

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Usia harapan hidup dunia semakin meningkat. Berkembangnya pelayanan kesehatan menyebabkan masyarakat dapat hidup lebih panjang dan sehat. Sekretaris Jenderal Kesehatan Republik Indonesia, drg. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes (2016 dalam Sulaiman, 2016) menyatakan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah lansia terbanyak di dunia. Usia harapan hidup di Indonesia meningkat dari 68,6 tahun pada 2004 menjadi 70,8 tahun pada 2015. Pada tahun 2035 usia harapan hidup di Indonesia diperkirakan meningkat lagi menjadi 72,2 tahun. Sepanjang tahun 2005-2010, diperkirakan jumlah lansia sama dengan jumlah usia bawah lima tahun (balita) yaitu sekitar 8,5% dari jumlah seluruh penduduk atau sekitar 19 juta jiwa (Nugroho, 2006 dalam Widyastuti, Sahar, & Permatasari, 2011).

Penuaan merupakan sebuah proses alami yang dihadapi manusia. Kemampuan otak, waktu tidur, sistem imun, dan kondisi fisik manusia akan semakin menurun seiring dengan penambahan usia. Berat otak manusia menurun 5-10% dalam rentang usia 20-90 tahun. Penurunan volume otak ini diakibatkan oleh jumlah neuron yang berkurang, terputusnya koneksi antar sinapsis, serta sedikitnya produksi *neurotransmitter* seperti *acetylcholine*, *dopamine*, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA). Pengurangan volume otak ini akan berdampak pada fungsi kerja otak lansia terutama pada aspek koordinasi fisik dan intelektual (Sakatini, Tanida, & Katsuyama, 2010 dalam Santrock, 2012).

Lima puluh persen lansia melaporkan bahwa dirinya kesulitan untuk tidur. Berkurangnya waktu tidur dapat mempercepat kematian serta mengurangi fungsi kognitif lansia. Sedikitnya waktu tidur juga diasosiasikan dengan permasalahan kesehatan. Selain itu, kemampuan indra visual, auditori, olfaktori, taktil, serta *gustatory* lansia juga akan semakin menurun (Santrock, 2012). Penurunan kemampuan-kemampuan ini membuat lansia semakin rentan terhadap penyakit. Salah satu gangguan fungsi otak yang dapat diderita oleh lansia adalah demensia (Ritchie & Kildea, 1995).

Demensia merupakan suatu sindrom akibat penyakit atau gangguan otak yang biasanya bersifat kronik-progresif dan mengganggu fungsi kortikal (*multiple higher cortical function*) (Maslim, 2001). Seiring dengan pertambahan usia, neuron yang terletak di dalam otak setiap manusia dapat berhenti berfungsi dan pada akhirnya neuron-neuron tersebut akan mati. Jumlah neuron yang berhenti berfungsi dan mati pada lansia penderita demensia jauh lebih banyak bila dibandingkan dengan lansia yang tidak menderita demensia (National Institutes of Health, 2013). Gangguan yang ditimbulkan seperti gangguan daya ingat, daya pikir, orientasi, daya tangkap (*comprehension*), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan kemampuan menilai (*judgement*) (Maslim, 2001). Demensia umumnya disertai dan ada kalanya diawali dengan kemerosotan dalam pengendalian emosi, perubahan kepribadian, delusi, serta halusinasi.

Alzheimer's Disease International (ADI) pada tahun 2005 melakukan penelitian *meta-analysis* mengenai prevalensi demensia yang tersedia di 14 negara. Sekitar 24,3 juta lansia di atas 60 tahun menderita demensia dan 60%

diantaranya tinggal di negara berkembang (*low-middle income countries*) (World Health Organizations, 2012). Prevalensi penderita demensia pada tahun 2010 diperkirakan sebanyak 35,6 juta orang. Angka ini akan bertambah dua kali lipat dalam rentang 20 tahun dan diperkirakan pada tahun 2050 penderita demensia akan bertambah menjadi 115,4 juta orang. Jumlah ini bertambah sebanyak 7,7 juta kasus setiap tahunnya. Hal ini ekuivalen dengan 4 kasus baru yang ditemukan setiap detik (Prince, dkk., 2013).

Indonesia sendiri belum memiliki angka yang pasti mengenai jumlah penderita demensia. Estimasi jumlah penderita penyakit Alzheimer di Indonesia pada tahun 2013 mencapai satu juta orang. Jumlah itu diperkirakan akan meningkat drastis menjadi dua kali lipat pada tahun 2030, dan menjadi empat juta orang pada tahun 2050 (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI, 2016). Berdasarkan data yang disediakan di Deklarasi Kyoto, tingkat prevalensi dan insidensi demensia di Indonesia menempati urutan keempat setelah Cina, India, dan Jepang (Access Economics, 2006).

Hasil survei yang dilakukan oleh SurveyMETER pada tahun 2016 menjelaskan bahwa prevalensi demensia lansia umur 60 tahun atau lebih di Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai angka 20,1%. Satu dari sepuluh lansia di Yogyakarta mengalami demensia pada umur 60 tahun. Memasuki usia 70 tahun, 2 dari 10 lansia mengalami demensia. Ketika memasuki usia 80 tahun, terdapat 4-5 dari 10 lansia mengalami demensia. Memasuki usia 90 tahun, terdapat 7 dari 10 lansia mengalami demensia. Hasil survey juga menunjukkan bahwa perempuan memiliki angka prevalensi demensia yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan

laki-laki. Selain itu, lansia yang tinggal di perkotaan memiliki prevalensi demensia yang lebih rendah bila dibanding lansia yang tinggal di pedesaan. Tetapi, pengetahuan masyarakat Indonesia saat ini mengenai demensia masih tergolong rendah (SurveyMETER, 2016).

Demensia merupakan penyakit kronik-progresif yang terdiri dari tiga tahap (Maslim, 2001). Tahap awal demensia (*early dementia*) disertai dengan gangguan memori dimana lansia menjadi mudah lupa, kesulitan berkomunikasi (penggunaan diksi yang kurang tepat), tersesat di tempat yang familier, tidak dapat mengingat hari serta tanggal, kesulitan mengambil keputusan, dan semakin tidak aktif. Tahap tengah (*mid-dementia*) disertai dengan gangguan dimana lansia menjadi sangat pelupa (mengenai kejadian yang baru saja terjadi dan nama-nama orang), tersesat di dalam rumah, kesulitan berkomunikasi (pelafalan dan pemahaman kalimat), membutuhkan bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, mengulang pertanyaan, mengalami gangguan tidur, halusinasi, dan agresif. Tahap akhir dari demensia (*late dementia*) disertai dengan kondisi dimana lansia tidak dapat melakukan segala aktivitas sendiri. Lansia tidak menyadari tempat dan waktu, kesulitan memahami kondisi sekitarnya, tidak dapat mengenal keluarga dan teman, kesulitan untuk menelan makanan, tidak dapat berjalan, dan melakukan tindakan agresi yang lebih parah (fisik dan verbal). Lansia memerlukan bantuan secara total pada tahap akhir ini (World Health Organizations, 2012).

Lansia penderita demensia membutuhkan perawatan yang khusus. Perawatan yang diberikan meliputi aktivitas sehari-hari seperti mandi, memakai

baju, makan, pergi ke toilet, konsumsi obat, dan sebagainya. Individu yang merawat pasien dalam aspek biologis, fisik, dan psikologis disebut sebagai *caregiver*. *Caregiver* dapat dibedakan menjadi *formal caregiver* dan *informal caregiver* (International Federation on Ageing, 2014). *Formal Caregiver* merupakan individu yang bekerja secara profesional dan mendapatkan gaji (Sullivan & Miller, 2015). *Formal caregiver* merujuk pada jasa layanan kesehatan yang disediakan oleh sebuah institusi untuk individu yang membutuhkan. *Informal caregiver* adalah layanan kesehatan yang dilakukan secara sukarela oleh anggota keluarga, teman, atau tetangga. Anggota keluarga yang merawat disebut sebagai *family caregiver*. *Family caregiver* diharapkan dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi lansia agar perawatan yang diterimanya optimal. Selain itu, *family caregiver* memerlukan persiapan khusus dalam aspek fisik dan mental untuk merawat lansia penderita demensia yang membutuhkan perawatan hampir 24 jam setiap harinya (Schulz, dkk., 1995).

Keputusan anggota keluarga yang mengambil peran sebagai *family caregiver* di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah nilai dan budaya. Budaya timur yang dipengaruhi oleh aliran konfusianisme menekankan agar anggota keluarga dapat menghormati dan merawat orang tua (B. S. K. Kim, Atkinson, & Yang, 1999 dalam Knight & Sayegh, 2009). Anggota keluarga diharapkan dapat mengedepankan kepentingan keluarga sebelum kepentingan pribadi. Selain itu, anggota keluarga diharapkan dapat mengorbankan tenaga, finansial, dan keperluan sosial untuk orang tua yang membutuhkan perawatan (Miyawaki, 2015).

Budaya timur yang menitikberatkan pada nilai kolektivisme memiliki pandangan yang sangat bertentangan dengan budaya barat yang menitikberatkan pada nilai individualisme. *Family caregiver* dengan nilai budaya timur yang tinggi diprediksi memiliki faktor protektif dari beban perawatan. Tetapi, penelitian-penelitian menunjukkan bahwa sistem nilai dan budaya ini tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap penilaian *family caregiver* terhadap beban perawatan yang dialaminya (Kim, dkk., 2004; Chun, 2004 dalam Knight & Sayegh, 2009).

Perbedaan beban perawatan antara *formal caregivers* dengan *family caregivers* ditunjukkan melalui penelitian yang dilakukan oleh Diniz, dkk. (2018) di São Carlos, Brazil. Sampel penelitian merupakan 15 *formal caregivers* serta 35 *family caregivers*. Data yang diambil dari sampel *formal caregivers* menunjukkan bahwa 86,7% merupakan perempuan dengan rata-rata umur 36,7 tahun, rata-rata pendidikan 13,7 tahun, dan rata-rata waktu merawat 7,5 jam/hari. Data yang diambil dari sampel *family caregivers* menunjukkan bahwa 85,7% merupakan perempuan dengan rata-rata umur 55,2 tahun, rata-rata pendidikan 7,1 tahun, rata-rata waktu merawat 19,8 jam/hari, dan 42,9% merupakan anak dari pasien yang dirawat.

Data menunjukkan bahwa 26,7% *formal caregivers* didiagnosis memiliki *emotional distress* dan 40% *formal caregivers* memiliki beban perawatan yang terkategori “*little overloaded*”. 45,7% *family caregivers* didiagnosis memiliki *emotional distress* dan 48,6% *family caregivers* memiliki beban perawatan yang terkategori “*mild overloaded*”. Penelitian ini menunjukkan bahwa *family caregivers* memiliki *emotional distress*, perasaan sedih, serta waktu kerja yang

lebih tinggi bila dibandingkan dengan *formal caregivers*. Beban perawatan yang lebih tinggi ini disebabkan karena *family caregivers* memiliki relasi yang erat dengan pasien yang dirawat (Diniz, dkk., 2018).

*Family caregiver* lansia penderita demensia memiliki beban perawatan yang lebih berat bila dibandingkan dengan *family caregiver* yang merawat penyakit terminal lainnya (Ory, dkk., 2000). Schulz (2000) menyatakan bahwa simtom depresi dan kecemasan *family caregiver* demensia meningkat secara konsisten. Cochrane, dkk. (1997) menyatakan bahwa *family caregivers* memiliki permasalahan fisik. Permasalahan fisik yang terjadi adalah pernapasan (Fuller-Jonap & Haley, 1995), punggung, serta diabetes (Jutras & Lovoie, 1995), aktivitas fisik, waktu tidur, dan waktu istirahat yang lebih sedikit (Ory, dkk., 2000). Selain itu beban perawatan mengakibatkan *family caregiver* memiliki ketergantungan dengan obat anti-depresan (Dunkin & Anderson-Hanley, 1998). Nerenberg (2002 dalam Pierce & Lutz, 2013) melaporkan bahwa pasien demensia yang bersifat manipulatif, tidak menghargai, dan tidak logis menyebabkan beban yang lebih berat bagi *family caregiver*.

Haley dan Pado (1989 dalam Pruchno & Resch, 1989) menjelaskan hubungan antara perilaku pasien demensia dengan tingkat stres yang dimiliki oleh *family caregiver*. Perilaku dimana pasien demensia sering menanyakan pertanyaan yang sama berulang-ulang kali, menghilangkan barang, tidak menyelesaikan tugas, membangunkan *caregiver* pada malam hari, perilaku cemas pasien, melakukan tindakan-tindakan berbahaya, tidak dapat mengendalikan

emosi, kekerasan verbal, dan halusinasi menghasilkan stresor yang sangat tinggi bagi *family caregiver*.

Widyastuti, Sahar, dan Permatasari (2011) menjelaskan pengalaman *family caregiver* yang merawat lansia dengan demensia. *Family caregiver* merasa malu karena lansia kencing di sembarang tempat, marah karena menghilangkan benda, ketergantungan obat tidur, dan mengidap penyakit darah tinggi dan kolesterol. Akumulasi dari beban perawatan yang sangat berat ini dapat menimbulkan pengalaman traumatis bagi *family caregiver*.

Tedeschi dan Calhoun (2004) menggunakan terminologi *trauma*, *crisis*, dan *highly stressful events* secara bergantian karena *trauma*, *crisis*, dan *highly stressful events* memiliki arti yang serupa. Janoff-Bulman (1992 dalam Tedeschi & Calhoun, 2004) mendefinisikan trauma sebagai serangkaian keadaan yang merepresentasikan tantangan secara signifikan terhadap adaptabilitas individu.

Pengalaman traumatis yang dialami setiap *family caregivers* selama proses perawatan memiliki respon yang berbeda-beda. Ulstein, dkk. (2008) menemukan bahwa *family caregivers* yang merawat lansia penderita demensia secara langsung memiliki nilai *intrusion* (pemikiran negatif) dan *avoidance* (rasa tidak percaya akan keadaan) yang lebih tinggi sebagai hasil respon pengalaman traumatis selama proses merawat. Morandi, dkk. (2015) menemukan *family caregivers* yang merawat pasien delirium komorbid dengan demensia memiliki simtom *distress*, *post-traumatic stress disorder*, dan *generalized anxiety disorder*. Wharton dan Ford (2014) menemukan bahwa perilaku agresi lansia penderita



demensia merupakan salah satu sumber pengalaman traumatis bagi *family caregiver*.

Proses merawat tidak hanya memberikan dampak negatif terhadap *family caregivers*. Terdapat kasus-kasus istimewa yang menunjukkan bahwa proses merawat memberikan dampak yang positif. Kinney dan Stephens (1989, dalam Kramer 1997) menemukan suami yang merawat istri dengan demensia melaporkan bahwa proses merawat merupakan sebuah kebanggaan, kesenangan, kepuasan, dan kesempatan untuk mendekati diri dengan istri. Gordon dan Perrone (2004, dalam Pierce & Lutz, 2013) juga menemukan bahwa merawat pasangan dapat memperkuat hubungan yang dimiliki. Farran (1997) menemukan beberapa *family caregiver* yang menjelaskan bahwa proses merawat anggota keluarga penderita demensia mendatangkan kedamaian.

Gold, dkk. (1995) juga menjelaskan bahwa proses perawatan yang dilakukan oleh *family caregiver* berdampak positif ketika *family caregiver* memiliki dukungan sosial yang luas. Fauth, dkk. (2012) menemukan bahwa kedekatan emosional antara *family caregiver* dengan pasien dapat menentukan hasil dari proses merawat. *Family caregiver* yang menunjukkan kedekatan emosional tinggi memiliki beban perawatan yang rendah, peningkatan kemampuan menyelesaikan masalah, dan rendahnya tingkat depresi. Penemuan-penemuan ini mengindikasikan bahwa proses merawat dapat membawa perubahan positif dalam diri *caregiver*. Perubahan positif ini disebut *posttraumatic growth*.

Tedeschi dan Calhoun (2004) mendefinisikan *posttraumatic growth* sebagai perubahan positif pada kondisi psikologis individu pasca peristiwa

traumatis. Trauma tersebut digambarkan sebagai “gempa psikologis” yang mengguncang fondasi skema-skema individu mengenai dunia. Individu perlu membangun ulang fondasi skema-skema tersebut agar dapat mengatasi “gempa psikologis” di kemudian hari.

Proses kognitif yang muncul dari trauma adalah ruminasi otomatis, yaitu pikiran-pikiran yang mengganggu mengenai peristiwa traumatis. Setelah ruminasi mulai tertata, manusia lebih memahami dan dapat menerima peristiwa traumatis yang sedang terjadi di kehidupannya. Kemudian timbul kemampuan individu untuk mengelola dan melakukan *coping* terhadap peristiwa traumatis yang dialami. Selanjutnya, proses kognitif tahap terakhir adalah ketika individu dapat mengatasi peristiwa traumatisnya serta memahami dan memberi makna terhadap peristiwa traumatis tersebut (Martin & Tesser, 1996 dalam Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tedeschi dan Calhoun (2004) menjelaskan bahwa *posttraumatic growth* membutuhkan suatu pembentukan set skema yang baru sebagai hasil dari proses ruminasi. Hal ini menyebabkan *posttraumatic growth* sulit dialami oleh anak-anak dan remaja yang belum memiliki kognisi yang matang. Selain itu *posttraumatic growth* lebih mudah dialami oleh dewasa awal dibandingkan dengan lansia. Hal ini disebabkan karena orang yang lebih muda umumnya lebih mudah terbuka terhadap suatu proses pembelajaran baru dan berubah menjadi lebih baik. Orang yang lebih tua pada umumnya lebih bersifat kaku terhadap pembelajaran yang baru akibat akumulasi pengalaman mereka.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dijabarkan di atas, peneliti tertarik untuk mengkaji *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia.

## 1.2 Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan sebelumnya, maka fokus penelitian ini adalah *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia. Pertanyaan utama dari penelitian ini adalah “Bagaimana *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia?”

Selain itu, peneliti juga merumuskan beberapa sub pertanyaan untuk memperjelas pertanyaan penelitian, yaitu:

1. Bagaimana tahapan *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia?
2. Bagaimana gambaran *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia?

## 1.3 Signifikansi dan Keunikan Penelitian

Peneliti hanya menemukan satu penelitian yang mengkaji *posttraumatic growth* pada *caregivers*. Hallam (2012) melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *posttraumatic growth* pada *family caregiver* yang merawat pasangan penderita stroke. Penelitian ini melibatkan 71 *family caregivers* untuk mengisi kuesioner yang mengukur *posttraumatic growth*, *coping style*, *social support*, *level of functioning*, dan *quality of life*. Penelitian ini menunjukkan 70 *family caregivers* mengalami pertumbuhan di salah satu area

pengalaman mereka. Selain itu *posttraumatic growth* memiliki korelasi positif dengan *ruminatio coping*, *social support*, *avoidance coping*, dan *quality of life*.

Sampai saat ini penelitian-penelitian mengenai *caregivers* masih berorientasi pada pengukuran dampak negatif dari proses merawat. Dampak positif dari proses merawat masih belum banyak dipahami dan dicermati (Dunkin & Anderson-Hanley, 1998; Pierce & Lutz, 2013). Hal ini menyebabkan sedikitnya pemahaman mengenai “bagaimana” dan “mengapa” seorang *family caregiver* rela merawat pasien dalam kondisi-kondisi yang menyulitkan (Pierce & Lutz, 2013). Oleh karena itu, penelitian ini memiliki kepentingan dan keunikan dimana belum pernah dilakukan penelitian *posttraumatic growth* pada *family caregiver* yang merawat lansia dengan demensia.

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

Sesuai dengan fokus permasalahan yang telah dijabarkan sebelumnya, maka tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia.

#### **1.5 Manfaat Penelitian**

##### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

1. Memperluas wawasan mengenai *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia.
2. Menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya terutama yang terkait dengan *posttraumatic growth* pada *family caregiver* lansia penderita demensia.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

1. Memberikan informasi dan motivasi terhadap setiap *family caregiver* agar dapat mencapai *posttraumatic growth*.
2. Memberikan informasi pada masyarakat agar dapat memahami dan memberikan dukungan kepada *family caregiver* yang merawat lansia dengan demensia.
3. Informasi dari penelitian ini dapat dijadikan sumber landasan intervensi yang tepat terhadap *family caregiver* lansia penderita demensia.
4. Informasi dari penelitian ini dapat dijadikan *policy brief* terhadap *family caregiver* terutama *family caregiver* lansia penderita demensia.