

**HUBUNGAN ANTARA *PERCEIVED SOCIAL SUPPORT*  
DENGAN *CAREGIVER BURDEN*  
(STUDI PADA *FAMILY CAREGIVER PASIEN STROKE*)**

**SKRIPSI**

**Pembimbing:**

**Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog**

**Andi Tenri Pada Rustham, S.Psi., M.A**

**Oleh:**

**Jihan Nabilla Luthfiah**

**C021181337**



**PRODI PSIKOLOGI FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**HUBUNGAN ANTARA *PERCEIVED SOCIAL SUPPORT*  
DENGAN *CAREGIVER BURDEN*  
(STUDI PADA *FAMILY CAREGIVER PASIEN STROKE*)**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana  
Pada Fakultas Kedokteran  
Program Studi Psikologi  
Universitas Hasanuddin

**Pembimbing:**

**Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog  
Andi Tenri Pada Rustham, S.Psi., M.A**

**Oleh:**

**Jihan Nabilla Luthfiah  
C021181337**



**PRODI PSIKOLOGI FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

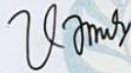
**HUBUNGAN ANTARA *PERCEIVED SOCIAL SUPPORT*  
DENGAN *CAREGIVER BURDEN*  
(STUDI PADA *FAMILY CAREGIVER PASIEN STROKE*)**

disusun dan diajukan oleh:

**Jihan Nabilla Luthfiah  
C021181337**

Telah disetujui dan diajukan di hadapan Dewan Penguji Skripsi  
Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Pembimbing I



Umiyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog  
NIP. 19840223 20091 2 2004

Pembimbing II



Andi Tenri Pada Rustham, S.Psi., M.A.  
NIP. 19811111 201012 2 003

Ketua Program Studi Psikologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Dr. Ichlas Nanang Arandi, S.Psi., M.A.  
NIP. 19810725 201012 1 004

**HALAMAN PENGESAHAN**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA *PERCEIVED SOCIAL SUPPORT*  
DENGAN *CAREGIVER BURDEN*  
(STUDI PADA *FAMILY CAREGIVER PASIEN STROKE*)**

Disusun dan diajukan oleh:

**Jihan Nabilla Luthfiah**

**C021181337**

Telah dipertahankan dalam sidang ujian skripsi

Pada tanggal 18 April 2023

**Menyetujui,**

**Panitia Penguji**

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A	Ketua	1 
2.	Syurawasti Muhiddin, S.Psi., M.A	Sekretaris	2 
3.	Grestin Sandy R, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	3 
4.	Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	4 
5.	Dr. Muhammad Tamar, M.Psi	Anggota	5 
6.	Andi Tenri Pada Rustham, S.Psi., M.A	Anggota	6 

**Mengetahui,**

Wakil dekan bidang akademik dan kemahasiswaan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Agussalim Bukhari, M.Clin. Med., Ph.D., Sp.GK(K)  
NIP. 19700821 199903 1 001

Ketua Program Studi Psikologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A  
NIP. 19810725 201012 1 004

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana, magister, dan atau doktor), baik di Universitas Hasanuddin maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali Tim Pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Tim Penguji.
3. Dalam karya tulis ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini telah saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini. Maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Makassar, April 2023

Yang membuat pernyataan



**Jihan Nabilla Luthfiah**

NIM. C021181337

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir skripsi dengan judul "**Hubungan antara *Perceived Social Support* dengan *Caregiver Burden* (Studi pada *Family Caregiver Pasien Stroke*)." Tugas akhir skripsi disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar akademik Sarjana Strata 1 Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.**

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan tugas akhir skripsi ini memperoleh banyak bimbingan, bantuan, dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Kedua orang tua peneliti, Bapak H. Djumadan dan Ibu Hj. Ipah Hapipah, S.ST yang senantiasa memberi dukungan moril dan materil, bimbingan dari berbagai bidang kehidupan dan juga doa yang tak pernah putus hingga peneliti bisa sampai pada tahap penyelesaian tugas akhir skripsi dan dapat menjadi dirinya yang sekarang. Adik Fuad Rizal Falah Naufal yang selalu menjadi tempat berbagi dan bertumbuh dalam menjalani kehidupan dan tetap terhubung meski kami selalu terpisah oleh jarak.
2. Bapak Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A selaku ketua Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan juga selaku dosen pembahas skripsi yang senantiasa memberikan saran, nasihat, dan umpan balik hingga pada tahap penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti

3. Ibu Mayenrisari Arifin, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku pembimbing 2 sebelum peneliti melakukan seminar proposal, Ibu Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku pembimbing 1 dan Ibu Andi Tenri Pada Rustham, S.Psi, M.A selaku pembimbing 2. selaku dosen pembimbing skripsi yang senantiasa memberikan bimbingan, meluangkan waktu, saran, nasihat, arahan, umpan balik, serta kalimat-kalimat penyemangat hingga pada tahap penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti. Banyak hal yang peneliti dapat dan pelajari dari proses bimbingan yang tentunya menjadi bekal bagi peneliti kedepannya.
4. Ibu Grestin Sandy, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku dosen pembahas skripsi yang senantiasa memberi saran, nasihat, serta umpan balik hingga pada tahap penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti
5. Bapak Dr. Muhammad Tamar, M.Psi. selaku dosen pendamping akademik yang senantiasa memberikan dorongan, umpan balik, arahan, serta nasihat dari awal peneliti menjadi mahasiswa baru hingga pada tahap penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti
6. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membimbing, memberi umpan balik, arahan, bantuan, serta mengajarkan banyak ilmu dan *insight* yang sangat bermanfaat bagi peneliti selama proses perkuliahan
7. Om Muh. Syahrin Kusuma, Tante Nur Shany, serta keluarga besar lainnya yang dukungan, doa, bimbingan, perhatian serta pengertian yang tidak pernah terputus dari semenjak peneliti baru menginjakkan kaki di Makassar hingga tahap penyelesaian tugas akhir skripsi ini

8. dr. Sri Wahyuni S. Gani, Sp.S dan Tante Syahruni yang memberikan dukungan, membantu dalam pencarian sampel dalam tugas akhir peneliti, dan menjadi penyemangat untuk segera melengkapi jumlah sampel yang sesuai dengan kriteria dalam waktu singkat.
9. Andi Muh. Hanif Abdillah, Yusuf, dan Adik Chairunnisa A.Usman yang senantiasa menguatkan serta memberikan dukungan, nasihat dan kesediaannya untuk mendengarkan keluh kesah peneliti selama menjalani penelitian ini.
10. Nurul Hidayah, Indah Dwi, Rahmi, Adek Titiek, Elma, Gabriela, Danisa, Aulia Rezky, Nur Raniah, Hasneni, Diah Paramadani, Aulia Puspa, Amaliyah dan teman-teman CLOSURE18 lainnya yang telah kebersamai, memberikan warna kehidupan, dan membantu peneliti dalam berproses dari awal menjadi mahasiswa baru hingga menyelesaikan studi di Prodi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
11. Vanka Alba Ababil dan Esa Balqis Salsabila yang memberikan keceriaan, dukungan, selalu mendoakan, meluangkan waktu untuk saling bertukar cerita, dan memberikan makna bagi peneliti tentang ketangguhan, arti menghargai waktu, dan kesabaran meski terpisahkan oleh jarak, namun berusaha untuk tetap terhubung
12. Kakak dr. Sri Mulia, teman dan kakak KPSDM, Keluarga Besar M2F yang senantiasa mendoakan, memberikan arahan, dukungan, dan menjadi wadah untuk peneliti bertumbuh, juga membantu dalam pencarian responden penelitian ini
13. Pihak responden yang telah bersedia membantu serta menjadi bagian dari proses penelitian dan penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti



14. Pihak lainnya yang telah memberikan banyak bantuan, dan berjasa dalam proses perkuliahan serta penyelesaian tugas akhir skripsi peneliti yang belum sempat dituliskan satu persatu

15. *Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank me for believing in me. I wanna thank me for doing all this hard work. I wanna thank me for having no days off and I wanna thank me for never quitting* selama berproses menjadi mahasiswa.

Semoga segala bantuan, bimbingan, ilmu, serta dukungan yang diberikan kepada peneliti bernilai sebagai ibadah di sisiNya, *Aamiin*.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, sangat terbuka untuk menerima masukan, kritikan, atau saran yang konstruktif guna membangun dan meningkatkan penelitian ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan *insight* dan bermakna bagi pembaca. Terima kasih.

Makassar, Maret 2023

Jihan Nabilla Luthfiah

## ABSTRAK

Jihan Nabilla Luthfiah, C021181337, Hubungan *Perceived Social Support* dengan *Family Caregiver* (Studi pada *Family Caregiver* Pasien *Stroke*), *Skripsi*, Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, 2023.

xvi + 93 halaman, 17 lampiran.

*Stroke* memberikan beban ganda baik untuk penderita maupun untuk keluarga, keluarga menjadi sistem yang sangat dekat dengan pasien *stroke*, *family caregiver* dinilai penting dalam penyembuhan *pasca stroke*. *Family caregiver* ini diharapkan dapat optimal dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya. Namun pada faktanya, *family caregiver* mengalami beberapa beban tertentu salah satunya *caregiver burden*. Maka untuk mengatasi masalah tersebut dibutuhkan *social support* dalam menjalani aktivitasnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional. Responden penelitian berjumlah 100 *family caregiver primer* dan *family caregiver sekunder* dengan usia minimal 18 tahun, sedang merawat pasien *stroke* yang menjalani masa rehabilitasi pada 12 bulan pertama dan/atau terserang *stroke* pertama tahun 2022 yang berdomisili di Sulawesi Selatan yang diperoleh berdasarkan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) dan Skala *Zarit Burden Interview*. Hasil penelitian menunjukkan nilai koefisien korelasi *perceived social support* dengan *caregiver burden* sebesar -0,209 dengan nilai signifikansi 0,037. Hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*.

**Kata kunci** : *Caregiver Burden, Family Caregiver, Pasien Stroke, Perceived Social Support.*

Daftar Pustaka, 89 (1980-2023)

## **ABSTRACT**

Jihan Nabilla Luthfiah, C021181337, The Relationship Between Perceived Social Support and Family Caregiver (Study on Family Caregiver of Stroke Patient), Thesis, Psychology Study Program, Faculty of Medicine, Hasanuddin University Makassar, 2023.

xvi + 93 pages, 17 appendix.

Stroke provides extra burden for both the patient and the family, the family is a system that is very close to stroke patients, and family caregivers are considered important in post-stroke recovery. This family caregiver is expected to be optimal in carrying out their roles and responsibilities. But in reality, family caregivers experience certain burdens, one of which is the burden of caregivers. So to solve this problem social support is needed in carrying out their activities. This study aims to find out whether there is a relationship between perceived social support and caregiver burden on family caregiver of stroke patient. This research is a correlational quantitative study. The respondents to the study totaled 100 primary family caregivers and secondary family caregivers with a minimum age of 18 years, currently caring for stroke patients who are undergoing the first 12 months of rehabilitation and/or having their first stroke in 2022 who are domiciled in South Sulawesi. obtained by purposive sampling technique. The instruments used are the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) dan Zarit Burden Interview Scale. The results showed the value of the correlation coefficient of perceived social support and caregiver burden is  $-0,209$  with significance value is  $0,037$ . These results show that there is a relationship between perceived social support and caregiver burden on family caregiver of stroke patient.

**Keyword** : Caregiver Burden, Family Caregiver, Perceived Social Support, Stroke Patient.

Bibliography, 89 (1980-2023)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Penelitian .....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	9
1.4.2 Manfaat Praktis .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep <i>Family Caregiver</i> .....	10
2.1.1 Definisi <i>Family Caregiver</i> .....	10
2.1.2 Peran <i>Family Caregiver</i> .....	11
2.1.3 Tipe-tipe <i>Family Caregiver</i> .....	12
2.1.4 Tugas dan Fungsi <i>Family Caregiver</i> .....	13
2.1.5 Dampak Menjadi <i>Family Caregiver</i> Pasien <i>Stroke</i> .....	14
2.2 <i>Caregiver Burden</i> .....	15
2.2.1 Definisi <i>Caregiver Burden</i> .....	15
2.2.2 Jenis-jenis <i>Caregiver Burden</i> .....	16
2.2.3 Dimensi <i>Caregiver Burden</i> .....	17
2.2.4 Faktor yang Memengaruhi <i>Caregiver Burden</i> .....	20
2.3 <i>Social Support</i> .....	27
2.3.1 Definisi <i>Social Support</i> .....	27
2.3.2 Bentuk <i>Social Support</i> .....	27
2.3.3 Faktor yang Memengaruhi <i>Social Support</i> .....	28
2.4 <i>Perceived Social Support</i> .....	29
2.4.1 Definisi <i>Perceived Social Support</i> .....	29
2.4.2 Dimensi <i>Perceived Social Support</i> .....	30
2.4.3 Fungsi <i>Perceived Social Support</i> .....	31

2.5 Konsep Pasien <i>Stroke</i> .....	32
2.5.1 Dampak <i>Stroke</i> Bagi Pasien <i>Stroke</i> .....	32
2.6 Hubungan <i>Perceived Social Support</i> dengan <i>Caregiver Burden</i> Pada <i>Family Caregiver</i> Pasien <i>Stroke</i> .....	33
2.7 Kerangka Konseptual.....	37
2.8 Hipotesis Penelitian.....	39
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>40</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	40
3.2 Desain Penelitian.....	40
3.3 Variabel Penelitian.....	40
3.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	41
3.4.1 <i>Perceived Social Support</i> .....	41
3.4.2 <i>Caregiver Burden</i> .....	41
3.5 Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
3.5.1 Populasi.....	41
3.5.2 Sampel.....	42
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	44
3.6.1 Instrumen Penelitian.....	44
3.6.1.1 Skala <i>Perceived Social Support</i> .....	44
3.6.1.2 Skala <i>Caregiver Burden</i> .....	45
3.6.2 Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	45
3.6.2.1 Validitas Alat Ukur.....	45
3.6.2.2 Reliabilitas Alat Ukur.....	46
3.7 Teknik Analisis Data.....	46
3.7.1 Analisis Deskriptif.....	46
3.7.2 Uji Asumsi.....	47
3.7.2.1 Uji Normalitas.....	47
3.7.2.2 Uji Linearitas.....	47
3.7.3 Uji Hipotesis.....	48
3.8 Prosedur Penelitian.....	48
3.9 <i>Timeline</i> Rencana Penelitian.....	49
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
4.1 Data Demografi Responden Secara Umum.....	50
4.2 Analisis Deskriptif Variabel.....	52
4.2.1 <i>Perceived Social Support</i> .....	52
4.2.1.1 Profil Responden Berdasarkan Tiap Dimensi Variabel <i>Perceived Social Support</i> .....	54
4.2.1.2 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Jenis Kelamin.....	56
4.2.1.3 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Penghasilan.....	57
4.2.1.4 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Hubungan Keluarga <i>Caregiver</i> dengan Pasien <i>Stroke</i> .....	58
4.2.1.5 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Peran <i>Family Caregiver</i> .....	59

4.2.1.6	Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Lama Waktu Merawat Pasien <i>Stroke</i> .....	60
4.2.1.7	Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Pasien Peserta BPJS .....	61
4.2.2	<i>Caregiver Burden</i> .....	61
4.2.2.1	Profil Responden Berdasarkan Tiap Dimensi Variabel <i>Caregiver Burden</i> .....	63
4.2.2.2	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Jenis Kelamin .....	65
4.2.2.3	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Penghasilan .....	66
4.2.2.4	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Hubungan Keluarga <i>Caregiver</i> dengan Pasien <i>Stroke</i> .....	67
4.2.2.5	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Peran <i>Family Caregiver</i> ... ..	68
4.2.2.6	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Lama Waktu Merawat Pasien <i>Stroke</i> .....	69
4.2.2.7	Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Pasien Peserta BPJS .....	<b>70</b>
4.3	Uji Hipotesis.....	70
4.3.1	Uji Normalitas .....	70
4.3.2	Uji Linearitas.....	71
4.3.3	Analisis Uji Korelasi.....	71
4.4	Simpulan Hasil Penelitian.....	72
4.5	Pembahasan.....	73
4.6	Limitasi Penelitian.....	83
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>84</b>
5.1	Kesimpulan .....	84
5.2	Saran .....	84
5.2.1	Bagi Keluarga.....	84
5.2.2	Bagi <i>Caregiver</i> .....	84
5.2.3	Bagi Praktisi Psikologi.....	85
5.2.4	Bagi Peneliti Selanjutnya .....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>86</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>94</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual .....	37
Gambar 4.1 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> .....	53
Gambar 4.2 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Dimensi Dukungan <i>Significant Others</i> , Dukungan Keluarga, dan Dukungan Teman....	55
Gambar 4.3 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Jenis Kelamin .....	56
Gambar 4.4 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Penghasilan .....	57
Gambar 4.5 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Hubungan Keluarga <i>Caregiver</i> dengan Pasien <i>Stroke</i> .....	58
Gambar 4.6 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Peran <i>Family</i> <i>Caregiver</i> .....	59
Gambar 4.7 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Lama Waktu Merawat Pasien <i>Stroke</i> .....	60
Gambar 4.8 Tingkat <i>Perceived Social Support</i> Berdasarkan Pasien Peserta BPJS .....	61
Gambar 4.9 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> .....	62
Gambar 4.10 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> berdasarkan Dimensi Ketegangan Pribadi, Ketegangan Peran, dan Perasaan Bersalah .....	64
Gambar 4.11 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Jenis Kelamin.....	65
Gambar 4.12 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Penghasilan.....	66
Gambar 4.13 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Hubungan Keluarga <i>Caregiver</i> dengan Pasien <i>Stroke</i> .....	67
Gambar 4.14 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Peran <i>Family Caregiver</i> .	68
Gambar 4.15 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Lama Waktu Merawat Pasien <i>Stroke</i> .....	69
Gambar 4.16 Tingkat <i>Caregiver Burden</i> Berdasarkan Pasien Peserta BPJS.....	70

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Blueprint Skala <i>Perceived Social Support</i> .....	44
Tabel 3.2 Blueprint Skala <i>Caregiver Burden</i> .....	45
Tabel 3.3 <i>Timeline</i> Rencana Penelitian.....	49
Tabel 4.1 Tabel Distribusi Responden Berdasarkan Data Demografi (N=100)...	50
Tabel 4.2 Deskriptif Statistik <i>Perceived Social Support</i> .....	52
Tabel 4.3 Kategorisasi Variabel <i>Perceived Social Support</i> .....	52
Tabel 4.4 Deskriptif Statistik <i>Perceived Social Support</i> Tiap Dimensi.....	54
Tabel 4.5 Kategorisasi Dimensi Variabel <i>Perceived Social Support</i> .....	54
Tabel 4.6 Deskriptif Statistik <i>Caregiver Burden</i> .....	61
Tabel 4.7 Kategorisasi Variabel <i>Caregiver Burden</i> .....	62
Tabel 4.8 Deskriptif Statistik <i>Caregiver Burden</i> Tiap Dimensi.....	63
Tabel 4.9 Kategorisasi Kategorisasi Dimensi Variabel <i>Caregiver Burden</i> .....	64
Tabel 4.10 Hasil Uji Normalitas <i>One Sample Kolmogorov-Smirnov Test</i> .....	71
Tabel 4.11 Hasil Uji Linearitas ANOVA.....	71
Tabel 4.12 Hasil Uji Korelasi <i>Pearson Correlation</i> .....	72



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 – Skala Penelitian .....	95
Lampiran 2 – Uji Validitas Alat Ukur .....	104
Lampiran 3 – Uji Reliabilitas Alat Ukur .....	106
Lampiran 4 – Uji Asumsi .....	109
Lampiran 5 – Uji Hipotesis .....	110
Lampiran 6 – Surat Izin Penelitian .....	111

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Stroke* atau dalam istilah medis disebut sebagai *cerebrovascular accident* (CVA) merupakan penyakit kerusakan otak akibat kurangnya aliran darah yang membawa oksigen ke otak karena tersumbat atau pecah pembuluh darah. *Stroke* merupakan *syndrome* yang terdiri dari gejala dengan hilangnya fungsi sistem saraf pusat yang berkembang secara cepat (Johnson *et al.*, 2016). Berdasarkan hasil data Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan (2021) pada tahun 2020 terdapat 67,6% kasus *stroke* di Sulawesi Selatan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Menurut WHO (dalam Johnson *et al.*, 2016) *stroke* ini merupakan penyakit dengan angka kematian tertinggi kedua di dunia, dan penyakit ketiga yang menyebabkan kecacatan.

Serangan *stroke* yang dialami oleh pasien berdampak pada penurunan fungsi gerak tubuh dan menimbulkan ketidakmandirian pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, baik di lingkungan rumah maupun masyarakat. Alaszewski *et al.* (2003) mengemukakan bahwa penyakit *stroke* ini dapat menyebabkan banyak perubahan besar baik dalam fisik, psikis dan hubungan sosialnya. Pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien *stroke* sangat bergantung dengan individu di sekitarnya dan hal ini dilakukan secara terus menerus (*dependen*) dengan bantuan *caregiver* baik perawat maupun keluarga sendiri.

Pasien *stroke* memerlukan perawatan jangka panjang di rumah dan kualitas hidup pasien akan baik jika mendapat perawatan serta dukungan yang tepat dari *caregiver*. *Caregiver* maupun anggota keluarga menjadi pengambil keputusan

perawatan pasien *stroke* saat menjalani perawatan jangka panjang. Keterlibatan *caregiver* dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien *stroke* tersebut yang kemudian akan menjadi beban ganda baik untuk pasien dan keluarga yang merawat pasien *stroke* (Agianto & Setiawan, 2017).

Keluarga dipandang sebagai sebuah sistem yang sangat dekat dengan pasien *stroke* dan sangat berperan dalam memberikan kebutuhan perawatan diri pasien. Friedman, Bowden dan Jones (2010) menyatakan bahwa tugas keluarga dalam kesehatan salah satunya adalah merawat anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan. Apabila salah satu anggota keluarga menderita gangguan kesehatan, maka keluarga yang lain secara otomatis mengemban peran sebagai *caregiver*. *Caregiver* merupakan seseorang yang memberikan bantuan pada individu yang sedang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit atau keterbatasan lain yang diderita baik oleh pasangan, anak, menantu, saudara, teman maupun hubungan kekerabatan lainnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pahria, Sari dan Isnawati (2019) menunjukkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien *stroke* pada umumnya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Hal ini sejalan dengan budaya masyarakat Indonesia yang mayoritas memandang bahwa ibu rumah tangga bertugas mengurus kebutuhan keluarga termasuk juga dalam memberikan perawatan terhadap orang sakit.

*Caregiver* dapat dipahami sebagai individu termasuk keluarga, teman atau yang memiliki hubungan lain dimana individu tersebut memberikan perawatan dan dukungan secara fisik, praktis, serta emosional terhadap individu lain yang memerlukan bantuan (Kramer-Kile & Osuji, 2013). Sheets dan Mahoney-Gleason (2010) menyebutkan bahwa *caregiver* terbagi menjadi dua jenis yaitu *caregiver*

formal dan informal. *Caregiver* formal merupakan individu yang menerima penghasilan atas semua tugas yang dilakukannya sebagai *caregiver*. Sedangkan *caregiver* informal merupakan *caregiver* yang pada umumnya tidak menerima penghasilan atas apa yang ia lakukan kepada orang lain dan memberikan bantuannya karena memiliki hubungan kekerabatan. *Caregiver* informal ini disebut juga sebagai *family caregiver*.

*The Change Foundation* (dalam Tapp Mc-Dougall, 2020) juga mendefinisikan bahwa *family caregiver* sebagai anggota keluarga, teman, atau tetangga yang memberikan perawatan untuk seseorang tanpa imbalan karena kelemahan, kebutuhan akan perawatan, sakit jangka panjang, pemulihan jangka panjang baik dari kecelakaan, cacat fisik atau mental maupun gangguan terkait usia. *Family Caregiver* memiliki peran dan tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan pasien *stroke*. Menurut *Alliance for Caregiver* (2011) menyatakan bahwa *family caregiver* bertanggung jawab untuk memberikan dukungan fisik, emosional dan dukungan finansial kepada orang lain yang tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat. Fungsi dari *family caregiver* adalah menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter, memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian, serta membantu pasien dalam mengambil keputusan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Setyoadi *et al.* (2018) menunjukkan adanya hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien *stroke* dalam menjalani rehabilitasi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Jannah *et al.* (2020) menyatakan bahwa peran anggota keluarga sangat penting dan sangat berpengaruh selama memberikan dukungan serta melakukan perawatan diri (*self-care*) terhadap pasien, apabila diterapkan secara efektif dan tepat dapat membantu mengurangi beban selama proses pemulihan

pasien *pasca stroke*. Pasien *stroke* akan merasa termotivasi dan semangat menjalankan aktivitas ketika keluarga selalu optimis dalam mendukung pasien *stroke* agar pulih kembali. Daulay (2016) menambahkan bahwa manajemen pasien tergantung pada *family caregiver* yang berperan optimal, sehat, serta dipersiapkan dengan baik dan terlatih. *Family caregiver* perlu berhati-hati saat mendengarkan kebutuhan, kekhawatiran pasien, dan merespon secara positif pasien *stroke*. Selanjutnya pasien *stroke* yang mendapatkan perawatan secara efektif dari *family caregiver* juga akan memberikan dampak signifikan terhadap kesehatan fisik maupun mental pasien. Maka dapat disimpulkan bahwa dukungan yang diberikan oleh *family caregiver* dinilai penting dalam rehabilitasi pasien *stroke*.

*Family caregiver* memiliki beban tersendiri saat merawat pasien *stroke* karena keterbatasan dalam menjalani perannya. Beban yang dialami oleh *family caregiver* merupakan keadaan psikologis yang timbul dari kombinasi tekanan fisik, emosi, sosial, maupun finansial. Misalnya *family caregiver* mengalami keterbatasan dalam hal keuangan akibat banyaknya biaya pengobatan anggota keluarga yang sakit (Rha *et al.*, 2015). Beban yang dirasakan oleh *family caregiver* disebabkan karena pemberian perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Asniar *et al.* (2010) menunjukkan bahwa *family caregiver* memiliki beban tinggi dalam merawat pasien yaitu beban psikologis yang diidentifikasi melalui karakteristik verbal seperti *stress*, menangis, rasa bersalah, serta perubahan emosi pasien yang sering marah. Beban fisik dapat dilihat dari ekspresi ungkapan rasa lelah, jenuh dan capek. Beban yang dialami *family caregiver* memengaruhi kesehatan *family caregiver* yang menyebabkan adanya gangguan tidur, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, dan tekanan darah tinggi

(Pratiwi, 2018). Beban sosial dalam penelitian Asti, Novanrinanda & Sumarsih (2021) menunjukkan bahwa *family caregiver* mengalami hambatan dalam kehidupan sosial, yakni mendapatkan tekanan karena beban dan tanggung jawab selama merawat, serta tidak ada waktu untuk melakukan aktivitas bekerja maupun waktu bersama keluarga. Beban finansial dialami oleh *family caregiver* karena peningkatan kebutuhan yang diikuti dengan berkurangnya penghasilan akibat perubahan peran dalam keluarga (Yuniarsih, 2009). Apabila beban *family caregiver* tidak mampu diatasi dengan baik, maka hal tersebut akan berdampak pada *family caregiver* dalam menjalani peran hidupnya yang disebut dengan *caregiver burden*.

*Caregiver burden* merupakan kondisi dimana *family caregiver* merasakan masalah baik secara fisik, psikologis, maupun sosial dan menjadi dampak negatif yang dialami *family caregiver* dalam merawat keluarga yang mengalami keterbatasan. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurjannah dan Setyopranoto (2018) yang menyatakan bahwa keluarga yang menjadi *family caregiver* pasien *stroke* mengalami *caregiver burden*. Rafiyah dan Sutharangsee (2011) mendefinisikan *caregiver burden* sebagai dampak negatif yang dialami *caregiver* saat merawat orang yang mengalami gangguan/keterbatasan. Adapun yang menjadi faktor determinan dari *caregiver burden* ini adalah *activity daily living* pasien *stroke* yang semakin bergantung kepada orang lain dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari dan durasi merawat pasien *stroke*, sehingga *family caregiver* memiliki keterbatasan waktu, tenaga serta perhatian yang kemudian menyebabkan *family caregiver* mengalami *caregiver burden* (Karunia, 2016; Rafiyah & Sutharangsee, 2011).

Keadaan *caregiver burden* secara terus menerus akan berdampak pada pemenuhan rehabilitasi pasien *stroke*. *Caregiver burden* yang dirasakan pada *family caregiver* akan memengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien, hal ini dikarenakan *family caregiver* tidak memiliki dasar keilmuan yang cukup dalam menangani maupun merespon situasi yang dihadapinya (Kulkarni *et al.*, 2014). Selain itu, Dennis *et al.* (1998) menyatakan bahwa emosi yang muncul karena *caregiver burden* juga berdampak pada kondisi emosional pasien. Emosi tersebut dinyatakan dalam cemas maupun depresi pada *family caregiver* dan berhubungan erat dengan keadaan emosional *pasien stroke*.

Werdani (2018) juga menambahkan bahwa ketika dalam menjalani perawatan yang dilakukan oleh *family caregiver* secara terus menerus tanpa diimbangi dengan relaksasi menyebabkan *family caregiver* menjadi jenuh dan beban hidup terasa lebih meningkat, sehingga *caregiver burden* juga akan meningkat. Oleh karena itu, *family caregiver* diharapkan mampu berperan secara optimal dalam memberikan perawatan kepada pasien *stroke* dan *caregiver burden* dapat diatasi. Salah satu cara untuk mengatasi *caregiver burden* yang dihadapi oleh *family caregiver* adalah *social support*. *Social support* yang diberikan dapat membantu individu dalam mengontrol berbagai respon emosional pada suatu kondisi negatif (Taylor, 2012). Adanya dukungan orang-orang sekitar menjadikan *family caregiver* lebih kuat, sehingga mampu dalam menjalani perannya (Ariska, Handayani, & Hartati, 2020). Hal tersebut juga didukung hasil penelitian oleh Ali dan Kausar (2016) yang menyebutkan bahwa *social support* menjadi salah satu faktor pendukung dalam menangani *caregiver burden* yang dihadapi oleh *family caregiver* pasien *stroke*.

*Social support* menurut Sarafino (2011) merupakan tersedianya orang lain maupun kelompok yang memberikan rasa nyaman, perhatian, penghargaan ataupun menawarkan bantuan terhadap individu. Berbagai jenis *social support* yang telah diberikan akan memengaruhi *family caregiver* mengatasi *caregiver burden* ini tergantung dengan bagaimana *family caregiver* tersebut memersepsikan *social support* yang telah diterima. Persepsi dalam menerima *social support* ini disebut sebagai *perceived social support*.

Aprianti (2012) mendefinisikan *perceived social support* sebagai ada atau tidaknya *social support* yang hanya dapat ditentukan oleh bagaimana penerima sumber daya memersepsikan *social support* sebagai dukungan atau bukan dukungan. Sederhananya, *perceived social support* merupakan penerimaan dukungan yang dirasakan oleh individu yang memersepsikan bahwa dirinya memperoleh *social support* baik oleh keluarga, teman maupun kerabat. *Perceived social support* sangat diperlukan oleh *family caregiver* agar dapat menjalankan aktivitas secara maksimal dengan meminimalisir potensi *caregiver burden* yang muncul saat memberikan perawatan.

Penelitian terkait *perceived social support* yang dilakukan oleh Mattson dan Hall (2011) menemukan bahwa *perceived social support* ini memiliki dampak yang lebih signifikan terhadap penerima *social support* karena *perceived social support* merujuk pada perasaan individu bahwa dukungan memang telah diberikan dan dukungan tersebut diperlukan atau sudah cukup. *Perceived social support* juga memiliki efek yang positif pada *caregiver burden family caregiver*. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lai dan Thomson (2011) bahwa *perceived social support* merupakan faktor yang penting dalam mengurangi *caregiver burden*, dengan memberikan semangat, perhatian, dukungan finansial



maupun material, *family caregiver* mampu menggerakkan sumber-sumber psikologis dalam menangani masalahnya. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa *perceived social support* yang dimiliki oleh *family caregiver* dapat memengaruhi *caregiver burden*, khususnya pada *family caregiver* pasien *stroke*.

Berdasarkan uraian di atas dapat dipahami bahwa penyakit *stroke* memberikan beban ganda baik untuk penderita maupun untuk keluarga, keluarga menjadi sistem yang sangat dekat dengan pasien *stroke*, *family caregiver* dinilai penting dalam penyembuhan *pasca stroke*. *Family caregiver* ini diharapkan dapat optimal dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya. Namun pada faktanya, *family caregiver* mengalami beberapa beban tertentu salah satunya *caregiver burden*. Maka untuk mengatasi masalah tersebut dibutuhkan *social support* dalam menjalani aktivitasnya. *Social support* ini akan berperan saat *family caregiver* tersebut mampu untuk memersepsikan tentang *social support* yang diberikan, disebut dengan *perceived social support*. *Perceived social support* yang dirasakan oleh *family caregiver* dapat memengaruhi *caregiver burden*, khususnya *caregiver* pasien *stroke*. Permasalahan tersebut membuat peneliti tertarik untuk mengkaji bagaimana hubungan *perceived social support* dengan *caregiver burden* yang dirasakan pada *family caregiver* pasien *stroke*.

## 1.2 Rumusan Penelitian

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji dan memahami hubungan antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi pengembangan ilmu pengetahuan secara teoritis khususnya pada bidang psikologi klinis. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi rujukan selanjutnya untuk para peneliti yang hendak melakukan penelitian terkait *caregiver* pasien *stroke*.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Manfaat praktis dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat serta mampu memberikan informasi dan pemahaman kepada keluarga pasien *stroke* akan pentingnya dukungan sosial dalam mengatasi *caregiver burden*.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Family Caregiver*

##### 2.1.1 Definisi *Family Caregiver*

*Caregiver* merupakan sebutan bagi seseorang yang secara umum merawat dan mendukung individu lain atau pasien yang didampinginya (Awad & Voruganti, 2008). Definisi lain terkait *caregiver* disampaikan oleh Savage dan Bailey (2004) menyatakan bahwa *caregiver* merupakan kerabat, teman atau tetangga yang memberikan dukungan praktis sehari-hari yang tidak dibayar atau individu yang tidak dapat menyelesaikan tugas sehari-harinya. Lopez-Hartmann *et al.* (2012) membedakan *caregiver* ke dalam dua jenis, yaitu formal *caregiver* dan informal *caregiver*. Formal *caregiver* merupakan perawat yang menjadi bagian dari sistem pelayanan kesehatan baik dibayar maupun secara sukarelawan. Informal *caregiver* yaitu individu yang berperan sebagai perawat, namun tidak berprofesi sebagai perawat. *Caregiver* informal biasanya merupakan orang terdekat pasien, seperti keluarga, tetangga atau kerabat yang ingin menjadi *volunteer*. *Caregiver* informal juga biasa disebut sebagai *family caregiver*.

Tapp-McDougall (2020) mendefinisikan *family caregiver* sebagai seseorang yang secara informal merawat dan mendukung anggota keluarga, teman, tetangga, atau individu yang dalam kondisi lemah, sakit maupun cacat yang tinggal di rumah atau di fasilitas kesehatan. *The Change Foundation* (dalam Tapp McDougall, 2020) juga mendefinisikan bahwa *family caregiver* sebagai anggota keluarga, teman, atau tetangga yang memberikan perawatan untuk seseorang tanpa imbalan karena kelemahan, kebutuhan akan perawatan, sakit jangka

panjang, pemulihan jangka panjang baik dari kecelakaan, cacat fisik atau mental maupun gangguan terkait usia. *Family caregiver* didefinisikan sebagai individu yang telah melakukan perawatan selama 12 bulan sebelumnya dan telah memberikan bantuan maupun perawatan kepada seseorang dengan kondisi kesehatan jangka panjang baik cacat fisik atau mental (Turcotte, 2013). Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat diambil kesimpulan bahwa *family caregiver* merupakan seseorang baik keluarga, teman, tetangga yang menjalankan tugasnya untuk memberikan dukungan maupun membantu terhadap kondisi individu yang lemah, sakit jangka panjang, pemulihan jangka panjang sehingga individu tersebut tidak bisa menjalankan tugas sehari-harinya dengan baik.

### **2.1.2 Peran *Family Caregiver***

*Family caregiver* memiliki peran dalam memberikan perawatan pada pasien, dan perawatan pada penyakit kronis terkenal tidak teratur dikarenakan banyak hal yang dilakukan selain dalam penanganan aktivitas sehari-hari, *family caregiver* membantu pasien untuk mendampingi perawatan rehabilitasi di berbagai fasilitas kesehatan. Laki-laki maupun perempuan akan terlibat dalam memberikan perawatan terhadap pasien, namun secara keseluruhan peran perawatan oleh wanita biasanya lebih dominan. Wanita usia-60an merawat pasien yang telah lanjut usia, namun *family caregiver* yang berperan sebagai anak juga memberikan bantuan untuk orang tua mereka sendiri (Taylor, 2012).

*Family caregiver* yang merawat pasien dengan kondisi penyakit *stroke* akan memberikan perawatan jangka panjang secara intens dan *family caregiver* berkontribusi aktif pada masa pemulihan yang berlangsung. Kebutuhan *caregiving* juga meningkat saat *family caregiver* memiliki tanggung jawab untuk hampir setiap

aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh pasien termasuk dalam menyikat gigi, memberikan makan, dan membersihkannya. *Caregiving* yang dilakukan oleh *family caregiver* yang dicintai pasien, secara substansial meningkatkan kualitas hidup pasien yang sakit kronis, karena ketika *family caregiver* membantunya dengan kepercayaan diri, maka pemulihan pasien juga menjadi lebih baik (Taylor, 2012).

*Family caregiver* dinilai sangat penting dalam meningkatkan fungsi, emosional pasien, dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan (Taylor, 2012). Tapp Mc-Dougall (2020) menyatakan bahwa ketika keluarga berperan sebagai *family caregiver* pada umumnya menghargai waktu yang dihabiskan bersama pasien yang mereka rawat, sebagai keluarga yang menjadi *family caregiver* lebih percaya bahwa dengan tindakannya akan meningkatkan kehidupan anggota keluarga, dan pasien akan merasa dihargai atas apa yang dilakukan oleh anggota keluarga.

### **2.1.3 Tipe-tipe *Family Caregiver***

Setiawati (2018) menyebutkan bahwa terdapat berbagai tipe-tipe *family caregiver*, yaitu:

#### **a. *Family caregiver* primer**

*Family caregiver* primer merupakan *caregiver* paling utama yang memiliki tingkat tanggung jawab yang lebih terkait dengan perawatan pasien dan terlibat dalam pengambilan keputusan. *Family caregiver* primer akan merawat anggota keluarga yang sakit secara mandiri atau dengan keluarga yang lain.

#### **b. *Family caregiver* sekunder**

*Family caregiver* sekunder merupakan individu yang bertugas merawat pasien dalam keluarganya dengan tingkatan yang sama dengan *family*

*caregiver* primer, namun memiliki tingkat tanggung jawab yang berbeda. *Family caregiver* sekunder tidak memiliki kewajiban dalam pengambilan keputusan terkait dengan perawatan pasien. *Family caregiver* sekunder memberikan perawatan dengan dibantu oleh *family caregiver* primer.

c. *Family caregiver* tersier

*Family caregiver* tersier merupakan individu yang memiliki sedikit tanggung jawab atau pengambilan keputusan perawatan pasien. Tugas *family caregiver* tersier yaitu seperti berbelanja, membayar tagihan, dan kebutuhan lain yang lebih sedikit bersentuhan dengan pasien. *Family caregiver* tersier ini bisa memberikan perawatan jika *family caregiver* yang lain tidak ada.

#### **2.1.4 Tugas dan Fungsi *Family Caregiver***

Harmoko (2012) menyatakan bahwa keluarga memiliki tugas khususnya dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, antara lain:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu akan tidak berarti dan terkadang kesehatan menjadi seluruh kesehatan sumber daya dan dana keluarga akan habis.

b. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Anggota keluarga perlu untuk mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga itu sendiri.

c. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

d. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar.

### 2.1.5 Dampak Menjadi *Family Caregiver* Pasien *Stroke*

*Family caregiver* yang berperan dalam merawat pasien *stroke* akan merasakan perubahan dalam kehidupan sehari-harinya. Tugas perawatan yang selama bertahun-tahun merawat penderita *stroke* berdampak negatif pada keluarga sebagai *family caregiver* (Kadarwati *et al.*, 2019). Pernyataan tersebut didukung oleh Taylor (2012) yang menyatakan bahwa keluarga merupakan sistem sosial dan apabila terdapat gangguan dalam kehidupan anggotanya akan memengaruhi kehidupan dalam sistem keluarga. Salah satu perubahan utama yang disebabkan oleh penyakit kronis adalah peningkatan ketergantungan individu yang sakit kronis, salah satunya *stroke*. Hal tersebut yang kemudian akan menempatkan tanggung jawab pada anggota keluarga yang lain. Keluarga akan menjadi kurang efektif dalam memberikan dukungan apabila kebutuhan dukungan untuk *family caregiver* sendiri tidak terpenuhi. Ketegangan peran akan muncul sebagai anggota keluarga karena menerima tugas baru dan secara bersamaan menyadari bahwa waktu untuk mengerjakan kegiatan lain semakin sedikit.

*Family caregiver* yang memberikan perawatan pada pasien *stroke* akan lebih berisiko mengalami kesulitan, depresi dan mengalami penurunan kesehatan. *Family caregiver* yang mengalami *stressor* lain dalam kehidupannya akan sangat berisiko besar terhadap penurunan kesehatan mental dan fisik (Taylor, 2012). Kadarwati *et al.* (2019) juga menambahkan dalam penelitiannya bahwa masalah psikologis yang dialami keluarga karena tidak berfungsinya *coping* dalam keluarga akan mengalami *stress* yang berdampak pada kesehatan fisik. Selanjutnya, keluarga juga akan terbebani pada masalah keuangan yang sangat besar karena harus mengeluarkan biaya langsung untuk pengobatan penderita *stroke*, biaya perawatan, kunjungan ke rumah sakit, serta kehilangan produktivitas lainnya.

Taylor (2012) menyatakan bahwa pemberian perawatan pada pasien *stroke* juga dapat meregangkan hubungan antara pasien dengan *family caregiver*. Pasien terkadang tidak selalu menghargai bantuan yang diterima dan membenci kenyataan bahwa mereka membutuhkan bantuan. Namun *family caregiver* akan menjadi lebih baik dalam memberikan perawatan ketika *family caregiver* memiliki penguasaan pribadi yang lebih tinggi dan mampu berkomunikasi secara aktif dengan pasien, serta memiliki keterampilan dalam mengatasi *stress*.

## **2.2 Caregiver Burden**

### **2.2.1 Definisi Caregiver Burden**

*Burden* menurut Rafiyah dan Sutharangsee (2011) adalah masalah fisik, psikologis atau emosional, sosial dan keuangan yang dialami oleh anggota keluarga yang merawat anggota keluarga yang sakit kronis atau cacat. *Burden* dipandang sebagai hasil dari proses yang spesifik, subjektif dan interpretatif (Chou, 2000). Zarit (1982) mendeskripsikan *burden* sebagai hasil interaksi rumit yang dirasakan *caregiver* akibat perubahan kepribadian dan perilaku pasien karena suatu penyakit, pemberian obat yang bijaksana kepada pasien, kemampuan *coping caregiver*, serta *social support* yang tersedia untuk *caregiver*.

Zarit, Reeve dan Bach Peterson (1980) mendefinisikan *caregiver burden* sebagai kondisi dimana pengasuh merasakan emosi, kesehatan fisik, kehidupan sosial dan status keuangan pengasuh sebagai akibat dari merawat individu yang mengalami keterbatasan. Rafiyah dan Sutharangsee (2011) menyatakan bahwa *caregiver burden* merupakan dampak negatif yang dialami *caregiver* saat merawat orang yang mengalami gangguan/keterbatasan. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver burden* merupakan kondisi dimana *caregiver*



merasakan masalah baik secara fisik, psikologis, sosial yang menjadi dampak negatif yang dialami *caregiver* yang merawat individu yang mengalami gangguan/keterbatasan.

### 2.2.2 Jenis-jenis *Caregiver Burden*

*Caregiver burden* terbagi menjadi dua jenis, yaitu :

#### a. Beban objektif *caregiver*

Beban objektif *caregiver* adalah beban yang dapat muncul dari segala kejadian atau aktivitas yang berhubungan dengan peran perawatan sebagai *caregiver* seperti melakukan tugas perawatan sehari-hari termasuk mengantarkan pasien ke dokter serta mengatur perubahan dari kebiasaan pasien (Honea *et al.*, 2008).

Terdapat beberapa tipe beban objektif menurut Hsu *et al.* (2015) yaitu :

#### 1. Masalah keuangan

Permasalahan dalam aspek keuangan yang dialami oleh *family caregiver*, contohnya hambatan atau kehilangan kesempatan untuk bekerja, sumber dana yang kurang dan beban biaya yang digunakan untuk mengobati pasien.

#### 2. Gangguan pada kesehatan fisik

*Family caregiver* pasien *stroke* lebih mementingkan pasiennya dibandingkan dengan dirinya sendiri, sehingga *family caregiver* mempunyai permasalahan kesehatan, seperti kelelahan, dan gangguan tidur yang biasa memperburuk fungsi fisik pada *family caregiver*.

#### 3. Masalah dalam pekerjaan

*Family caregiver* yang merawat pasien *stroke* harus mengubah pola hidupnya untuk mengakomodasi permintaan pasien seperti membatasi waktu luang untuk berkumpul bersama teman dan keluarga lainnya.

#### b. Beban subjektif *caregiver*

Beban subjektif *caregiver* adalah respon psikologis yang dialami karena perannya dalam merawat klien *stroke* (Honea *et al.*, 2008). Beban subjektif merupakan dampak langsung dari beban objektif yang dilakukan terhadap pengasuh. Terdapat tiga indikator dari beban subjektif ini adalah; kelebihan peran, yaitu menjadi terkuras secara fisik dan emosional oleh aktivitas perawatan pasien; penahanan peran, merasa terjebak oleh tanggung jawab seseorang; dan terbatasnya hubungan sosial dengan orang lain (Zarit & Edwards, 2008).

Beban subjektif juga termasuk reaksi emosional karena perannya sebagai *family caregiver*, seperti mempunyai rasa khawatir, cemas, tertekan, frustrasi, rasa bersalah, marah dan perubahan emosional lainnya. Beban subjektif yang dialami *family caregiver* yang berhubungan langsung dengan beban objektif yang terjadi (Honea *et al.*, 2008). Keadaan ini akan memberikan penilaian negatif dari situasi perawatan dan dapat mengancam kesehatan fisik, psikologis, emosional, dan fungsional pengasuh. Beban subjektif ini telah dikaitkan dengan kecemasan, depresi, dan efek negatif pada kesehatan fisik (del-Pino-Casado *et al.*, 2018).

#### **2.2.3 Dimensi *Caregiver Burden***

Zarit dan Edwards (2008) mendeskripsikan terkait dimensi penting dari *caregiver burden*, yaitu:

##### 1) *Role strain*

Perawatan yang diberikan oleh *family caregiver* terhadap pasien berpotensi untuk mengganggu peran kehidupan personal *family caregiver* terutama mengganggu hal pekerjaan maupun hubungan *caregiver* dengan keluarga. Penelitian Martire *et al.* (dalam Zarit & Edwards, 2008) membuktikan bahwa wanita yang mengisi peran sebagai istri, ibu, karyawan, dan pengasuh orang tua memiliki

hubungan yang positif dengan kesejahteraan psikologis. Berdasarkan penelitian tersebut dapat dipahami bahwa peran *family caregiver* yang dilakukan secara bersamaan berkaitan erat dengan kondisi psikologis *family caregiver*. *Role strain* pada *family caregiver* dijelaskan dalam tiga bentuk, yaitu:

a. Konflik keluarga

Konflik dengan anggota keluarga lain terkait perawatan pasien cukup umum terjadi. Semple (dalam Zarit & Edwards, 2008) menyatakan bahwa terdapat tiga hal yang menjadi pemicu konflik keluarga. Pertama, tentang penyakit yang dirawat dan cara memberikan perawatan; kedua, tentang bagaimana dan seberapa banyak keluarga memberikan bantuan dan dukungan kepada pasien; ketiga, bagaimana mereka memperlakukan dan membantu *family caregiver*. Pada pemberian perawatan jangka panjang, umumnya lebih banyak krisis konflik keluarga yang dialami, hal ini dikarenakan beberapa keputusan kritis yang menunjukkan bahwa anggota keluarga sering tidak setuju dengan keputusan, maupun meremehkan *family caregiver* primer yang secara langsung memberikan perawatan terhadap pasien. Sumber konflik lainnya yaitu saat posisi anak sebagai *family caregiver* yang merawat orang tua memengaruhi hubungan pernikahan *family caregiver*. Adamson *et al.* (dalam Zarit & Edwards, 2008) menyatakan bahwa kebahagiaan hubungan pernikahan memiliki pengaruh terhadap *caregiver burden*.

b. Gangguan pekerjaan

*Family caregiver* yang bekerja sekaligus memberikan perawatan terhadap pasien *stroke* akan menghadapi tantangan lebih banyak. Prediktor utama konflik antara pekerjaan dan perawatan adalah kesehatan emosional

anggota keluarga lanjut usia, jumlah tugas perawatan oleh *family caregiver*, kehadiran dari anak-anak di rumah. Dan memiliki tanggung jawab perawatan saat memulai pekerjaan. Efek merawat pasien ini memiliki konsekuensi yang signifikan di tempat kerja. *Family caregiver* perlu memutuskan untuk meninggalkan pekerjaan maupun mengatur ulang jadwal dan mengurangi jam kerja karena adanya tanggung jawab memberikan perawatan pada keluarga yang sakit jangka panjang.

c. Gangguan waktu luang dan aktivitas sosial

*Family caregiver* sama seperti individu pada umumnya yang memiliki banyak peran. Salah satu konsekuensi paling sering terjadi dalam merawat individu yang lemah adalah membatasi aktivitas sosial. Pemberian perawatan yang diberikan menuntut *family caregiver* untuk membatasi aktivitas sosial mereka dan *family caregiver* merasa kehilangan sumber *social support*.

2) *Intrapsychic strain*

Ketegangan intrapsikis ini terjadi akibat kecenderungan *family caregiver* yang tenggelam dalam melaksanakan perannya sehingga mereka kehilangan kesadaran diri. Memberikan perawatan menjadi proses yang menghabiskan banyak waktu, terjadi pengikisan konsep diri, keadaan ini akan memperburuk kesejahteraan *family caregiver* secara keseluruhan dan berdampak negatif pada pemberian perawatan. Lawton *et al.* (dalam Zarit & Edwards, 2008) menyatakan bahwa perawatan pasien dalam keluarga juga dapat berkontribusi secara positif untuk konsep diri. Hal ini terjadi ketika *family caregiver* merasa mereka berhasil dan kompeten melaksanakan kewajiban penting dan merasa telah memperoleh beberapa pengalaman berharga dari melakukannya.

Siebert *et al.* (2010) dalam penelitiannya mengadaptasi alat ukur *Zarit Burden Interview* dan mengembangkan *caregiver burden* ke dalam beberapa bentuk dimensi, antara lain:

a. Ketegangan pribadi

Ketegangan pribadi mencerminkan pada respons emosional yang kuat seperti kecemasan, perasaan tidak nyaman, perasaan marah, dan ketegangan yang dialami oleh *family caregiver*.

b. Ketegangan peran

Ketegangan peran yaitu mencerminkan perasaan bahwa pasien memiliki ketergantungan pada *caregiver*, kehidupan sosial *family caregiver* menjadi terganggu, serta *family caregiver* kehilangan kendali dalam hidupnya sendiri karena memberikan perawatan,

c. Perasaan bersalah

Perasaan bersalah yang dialami *family caregiver* yaitu merasa seyogianya dapat melakukan pekerjaan atau memberikan perawatan yang lebih baik.

#### **2.2.4 Faktor yang Memengaruhi *Caregiver Burden***

Penelitian Ariska *et al.* (2020) menemukan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi *caregiver burden* dalam merawat keluarga yang mengalami *stroke*, yaitu:

1) Usia *family caregiver*

Usia *family caregiver* dalam penelitian Ariska *et al.* (2020) yang merawat pasien *stroke* paling banyak adalah usia dewasa (26-45 tahun). *Family caregiver* yang berusia dewasa dianggap cukup matang dalam pengalaman hidup, bijaksana dalam mengambil keputusan, dan berpikir rasional serta

mampu mengendalikan emosi serta toleran terhadap orang lain (Santrock, 2010).

## 2) Jenis kelamin

Mayoritas *family caregiver* yang merawat anggota keluarga *stroke* adalah perempuan. Berbagai macam faktor menjadi alasan mengapa perempuan menjadi mayoritas dalam merawat anggota keluarga *stroke*, salah satunya adalah norma dan budaya di masyarakat Indonesia. Di Indonesia peran perempuan adalah mengurus rumah tangga dan merawat anggota keluarga. Sedangkan peran laki-laki yaitu mencari nafkah sehingga dalam hal ini perempuan lebih banyak berperan.

*Caregiver burden* dapat juga dipengaruhi oleh peran sosial dan hormonal. Pada peran sosial, perempuan merupakan *family caregiver* utama dan paling dominan dibandingkan laki-laki. Pada peran hormonal, hormone oksitosin memberikan pengaruh dalam *distress*. Saat merawat pasien *stroke*, perempuan akan mengalami *stress* karena hormon yang harusnya dapat meningkat namun secara bersamaan harus menyalurkan perhatian terhadap pasien *stroke* (Rafiyah & Sutharangsee, 2011).

## 3) Pendidikan

Erwina *et al.* (dalam Ariska, 2020) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan *family caregiver* maka akan semakin mudah pula menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimilikinya semakin banyak. *Family caregiver* dengan pengetahuan yang tinggi cenderung memiliki persepsi positif terkait merawat anggota keluarga yang sakit, berbeda dengan pengetahuan yang rendah *family caregiver* akan merasakan *distress*

emosional terkait kurangnya pengetahuan dan ketidak pahaman terkait masalah yang dihadapi.

#### 4) Pekerjaan

*Family caregiver* yang bekerja mereka memiliki kegiatan pengalihan disamping merawat pasien dan tentunya akan mendapatkan penghasilan sehingga akan mengurangi beban ekonomi dalam merawat anggota keluarga *stroke*. Sebaliknya, *family caregiver* yang tidak bekerja cenderung memiliki beban ekonomi yang besar kehidupan sosial yang terbatas, dan beranggapan peran yang berbeda dalam proses perawatan sehingga beban yang dirasakan akan meningkat.

#### 5) Penghasilan

Penghasilan menjadi salah satu faktor *caregiver burden*. Pendapatan yang rendah dapat mengakibatkan beban yang tinggi dalam hal finansial pada *family caregiver*. Semakin rendah penghasilan individu dapat memengaruhi individu untuk memperoleh informasi tentang status kesehatan dan keterbatasan biaya yang menjangkau fasilitas kesehatan di masyarakat baik media informasi ataupun pusat pelayanan kesehatan

#### 6) Status pernikahan

Erwina *et al.* (dalam Ariska, 2020) menyatakan bahwa *family caregiver* yang memiliki status telah menikah memiliki peran ganda yaitu mengurus rumah tangga dan merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini tentu menimbulkan beban yang sangat berat bagi *family caregiver* karena berusaha untuk melaksanakan tugas itu semua secara optimal. Selain itu, hubungan pernikahan yang tidak harmonis atau bermasalah akan menyebabkan *stress* pada *family caregiver*.

#### 7) Hubungan keluarga

Hubungan *family caregiver* dengan pasien *stroke* dalam penelitian Ariska (2020) menyatakan bahwa mayoritas memiliki hubungan sebagai anak. Riasmini, Sahar dan Resnayati (2013) menyatakan bahwa salah satunya nilai budaya yang menjunjung tinggi pengabdian terhadap orang tua masih berlaku pada masyarakat Indonesia. Orang tua memiliki kedudukan dan peranan penting dalam keluarga karena memiliki kelebihan dan pengalaman yang luas. *Caregiver burden* yang dirasakan lebih berat pada individu yang memiliki hubungan langsung dengan pasien. Ariska *et al.* (2020) menyebutkan bahwa hubungan sebagai pasangan (suami/istri) dalam suatu perkawinan salah satunya ditandai oleh adanya saling ketergantungan dari masing-masing pasangannya, sikap dan kondisi emosional yang negatif dalam perkawinan dapat mempengaruhi beban dalam perawatan pasien.

#### 8) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental. Adanya dukungan orang-orang sekitar menjadikan *family caregiver* lebih kuat sehingga mampu dalam menjalani perannya. *Social support* dalam keluarga sangat diperlukan oleh *family caregiver* agar dapat menjalankan aktivitasnya secara maksimal dengan meminimalisir potensi *stress* yang muncul saat perawatan. Nugraha (dalam Ariska *et al.*, 2020) menyatakan bahwa *family caregiver* yang memiliki dukungan keluarga yang tinggi akan menjadikan *family caregiver* optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini maupun di masa yang akan mendatang karena lebih terampil dalam memenuhi kebutuhan psikologis dan tingkat



kecemasan yang rendah, dan memiliki kemampuan untuk mencapai apa yang diinginkan.

9) Waktu perawatan yang dihabiskan per hari

Semakin banyak waktu yang dihabiskan dengan anggota keluarga yang sakit, semakin banyak beban objektif yang dirasakan oleh *family caregiver*. Ketika *family caregiver* menghabiskan lebih banyak waktu dengan anggota keluarga mereka yang sakit, mereka mungkin memiliki waktu yang lebih sedikit untuk diri mereka sendiri. Akhirnya berdampak pada *caregiver burden* dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

10) Persepsi subjektif

*Caregiver burden* juga ditentukan dari bagaimana pengasuh menafsirkan permintaan pasien dan bagaimana pengasuh dapat mengatur dan menggunakan sumber daya yang tersedia (Rafiyah & Sutharangsee, 2011).

11) *Coping*

*Family caregiver* yang mempertahankan kehidupan keluarga yang fungsional, optimis dan menjaga *social support* serta harga diri dan memahami kondisi individu secara medis akan lebih mengalami sedikit *caregiver burden*. Pengurangan beban keluarga ditemukan dari waktu ke waktu antara keluarga yang mampu menerapkan strategi *coping* akan kurang dalam *caregiver burden* (Rafiyah & Sutharangsee, 2011).

Selain dari faktor *family caregiver*, Rafiyah & Sutharangsee (2011) menambahkan bahwa faktor *caregiver burden* ini dipengaruhi juga oleh faktor pasien dan faktor lingkungan, yaitu:

1) Faktor pasien

a. Usia

Adanya hubungan antara usia pasien dengan beban *stress* subjektif dan beban permintaan subjektif.

b. Gejala klinis

Gejala klinis memiliki pengaruh pada *caregiver burden*. Beberapa penelitian membuktikan bahwa gejala klinis merupakan prediktor *caregiver burden*. Faktor yang memengaruhi *caregiver burden* adalah keparahan gejala pasien. Gejala akibat penyakit berhubungan dengan gangguan fungsi kesehatan yang memengaruhi perilaku dan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini mengakibatkan ketergantungan pasien terhadap *family caregiver*. Pada kasus penyakit parah, *family caregiver* mungkin merasa terbebani dalam perawatan karena karakteristik penyakit pasien dan penyakit yang membutuhkan perawatan dengan jangka panjang.

c. Keterbatasan dalam kehidupan sehari-hari.

Gangguan fungsi sosial pasien berhubungan dengan tingkat keparahan beratnya penyakit, seperti gangguan perilaku pasien dan lama penyakit yang mengakibatkan ketergantungan pasien pada *family caregiver* untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan memiliki keterbatasan waktu, tenaga serta perhatian *family caregiver*.

## 2) Faktor lingkungan

### a. Pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya.

Pemanfaatan layanan kesehatan masyarakat mengurangi *caregiver burden*. Pasien dengan peningkatan fungsi kesehatan akan meningkatkan kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Peningkatan fungsi kesehatan berhubungan dengan penurunan *caregiver burden*.

### b. *Social support*

Persepsi *social support* dan persepsi fungsi keluarga memiliki hubungan negatif dengan *caregiver burden*. Fungsi keluarga yang lebih baik berdampak pada adaptasi yang lebih baik yang berhubungan dengan *coping* yang efektif. *Caregiver burden* meningkat ketika dukungan informal tidak dapat memenuhi kebutuhan *family caregiver*. *Social support* dapat mengurangi beban jika kebutuhan *family caregiver* yang tidak terpenuhi. Pengurangan beban keluarga ditemukan di antara kerabat yang menerima lebih banyak dukungan praktis dari media sosial.

Berdasarkan uraian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver burden* dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni faktor *family caregiver*, pasien *stroke*, dan faktor lingkungan. Adapun faktor yang berasal dari *family caregiver* menurut (Ariska *et al.*, 2020) yaitu usia *caregiver*, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status pernikahan, hubungan keluarga, dukungan keluarga, waktu perawatan yang dihabiskan perhari, persepsi subjektif dan *coping family caregiver*. Faktor pasien *stroke* dan lingkungan dijelaskan oleh Rafiyah & Surharangsee (2011). Adapun faktor pasien *stroke* yaitu usia pasien *stroke*, gejala klinis dan keterbatasan kehidupan sehari-hari. Pada faktor lingkungan terletak pada faktor pelayanan kesehatan dan pemanfaatannya dan dukungan sosial.

## **2.3 Social Support**

### **2.3.1 Definisi Social Support**

*Social support* merupakan tersedianya orang lain atau kelompok yang memberikan rasa nyaman, perhatian dan penghargaan ataupun menawarkan bantuan terhadap individu (Sarafino, 2011). Baron dan Byrne (dalam Irawan, 2009) menyatakan bahwa *social support* diartikan sebagai pemberian rasa nyaman baik secara fisik maupun psikologis atau keluarga kepada individu yang menghadapi masalah. Individu yang memiliki perasaan aman karena mendapatkan dukungan akan lebih efektif dalam menghadapi masalah daripada individu yang mendapat penolakan orang lain.

*Social support* dalam Taylor (2012) adalah informasi dari individu lain bahwa individu dicintai, diperhatikan, dihormati dan dihargai. *Social support* ini juga menjadi bagian dari hubungan komunikasi dan kebutuhan bersama. *Social support* bersumber dari orang tua, pasangan, kerabat, teman, kontak sosial, komunitas atau bahkan dari hewan peliharaan yang setia. Individu yang menerima *social support* yang tinggi mengalami lebih sedikit *stress*, karena mampu mengatasinya dengan lebih baik.

### **2.3.2 Bentuk Social Support**

*Social support* juga dapat dilihat dari berbagai bentuk. Menurut Sarafino (2011) menjelaskan mengenai bentuk *social support*, yaitu :

#### **a. Emotional or esteem support**

Bentuk *social support* ini berkaitan dengan adanya empati, perhatian, kepedulian, dan dukungan yang diberikan oleh orang lain. Dukungan ini memberikan kenyamanan dan menjamin bahwa bantuan individu lain memuat individu tersebut merasa dicintai dan dipedulikan dalam masa-masa sulit.

b. *Tangible or instrumental support*

*Social support* ini melibatkan bentuk bantuan langsung, seperti memberikan materi berupa uang dan barang kepada individu yang membutuhkan bantuan. Dukungan tipe ini efektif untuk mencegah munculnya sebuah masalah dan mampu mengurangi efek dari sebuah masalah yang muncul.

c. *Informational support*

*Social support* bentuk ini memberikan bantuan kepada individu melalui informasi terkait masalah yang dialaminya. Dukungan tersebut dalam diberikan melalui pemberian nasehat, saran, arahan, dan *feedback* mengenai apa yang telah, sedang, dan/atau akan dilakukan individu berdasarkan masalah atau situasi yang dialami.

d. *Companionship support*

*Social support* ini mengacu kepada keberadaan seseorang untuk memberikan waktunya kepada individu yang sedang membutuhkan teman ketika menghadapi masalah.

### **2.3.3 Faktor yang Memengaruhi *Social Support***

Sarafino (2011) menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi *social support*, yaitu:

a. *Potensial recipients of support*

Hal ini menjelaskan bahwa individu akan kesulitan dalam menerima bantuan dari orang lain apabila individu tersebut tidak ramah, enggan untuk membantu, dan tidak menginginkan orang lain mengetahui apa yang dibutuhkannya. Beberapa individu tidak cukup tegas dalam menyatakan bahwa dia membutuhkan bantuan, merasa bahwa individu tersebut seharusnya tidak

bergantung dengan orang lain, tidak mau membebani orang lain, dan tidak tahu kepada siapa harus meminta bantuan.

b. *Potensial providers of support*

Dukungan akan sulit diberikan apabila pemberi dukungan tidak memiliki sumber daya yang dibutuhkan, pemberi dukungan berada di bawah tekanan *stress* dan mereka sedang membutuhkan waktu untuk mengatasi dirinya sendiri terlebih dahulu, atau tidak peka terhadap kebutuhan orang lain.

c. Komposisi dan struktur jaringan sosial (keterampilan sosial)

Hal ini berhubungan dengan koneksi jaringan sosial yang dimiliki oleh individu dengan individu lain seperti keluarga dan teman lingkungan sekitarnya. Hubungan ini dapat bervariasi dalam ukuran (jumlah orang yang sering berhubungan dengan individu), frekuensi hubungan (seberapa sering individu bertemu dengan orang-orang tersebut), komposisi (apakah individu tersebut merupakan anggota keluarga, teman, rekan kerja, dsb) serta kedekatan hubungan.

## **2.4 *Perceived Social Support***

### **2.4.1 Definisi *Perceived Social Support***

Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) menyatakan bahwa *perceived social support* sebagai dukungan yang diterima individu yang didapatkan dari kerabat terdekat. Dukungan yang didapatkan berdasarkan dari keluarga, teman, dan dukungan dari individu penting lainnya yang berada di sekitar individu. Dukungan ini mampu meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi kesulitan yang dihadapinya.

Sarason dalam Aprianti (2012) mendefinisikan *perceived social support* sebagai keyakinan individu bahwa ada *social support* yang tersedia ketika dibutuhkan dan atas dukungan tersebut diidentifikasi melalui sudut pandang subjektif dan mampu diukur. Definisi *perceived social support* lebih mengacu pada penilaian ketersediaan dukungan saat dibutuhkan, penilaian kecukupan dan/atau kualitas hubungan tersebut (del-Pino-Casado *et al.*, 2018). Aprianti (2012) juga menyatakan bahwa *perceived social support* merupakan ada atau tidaknya *social support* yang hanya dapat ditentukan oleh bagaimana penerima sumber daya memersepsikannya sebagai dukungan atau bukan dukungan. Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa *perceived social support* merupakan penerimaan dukungan yang dirasakan oleh individu yang memersepsikan bahwa dirinya memperoleh *social support* baik oleh keluarga, teman atau kerabat terdekatnya.

#### **2.4.2 Dimensi *Perceived Social Support***

Zimet *et al.* (1988) menyatakan bahwa terdapat beberapa gambaran dimensi *perceived social support* sebagai diterimanya dukungan yang diberikan oleh orang terdekat individu, yaitu:

##### **1. Dukungan keluarga**

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh keluarga individu. Dukungan yang dimaksudkan seperti membantu dalam membuat keputusan maupun kebutuhan secara emosional. Indikator dukungan yang diberikan oleh keluarga yaitu merasa nyaman bersama keluarga, bantuan dari keluarga dan adanya perasaan bernilai bagi keluarga.

## 2. Dukungan teman

Dukungan teman yang diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh teman individu. Dukungan yang dimaksudkan yaitu seperti membantu dalam kegiatan sehari-hari ataupun bantuan dalam bentuk lainnya. Indikator dukungan yang diberikan oleh teman yaitu adanya perasaan nyaman bersama teman, mendapatkan bantuan ketika kesulitan dan perasaan bernilai sebagai teman.

## 3. *Significant others*

Dukungan *significant others* dalam hal ini merupakan bantuan yang diberikan oleh orang lain selain teman dan keluarga, dalam hal ini seperti atasan di tempat kerja yang memiliki nilai keartian bagi individu seperti menjadikan individu merasa nyaman dan dihargai. Indikator dari *significant others* yaitu perasaan nyaman bersama, saran, bantuan serta perasaan bernilai dari atasan.

### **2.4.3 Fungsi *Perceived Social Support***

Aprianti (2012) menyebutkan bahwa *perceived social support* dapat berfungsi dilihat dari bagaimana individu memersepsikan bahwa terdapat individu didekatnya memberikan bantuan jika dibutuhkan, serta menghargai dan menganggap dirinya bernilai. *Perceived social support* dapat memberikan bantuan yang secara langsung dapat mengurangi *stress* atau membantu mencari jalan keluar dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh individu. Individu yang memiliki *perceived social support* akan merasa disayangi dan dipedulikan oleh individu lain yang kemudian hal ini menjadi bentuk penyemangat individu dalam mengatasi *stress* serta meningkatkan motivasi individu dalam menangani *stress* (Lim & Kartasasmita, 2018).



## 2.5 Konsep Pasien *Stroke*

Taylor (2012) mendefinisikan *stroke* sebagai suatu kondisi yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah ke otak yang ditandai dengan gangguan fisik maupun perubahan dalam aspek kognitif yang jika tidak diatasi segera dapat mengakibatkan kematian. *Stroke* merupakan penyakit dengan penyebab kematian kedua dan penyebab utama ketiga kecacatan pada individu usia dewasa di seluruh dunia. Individu yang mengalami *stroke* perlu untuk menjalani rehabilitasi secara terstruktur dan menjalani terapi agar bisa kembali menjalani pekerjaan dan fungsi utama dalam kehidupan sehari-hari (Campbell & Khatri, 2020). Individu yang mengalami serangan *stroke* akan merasakan beberapa gejala yang ditandai dengan pelemahan gerakan separuh anggota tubuh secara tiba-tiba, kebas seperti kesemutan, kesulitan dalam berbicara, sakit kepala hebat, senyum tidak simetris dan gangguan fungsi keseimbangan (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

### 2.5.1 Dampak *Stroke* Bagi Pasien *Stroke*

Taylor (2012) menyatakan bahwa pasien *stroke* yang mengalami serangan *stroke*, minimal dapat kembali bekerja setelah beberapa bulan melewati masa pemulihan, namun banyak pasien yang juga tidak dapat kembali bekerja bahkan bekerja dalam paruh waktu. *Stroke* berdampak pada aspek kehidupan individu yang mengalaminya, baik dalam aspek motorik, kognitif, psikologis dan sosial. Pada aspek fisik, biasanya pasien akan kesulitan atau tidak mungkin bagi pasien untuk menggerakkan lengan dan kaki pada sisi yang terkena serangan. Oleh karena itu, pasien membutuhkan bantuan *family caregiver* untuk berjalan, berpakaian dan melakukan aktivitas fisik lainnya.

Selanjutnya, pada aspek kognitif tergantung dari sisi otak mana yang terserang. Pasien dengan kerusakan otak kiri mungkin mengalami gangguan

komunikasi yang melibatkan kesulitan dalam memahami orang lain, mengekspresikan diri, gangguan kognitif, serta kesulitan dalam mempelajari tugas-tugas baru. Pada aspek emosional, pasien dengan kerusakan otak kiri sering merasakan kecemasan dan depresi, sedangkan pasien dengan kerusakan otak kanan lebih sering tampak acuh tak acuh terhadap situasi mereka. Pasien dengan kerusakan otak kanan sering mengalami *alexithymia* yang melibatkan kesulitan dalam mengidentifikasi dan menggambarkan perasaan. Konsekuensi lain yang diterima oleh pasien *stroke* yaitu dapat menimbulkan stigma negatif di lingkungan sosial dan pasien akan merasa dihindari atau ditolak oleh rekan kerja atau teman-teman mereka (Taylor, 2012).

## **2.6 Hubungan *Perceived Social Support* dengan *Caregiver Burden* Pada *Family Caregiver* Pasien *Stroke***

Pemenuhan kebutuhan dasar penderita *stroke* sangat membutuhkan bantuan keluarga, sehingga dengan pengetahuan yang baik dan sikap yang mendukung dalam perawatan penderita *stroke* dapat mempercepat pemulihan fisik dan psikologis pasca serangan (Robby, 2019). Friedman *et al.* (2010) juga menyatakan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Menjaga kondisi psikologis penderita *stroke* merupakan hal yang penting, keluarga diharapkan lebih meningkatkan dukungannya kepada penderita *stroke*, hal ini dimaksudkan agar penderita *stroke* dapat meningkatkan kesehatannya sehingga tidak mengalami keadaan yang berujung *stress* yang dapat menimbulkan sebab *stroke* berulang, rendahnya motivasi dan harapan sembuh penderita serta kurangnya

dukungan keluarga sangat berpotensi menimbulkan beban dan berujung pada *stress* (Aryani, Amila, & Hawalia, 2019).

*Family caregiver* yang memberikan bantuan dan perawatan kepada penderita *stroke* membutuhkan banyaknya alokasi waktu, pikiran, tenaga, dan emosi. *Family caregiver* memiliki orientasi pemenuhan kebutuhan perawatan dan pikiran, pengabaian pemenuhan kebutuhannya dapat mengakibatkan *stress* fisik dan mental para *family caregiver*. Terjadi perubahan secara emosional, kesehatan fisik dan *stress* pada *family caregiver* dalam merawat keluarga yang sakit kronik dalam jangka waktu yang lama (Asti, Novariananda, & Sumarsih, 2021). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lishani & Jannah (2018) bahwa kecemasan yang dialami oleh mayoritas keluarga dikarenakan kurang mengetahui informasi bagaimana cara merawat anggota pasien *stroke*, takut mengalami kecacatan bahkan takut kehilangan anggota keluarganya yang ditandai dengan merasa tegang dan gelisah hingga jantung berdebar.

Penelitian Asti *et al.* (2021) menunjukkan hasil bahwa *caregiver burden* berkorelasi positif dengan gejala *stress*. *Caregiver burden* ini dirasakan karena sebagian besar *family caregiver* yang menggunakan waktu produktifnya untuk merawat pasien *stroke*. *Family caregiver* menyatakan mengalami hambatan dalam kehidupan sosial, kekhawatiran yang terus menerus, mendapat tekanan karena beban dan tanggung jawab serta *stress* selama merawat anggota keluarga yang *stroke*. Pernyataan tersebut juga sejalan dengan yang diungkapkan oleh Alifudin & Edianti (2019) yang menyatakan bahwa *family caregiver* membutuhkan penyesuaian diri karena terdapat perubahan peran di dalam keluarga. Konflik peran yang terjadi pada *family caregiver* bisa menyebabkan kebingungan peran

sehingga *family caregiver* yang dibebani peran baru bisa memiliki perilaku positif dan negatif.

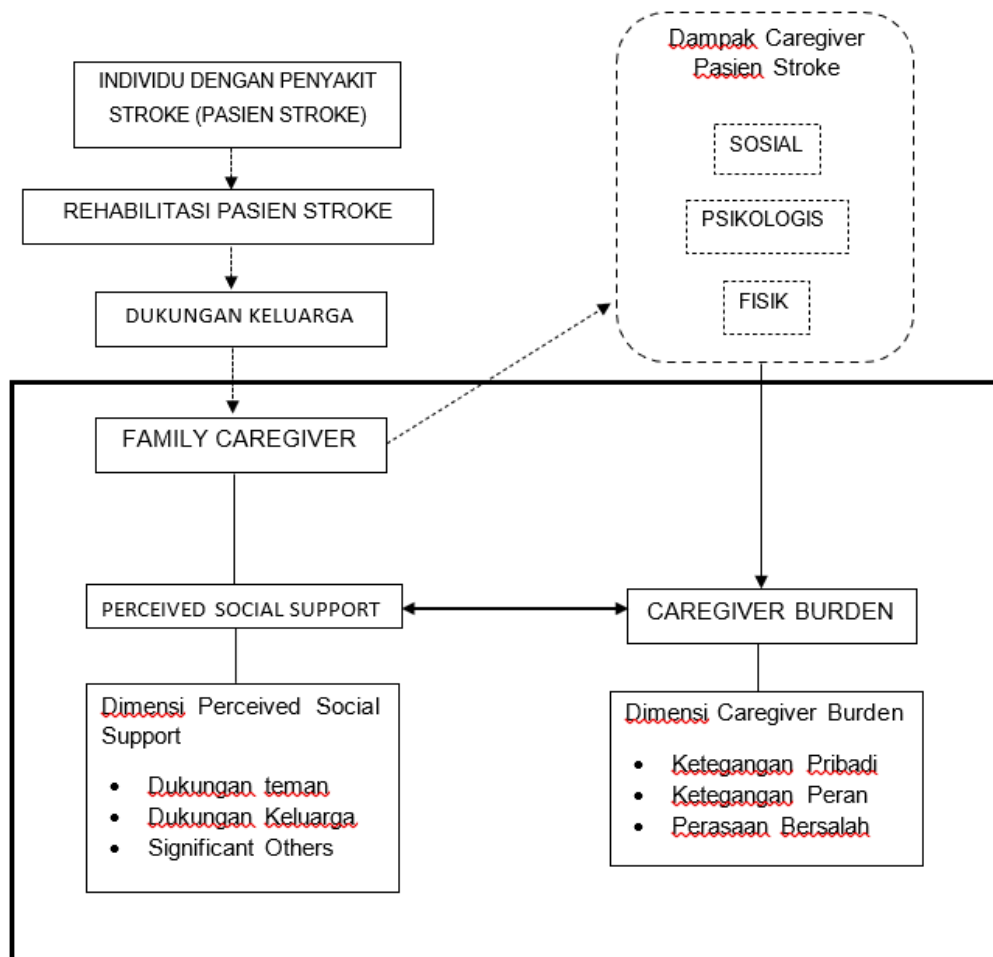
*Caregiver burden* membutuhkan intervensi, terutama keterlibatan dalam *social support*. *Family caregiver* yang mampu berkomunikasi secara *online* baik dengan keluarga lainnya, terapis dan kelompok diskusi *online*, menjadi suatu intervensi yang menjanjikan. Intervensi ini menjadi salah satu bantuan *family caregiver* menerima dan menemukan makna serta pengalaman perawatan dan dapat mengurangi tekanan psikologis (Taylor, 2012). *Social support* yang rendah atau isolasi sosial dan hubungan yang buruk antara *family caregiver* dan penerima perawatan diketahui meningkatkan risiko *caregiver burden* (Arlotto, Gentile, Durand, & Bonin-Guillaume, 2020). *Perceived social support* menjadi salah satu bentuk *coping* yang diterima oleh *family caregiver* pasien *stroke*. Aryani, Amila & Hawalia (2019) menyatakan bahwa *social support* merupakan suatu hal yang dibutuhkan bagi para *family caregiver*. *Social support* yang diberikan oleh keluarga dan lingkungan terdekat akan berpengaruh pada *coping stress family caregiver*, *family caregiver* yang mendapat dukungan selanjutnya memersepsikan *social support* tersebut dan dengan *perceived social support* akan membantu *family caregiver* dalam mengatasi masalahnya menjadi lebih ringan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rohmah dan Rifayuna (2012) mendapatkan hasil bahwa kebutuhan informasi kesehatan, dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan komunitas, dukungan profesional dan dukungan keterlibatan dalam perawatan sangat dibutuhkan oleh *family caregiver* dalam merawat anggota keluarganya yang terserang *stroke*. Lebih lanjut, penelitian Ali dan Kausar (2016) menyatakan bahwa *social support family caregiver* yang diberikan oleh orang terdekat dan keluarga memiliki hubungan

negatif yang signifikan dengan depresi pada *family caregiver* pasien *stroke*. Tekanan psikologis yang dialami oleh *family caregiver* pasien *stroke* dapat dikurangi dengan memberikan *social support* yang lebih besar serta *family caregiver* tersebut memaknai pemberian *social support*. Kesehatan mental *family caregiver* dapat ditingkatkan melalui penggunaan strategi *coping* yang berfokus pada masalah dan pemberian *social support* kepada *family caregiver*, yang kemudian akan membantu *family caregiver* bersosialisasi dengan baik atas pengalaman pengasuhan mereka secara efektif (Ali & Kausar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas, disimpulkan bahwa terdapat hubungan negatif antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa *perceived social support* yang dimiliki oleh *family caregiver* dapat memengaruhi *caregiver burden*, khususnya pada *family caregiver* pasien *stroke*. Hal ini dikarenakan, *family caregiver* dihadapkan oleh situasi yang membuat mereka perlu untuk melakukan penyesuaian diri agar peran menjadi seorang *family caregiver* tersebut dapat optimal.

### 2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Keterangan :

—————	Bagian dari	⋯⋯⋯	Ikut memengaruhi tetapi tidak diteliti
↔	Arah hubungan penelitian	▭	Variabel penelitian
————→	Arah pengaruh/berpengaruh terhadap	▭	Fokus penelitian secara umum
-----→	Memengaruhi tetapi tidak diteliti		

Berdasarkan gambar kerangka konseptual di atas dapat terlihat bahwa terdapat dua variabel yang akan diteliti yakni *perceived social support* dan *caregiver burden*. Adapun subjek dalam penelitian ini berfokus pada *family caregiver* yang berperan dalam tahap rehabilitasi pasien *stroke*. Maksud dari penelitian ini adalah untuk melihat apakah terdapat hubungan *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*. Karakteristik subjek yakni *family caregiver* primer maupun sekunder yang sedang merawat pasien *stroke* yang sedang menjalani masa rehabilitasi selama 12 bulan pertama. Bagi *family caregiver* dalam memberikan perawatan pasien *stroke* berdampak pada aspek sosial, psikologis, maupun fisiknya. Ketiga dampak *family caregiver* dalam merawat pasien *stroke* tersebut yang kemudian akan menjadi beban pengasuh (*caregiver burden*). *Family caregiver* pasien *stroke* mengalami *caregiver burden* karena tanggung jawab yang berat, ketidakpastian kebutuhan perawatan pasien, pengekangan dalam kehidupan sosial dan perasaan. Pasien sepenuhnya bergantung pada perawatan mereka sebagai *family caregiver*. Kesulitan keuangan juga dapat meningkat jika penderita *stroke* adalah pencari nafkah tunggal keluarga, serta gangguan emosional dapat terjadi karena kejadian tak terduga terjadi dalam hidup dan tidak dipersiapkan sebelumnya. Sehingga dalam upaya menurunkan kejadian *caregiver burden* pada anggota keluarga pasien *stroke* perlu disusun intervensi yang tepat (Batkulwar & Mhaske, 2021). Salah satu intervensi yang diberikan yaitu pemberian *social support*. Ali dan Kausar (2016) menyebutkan bahwa *social support* yang diberikan oleh pihak lain akan meredakan *burden* yang dialami oleh *family caregiver*. *Social support* ini akan berperan saat *family caregiver* tersebut mampu untuk memersepsikan tentang *social support* yang diberikan disebut dengan *perceived social support*. Oleh

karena itu, peneliti ingin melihat apakah terdapat hubungan *perceived social support* terhadap *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*.

## 2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$H_0$  = Tidak ada hubungan antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*.

$H_A$  = Ada hubungan antara *perceived social support* dengan *caregiver burden* pada *family caregiver* pasien *stroke*.