

**SKRIPSI**

**GAMBARAN TINGKAT STRES, ANSIETAS, DAN DEPRESI PADA *CAREGIVER*  
LANZIA DENGAN PENYAKIT STROKE DI KOTA MAKASSAR DIMASA  
PANDEMI COVID -19**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar  
Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



**OLEH :**

**INDAH APRILIA**

**C12116025**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**GAMBARAN TINGKAT STRES, ANSIETAS DAN DEPRESI PADA CAREGIVER  
LANSIA DENGAN PENYAKIT STROKE DI KOTA MAKASSAR DIMASA  
PANDEMI COVID-19**

Oleh:

**INDAH APRILIA**

**C121 16 025**

*Disetujui untuk diajukan dihadapan tim penguji akhir skripsi  
Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D  
NIP. 19830310 2008 122 002

  
Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 19840924 2010 122 003

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Syam S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002

## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada :

**Hari/Tanggal** : Jum'at/ 09 September 2022

**Pukul** : 13.00 – 14.00 Wita

**Tempat** : Via Zoom Online

Disusun Oleh:

**INDAH APRILIA**

**C121 16 025**

Dan yang bersangkutan dinyatakan :

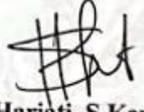
**LULUS**

Dosen Pembimbing

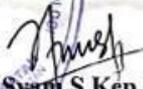
Pembimbing I

Pembimbing II

  
Andi Masvitha Irvan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D  
NIP. 19830310 2008 122 002

  
Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 19840924 2010 122 003

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Syam S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini,

Nama : Indah Aprilia

Nomor mahasiswa : C121 16 025

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya buat ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut. Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 01 Agustus 2022

Yang membuat pernyataan,

 Indah Aprilia

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Allah yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis bisa menyelesaikan skripsi penulisan yang berjudul **GAMBARAN TINGKAT STRES, ANSIETAS, DAN DEPRESI PADA CAREGIVER LANSIA DENGAN PENYAKIT STROKE DI KOTA MAKASSAR DIMASA PANDEMI COVID-19**. Tentunya dibalik pembuatan skripsi ini tidak lepas dari sosok-sosok hebat yang telah membantu. Kepada semua pihak yang telah membantu kami dalam menyelesaikan skripsi penulis sampaikan penghargaan dan terima kasih terutama kepada :

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D dan Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing, serta tak lupa pula Tuti Seniwati, S.Kep., Ns., M. Kes., selaku pembimbing terdahulu penulis yang telah sabar dalam membimbing penulis hingga dapat menyelesaikan penelitian ini.
3. Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN dan Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN selaku dosen penguji, serta Andriani , S.Kep., Ns., M. Kes selaku penguji terdahulu yang telah bersama-sama menyempurnakan skripsi ini hingga layak dilanjutkan ketahap berikutnya.
4. Semua dosen dan staff Fakultas Keperawatan yang telah membantu lancarnya penyusunan skripsi
5. Orang tua dan keluarga yang senantiasa mendukung dan mendoakan segala sesuatu yang penulis lakukan, terutamanya kepada Ayah, Ibu, Adik dan Tante. Terimakasih untuk tidak lelah mendukung dan mendoakan .

6. Keluarga besar Wahida Amin, S.Kep., Ners yang telah menyediakan fasilitas dan tempat selama penyusunan skripsi ini berlangsung, terimakasih untuk selalu memberikan arahan bagaimana skripsi ini untuk bisa menjadi baik.
7. Kepada teman-teman saya di GCWB, D.U, Shahnaz dan Nisa yang selalu memotivasi, merangkul dan turut membantu dalam pembuatan skripsi ini
8. Sahabat saya Ramlah Saleh, S.Pd yang selalu menjadi *mood booster* ditengah peliknya keadaan.
9. Pihak-pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-satu namanya. Terimakasih telah membantu dan mendukung pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam pembuatan skripsi ini, karenanya penulis mengharapkan kritik maupun saran yang membangun dari berbagai pihak. Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan berkat dan bimbingannya kepada kita semua.

Makassar, 31 Juli 2022

Penulis,

Indah Aprilia

## ABSTRAK

Indah Aprilia : C12116025. **GAMBARAN TINGKAT STRES, ANSIETAS DAN DEPRESI PADA CAREGIVER LANSIA DENGAN PENYAKIT STROKE DI KOTA MAKASSAR DIMASA PANDEMI COVID -19**, dibimbing oleh Andi Masyitha Irwan dan Suni Hariati.

**Latar Belakang:** Stroke merupakan sumber stres yang besar untuk caregiver maupun pasien. Proses *caregiving* dikaitkan peningkatan level depresi dan kecemasan, penurunan imunitas, bahkan peningkatan mortalitas Di Indonesia sendiri, prevalensi tingkat stres, ansietas dan depresi pada caregiver stroke masing-masing mencapai angka 49,18% , 100% dan 47,0%.

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan ntuk mengetahui tingkat stres, ansietas, dan depresi yang dialami oleh *caregiver* lansia yang mengalami stroke selama masa pandemi Covid-19.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian survey deskriptif. Sampel sebanyak 119 orang. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuisioner DASS-21

**Hasil:** Dari total 119 responden, diketahui bahwa *caregiver* paling banyak tidak mengalami stres, ansietas dan depresi maing-masing sebanyak 86,6%, 78,2%, dan 88,2%.

**Kesimpulan dan Saran:** Tingkat stres, ansietas, dan depresi caregiver lansia stroke di Kota Makassar di masa pandemi masih terbilang rendah. Diharapkan untuk institusi untuk menambah sediaan literatur tentang caregiver, untuk perawat diharapkan untuk mempertimbangkan kesehatan mental para *caregiver* sekaligus penderita stroke demi mencegah peningkatan angka stres, ansietas dan depresi pada *caregiver* lansia stroke, dan untuk peneliti selanjutnya diharapkan untuk meneliti terkait hubungan stres, ansietas, dan depresi dengan karakteristik lansia stroke.

Kata Kunci : Stres, Ansietas, Depresi, *Caregiver*, Lansia, Stroke, Pandemi, Covid-19

**Kepustakaan : 98 kepustakaan**

## ABSTRACT

Indah Aprilia : C12116025. **DESCRIPTION OF STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSION LEVEL IN CAREGIVERS OF OLDER PEOPLE WITH STROKE IN MAKASSAR CITY DURING THE COVID -19 PANDEMIC**, guided by Andi Masyitha Irwan and Suni Hariati.

**Background:** Stroke is a major source of stress for caregivers and patients. The caregiving process is associated with increased levels of depression and anxiety, decreased immunity, and even increased mortality. In Indonesia itself, the prevalence of stress, anxiety and depression in stroke caregivers reached 49.18%, 100% and 47%, respectively.

**Objective:** This study aim to determine the level of stress, anxiety, and depression experienced by caregivers of older people with stroke during the Covid-19 pandemic

**Methods:** This study is quantitative research with a descriptive survey research design. The sample is 119 people. Data was collected by interview using the DASS-21 questionnaire

**Results:** From a total of 119 respondents, caregivers mostly did not experience stress, anxiety and depression, respectively 86.6%, 78.2%, and 88.2%.

**Conclusions and Suggestions:** The level of stress, anxiety, and depression in caregivers of older people with stroke in Makassar City during the pandemic is still relatively low. It is hoped for institutions to add literatures about caregivers, nurses are expected to consider the mental health of caregivers as well as stroke survivors in order to prevent an increase in stress, anxiety, and depression rates in caregivers of older people with stroke, and for further researchers it is expected to examine the relationship between stress, anxiety, and depression with the characteristics of older people with stroke.

**Keywords:** Stress, Anxiety, Depression, Caregiver, Older People, Stroke, Pandemic, Covid-19

**Literature :** 98 literatures

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang Masalah</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	5
<b>C. Tujuan Penelitian</b> .....	6
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
<b>A. Tinjauan pustaka tentang stroke</b> .....	8
1. Definisi .....	8
2. Tipe stroke.....	9
3. Etiologi dan faktor risiko.....	9
4. Gejala dan tanda .....	11
<b>B. Tinjauan pustaka tentang stroke pada lansia</b> .....	12
1. Prevalensi stroke pada lansia.....	12
2. Dampak stroke pada lansia .....	13
<b>C. Tinjauan pustaka tentang stres</b> .....	15
1. Definisi .....	15
2. Penyebab Stres.....	15
3. Fase waktu stres.....	16
4. Faktor yang mempengaruhi coping .....	16
<b>D. Tinjauan pustaka tentang Ansietas</b> .....	18
1. Definisi .....	18
2. Penyebab Kecemasan .....	18
3. Gejala Kecemasan .....	19
4. Tingkat Kecemasan .....	19

<b>E. Tinjauan pustaka tentang depresi .....</b>	<b>20</b>
1. Definisi .....	20
2. Faktor resiko depresi .....	21
3. Gejala depresi .....	23
4. Jenis-jenis depresi.....	24
<b>F. Tinjauan pustaka tentang stres, ansietas, dan depresi caregiver .....</b>	<b>25</b>
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>30</b>
<b>A. Kerangka Konsep.....</b>	<b>30</b>
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
<b>A. Rancangan Penelitian .....</b>	<b>31</b>
<b>B. Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>31</b>
<b>C. Populasi dan Sampel.....</b>	<b>31</b>
1. Populasi.....	31
2. Sampel.....	32
<b>D. Kriteria Inklusi dan Kriteria Ekskusi.....</b>	<b>34</b>
<b>E. Alur Penelitian .....</b>	<b>35</b>
<b>F. Variabel Penelitian.....</b>	<b>36</b>
<b>G. Instrumen Penelitian dan Proses Pengumpulan Data .....</b>	<b>38</b>
<b>H. Pengolahan dan Analisa Data .....</b>	<b>41</b>
<b>I. Masalah Etika.....</b>	<b>42</b>
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
<b>A. Hasil penelitian.....</b>	<b>44</b>
<b>B. Pembahasan.....</b>	<b>55</b>
<b>C. Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>67</b>
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>68</b>
<b>A. Kesimpulan.....</b>	<b>68</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>68</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>70</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>81</b>

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 3.1</b> Kerangka konsep .....	30
<b>Bagan 4.1</b> Alur penelitian .....	35

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 4.1</b> Jumlah Responden .....	33
<b>Tabel 4.2</b> Interpretasi Kuisisioner DASS-21 .....	38
<b>Tabel 5.1</b> Karakteristik Demografi Responden .....	44
<b>Tabel 5.2</b> Tingkat Stres Responden.....	45
<b>Tabel 5.3</b> Tingkat Ansietas .....	46
<b>Tabel 5.4</b> Tingkat Depresi .....	46
<b>Tabel 5.5</b> Katergori Stres Responden berdasarkan DASS-21 .....	47
<b>Tabel 5.6</b> Kategori Ansietas Responden berdasarkan DASS-21 .....	48
<b>Tabel 5.7</b> Kategori Depresi Responden berdasarkan DASS-21 .....	49
<b>Tabel 5.8</b> Distribusi Tingkat Stres Responden.....	50
<b>Tabel 5.9</b> Distribusi Tingkat Ansietas Responden .....	52
<b>Tabel 5.10</b> Distribusi Tingkat Depresi Responden .....	54

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b> Permohonan Menjadi Responden .....	78
<b>Lampiran 2</b> Lembar Persetujuan Responden.....	79
<b>Lampiran 3</b> Kuisisioner Demografi .....	830
<b>Lampiran 4</b> Kuisisioner <i>Depression Anxiety Stress Scale -21</i> .....	841
<b>Lampiran 5</b> Surat-Surat .....	863
<b>Lampiran 6</b> Master Tabel .....	974
<b>Lampiran 7</b> Hasil Analisis Data SPSS .....	1074

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Pandemi Covid-19 merupakan permasalahan kompleks yang sedang terjadi saat ini. Hal ini disebabkan oleh menyebarnya virus *Severe Acute Respiratory Syndrome-Associated Coronavirus 19* (SAR-CoV-19) yang kemudian dikenal dengan Covid-19. Virus ini termasuk dalam *sub family: Orthocrona virinae, family: Coronaviridae*, dan *ordo: Nidovirales* yang dapat menyebabkan penyakit pernafasan pada manusia, baik yang ringan hingga mematikan (Yunus & Rezki, 2020). Virus ini menyebar melalui droplet atau percikan liur dari penderita yang masuk melalui kontak langsung dengan droplet (Yunus & Rezki, 2020).

Prevelensi kejadian covid-19 di dunia saat ini terbilang masih cukup tinggi. Hal ini sesuai dengan data yang diungkap oleh *World Health Organization* (WHO) bahwa hingga bulan Oktober 2021, setidaknya ada 245.373.039 jiwa yang terkonfirmasi terjangkit dengan virus covid-19 dan 4.979.421 diantaranya berujung pada kematian (WHO, 2021). Tingginya prevelensi tersebut juga tidak terlepas dari tingginya kejadian yang terjadi di Indonesia. Menurut data yang diungkap oleh Dinas Kesehatan bahwa angka kasus kejadian Covid-19 yang terhitung hingga bulan Oktober 2021 mencapai 40.244.358 kasus, dimana 12.318 diantaranya dalam masa perawatan, 40.088.635 dinyatakan sembuh dan 143.405 diantaranya meninggal (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2021). Di Kota Makassar sendiri, tercatat ada 48.967 kasus yang terkonfirmasi, dimana 47.950 dinyatakan sembuh, 1.014 lainnya meninggal dunia, dan 3 orang yang sedang dalam perawatan (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2021).

Peningkatan kasus dari hari ke hari membuat aktivitas masyarakat dibatasi oleh pemerintah Indonesia sebagai upaya penanggulangan penyebaran dari virus Covid-19.

Proses pembatasan ini kemudian dikenal dengan sebutan *social distancing*. Pembatasan ini juga mencakup penerapan sekolah dan kuliah online, bekerja dari rumah (*Work From Home*), juga pembatasan interaksi baik dari skala kecil maupun skala besar, hingga penutupan akses di beberapa area yang kemudian dikenal dengan istilah *Lock down* (Yunus & Rezki, 2020).

Proses pembatasan ini diharapkan mampu memberikan dampak positif dengan menekan penyebaran virus Covid-19. Hal ini dikarenakan, interaksi antar individu dinilai mampu meningkatkan risiko untuk terpapar Covid-19 (Yunus & Rezki, 2020). Selain memberikan dampak positif tersebut, proses pembatasan ini ternyata juga mampu memberikan dampak negatif pada bidang sosial, ekonomi, budaya hingga kesehatan dari masyarakat (Putra & Kasmiarno, 2020). Dalam sektor kesehatan, pemberlakuan *lock down* ternyata memberikan dampak negatif pada akses kesehatan masyarakat. Contohnya pada kasus dimensia, dimana pasien dengan penyakit ini memerlukan perawatan yang berkelanjutan serta terapi yang kompleks. Dengan diberlakukannya *lockdown*, mereka akhirnya terkendala dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya (Mazzi et al., 2020).

Stroke merupakan gejala klinis dengan defisit neurologis serebral fokal atau global yang cepat berkembang dan dapat menyebabkan kematian (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2017). Penyakit ini termasuk kedalam jajaran penyakit serebro-vaskular yang menjadi penyakit paling sering ditemukan pada kelainan neurologikal. Penyakit serebro-vaskular didefinisikan sebagai penyakit yang terjadi akibat terhambatnya aliran darah menuju otak (Touhy & Jett, 2014).

Angka kejadian stroke mengalami peningkatan yang signifikan beberapa tahun belakangan. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan angka kejadian yang meningkat dari tahun 2013 yang hanya 7,0%, kemudian meningkat menjadi 10,9% di tahun 2018 (Kemenkes

RI, 2013a). Penderita terbanyak merupakan lansia yang berusia diatas 75 tahun, dengan presentase kejadian sebanyak 50,2%, diikuti oleh golongan umur 65-74 tahun sebanyak 45,3% dan usia 55-64 tahun sebanyak 32,4% pada tahun 2018 silam (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Stroke berada pada urutan kedua penyebab kematian dan urutan ketiga penyebab kecatatan secara global (WHO, 2012a). Sedangkan di Indonesia, stroke menjadi penyebab kematian nomor satu di tahun 2011 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013b). Stroke dapat mengakibatkan perubahan kemampuan aktivitas bagi penderitanya. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh penyakit ini antara lain seperti lumpuh total maupun parsial serta hilangnya fungsi dari indera tubuh (Arifianto, Sarosa, & Setyawati, 2014). Kerusakan fungsional inilah yang mengakibatkan penderita stroke tak lagi mampu produktif dan membutuhkan bantuan orang lain untuk membantu memenuhi kebutuhan hidupnya (Karunia, 2016).

*Caregiving* merupakan sebuah tindakan yang bertujuan untuk membantu orang-orang yang tidak lagi bisa untuk mengurus dirinya sendiri. Istilah *caregiver* diberikan pada orang-orang yang melakukan *caregiving*. *Caregiver* dianggap sebagai “*hidden patient*” dikarenakan dalam proses *caregiving* dikaitkan peningkatan level depresi dan kecemasan, penurunan imunitas, bahkan peningkatan mortalitas (Touhy & Jett, 2014). Menurut Berg yang dikutip dalam (Efi, et al., 2017) mengemukakan bahwa *caregiver* lebih berisiko mengalami tekanan psikologis dan masalah kesehatan lainnya. *Caregiver* stroke mengalami depresi lebih dulu dan lebih tinggi dibandingkan pasien stroke pada fase akut serangan stroke. Faktor yang paling mempengaruhi adalah seberapa parah stroke yang dialami dan seberapa tua usia pasien. Sebagian besar *caregiver* merasa bahwa kualitas hidupnya buruk (Berg, Palomaki, & Lehtihalmes, 2004). *Caregiver* yang memiliki kesehatan mental yang buruk juga akan mengurangi kualitas hidupnya yang mana turut

berpengaruh pada hidup pasien stroke (Carmanny & Bakas, 2013) dan (Khalid & Kausar, 2012). Stroke merupakan sumber stres yang besar untuk caregiver maupun pasien (Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018).

Gangguan mental mengalami kenaikan secara global. Kecemasan dan depresi adalah gangguan jiwa yang memiliki angka paling tinggi di dunia. Sekitar 300 juta orang (4,4%) dari seluruh populasi dunia ditahun 2015 mengalami depresi (WHO, 2017b). Hampir setengah dari populasi depresi tersebut berasal dari negara-negara Asia tenggara, sedangkan sisanya berada pada wilayah pasifik barat dimana negara-negara seperti India dan China, yang memiliki jumlah penduduk yang besar. Sebanyak 25% prevalensi global ansietas dan depresi meningkat selama tahun pertama kejadian pandemi covid-19 yang dipengaruhi oleh beberapa faktor stres (WHO, 2022). Ketakutan untuk diri sendiri, untuk orang yang dicintai, masalah finansial, keadaan berduka merupakan stressor yang mengarah kearah ansietas dan depresi (WHO, 2022).

Di Indonesia sendiri, prevelensi tingkat stres pada caregiver stroke mencapai angka 49,18% (Asti, et al., 2021). Penelitian Wardani, (2016) menunjukkan bahwa 100% caregiver baik itu internal maupun eksternal mengalami ansietas, mulai dari ansietas ringan, ringan-sedang, dan berat. Depresi yang terspesifikasi pada *caregiver* dapat terlihat pada hasil penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2013) bahwa 47,0% dari caregiver mengalami depresi dengan rerata 17,66 pada perhitungan dengan kuisisioner *Zung Self Rating Depression Scale*. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Berg et al., 2005) juga menunjukkan bahwa *caregiver* yang mengalami depresi adalah sebanyak 30% sampai 33%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir dari setengah dari jumlah *caregiver* mengalami *caregiver burden* atau *caregiver* merasa terbebani dimana tingkatan beban ini berbeda-beda tergantung dari karakteristik responden (Nurjanna & Setyopranoto, 2018).

Fase awal, yaitu bulan-bulan pertama pasca serangan stroke adalah fase yang paling menuntut bagi *caregiver*. *Caregiver* stroke dapat mengalami perubahan yang mendadak baik dalam kehidupan sosial maupun dalam pekerjaannya. Perubahan ini juga memberi dampak pada kesejahteraan fisik para *caregiver* (Akif, Belgin, Ebru, & Yalcinkaya, 2020).

Pandemi sedikit banyak mempengaruhi *caregiver*. Hasil penelitian Mazzi et al., (2020) menunjukkan bahwa selama pandemi, para *caregiver* memiliki beberapa kendala. Masa *lockdown* mau tidak mau juga turut membuat *caregiver* harus terisolasi dari dunia luar, yang mana menyulitkan mereka untuk mendapatkan akses pada fasilitas kesehatan. Setengah dari *caregiver* mengalami perubahan *mood* yang memburuk mulai awal *lockdown*. Lama isolasi juga dikaitkan dengan angka depresi *caregiver* yang lebih tinggi (Mazzi et al., 2020). Angka depresi pada *caregiver* dimasa pandemi cukup tinggi.. Fong, et al., (2022) juga menemukan lebih dari setengah dari *caregiver* orang demensia mengalami depresi dimasa pandemi 64,7% (n=56). Dengan melihat berbagai permasalahan tersebut, peneliti merasa perlu untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami oleh *caregiver*, terkhusus pada *caregiver* bagi pasien lansia yang mengalami stroke selama masa pandemi Covid-19.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan diatas, dapat diketahui bahwa proses *lock down* maupun *sosial distancing* yang dilakukan selama masa Covid-19 tidak hanya memberikan dampak positif menekan jumlah kasus kejadian, namun juga ternyata mampu memberikan dampak negatif bagi masyarakat, termasuk diantaranya adalah *caregiver*. Dalam melaksanakan perannya, seorang *caregiver* dituntut untuk mampu fleksibel, memiliki respon yang cepat dan tanggap, serta adaptatif terhadap perubahan-perubahan fungsional yang terjadi pada pasien stroke. Stres, ansietas, dan depresi pada *caregiver* merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian khusus. Hal ini

dikarenakan tingkat stres, ansietas, dan depresi yang dialami oleh *caregiver* juga dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas dari perawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat. Melihat kondisi tersebut, peneliti bermaksud ingin merumuskan masalah penelitian yaitu bagaimana gambaran tingkat stres, ansietas, dan depresi pada *caregiver* lansia dengan penyakit stroke di kota Makassar di masa pandemi covid-19?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### a) Tujuan Umum

Diperolehnya gambaran tingkat stres, ansietas, dan depresi pada *caregiver* lansia dengan penyakit stroke di Kota Makassar dimasa pandemi Covid-19.

#### b) Tujuan Khusus

1. Diidentifikasinya karakteristik demografi *caregiver* lansia dengan penyakit stroke di Kota Makassar dimasa pandemi Covid-19.
2. Diidentifikasinya tingkat stres, ansietas, dan depresi pada *caregiver* lansia dengan penyakit stroke di Kota Makassar dimasa pandemi Covid-19.
3. Diidentifikasinya tingkat stres, ansietas, dan depresi pada *caregiver* lansia dengan penyakit stroke di Kota Makassar dimasa pandemi Covid-19 berdasarkan karakteristik demografi.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat bagi institusi pendidikan

Penelitian ini menghasilkan informasi yang dapat digunakan oleh berbagai pihak, baik itu untuk mahasiswa, perawat, maupun orang-orang yang memiliki ketertarikan untuk meneliti dibidang yang sama.

2. Manfaat bagi perawat

Hasil dari penelitian ini bisa menjadi acuan bagi perawat untuk memberikan asuhan kepada orang-orang yang menjadi *caregiver* lansia stroke.

3. Manfaat bagi peneliti

Memperluas informasi dan wawasan tentang bidang yang diteliti serta menjadi ajang untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diberikan kepada masyarakat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan pustaka tentang stroke**

##### 1. Definisi

Stroke merupakan gejala klinis dengan defisit neurologis serebral fokal atau global yang cepat berkembang dan dapat menyebabkan kematian (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2017). Selain itu, stroke juga dapat didefinisikan sebagai setiap kejadian klinis akut, berkaitan dengan gangguan sirkulasi serebral, yang berlangsung lebih dari 24 jam (Hartanto & Nisa, 2005). Stroke digolongkan sebagai serangan otak (*brain attack*) dan membutuhkan pemeriksaan penunjang yang cepat, tepat dan tentunya akurat dengan rentang waktu sebaiknya kurang dari 3 jam (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2017). Stroke juga digolongkan sebagai keadaan emergensi (Touhy & Jett, 2015). Sehingga dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan defisit neurologis serebral sebagai akibat dari gangguan sirkulasi pada serebral, dan menjadi penyerang otak dan berpotensi menyebabkan kematian.

Terdapat 3 kelompok yang digolongkan berdasarkan onset serangan stroke, yaitu kelompok orang-orang yang meninggal dalam hitungan hari setelah serangan stroke, kelompok yang memiliki progres penyembuhan yang lambat, terus memburuk dan berujung dengan kematian, dan kelompok orang yang sembuh total atau mengalami kecatatan ringan yang tidak menghalangi aktivitas sehari-hari (Arifianto, Sarosa, & Setyawati, 2014). Selain menyebabkan kematian, stroke juga mengakibatkan kecatatan bagi orang-orang yang selamat dari serangan stroke (Black & Hawks, 2009). Lebih dari 4 juta orang di Amerika Serikat mengalami kecatatan yang berbeda-beda keparahannya akibat stroke.

## 2. Tipe stroke

Berdasarkan tipenya, stroke dibagi menjadi dua, yaitu :

### a. Stroke non-hemoragik

Stroke jenis ini biasa juga disebut stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh oklusi pada vaskular otak, baik oleh pembentukan trombus pada arteri di otak maupun terbawanya plak dari sistem vaskular lain dan mengendap di otak (WHO, 2005). Syok atau hipovolemia dan berbagai penyakit lain termasuk dalam hal lain yang dapat menyebabkan stroke jenis ini (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2017). 83% dari kejadian stroke merupakan stroke non hemoragik (Black & Hawks, 2009).

### b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik dibedakan lagi menjadi beberapa, diantaranya hemoragik intraserebral yaitu perdarahan yang disebabkan oleh cedera arteri otak dan merembes ke dalam jaringan otak dan hemoragik subarachnoid yaitu perdarahan arteri yang terjadi diantara piamater dan arachnoid yang merupakan dua lapisan mening (WHO, 2005). Stroke hemoragik memiliki prognosis paling buruk diantara jenis stroke lainnya dan memiliki jangkauan keterbatasan fungsi yang luas (Black & Hawks, 2009).

## 3. Etiologi dan faktor risiko

Darah mengalir ke otak melalui berbagai cara dan memiliki kemungkinan untuk menurun dengan berbagai cara juga. Ada dua jenis stroke secara umum dan penyebabnya berbeda pula. Stroke non-hemoragik atau stroke iskemik terjadi akibat interupsi aliran darah atau penyumbatan total darah ke bagian otak biasanya disebabkan

oleh trombosis dan emboli otak. Sedangkan stroke hemoragik disebabkan karena trauma pada sirkulasi otak. (Black & Hawks, 2009) (WHO, 2005).

Trombosis ini terjadi akibat kerusakan yang terjadi pada lapisan endotel vaskular yang utamanya dipicu oleh aterosklerosis (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata, & Setiati, 2017). Aterosklerosis menyebabkan penyempitan aliran pembuluh darah dikarenakan lemak yang terakumulasi membentuk plak yang lama-kelamaan membesar menempel di dinding pembuluh darah (Black & Hawks, 2009). Serangkaian komponen darah yang mengalir melewati plak tersebut mengalir mengikuti permukaan dinding pembuluh darah yang tidak rata sehingga menyebabkan faktor pembekuan darah atau platelet juga ikut tertinggal bersama dengan plak. (Black & Hawks, 2009).

Selain disebabkan oleh aterosklerosis, trombosis juga dapat disebabkan oleh penyakit arteritis dan vaskulitis, yaitu keadaan inflamasi pada pembuluh darah. Trombolitis merupakan penyebab paling umum stroke pada penderita diabetes (Black & Hawks, 2009). Selain itu, stroke juga bisa disebabkan oleh emboli. Apabila arteri serebral terhambat oleh emboli yang terjadi didalam arteri serebral, maka bisa menyebabkan stroke. Emboli bisa saja tidak terbentuk didalam otak, melainkan diluar otak, namun dibawa oleh sistem sirkulasi hingga ke otak. Fibrilasi atrial yang sudah kronik dinilai berkaitan erat dengan angka kejadian stroke yang diakibatkan oleh emboli (Black & Hawks, 2009). Kardioemboli juga terbentuk akibat aritmia jantung seperti fibrilasi atrial (Bowling dan Weinhart, 2014) dalam (Touhy & Jett, 2015). Peningkatan angka insidensi emboli serebral berbanding lurus dengan bertambahnya usia (Touhy & Jett, 2015).

Hemoragi intra-serebral biasanya disebabkan oleh kerusakan dan hipertensi pembuluh darah sehingga darah merembes ke jaringan otak dan biasanya dialami oleh usia diatas 50 tahun. Darah yang merembes kedalam jaringan ini bersifat iritan. Akibatnya dapat terjadi spasme pembuluh darah dan iskemia (Black & Hawks, 2009). Keadaan lain yang dapat menyebabkan stroke diantaranya, HIV/AIDS, Sifilis, TBC dan kanker intra-serebral. Persamaan diantara penyakit-penyakit tersebut diketahui bahwa penyakit-penyakit ini dapat menyebabkan gangguan neurologis fokal (WHO, 2005). Pada lansia ada beberapa keadaan yang memiliki peran yang patut diperhitungkan dalam kejadian stroke hemoragik. Diantaranya adalah hipertensi, penggunaan antikoagulan, penyakit *inflammatory* akut, konfusi akibat terjatuh dan lain sebagainya (Touhy & Jett, 2015).

Menurut Lingga (2013) yang dikutip dalam Karunia (2016) mengkategorikan faktor resiko menjadi dua bagian, yaitu faktor risiko stroke yang dapat dikendalikan dan faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan. Faktor yang dapat dikendalikan terdiri dari hipertensi, *hiperlipidemia*, *hiperuremia*, penyakit jantung, obesitas, pemakaian kontrasepsi hormonal dan lain-lain. Sedangkan faktor yang tidak dapat dikendalikan terdiri atas genetik, kecacatan kongenital, usia, jenis kelamin dan riwayat penyakit stroke sebelumnya.

#### 4. Gejala dan tanda

Menurut Martono, sebenarnya tidak ada perbedaan signifikan dari tanda dan gejala stroke apabila ditilik dari jenis stroke, baik hemoragik maupun non-hemoragik. Gejala akibat lesi tergantung dari lokasi lesinya, dapat dilihat sebagai berikut (Martono, 2011):

- a. Lesi pada kortek : gejala terlokalisasi, gejala terjadi pada bagian yang berlawanan dari daerah yang terkena lesi, kepekaan terhadap rangsang sensorik berkurang, dan penglihatan dan komunikasi verbal bisa saja terganggu.
- b. Lesi pada kapsula : hilangnya sensasi primer, penglihatan dan komunikasi verbal bisa saja terganggu
- c. Batang otak : luas, gejala muncul pada bagian yang berlawanan dengan letak lesi
- d. Lesi pada medula spinalis: kemungkinan terjadi gangguan sensorik.

Selain itu, gejala juga dapat muncul akibat komplikasi diantaranya, sebagai mekanisme kompensasi maka dapat terjadi kenaikan tekanan darah dan gula darah, gangguan jantung dan lain-lain. Sedangkan untuk komplikasi kroniknya dapat berupa, akibat dari tirah baring seperti dekubitus dan inkontinensia, gangguan psikologis dan sosio-ekonomi.

## **B. Tinjauan pustaka tentang stroke pada lansia**

### **1. Prevalensi stroke pada lansia**

Lansia adalah individu berusia 60 tahun keatas menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2016). Secara global, stroke adalah penyakit yang kebanyakan mengenai populasi lansia. Santos, et al., (2015), Ezema, et al., (2019) dalam penelitiannya menemukan bahwa usia lanjut mendominasi data demografi pada kategori umur penderita stroke. Di Indonesia sendiri prevalensi stroke mengalami peningkatan yang cukup signifikan. Hasil riset kesehatan dasar yang dilakukan pemerintah pada tahun 2018 menunjukkan angka kejadian stroke yang lebih besar daripada hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Persentase kejadian sebanyak 7.0% per mil ditahun 2013 dan meningkat menjadi 10,9% ditahun 2018 dan sebagian besar diderita oleh lansia. Usia diatas 75 tahun dengan presentasi kejadian 50,2% menempati urutan pertama, diikuti oleh golongan umur 65-74 tahun sebanyak 45,3% dan usia 55-64 tahun sebanyak 32,4% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

## 2. Dampak stroke pada lansia

Usia lanjut merupakan kategori usia yang banyak ditandai dengan pengurangan fungsional seluruh tubuh, apalagi pada keelastisan pada pembuluh vaskular. Salah satu penyakit degeneratif yang dapat menyerang adalah stroke. Dampak yang terjadi akibat stroke memiliki pengaruh terhadap kelangsungan hidup individu, terutama pada aktivitas seseorang (Karunia, 2016).

Stroke dapat bersifat fatal hingga menyebabkan cacat sementara, cacat permanen hingga kematian. Risiko kematian setelah terserang paling tinggi pada orang-orang yang hilang kesadaran di hari pertama serangan, semakin besar tingkat penurunan kesadaran maka semakin besar pula risiko kematian. Risiko kematian juga makin tinggi pada orang-orang lanjut usia dibandingkan dengan orang yang lebih muda (Feigin, 2009).

Orang yang mengalami susah gerak akibat cacat yang disebabkan stroke, utamanya pada lansia diatas 70 tahun, memiliki risiko tinggi terkena bekuan darah pada vena besar pada tungkai yang imobilisasi. Apalagi ketika tidak ada tindakan preventif yang dilakukan, sebanyak 50% dari pasien mengalami komplikasi mematikan (Feigin, 2009). Gejala yang dirasakan setelah stroke menurut (Feigin, 2009) dapat disimak sebagai berikut :

- a. 80% pasien stroke mengalami penurunan sebagian atau seluruh fungsi lengan atau kaki atau keduanya di salah satu sisi tubuh.
- b. 80-90% mengalami masalah pada memori dan daya berfikir
- c. 30% mengalami masalah komunikasi, para pasien mengalami gangguan bicara atau mengalami masalah memahami perkataan.
- d. 30% mengalami kesulitan dalam menelan.
- e. Sekitar 30% mengalami depresi dan lain sebagainya.

Stroke dapat menjadikan seseorang kehilangan kepercayaan kepada dirinya sendiri, produktivitas individu berkurang, bahkan minat pada kegemaran tertentu juga dapat hilang, serta lain sebagainya (Karunia, 2016). Adapun efek serangan stroke diantaranya adalah gangguan komunikasi, gangguan afeksi, serta gangguan *mood* seperti depresi. Penderita stroke tidak mampu produktif dan mandiri dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari dikarenakan kerusakan fungsional yang dialami pasca stroke (Karunia, 2016).

Akibat dari ketidakmampuan ini, pasien stroke memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Pada penderita stroke, mereka kehilangan kepercayaan diri dan kehilangan kehidupan sosialnya. Penderita stroke lebih takut untuk keluar rumah karena takut kehilangan keseimbangan dan terjatuh. Penderita stroke juga menyadari bahwa orang-orang mengalami kesulitan untuk bersosialisasi dengan dirinya (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2012). Pada fase awal ketika terjadi serangan stroke, para penderitanya merasakan kebingungan atas hal yang menimpa dirinya. Pasien stroke akan bergantung pada orang-orang disekitarnya dan membutuhkan bantuan dari seorang *caregiver* (Rohmah & Rifayuna, 2021).

## C. Tinjauan pustaka tentang stres

### 1. Definisi

Setiap permasalahan yang menimpa hidup orang lain disebut stressor, apabila mengakibatkan gangguan fungsi tubuh dinamakan stres. Secara bahasa stress dikatakan sebagai tekanan dalam hal ini mempengaruhi kejiwaan. Stres adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap tuntutan yang sifatnya non spesifik (Jamil, 2015). Stres dikatakan pula sebagai respon yang terjadi akibat tuntutan atau tekanan yang terjadi namun tidak bisa diatasi (Friedman, et al., 2010). Stressor psikososial adalah suatu keadaan yang menyebabkan perubahan terhadap individu yang membuat individu yang bersangkutan beradaptasi untuk menanggulangi stressor. (Ibrahim, 2012).

### 2. Penyebab Stres

Stressor psikososial adalah setiap keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, apabila tidak dapat diatasi dapat timbul ansietas dan depresi (Jamil, 2015). Contoh stresor psikososial dapat dikategorikan sebagai berikut (Dadang hawari dalam Jamil, 2015) :

- a. Perkawinan, misalnya tidak harmonis, bertengkar, kurang kepercayaan, dan lain sebagainya.
- b. Masalah orang tua, misalnya, tidak bisa memiliki keturunan, kehilangan anak dan lain sebagainya.
- c. Hubungan interpersonal.
- d. Pekerjaan.
- e. Lingkungan hidup, misalnya tinggal di lingkungan yang tidak aman atau daerah yang berkonflik, penggusuran dan lain-lain.
- f. Keuangan.
- g. Hukum.

- h. Perkembangan, meliputi perubahan bentuk tubuh menuju kedewasaan, misalnya tumbuh jerawat, suara berubah, penampilan tidak sama lagi dan lain sebagainya
- i. Penyakit fisik. Menurut penelitian ada penyebab kematian utama yang erat hubungannya dengan stress dan kecemasan, yaitu jantung, kanker, paru-paru, kecelakaan, sirosis hati, dan bunuh diri.

### 3. Fase waktu stres

Terdapat beberapa periode stres (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Periode antre stres, dimana individu menyadari adanya stressor yang mengganggu.
- b. Periode stress aktual, disini fase dimana stres terjadi dan koping untuk mengatasi stress terjadi. strategi koping selama stress itu bervariasi intensitas dan strategi individu dalam menghadapinya.
- c. Periode pasca stress, fase dimana kita mengetahui kopingnya bekerja atau tidak untuk berusaha kembali homeostatis atau normal. Ada beberapa kemungkinan yang akan terjadi, situasi berfungsi lebih tinggi dari sebelumnya, situasi berfungsi sama seperti sebelumnya, situasi keluarga berfungsi lebih rendah dari sebelumnya, hingga yang paling parah terjadi perpecahan/konflik (perpisahan, pengabaian, dll).

### 4. Faktor yang mempengaruhi koping

Jenis koping yang digunakan oleh individu maupun keluarga tergantung dengan situasi dan kondisi. Friedman, et al., (2010) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi koping seseorang yakni sebagai berikut :

a. Gender

Perempuan dan pria menggunakan strategi koping yang berbeda dalam menghadapi masalah. Perempuan cenderung lebih senang menghabiskan waktu dengan menekuni hobi dan mengembangkan kemampuan diri serta mencari dukungan sosial. Sedangkan laki-laki cenderung memendam masalah dan mencegah orang lain tau seberapa parah keadaan yang terjadi.

b. Sosial budaya dan ekonomi.

Dalam faktor sosial budaya, individu menggunakan cara koping yang berbeda-beda. Ada yang bergantung pada spiritual yang diikuti atau kepercayaan yang dianut. Selain itu, untuk faktor ekonomi orang yang kelas sosialnya rendah biasanya lebih tidak percaya diri dalam mengambil keputusan dalam hidupnya dibandingkan orang dengan kelas sosial tinggi. Sehingga, orang yang memiliki kelas sosial tinggi cenderung memiliki strategi koping yang lebih bervariasi.

c. Dampak gangguan kesehatan

Lamanya satu strategi koping untuk bertahan itu bergantung seberapa besar dan berat stressor yang dihadapi. Semakin sedikit tuntutan maka tipe koping tertentu dapat bertahan lama dan dipakai berulang-ulang untuk menghadapi stressor yang sama. Begitupula sebaliknya, semakin besar tuntutan yang ada (baik itu dari ekonomi, lingkungan, kesehatan dll) cara koping yang umum biasanya tidak mempan. Dibutuhkan strategi koping yang luas untuk menghadapi masalah yang ada.

## D. Tinjauan pustaka tentang Ansietas

### 1. Definisi

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan khawatir dan waspada terhadap ancaman yang akan datang (Ibrahim, 2011). Hampir semua orang pernah mengalami ansietas dan bervariasi disetiap individu, sebagai akibat dari masalah kehidupan yang semakin kompleks. Hal ini merupakan hal yang wajar selama individu masih bisa mengatasi stressor yang ada. Namun, apabila seseorang tidak dapat mengatasinya, maka ansietas dapat dianggap sebagai gangguan yang berbahaya (Ibrahim, 2012). Kecemasan ada disemua gangguan jiwa baik itu berupa kecemasan akut maupun kronik (Yusuf et al., 2015).

### 2. Penyebab Kecemasan

Menurut Ibrahim, (2012), ada beberapa teori penyebab kecemasan, diantaranya dapat dilihat sebagai berikut :

#### a. Teori psikoanalisis

Teori yang dikenalkan oleh Sigmund Freud ini, menunjukkan bahwa kecemasan disebabkan oleh *ID* yang tidak terkontrol, *ego* tidak dapat diterima dan *super ego* yang terganggu. Dalam teori ini, kecemasan terbagi atas ; *ID/impulse anxiety*, *separation anxiety*, *castration anxiety*, dan *super ego anxiety*.

#### b. Teori tingkah laku

Kecemasan merupakan kondisi sebagai dampak terhadap stimulus lingkungan yang spesifik. Dalam teori ini, dikatakan bahwa orang yang menderita ansietas cenderung hiperbola atau melebih-lebihkan kejadian atau sesuatu yang mengancam fisik maupun jiwanya (Ibrahim,2011).

### c. Teori eksistensi

Kecemasan yang berhubungan dengan perasaan takut akan kematian. Cemas terhadap kejadian yang sewaktu-waktu mengancam eksistensinya di dunia ini.

### d. Teori Biologi

Kecemasan berhubungan dengan kerja neurotransmitter di otak. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine yang bersifat menenangkan. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator kemungkinan berperan dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, seperti yang terjadi pada kasus endorfin.

## 3. Gejala Kecemasan

Adapun gejala kecemasan dapat dilihat sebagai berikut (Ibrahim, 2012) :

- a. Gangguan somatik, seperti tremor, panas dingin, berkeringat, mual, diare, mulut kering, kejang, dan lain sebagainya
- b. Gangguan kognitif, seperti sulit untuk berkonsentrasi, bingung, waspada berlebihan dan selalu berpikiran negatif.
- c. Gangguan perilaku, seperti ketakutan, imobilisasi, hipertensi dan menarik diri dari masyarakat
- d. Gangguan persepsi, seperti depersonalisasi dan derealisasi

## 4. Tingkat Kecemasan

Tingkatan kecemasan menurut Peplau dapat dilihat sebagai berikut (1963) (Townsend, 2015; Videbeck, 2008) :

- a. Kecemasan ringan: kecemasan dalam merespon kegiatan sehari-hari. Kondisi ini dapat menambah motivasi belajar, bekerja keras, dan memecahkan masalah secara efektif.
- b. Kecemasan sedang: Membutuhkan bimbingan orang lain dalam menyelesaikan masalah akibat kurang konsentrasi dan peka terhadap apa yang terjadi. Otot tegang dan kurang tidur merupakan salah satu tanda individu mengalami cemas sedang.
- c. Kecemasan berat: sulit berkonsentrasi, serta sulit menyelesaikan pekerjaan yang mudah. Individu membutuhkan banyak arahan orang lain untuk fokus. Beberapa gejala kecemasan berat adalah sakit kepala, detak jantung meningkat, susah tidur, gelisah, bingung dll.
- d. Panik: tidak dapat berkonsentrasi sama sekali terhadap masalah yang terjadi. Kehilangan kontrol diri, berhubungan dengan rasa takut akan hal yang mengancam jiwa. Kepanikan yang berkepanjangan dapat mengakibatkan gangguan kejiwaan seperti mengalami halusinasi.

## **E. Tinjauan pustaka tentang depresi**

### **1. Definisi**

Depresi adalah gangguan dimana penderitanya merasakan tidak bahagia berkepanjangan dalam hidupnya (King, 2017). Depresi dapat pula diartikan sebagai perasaan muram yang meliputi kesedihan, kesenduan, perasaan tidak tentu arah yang bersifat patologis (Kartono, 2014). Depresi dikategorikan sebagai gangguan kejiwaan dengan karakteristik berupa kesedihan yang berkepanjangan, tidak ada gairah untuk melakukan aktivitas, proses berfikir dan bertindak yang lambat. Depresi dapat

disebabkan oleh rasa-rasa rendah diri, sakit hati, trauma hebat, kecewa, kecemasan dan sebagainya (Kartono, 2014).

Faktor biologis dapat pula dikaitkan dengan penyebab depresi (King, 2017). Gen baru berpengaruh jika dikuatkan dengan paparan stress dari luar, fungsi dan struktur otak pada orang yang mengalami depresi bekerja lebih lambat pada bagian korteks prafontal yang memicu perilaku seseorang, sedangkan kurangnya regulasi neurotransmitter mengakibatkan neurotransmitter kekurangan reseptor serotonin (yang memberikan rasa aman juga senang) dan norepinefrin . Beberapa contoh perilaku yang menggambarkan depresi diantaranya tidak bergairah dalam melakukan apapun termasuk aktivitas sehari-hari, bahkan aktivitas yang disukai sekalipun, biasanya juga akan terlihat lebih dari satu gangguan fisik seperti merasa lelah dan nyeri (Keliat, Akemat, Helena, & Nurhaeni, 2018).

## 2. Faktor resiko depresi

Adapun beberapa faktor resiko terjadinya stroke menurut Amir (2016) dapat dilihat sebagai berikut:

### a. Jenis kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Wanita lebih sering terpapar stresor dari lingkungannya dengan batas penerimaan yang lebih rendah daripada laki-laki. Hal ini juga dapat dipengaruhi oleh ketidakstabilan hormon kewanitaan, misalnya pada saat menstruasi, *post partum*, dan *post-menopause*. Wanita yang belum menikah lebih jarang menderita depresi dibandingkan dengan wanita yang sudah menikah. Hal ini berlaku berkebalikan pada laki-laki. Laki-laki lajang lebih cenderung depresi dibandingkan laki-laki yang sudah menikah.

### b. Usia

Depresi dapat terjadi di berbagai kalangan usia. Depresi kebanyakan terjadi di kalangan usia produktif dengan rata-rata usia 20-40 tahun. Faktor sosial dapat menjadi pemicu golongan usia ini untuk mengalami depresi.

c. Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih banyak ditemukan pada orang-orang yang telah mengalami perceraian daripada yang masih terikat pernikahan ataupun pada orang-orang yang belum menikah. Orang-orang yang telah bercerai memiliki resiko lebih tinggi untuk depresi, hal ini dapat pula berlaku timbal balik. Orang-orang yang depresi dalam rumah tangganya lebih cenderung berisiko untuk mengalami perceraian.

d. Geografis

Pada negara maju, depresi lebih banyak dialami oleh perempuan. Orang-orang yang tinggal dikota lebih cenderung depresi daripada orang-orang yang tinggal dipedesaan

e. Riwayat keluarga

Resiko depresi lebih tinggi pada orang-orang yang memiliki riwayat keluarga depresi. Faktor biologis yang dianggap berperan dalam munculnya depresi adalah gen, struktur dan fungsi otak, serta neuro-transmitter.

f. Kepribadian

Seseorang yang memiliki sifat tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan bergantung pada orang lain lebih rentan mengalami depresi.

g. Stressor sosial

Stressor adalah sesuatu keadaan menekan bagi seorang individu yang tidak memungkinkannya untuk dapat beradaptasi dan bertahan dari keadaan tersebut. Peristiwa-peristiwa tidak mengenakkan misalnya, keadaan lingkungan yang tidak

aman, kesulitan mendapatkan kebutuhan hidup, konflik yang terjadi antar individu merupakan contoh stresor sosial. Kejadian-kejadian buruk yang membekas, terakumulasi dapat berperan dalam mencetuskan terjadinya depresi. Bagaimana cara orang memandang atau mempersepsikan kejadian turut andil dalam dampak yang ditimbulkan stresor ini pada dirinya. Stresor yang muncul pada orang-orang yang tengah mengalami depresi dapat memperparah keadaannya. Perilaku berbahaya seperti percobaan bunuh diri dikaitkan dengan stresor yang berlangsung lama sehingga penderitanya tidak mampu bertahan dan memilih tindakan-tindakan impulsif tadi.

#### h. Dukungan sosial

Seseorang yang tidak mampu membawa dirinya beradaptasi dalam lingkungan sosialnya cenderung berisiko depresi. Dukungan sosial terdiri atas empat komponen, yaitu:

- 1) Jaringan sosial, adalah orang-orang yang berada dekat dengan klien. Orang-orang yang tinggal sendiri mengalami kejadian depresi yang lebih banyak
- 2) Interaksi sosial, seberapa sering atau frekuensi interaksi klien dengan individu lainnya. Selain frekuensi, kualitas interaksi juga lebih mempengaruhi kejadian depresi
- 3) Dukungan sosial, tidak adekuatnya dukungan yang diterima dari lingkungan sosial dikaitkan dengan terjadinya depresi pada individu.
- 4) Dukungan instrumental, berupa bantuan bahan pokok, bantuan keuangan maupun pelayanan masyarakat yang didapat.

### 3. Gejala depresi

Adapun gejala depresi menurut Amir (2005) dapat dilihat sebagai berikut :

- a. Gambaran emosi, meliputi sedih, murung, ansietas, ikatan emosi berkurang, menarik diri dari hubungan dengan individu lain, pikiran selalu tertuju pada kematian
- b. Gangguan kognitif, meliputi merasa tidak berharga, selalu merasa bersalah, tidak ada harapan, berfikiran negatif, bingung, tidak mudah fokus, ragu dalam mengambil keputusan bahkan hingga mengalami gangguan pada memori.
- c. Waham dan halusinasi
- d. Gambaran vegetatif, tidak bertenaga, insomnia atau hypersomnia, tidak mau makan atau terlalu banyak makan, libido terganggu
- e. Agitasi psikomotor, meliputi retardasi psikomotor, keluhan somatik (utamanya pada lansia), kulit dan mulut kering, konstipasi.

#### 4. Jenis-jenis depresi

- a. Gangguan depresi mayor

Gangguan depresi mayor atau dikenal dengan MDD (*Major Depressive Disorder*), terjadi apabila dalam dua minggu seseorang mengalami episode depresi dan menunjukkan karakteristik depresi yang signifikan (King, 2017) , tanpa adanya episode manik atau mania (Nevid, Rathus, & Greene, 2005). Depresi mayor lebih banyak terjadi pada wanita (Videbeck, 2008).

Gejalanya dapat berupa depresi sepanjang hari, hilangnya minat pada kegiatan yang dulunya digemari, penurunan selera makan, insomnia atau hypersomnia, merasa bersalah dan tidak berharga dalam tingkat yang berlebihan, dan pikiran selalu menjurus kearah kematian. Ketika individu mengalami depresi tidak terlalu berat lebih dari dua bulan, individu tersebut dapat didiagnosa dengan *Persistent Depressive Disorder* (PDD) atau gangguan depresi berkelanjutan (King, 2017).

b. Depresi psikotik

Depresi psikogen adalah depresi yang disebabkan oleh peristiwa-peristiwa yang telah terjadi sebelumnya atau pengalaman-pengalaman pribadi yang tidak dapat diolah dengan baik oleh pribadi tersebut (Amir, 2005).

c. Depresi post-partum

Seorang ibu yang baru saja melahirkan anak hampir semuanya mengalami perubahan emosi dan melewati masa-masa sensitif. Keadaan ini biasa dikenal dengan “*baby blues*”, dapat berlangsung beberapa hari dan merupakan hal yang normal bagi seorang ibu. Akan tetapi, ada pula wanita yang mengalami perubahan mood yang lebih parah dan dapat berlangsung selama sebulan, setahun, bahkan lebih. Hal ini dapat dikaitkan dengan depresi post-partum (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

## **F. Tinjauan pustaka tentang stres, ansietas, dan depresi caregiver**

*Caregiving* merupakan sebuah tindakan yang bertujuan untuk membantu orang-orang yang tidak lagi bisa untuk mengurus dirinya sendiri. Istilah *caregiver* diberikan pada orang-orang yang melakukan *caregiving*. *Caregiver* dianggap sebagai “*hidden patient*”. Hal ini dikarenakan dalam proses *caregiving* dikaitkan peningkatan level depresi dan kecemasan, penurunan imunitas, bahkan peningkatan mortalitas (Touhy & Jett, 2014).

Keluarga yang menjadi *caregiver* stroke dalam hal ini dapat mengalami perubahan peran menggantikan peran keluarga yang dirawat. Hal ini memungkinkan keluarga mengalami respon kehilangan (Pahria, Sari, & Lisnawati, 2019). Keluarga pasien stroke mengubah peran mereka menjadi seorang *caregiver* dikarenakan perubahan peran yang mendadak serta sifat penyakit stroke yang terjadi secara tiba-tiba (Rohmah & Rifayuna, 2021).

Dalam kasus ini keluarga merasa kehilangan keamanan dan rasa memiliki yang mana merupakan contoh kehilangan Maslow, yaitu ketika hubungan atau peran berubah, akibat perceraian, sakit, kematian dan lain sebagainya (Videbeck, 2008). Respon kehilangan atau respon berduka menurut Kubler-Ross terdiri atas beberapa tahap sebagai berikut (Videbeck, 2008) :

- a. *Denial* (penyangkalan), ditahap pertama ini, individu merasakan syok luar biasa dan ketidakpercayaan akan kehilangan
- b. *Anger* (kemarahan), dapat ditujukan kepada siapa saja, baik itu keluarga, teman, petugas kesehatan hingga Tuhan sekalipun.
- c. *Bairgaining* (tawar menawar), dalam tahap ini individu mencoba untuk menawar waktu dengan maksud untuk mendapatkan lebih banyak momen sebelum kehilangan, walaupun kehilangan tersebut tidak bisa dihindari
- d. *Depresi*, terjadi ketika seseorang menyadari bahwa dia telah benar-benar kehilangan
- e. *Acceptance* (Penerimaan), di fase ini seorang individu telah menunjukkan tanda bahwa ia telah menerima adanya kehilangan.

Dalam sepekan, *caregiver* dapat menghabiskan rata-rata 20 jam untuk memberikan perawatan kepada orang yang membutuhkan. Keluarga dengan lansia pasca stroke, memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dalam hal ini *caregiver*. Kemampuan keluarga melaksanakan peran sebagai *caregiver* bervariasi, sesuai dengan status dan kaitannya sebagai pemberi asuhan. Keluarga dituntut untuk fleksibel dan dapat beradaptasi dalam perubahan peran keluarga. Salah satu hasil yang ditemukan, yaitu respon psikologis. Ditemukan bahwa *caregiver* menunjukkan respon psikologis yang berbeda-beda tergantung lama rawat dan proses perawatan yang dilakukan *caregiver* (Luthfa, 2018).

Menurut Nurjannah & Setyopranoto (2018) mengungkapkan bahwa sebanyak 40.78% *caregiver* mengalami *burden* atau terbebani dengan *caregiver* perempuan yang lebih banyak terbebani. Dalam merawat pasien stroke, 50% dari *caregiver* menghabiskan lebih dari enam jam per hari. Penelitian ini juga menemukan bahwa, faktor determinan *caregiver burden* pada pengasuh utama pasien stroke adalah *activity daily live* atau kemampuan pasien dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari dan durasi merawat pasien. Selain itu, juga dipengaruhi oleh kondisi pasien (seberapa parah keadaan) dan kondisi *caregiver* dalam merawat pasien(Nurjannah & Setyopranoto, 2018).

*Caregiver burden* memiliki hubungan positif terhadap terjadinya stres, ansietas dan depresi. Dalam penelitian (Pahria et al., 2019) ditemukan bahwa beban keluarga menjadi faktor pemicu terjadinya depresi pada *caregiver*. Semakin tinggi beban keluarga maka stres, ansietas dan depresi yang dirasakan(Pahria et al., 2019)(Asti, et al., 2021)(Hu et al., 2018). Untuk merawat penderita stroke, *caregiver* harus rela kehilangan sebagian dari kehidupannya sebelumnya. Sebagian dari *caregiver* merelakan pekerjaan dan waktunya untuk mengurus penderita stroke dengan alasan tidak ada yang mengurus selain mereka.

Selain itu, kekhawatiran *caregiver* akan serangan stroke yang dapat kembali lagi dan dapat saja menyebabkan kelumpuhan, kecatatan atau penyakit lain. Akan tetapi, *caregiver* juga mengalami beberapa masalah kesehatan selama menjadi *caregiver*. Susah tidur, mengalami serangan panik, lelah, frustrasi dan merasa bahwa mereka tidak punya waktu untuk diri sendiri adalah contohnya. Tidak hanya mental, namun fisik juga terpengaruhi. Sebagian dari *caregiver* mengeluhkan tekanan darah tinggi, sakit punggung dan lengan, asma, hingga kanker (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2012). Hal-hal di atas dapat menjadi stressor yang mengakibatkan depresi pada *caregiver*. Lebih lanjutnya, kondisi kesehatan *caregiver* berpengaruh dalam setiap tanggapan atau respon mereka dalam merawat pasien. Hal ini dikarenakan waktu, tenaga dan pikiran *caregiver*

tertuju pada bagaimana ia merawat pasien (Putri, 2013). *Caregiver* yang tidak mampu mengurus dirinya sendiri tentunya akan kesulitan untuk merawat orang lain. Apabila dari pihak *caregiver* tidak mampu memberikan dukungan yang diperlukan oleh pasien, maka pasien akan cenderung berpengaruh pada psikologis pasien yang mana akan turut mempengaruhi kualitas hidup pasien terkait kesehatannya (Marsyah, 2018).

Adapun instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat stres, ansietas dan depresi pada *caregiver* lansia stroke ini adalah *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS)-21. Kuisisioner DASS-21 ini sendiri adalah versi pendek dari DASS-42. Instrumen ini merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi, kecemasan dan stress yang dialami seseorang dengan masing-masing tujuh pertanyaan untuk depresi, kecemasan dan stress Lovibond & Lovibond (1995) dan Indira (2016). Di Indonesia beberapa penelitian yang menggunakan kuisisioner ini adalah untuk meneliti hubungan tingkat reliugitas dengan status psikologi mahasiswa obesitas (Dewi & Khotibuddin, 2017), juga untuk mengetahui bagaimana pengaruh pengelolaan depresi pada proses penyembuhan (Handayani, 2010), dan untuk meneliti tingkat kesehatan mental tim atlit (Miadinar & Supriyanto, 2021).

Contoh instrumen yang dapat di gunakan untuk mengukur depresi selain (DASS)-21, adalah BDI II (*Beck Depression Inventory II*). Instrumen ini merupakan instrumen yang diperuntukkan untuk usia 13 tahun keatas (Segal, Coolidge, & O'riley, 2008). Instrumen ini terdiri atas 21 pertanyaan yang meliputi gejala depresi (Sorayah, 2015). Selain itu, kuisisioner lain yang juga dapat digunakan untuk mengukur tingkat depresi dan rasa cemas juga dapat digunakan dengan *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang merupakan instrumen pengukur depresi yang khusus diperuntukkan bagi lansia. Versi yang lebih panjang terdiri dari 30 pertanyaan sedangkan yang lebih pendek terdiri atas 15 pertanyaan (Capezuti & Fulmer, 2012).