengontrol makanan pasien yang dirawat dan itu sebabnya pasien mengalami *releapse*. Sementara, partisipan lainnya mengungkapkan memiliki kemiripan yaitu dikarenakan pasien yang dirawat memiliki keterbatasan dalam mengekspresikan emosi juga keinginan maka sering terjadi kesalahpahaman berujung perasaan bersalah yang dirasakan oleh *caregiver* karena tidak bisa memahami perasaan pasien.

Aspek ketiga yaitu *apathy* yang berfokus pada tingkat kepedulian partisipan terhadap pasien, dan kewajiban yang partisipan miliki. Kelima partisipan

memiliki jawaban yang sama yaitu, pernah menunjukkan sikap tidak peduli terhadap pasien stroke dikarenakan perasaan lelah yang dialami oleh kelima partisipan. Perasaan lelah itu membuat kelima partisipan memilih untuk tidak memedulikan pasien stroke meskipun kelima partisipan dibutuhkan dalam proses perawatan. Partisipan berinisial J yang berstatus sebagai anak mengungkapkan pernah merasa merawat pasien stroke hanya karena kewajibannya sebagai anak namun sudah tidak memiliki perasaan peduli dan sayang, dikarenakan terlalu banyak menumpuk beban pengasuhan sendirian. Partisipan berinisial S yang berstatus sebagai suami mengungkapkan pernah merasa tidak peduli dan sudah tidak memiliki rasa sayang kepada pasien stroke yang dirawat dikarenakan perasaan kecewa yang dimilikinya karena pasien yang dirawat tidak kunjung sembuh, dan hal tersebut membuat partisipan merasa lelah dan terbebani.

Aspek keempat yaitu *emotional disengagement/isolation* yang berfokus pada pelepasan emosi dan penarikan diri partisipan terhadap kegiatan perawatan yang dilakukan. Kelima partisipan memiliki jawaban yang sama yaitu seluruh partisipan pernah ingin melarikan diri dari tanggung jawab pengasuhan, dan pernah dengan sengaja menyibukkan diri dengan aktivitas di luar aktivitas pengasuhan dikarenakan kelelahan fisik terutama emosional yang dirasakan. Partisipan berinisial A yang berstatus sebagai anak mengungkapkan dikarenakan partisipan telah menikah dan memiliki keluarga sendiri, hal itulah yang membuat partisipan merasa terbebani dan kerap kali kebingungan untuk membagi waktunya. Ketika perasaan bingung menguasainya, maka perasaan

ingin melarikan diri inilah yang dirasakan oleh partisipan A. Pada partisipan berinisial S yang berstatus sebagai suami mengungkapkan bahwa seringkali pekerjaan sebagai *driver* ojek *online* menjadi alasan untuk sejenak melarikan diri dari situasi perawatan yang harus dijalaninya. Sementara, partisipan lainnya memiliki kemiripan jawaban yaitu ingin melarikan diri dikarenakan tidak lagi mampu menanggung beban emosional yang terus-menerus partisipan rasakan.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa *family caregiver* yang merawat pasien stroke mengalami *compassion fatigue*. Beban yang dirasakan oleh *family caregiver* dikarenakan kegiatan perawatan yang harus dihadapi, membuat *caregiver* merasa ingin menyerah, merasa tidak peduli, dan terlebih merasa ingin melarikan diri dari tanggung jawab perawatan (Figley, 2002). *Compassion fatigue* memiliki dampak yang dapat dirasakan oleh individu khususnya yang berperan sebagai *family caregiver*:

Compassion fatigue memberikan pengaruh pada kesejahteraan psikologis individu yang merawat pasien serta kualitas hidup pasien itu sendiri. Beban yang ditanggung berpotensi menyebabkan *compassion fatigue* yang dapat mengurangi kemampuan *family caregiver* dalam memberikan perawatan yang optimal, dan meningkatkan resiko kelelahan emosional yang berkepanjangan (Prasetyantoro & Chayati 2023). Dampak lain dari *compassion fatigue* yaitu depresi, ketegangan pengasuhan, kualitas hubungan menurun, penghentian pengasuhan, penganiayaan dan penelantaran (Day, 2013). Penelitian mengenai *compassion fatigue* pada *family caregiver* menjadi suatu hal yang penting dikarenakan menjadi *family caregiver* yang merawat pasien bukanlah situasi

yang dapat dipilih, beban dan tekanan emosional yang dirasakan akibat kegiatan perawatan juga bukan sesuatu yang dapat diubah.

Compassion fatigue dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya yaitu *hardiness*. Kamila dan Sakti (2019) menyatakan *hardiness* merupakan sebuah konstruk kepribadian yang dapat menciptakan suatu kondisi yang tidak menguntungkan menjadi kondisi yang menguntungkan dimana individu yang memiliki kepribadian *hardiness* memiliki kontrol pribadi, komitmen serta siap menghadapi tantangan karena individu yang memiliki *hardiness* meyakini bahwa dirinya mampu mengatasi masalah, dapat bertahan, serta mampu memandang sebuah masalah sebagai sebuah tantangan dan kesempatan untuk berkembang. Sejalan dengan Susanto dan Soetjiningsih (2021) menyatakan bahwa *hardiness* merupakan sebuah karakteristik pribadi yaitu memiliki sifat tahan banting. Individu yang memiliki *hardiness* lebih rendah terkena faktor-faktor yang bersifat patologis dalam periode jangka panjang dan sebaliknya individu dengan *hardiness* yang tinggi mempunyai ketahanan terhadap tekanan.

Alfidha dan Arisandy (2023) menyatakan bahwa *hardiness* merupakan kemampuan untuk bertahan dengan sikap yang positif dan memperlihatkan kesanggupan untuk bangkit kembali dari keadaan menekan, dapat memecahkan masalah, dan belajar dari pengalaman yang didapat. *Hardiness* sering dikaitkan dengan *resiliensi*, namun kedua hal tersebut memiliki perbedaan. *Hardiness* merupakan karakter kepribadian yang membentuk cara pandang dan sikap individu dalam menghadapi stres, berfungsi sebagai pondasi yang membantu individu menjadi resilien, sedangkan *resiliensi* merupakan proses atau

kemampuan adaptasi yang memungkinkan individu untuk pulih dan berkembang setelah mengalami tekanan atau kesulitan. VanBreda (Arivianda, 2021) menyatakan perbedaan mendasar antara *hardiness* dan resiliensi terletak pada kedudukannya, *hardiness* dapat mendorong individu untuk menjadi resilien, dan *hardiness* mencakup pola pikir seseorang yang artinya penilaian kognitif individu yang bersifat positif akan disimpan kemudian diubah menjadi perspektif.

Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *hardiness* selain sebagai salah satu karakteristik pribadi namun juga dapat diartikan sebagai sikap positif untuk menyelesaikan sebuah masalah, dan memberikan pengaruh besar terhadap cara individu melihat atau memandang suatu masalah maupun tekanan yang ada di dalam kehidupannya.

Kobasa (1979) menyatakan *hardiness* memiliki tiga dimensi yaitu *control*, *commitmen*, *challenge*. Peneliti juga melakukan wawancara kepada lima partisipan terkait *hardiness* dan hasil wawancara menunjukkan partisipan berinisial J, A, dan F yang berstatus sebagai anak memiliki jawaban yang sama yaitu memilih untuk tetap mengurus orang tuanya meskipun beban perawatan yang dirasakan besar, hal tersebut merupakan tanggung jawab partisipan sebagai seorang anak. Partisipan berinisial D yang berstatus sebagai istri yang merawat suaminya mengungkapkan bahwa memilih untuk tetap merawat pasien dikarenakan telah ikhlas menerima keadaan dan melakukan hal tersebut demi anak-anak. Partisipan terakhir yang berinisial S yang berstatus sebagai suami yang merawat istrinya mengungkapkan bahwa memilih untuk tetap

merawat pasien dikarenakan hal tersebut merupakan janji pernikahan. Rahmat, dkk (2021) yang menyatakan *hardiness* dapat membantu individu untuk mengubah kondisi tertekan menjadi sebuah peluang untuk berkembang, dan membuat individu mampu menghadapi tekanan yang dirasakan.

Terdapat penelitian terdahulu yang juga membahas mengenai *hardiness* dengan *compassion fatigue*. Penelitian yang dilakukan oleh Zakeri, Dehghan, Rahiminezhad dan Bazmandeh (2021) kepada total 508 perawat di Rumah Sakit Iran. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan negative antara dua variabel yang artinya apabila *hardiness* tinggi maka *compassion fatigue* rendah. Penelitian terdahulu telah membahas mengenai hubungan antara dua variabel tersebut kepada perawat yang merupakan *caregiver* formal. A'yun dan Darmawanti (2022) menyatakan terdapat dua jenis *caregiver* yaitu formal dan informal. *Caregiver formal* merupakan individu yang menerima penghasilan dan bekerja di suatu instansi contohnya rumah sakit. *Caregiver informal* merupakan individu yang memberikan bantuan kepada orang lain yang memiliki keterdekatan pribadi contohnya keluarga. Penelitian yang membahas mengenai hubungan dua variabel kepada *family caregiver* masih minim ditemukan sehingga peneliti tertarik untuk meneliti hal tersebut.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan diatas, maka didapatkan rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara *hardiness* dengan *compassion fatigue* pada *family caregiver* pasien stroke di RS X Makassar.

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka disimpulkan tujuan dari penelitian ini adalah bertujuan untuk menganalisis hubungan antara *hardiness* dengan *compassion fatigue* pada *family caregiver* pasien stroke di RS X Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis

- a. Menambah literatur dan wawasan ilmiah mengenai hubungan antara *hardiness* dengan *compassion fatigue family caregiver*
- b. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan sumbangsi kepada ilmu pengetahuan secara teoritis khususnya pada bidang psikologi klinis.

2. Manfaat Praktis

- a. Meningkatkan pengetahuan keluarga yang merawat pasien stroke mengenai cara mengelola *compassion fatigue* dalam merawat pasien stroke dengan cara meningkatkan *hardiness*.
- b. Meningkatkan kesadaran anggota keluarga pasien stroke yang tidak merawat pasien stroke, tentang dampak dari *compassion fatigue* dan cara meningkatkan *hardiness* sehingga dapat mendukung keluarga lainnya yang merawat pasien stroke secara langsung.
- c. Memberikan pemahaman kepada perawat tentang dampak-dampak dari *compassion fatigue* sehingga perawat RS X dapat turut

mengedukasi *family caregiver* mengenai cara menumbuhkan *hardiness* agar mampu menghadapi tekanan dari proses perawatan yang dilakukan.