



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN SIKAP TERHADAP
PERILAKU MENCARI BANTUAN PSIKOLOGIS DARI PROFESIONAL
PADA *CAREGIVER* DARI LANSIA DI JAKARTA

*(The Correlation between Social Support and Attitude Towards Seeking
Professional Psychological Help among Caregiver of The Eldery in Jakarta)*

SKRIPSI

HANS ADITYA KUSNADI

1006688924

FAKULTAS PSIKOLOGI

PROGRAM STUDI SARJANA REGULER

DEPOK

JULI 2014



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DAN SIKAP TERHADAP
PERILAKU MENCARI BANTUAN PSIKOLOGIS DARI PROFESIONAL
PADA *CAREGIVER* DARI LANSIA DI JAKARTA

*(The Correlation between Social Support and Attitude Towards Seeking
Professional Psychological Help among Caregiver of The Eldery in Jakarta)*

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana

HANS ADITYA KUSNADI

1006688924

FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI SARJANA REGULER

DEPOK

JULI 2014

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Hans Aditya Kusnadi

NPM : 1006688924

Tanda Tangan :



Tanggal : 2 Juli 2014

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Hans Aditya Kusnadi
NPM : 1006688924
Program Studi : Sarjana
Judul Skripsi : Hubungan antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional pada *Caregiver* dari Lansia di Jakarta

telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana pada program studi Sarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Skripsi 1: Lifina Dewi Pohan, S.Psi., M.Psi.
NUP. 0806050133

Penguji 1 : Dra. Augustine Dwi Putri Sukarlan, M.Si.
NIP. 195108221978122001

Penguji 2 : Dra. Sri Redatin Retno Pudjiati, M.Si.
NIP. 196208121988032001

Depok, 2 Juli 2014
disahkan oleh

Ketua Program Sarjana
Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia


Prof. Dr. Frieda M. Mangunsong, M.Ed.
NIP. 195408291980032001


Dr. Pjut Rifameutia Umar Ali, M.A.
NIP. 196001131987032002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yesus Kristus karena kasih karunia dan penyertaanNya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi sebagai syarat kelulusan dari Fakultas Psikologi UI ini tidak mungkin selesai tanpa bimbingan, bantuan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Mba Lifina Dewi Pohan, S.Psi., M.S.Psi. sebagai dosen pembimbing yang selalu berusaha memberikan yang terbaik untuk membimbing dan mendukung saya untuk dapat menyelesaikan skripsi ini di tengah kesibukannya.
2. Dr. Rudolf Woodrow Matindas sebagai pembimbing akademis saya yang selalu memberikan waktu disaat saya membutuhkan sesuatu selama empat tahun perkuliahan di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
3. Dosen penguji, yaitu Dra. Augustine Dwi Putri Sukarlan, M.Si dan Dra. Sri Redatin Retno Pudjiati, M.Si. yang sudah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan masukan dan kritik untuk skripsi ini.
4. Mba DY, Mba Aya, dan teman-teman *volunteer* dari organisasi Alzheimer Indonesia yang memberikan kesempatan untuk bertemu dengan *caregiver* dari penderita alzheimer dan bantuan untuk menghubungi para *caregiver*.
5. Lili Suharti Djajadi, sebagai seorang ibu yang selalu memberikan perhatian, dukungan, doa, pengorbanan dan kerja kerasnya sehingga penulis dapat berkuliah di tempat terbaik, yaitu Fakultas Psikologi UI ini sampai selesai. Hanapi Kusnadi, sebagai seorang ayah yang mendukung penulis untuk berkuliah di Fakultas Psikologi UI dan selalu mencukupkan kebutuhan dari penulis selama masa perkuliahan di UI.
6. Sahabat-sahabat saya, Puspita Insan Kamil dan Okky Dwiana, yang sudah lulus terlebih dahulu dan menjadi penyemangat penulis untuk segera lulus. Ruth Diarina serta Peter Samuel Oloi, yang sedang berjuang bersama-sama dengan penulis. Iqbal, Andra, Eas, Bara yang selalu bisa jadi teman

ngobrol dan diskusi tentang kuliah ataupun *idol*. Terima kasih karena sudah menghabiskan waktu bersama-sama dengan saya di bangku kuliah yang sebentar ini.

7. Keluarga besar PO Psikologi UI yang selama empat tahun menjadi keluarga kedua bagi penulis. Terima kasih untuk kakak-kakak senior di PO Psikologi yang sudah menerima saya terlebih dahulu. Juga untuk Betsy dan Nezza yang sudah menjadi teman dalam pelayanan sebagai TI PO Psikologi UI. Tidak lupa juga untuk anggota KK Kita, Bang Daniel, Martin, Peter, Abe, dan Nezza yang sudah menjadi tempat berbagi, belajar dan bertumbuh bersama di dalam Kristus.
8. Sahabat dan teman-teman Psychologeeks untuk setiap kebersamaan yang tidak akan terlupakan selama 4 tahun perkuliahan di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
9. Untuk semua *civitas* Psikologi UI yang tidak bisa disebutkan satu-persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yesus akan selalu menyertai dan memberkati semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu psikologi di Indonesia.

Depok, 2 Juli 2014

Hans Aditya Kusnadi

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hans Aditya Kusnadi
NPM : 1006688294
Program Studi : Reguler
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Skripsi

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Hubungan antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional pada *Caregiver* dari Lansia di Jakarta”

Beserta perangkat (jika ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 2 Juli 2014
Yang menyatakan



(Hans Aditya Kusnadi)

NPM : 1006688924

ABSTRAK

Nama : Hans Aditya Kusnadi
Program Studi : Psikologi
Judul Skripsi : Hubungan antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional pada *Caregiver* dari Lansia di Jakarta

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan pada *caregiver* dari individu yang berada pada tahapan perkembangan *late adulthood* (lansia) di Jakarta. Responden dalam penelitian ini adalah anak atau menantu yang berperan sebagai *caregiver* dari orang tua yang berusia lanjut. Pengukuran dukungan sosial menggunakan alat ukur *social provisions scale* (Cutrona & Russell, 1987) dan pengukuran sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional menggunakan alat ukur *attitude towards seeking professional psychological help short form* (Fischer & Farina, 1995). Partisipan berjumlah 32 orang *caregiver* dari lansia yang merupakan anak ataupun menantu dari lansia yang dirawat. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terdapatnya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* dari lansia yang merupakan anak atau menantu dari lansia yang dirawat ($r=0,194$; $p=0,287$, signifikan pada L.o.S 0,05). Artinya, dukungan sosial yang dirasakan oleh *caregiver* tidak langsung berhubungan dengan sikap *caregiver* terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk membedakan *caregiver* berdasarkan penyakit yang diderita oleh lansia.

Kata Kunci:

Caregiver, dukungan sosial, sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional

ABSTRACT

Name : Hans Aditya Kusnadi
Studi Program : Psychology
Title : The Correlation between Social Support and Attitude
Towards Seeking Professional Psychological Help among
Caregiver of The Elderly in Jakarta

This research was conducted to find the relationship between social support and attitudes towards seeking professional psychological help among caregivers of elderly in Jakarta. Respondents in this study was the child or children-in-law who act as caregivers for the elderly parents. Social support was measured using Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987) and the attitudes toward professional psychological help was measure using Attitude Towards Seeking Professional Psychological Help Short Form (Fischer & Farina, 1995). The participants of this research are 32 people which is the caregiver and child or the children-in-law of the elderly. The results of this study showed no significant relationship between the social support and attitudes towards seeking professional psychological help among caregivers of elderly which is the children or children-in-law of the treated elder ($r = 0.194$, $p = 0.287$, significant at 0.05 LoS) . That is, social support perceived by the caregiver is not directly related to caregiver attitudes toward seeking professional psychological help. For further research is recommended to distinguish caregiver based on disease that was suffered by the elderly.

Keyword:

Caregiver, Social Support, Attitude Towards Seeking Professional Psychological Help

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	x
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Permasalahan	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Sistematika penulisan.....	10
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 <i>Caregiver</i>	13
3.2.1. Pengertian <i>Caregiver</i>	13
3.2.2. Tugas-Tugas <i>Caregiver</i> Lansia.....	14
2.2 Dukungan Sosial	15
2.2.1. Pengertian Dukungan Sosial	15
2.2.2. Bentuk Dukungan Sosial.....	17
2.2.3. Pengaruh Dukungan Sosial pada <i>Caregiver</i>	18
2.3 Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional 19	
2.3.1. <i>Theory of Planned Behavior</i>	20
2.3.2. Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	20
2.3.3. Pengaruh Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	21
2.3.4. Faktor Lain yang Mempengaruhi Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	22
2.4 Dinamika antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional pada <i>Caregiver</i> Lansia.....	25

3. METODE PENELITIAN.....	25
3.1 Masalah Penelitian	25
3.2 Hipotesis Penelitian	25
3.2.1. Hipotesis Konseptual	25
3.2.2. Hipotesis Operasional	25
3.3 Variabel Penelitian.....	26
3.3.1. Dukungan Sosial	26
3.3.1.1. Definisi Konseptual	26
3.3.1.2. Definisi Operasional	26
3.2.3. Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	26
3.3.2.1. Definisi Konseptual	26
3.3.2.2. Definisi Operasional	26
3.4 Tipe dan Desain Penelitian	27
3.5 Karakteristik Partisipan Penelitian.....	27
3.5.1. Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel	28
3.5.2. Jumlah Sampel	28
3.6 Instrumen Penelitian	28
3.6.1. Alat Ukur Dukungan Sosial	29
3.6.2. Metode Skoring Alat Ukur Dukungan Sosial	30
3.6.3. Alat Ukur Sikap Terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	30
3.6.4. Metode <i>Scoring</i> Alat Ukur Sikap terhadap Mencari Bantuan Psikologis dari Professional	32
3.7 Prosedur Penelitian	32
3.7.1. Tahap Persiapan Penelitian	32
3.7.2. Tahap Pelakasnaan Penelitian.....	33
3.7.3. Tahap Pengolahan Data	33
4. HASIL PENELITIAN	35
4.1 Gambaran Umum Partisipan Penelitian.....	35
4.2 Hasil Utama Penelitian	38
4.2.1. Gambaran Dukungan Sosial	38
4.2.2. Gambaran Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	39
4.2.3. Hubungan antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional.....	40
4.3 Hasil Tambahan Penelitian	42
4.4 Gambaran Partisipan Berdasarkan Hasil Wawancara Informal.....	47
5. KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN.....	49
5.1 Kesimpulan	49
5.2 Diskusi	50
5.3 Saran	55
3.2.1. Saran Metodologis	55
3.2.2. Saran Praktis	56
DAFTAR PUSTAKA	57

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Revisi Item SPS	29
Tabel 3.2.	Revisi Item ATSPPH-SF	31
Tabel 4.1.	Gambaran Umum Responden Penelitian	35
Tabel 4.2.	Gambaran Aktivitas Merawat	36
Tabel 4.3.	Gambaran Umum Dukungan Sosial	38
Tabel 4.4.	Gambaran Umum Dimensi Dukungan Sosial	39
Tabel 4.5.	Gambaran Umum Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	39
Tabel 4.6.	Penggolongan Skor Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	40
Tabel 4.7.	Hubungan Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	41
Tabel 4.8.	Hubungan Dimensi Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	41
Tabel 4.9.	Hubungan antara Kategori Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	42
Tabel 4.10.	Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Responden dan Dukungan Sosial	42
Tabel 4.11.	Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Aktivitas Merawat dan Dukungan Sosial	43
Tabel 4.12.	Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Responden dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	45
Tabel 4.13.	Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Aktivitas Merawat dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	46

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pada beberapa tahun terakhir, populasi penduduk lanjut usia (lansia) di dunia terus meningkat. Di tahun 2012, diperkirakan terdapat 810 juta penduduk lansia di dunia dan jumlah ini diprediksi akan meningkat menjadi 2 milyar pada tahun 2050 (*Department of Economic and Social Affairs United Nations*, 2012). Pertambahan jumlah penduduk lansia juga terjadi di Indonesia. Pada tahun 2000, populasi lansia di Indonesia adalah 7,18% dari jumlah penduduk yang ada. Sedangkan pada tahun 2011, populasi lansia meningkat hingga 7,58% (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2013). Pertumbuhan penduduk lansia ini juga meningkatkan angka rasio beban ketergantungan penduduk lansia, yaitu beban ekonomi untuk membiayai penduduk lansia yang ditanggung oleh penduduk usia produktif (15-59 tahun). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2013) juga menyatakan bahwa dari hasil survei yang dilakukan, terdapat sekitar 12 penduduk lansia yang ditanggung oleh 100 orang penduduk usia produktif. Jika pertumbuhan populasi lansia terus meningkat, maka semakin banyak lansia yang harus ditanggung oleh penduduk di usia produktif.

Selain memunculkan beban ekonomi, individu pada tahapan lansia umumnya mengalami penurunan fungsi fisik, kognitif, sosial jika dibandingkan dengan individu yang berada di tahapan usia sebelumnya (Victor, 2005). Morris (1996) menyatakan bahwa pada saat seseorang mencapai tahapan lansia, ada beberapa penurunan fungsi fisik, yaitu penglihatan dan pendengaran yang memburuk, munculnya *insomnia* atau kesulitan tidur, dan masalah kulit. Hal ini dibuktikan dengan laporan yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2013), bahwa pada tahun 2010 dari 18.043.7112 penduduk lansia yang ada di Indonesia 60% diantaranya atau kurang lebih 10 juta lansia mengalami keterbatasan dalam melihat (17,57%), mendengar (12,77%), berjalan (12,51%), mengingat dan berkomunikasi (9,3%), serta merawat diri sendiri

(7,27%). Selain masalah atau keterbatasan yang muncul karena faktor penuaan, ada juga masalah atau keterbatasan yang muncul akibat penyakit.

Lunenfeld (2002) menyatakan bahwa ada beberapa penyakit yang berkaitan dengan usia, seperti penyakit jantung, stroke, diabetes, *osteoarthritis*, dan demensia. Penyakit seperti jantung, stroke, diabetes, *osteoarthritis*, dan demensia dapat menyebabkan penurunan fungsi fisik dan kognisi (Schulz, 2006; Sarafino & Smith, 2011). Sedangkan penurunan fungsi sosial terjadi karena adanya penurunan fungsi fisik dan kognisi (Kring, Jonshon, Davison, & Neale, 2010). Penurunan fungsi fisik, kognisi, sosial serta penyakit-penyakit yang muncul pada usia lanjut dapat mengakibatkan lansia sulit untuk beraktivitas, khususnya untuk melakukan *activity of daily living* yang berkaitan dengan aktivitas sederhana untuk merawat diri sendiri dan *instrumental activity daily living* yang berkaitan dengan aktivitas kompleks untuk dapat hidup secara mandiri (Lenze, Rogers, Martire, Mulsant, Rollman, Dew, Schulz, & Reynolds, 2001). Selain itu, lansia yang mengalami keterbatasan secara fisik akan sulit untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang membutuhkan gerakan, baik itu yang sederhana ataupun gerakan kompleks.

Keterbatasan fisik yang muncul seperti penurunan kemampuan melihat dan mendengar, serta penurunan kemampuan kognisi juga akan menyebabkan lansia sulit untuk berkomunikasi dan bersosialisasi dengan orang-orang disekitarnya. Penurunan kemampuan fisik dan kognisi ini dapat menyebabkan lansia menjadi depresi dan merasa terisolasi karena merasa tidak diperhatikan dan frustrasi karena tidak dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang dia lakukan dengan mudah sebelum mengalami keterbatasan. Dengan kondisi yang memiliki banyak keterbatasan, lansia memerlukan bantuan untuk dapat beraktivitas. Bantuan bisa didapatkan dari banyak sumber seperti keluarga, teman, ataupun profesional medis yang memberikan jasa perawatan bagi penderita (Victor, 2005). Pihak yang memberikan bantuan umumnya disebut dengan *caregiver*. Terdapat dua jenis *caregiver* (Lubkin & Larsen, 2013), yaitu *informal caregiver* dan *formal caregiver*, dimana *informal caregiver* adalah orang-orang yang memberikan bantuan kepada penerima bantuan tanpa bayaran. Sedangkan *formal caregiver*

adalah orang-orang yang umumnya terlatih untuk memberikan bantuan, serta mereka dibayar untuk memberikan bantuan.

Aktivitas merawat dapat berbeda-beda di dalam tiap budaya yang ada. Budaya Barat yang menekankan pada kemandirian dan kebebasan menilai perawatan hanya perlu diberikan saat orang tua mengalami sakit yang memang membutuhkan bantuan, namun pada budaya Timur yang memiliki nilai kekeluargaan menilai perawatan pada orang tua harus diberikan, walaupun sebenarnya lansia tersebut masih dapat beraktivitas dengan normal tanpa masalah berarti (Liu & Kendig, 2000). Liu dan Kendig (2000) menjelaskan bahwa fenomena ini muncul pada budaya Timur karena adanya nilai yang menekankan pada penghormatan kepada orang tua pada budaya ini. Carruth (1994) juga memiliki pendapat yang sama, bahwa alasan dari sebagian besar anak yang menjadi caregiver orang tua mereka adalah *filial responsibility*, yaitu kewajiban personal yang dimiliki anak yang menginjak umur dewasa untuk memenuhi kebutuhan orang tuanya.

Selain itu, di budaya Timur yang umumnya menjadi *caregiver* adalah anak ataupun istri. Mineko dan Amagai (2008) dalam penelitiannya di Jepang membuktikan bahwa anak dan menantu dari lansia menganggap pemberian bantuan kepada orang tua adalah bentuk dari tanggung jawab ataupun tradisi yang harus dipertahankan, sehingga menggunakan tenaga dari *formal caregiver* adalah bentuk tidak menghormati orang tua. Park dan Chesla (2007) berpendapat bahwa pola merawat ini terjadi karena nilai yang ada di masyarakat budaya timur mengajarkan tentang penghormatan pada orang tua. Selain itu dalam penelitian lanjutannya, Park (2012) menemukan bahwa merawat orang tua yang sedang sakit adalah bentuk penghormatan dan balas jasa kepada orang tua karena usaha orang tua dalam membesarkan anak.

Sebagai tambahan, Liu dan Kendig (2000) menemukan pola merawat yang sama terjadi di Asia Tenggara, termasuk di Indonesia. Hal ini terjadi karena negara-negara di Asia Tenggara memiliki nilai yang sama, yaitu nilai kekeluargaan dan juga tradisi untuk menghormati dan membalas jasa orang tua. Selain itu, ada beberapa alasan lain yang membuat jumlah *informal caregiver*

lebih banyak dibandingkan *formal caregiver* dalam pemberian perawatan. Selain faktor budaya, Lubkin dan Larsen (2013) menjelaskan bahwa jumlah *informal caregiver* lebih banyak karena adanya kekhawatiran terjadinya penolakan dari penderita untuk dirawat oleh orang lain yang bukan keluarganya, keengganan dari *informal caregiver* untuk mendelegasikan aktivitas merawat kepada *formal caregiver*, kecemasan terhadap kualitas dan biaya yang diperlukan, walaupun *formal caregiver* sudah mendapatkan pelatihan untuk memberikan perawatan yang lebih efektif kepada orang yang dirawat, dibandingkan dengan *informal caregiver* yang mungkin baru mulai memberikan perawatan. Seringkali, informasi yang didapat dari *formal caregiver* dapat membantu *informal caregiver*. Lubkin dan Larsen (2013) juga menyatakan bahwa umumnya *informal caregiver* tidak memiliki pengetahuan tentang penyakit ataupun cara merawat penderita dari penyakit tersebut. Dibutuhkan waktu yang cukup lama sampai akhirnya *informal caregiver* dapat terbiasa dan memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan perawatan yang efektif dan efisien (Lubkin & Larsen, 2013).

Banyak penelitian menyebutkan bahwa *caregiver* mengalami dampak negatif dari aktivitas merawat. Pinquart dan Sorensen (2003) melakukan meta analisis dari penelitian-penelitian sebelumnya tentang *caregiver*, dan hasil yang didapatkan oleh mereka adalah *caregiver* memiliki tingkat stres dan depresi yang lebih tinggi, serta *subjective well-being*, *self-efficacy*, dan kesehatan fisik yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang tidak melakukan aktivitas merawat. Penelitian tersebut didukung oleh hasil penelitian dari Mausbach, Chattillion, Roepke, dan Patterson (2013) di Amerika yang menemukan hasil bahwa *caregiver* mengalami simtom depresi dan juga emosi negatif seperti kesedihan, ketakutan, dan hostilitas dibandingkan dengan yang tidak menjadi *caregiver*. Takai, Takahashi, Iwamitsu, Ando, Okazaki, Nakajima, Oishi, dan Miyaoka (2009) dalam penelitiannya di Jepang juga menemukan hubungan antara tingkat beban dan tingkat depresi, sehingga semakin tinggi tingkat beban yang dirasakan oleh *caregiver* akan memprediksi tingkat depresi yang semakin tinggi pula.

Penderita yang tidak dapat berkomunikasi dengan lancar karena penurunan fungsi fisik ataupun kognisi dapat menyebabkan gangguan pada hubungan antara *caregiver* dan penderita, dan pada akhirnya akan mempengaruhi tingkat beban yang dirasakan oleh *caregiver*. Penelitian Savundranayagam, Hummert, dan Montgomery (2005) di Amerika menemukan bahwa komunikasi antara *caregiver* dan orang yang dirawat berhubungan dengan beban yang dirasakan oleh *caregiver*. Jika komunikasi yang terjadi antara *caregiver* dan orang yang dirawat tersebut buruk, maka tingkat beban yang dirasakan oleh *caregiver* akan meningkat. Mahoney, Regan, Katona, dan Livingston, (2005) dalam penelitiannya di Inggris juga menemukan hal yang sama terkait dengan hubungan antara *caregiver* dan orang yang dirawat, dimana hubungan yang kurang baik antara *caregiver* dan orang yang dirawat dapat menyebabkan kecemasan pada *caregiver*.

Penurunan fungsi kognisi dan perubahan kepribadian yang terjadi pada orang yang dirawat dapat mengakibatkan hilangnya hubungan personal antara *caregiver* dengan orang yang dirawat, dan akhirnya akan menjadi sumber beban bagi *caregiver*. Rosa, Lussignoli, Sabbatini, Chiappa, Di Cesare, Lamanna, dan Zanetti (2010) dalam penelitiannya di Italia menemukan korelasi antara beban dan depresi dengan kesulitan untuk menerima kondisi orang yang dirawat yang mengalami banyak penurunan fungsi, baik kognisi dan sosial. Penurunan fungsi kognisi dan sosial juga mengakibatkan hilangnya hubungan antara *caregiver* dan orang yang dirawat (Rosa, et al., 2010). Serrano-Aguilar, Lopez-Bastida, dan Yanes-Lopez (2006) dalam penelitiannya di Spanyol mendapatkan hasil bahwa *caregiver* memiliki tingkat kualitas hidup kesehatan yang rendah dibandingkan kelompok yang bukan *caregiver*. Rendahnya tingkat kualitas hidup kesehatan ini disebabkan oleh tingginya beban yang dirasakan dan waktu yang habis untuk memberikan perawatan. Tugas *caregiver* yang banyak untuk memberikan bantuan sangat mungkin untuk menghabiskan waktu *caregiver* untuk melakukan kegiatan lain, selain itu *caregiver* juga mungkin merasakan beban, baik secara fisik, emosi, sosial, dan juga finansial (Grinfeld, Glossop, McDowell, & Danbrook, 1997; Schulz, 2006). Mindszenty dan Gordon (2005) menyatakan terdapat beberapa hal yang berbeda saat merawat orang tua yang sudah berada di tahap lansia, karena orang tua masih menganggap anaknya sebagai anak kecil, berapapun

usianya. Hal ini akan menyebabkan orang tua akan merasa selalu paling benar. Mereka juga tidak bisa dipaksa seperti anak kecil, karena mereka walaupun sudah semakin terbatas, mereka tetap ingin bebas dan mandiri. Hal ini akan menyebabkan anak yang berusaha untuk merawat orang tuanya menjadi stres karena orang tuanya tidak ingin dibantu atau dirawat. *Caregiver* juga sering merasakan stres karena keengganan lansia untuk meminta bantuan, sehingga pada saat lansia sudah mengalami kesulitan yang parah, *caregiver* yang merupakan anak dari lansia tidak dapat membantu lansia tersebut, karena masalah yang dialami oleh lansia berada di luar kemampuan dari *caregiver* tersebut (Mindszenty & Gordon, 2005). Selain itu, *caregiver* dari lansia juga sering kali kebingungan untuk memberikan perawatan kepada lansia dibandingkan dengan memberikan perawatan kepada anak. Hal ini disebabkan perkembangan pada anak-anak dapat diprediksi melalui teori-teori perkembangan yang ada, tetapi perubahan yang terjadi pada tahap perkembangan lansia tidak dapat diprediksi dan umumnya berbeda-beda, tergantung dari gaya hidup dari lansia pada masa perkembangan sebelumnya (Rhodes, 2001).

Dari temuan yang sudah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa aktivitas merawat dapat menyebabkan depresi, stres, rendahnya kualitas hidup, dan juga kesehatan fisik. Selain beban dari aktivitas merawat, *caregiver* yang umumnya berada di tahap perkembangan dewasa muda yang berada di rentang usia 20-40 tahun ataupun dewasa madya yang rentang usianya 40-65 tahun memiliki berbagai tugas perkembangan ataupun peran lain selain menjadi *caregiver* (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Bentuk stres yang mungkin muncul karena tugas perkembangan dari kedua tahapan perkembangan tersebut adalah penyesuaian individu pada perubahan fisik dan kognitif, serta tugas psikososial seperti mencari jati diri, membangun hubungan romantis, dan membangun keluarga. Papalia, Olds, dan Feldman (2007) juga menyatakan bahwa pada kelompok dewasa madya, terdapat tekanan yang muncul akibat peran ganda, yaitu saat kelompok usia ini harus mengasuh anak-anaknya, kelompok usia madya juga harus merawat orang tuanya yang masuk di tahap usia lanjut. *Caregiver* yang merupakan anak dari penderita dapat mengalami tekanan yang bersumber dari

aktivitas merawat dan juga yang bersumber dari tugas-tugas perkembangan lain yang dihadapinya.

Walaupun *caregiver* sangat rentan dengan tekanan dan stres yang muncul akibat aktivitas merawat dan tugas-tugas lain, banyak dari *caregiver* melaporkan tidak merasa adanya dukungan sosial dari lingkungannya (Mausbach, Chattillion, Roepke, & Patterson, 2013). Padahal, menurut Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) dukungan sosial dipercaya dapat mengurangi dampak stres dan melindungi individu dari efek-efek negatif yang muncul.

Manfaat dukungan sosial ini dibuktikan oleh McCabe, Yeh, Lau, Garland, dan Hough, (2003) dalam penelitiannya di Amerika yang menemukan hubungan antara tingkat dukungan sosial yang dirasakan dan beban yang dirasakan oleh *caregiver*, dimana beban yang dirasakan oleh *caregiver* menjadi lebih rendah saat *caregiver* merasakan adanya dukungan sosial dari lingkungannya. Schoeder dan Remer (2007) dalam penelitiannya pada *caregiver* dari penderita *tourette's disorder* juga menemukan bahwa semakin besar dukungan sosial yang dirasakan oleh *caregiver*, semakin rendah pula beban yang dirasakannya. Shieh, Tung, dan Liang (2012) menemukan hubungan antara dukungan sosial dan beban yang dirasakan oleh *caregiver* penderita kanker di Taiwan, dimana *caregiver* yang mempersepsikan adanya dukungan sosial akan memprediksi tingkat beban yang lebih rendah. Yeh, Wierenga, dan Yuan (2009) menemukan bahwa rendahnya tingkat dukungan sosial dari keluarga akan membuat tingkat kesehatan dari *caregiver* menurun. Selain itu tingkat kesehatan juga mempengaruhi tingkat kesehatan mental pada *caregiver* penderita penyakit kanker di Taiwan (Yeh, Wierenga, & Yuan, 2009).

Berdasarkan sumber-sumber tersebut, dukungan sosial dapat mempengaruhi tingkat beban mental dan juga fisik dari *caregiver*. Jika *caregiver* mempersepsikan adanya dukungan sosial, maka semakin rendah tingkat beban yang dirasakan oleh mereka. Begitu juga sebaliknya, jika *caregiver* kurang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan, kondisi ini akan mempengaruhi tingkat kesehatan, dan nantinya akan mempengaruhi tingkat kesehatan mental dari *caregiver*.

Dukungan sosial sendiri dapat diperoleh dari dua sumber yang berbeda, yaitu sumber informal ataupun sumber formal, namun kecenderungan individu adalah memilih sumber informal untuk dapat menyelesaikan masalahnya. Rickwood dan Braithwaite (1994) dalam penelitiannya pada siswa di Australia menemukan hasil siswa yang bermasalah lebih banyak mencari dukungan sosial pada sumber informal dibandingkan dengan sumber formal. Vogel, Wester, dan Larson (2007) menjelaskan bahwa ada beberapa alasan kenapa individu tidak mencari bantuan formal, yaitu adanya stigma sosial yang membuat penderita takut dinilai secara negatif oleh masyarakat jika dirinya mencari bantuan formal, ketakutan dari penderita terhadap perawatan, ketakutan untuk merasakan emosi negatif yang mungkin akan muncul karena konseling, adanya resiko dan manfaat yang diperkirakan akan muncul oleh penderita, dan keterbukaan diri penderita. Padahal, bantuan psikologis profesional tetap penting untuk diberikan kepada individu yang mengalami masalah, karena penyedia jasa bantuan psikologis profesional tentunya sudah terlatih dan dapat membantu individu untuk menyelesaikan masalahnya dengan lebih efektif. Chan, Anstey, dan Windsor (2011) dalam penelitiannya di Australia menemukan bahwa lansia yang mendapatkan bantuan informal dan formal memiliki tingkat depresi yang lebih rendah dibandingkan dengan lansia yang menerima dukungan informal atau formal saja. Ini membuktikan pentingnya peran bantuan dari sektor formal untuk membantu individu.

Keputusan seseorang untuk melakukan sesuatu tentunya dilatarbelakangi oleh banyak hal. Salah satu peneliti yang berusaha menjelaskan munculnya tingkah laku adalah Azjen (1991) dengan *theory of planned behaviour*. Azjen menjelaskan bahwa untuk individu memutuskan melakukan suatu tingkah laku, individu harus mempunyai intensi untuk melakukan tingkah laku tersebut terlebih dahulu, dan intensi seseorang untuk melakukan tingkah laku dipengaruhi oleh sikap terhadap suatu tingkah laku, norma subjektif, dan persepsi atas kontrol tingkah laku.

TPB juga dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku mencari bantuan psikologis. Smith, Tran, dan Thompson (2008) dalam penelitiannya mencoba

mengaplikasikan TPB untuk menjelaskan intensi mencari bantuan psikologis dari profesional pada pria dewasa, dan hasil yang didapatkan adalah TPB dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku mencari bantuan. Sikap individu terhadap tingkah laku mencari bantuan formal, norma subjektif yang ada dalam individu mengenai mencari bantuan formal, serta persepsi individu akan kemampuannya untuk melakukan tingkah laku mencari bantuan formal akan menentukan intensi individu untuk melakukan perilaku mencari bantuan formal tersebut. Lebih lanjut, Ajzen (1991) juga mengatakan bahwa faktor sikap terhadap suatu tingkah laku lebih menentukan intensi dan perilaku individu, sehingga dapat disimpulkan bahwa jika individu memiliki sikap positif terhadap mencari bantuan formal, individu tersebut diprediksi memiliki intensi yang lebih tinggi pula untuk melakukan tingkah laku mencari bantuan formal, dan semakin tinggi intensi, semakin tinggi pula kemungkinan perilaku mencari bantuan formal akan muncul.

Sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional sendiri dipengaruhi oleh banyak hal. Nam dan Choi (2013) melakukan meta analisis dari 19 penelitian sebelumnya untuk mencari tahu faktor psikologis yang berhubungan dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, dan didapatkan hasil bahwa keuntungan yang diantisipasi, keterbukaan diri, serta dukungan sosial memiliki hubungan dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, dimana semakin tinggi keuntungan yang diantisipasi, semakin terbuka diri individu, dan tingginya tingkat dukungan sosial memprediksi sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional yang lebih positif. Selain Nam dan Choi (2013) yang menemukan hubungan positif antara dukungan sosial dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, Kleiman dan Riskind (2013) di Amerika juga mendapatkan hasil bahwa tingkat dukungan sosial memiliki hubungan dengan pencarian dan pemanfaatan dari bantuan yang ada di sekitar individu. Kelly dan Achter (1995) dalam penelitian pada mahasiswa psikologi di Amerika menemukan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial yang dirasakan individu dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Vogel dan Wester (2003) dan Vogel, Wester, Wei, dan Boysen (2005) dalam penelitiannya pada mahasiswa psikologi di Amerika juga

mendapatkan hasil bahwa dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional yang positif.

Hasil beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional, namun penelitian-penelitian tersebut dilakukan di tempat yang sama dan menggunakan populasi yang sama. Pada penelitian-penelitian sebelumnya oleh Kelly dan Achter (1995), Vogel dan Wester (2003), dan Vogel, Wester, Wei, dan Boysen (2005), ketiga penelitian tersebut menggunakan mahasiswa dari fakultas psikologi sebagai populasinya. Tentunya pengetahuan dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional akan berbeda jika dibandingkan dengan orang awam yang tidak tahu bentuk-bentuk bantuan psikologis yang bisa didapatkan dari profesional, sehingga hasil dari ketiga penelitian tersebut tidak dapat digeneralisasikan pada populasi lain. Selain itu, kebutuhan untuk mendapatkan bantuan psikologis tidak hanya menjadi masalah untuk populasi mahasiswa, tetapi juga populasi lain yang rentan terhadap masalah-masalah psikologis seperti stres, *burn-out*, ataupun depresi seperti *caregiver*.

Lebih lanjut jika ditinjau dari sudut pandang budaya, ketiga penelitian tersebut juga dilakukan di Amerika yang memiliki budaya yang sama. Dari tinjauan pustaka yang sudah peneliti lakukan, peneliti belum menemukan adanya penelitian yang mencari hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional di Asia ataupun Indonesia. Perbedaan budaya Barat dan Timur tentunya dapat mempengaruhi hasil dari penelitian. Selain itu, peneliti juga belum menemukan adanya penelitian yang mencari hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* dari lansia, baik itu di luar negeri ataupun di Indonesia. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* dari lansia di Indonesia. Dalam penelitian ini, alat ukur yang akan digunakan adalah *social provisions scale* dari Cutrona dan Russell

(1987) untuk mengukur dukungan sosial dan *attitude towards seeking professional psychological help short form* dari Fischer dan Farina (1995) untuk mengukur sikap terhadap perilaku mencari bantuan profesional dari *caregiver*.

1.2 Rumusan Permasalahan

Rumusan pertanyaan dari penelitian adalah:

Apakah terdapat hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* dari lansia?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini yaitu:

1. Mengetahui ada tidaknya hubungan diantara dukungan sosial dan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*.
2. Melihat gambaran dukungan sosial pada *caregiver*
3. Melihat gambaran sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*.

1.4 Manfaat Penelitian

Secara umum, penelitian ini memiliki manfaat ilmiah dalam ilmu psikologi karena memberikan kontribusi untuk memperkaya penelitian bagi ilmu psikologi. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian yang akan dilakukan selanjutnya terkait dengan *caregiver*. Selain itu, manfaat praktis dari penelitian ini adalah untuk membantu para profesional untuk lebih mengerti mengapa orang yang membutuhkan bantuan psikologis enggan untuk mencari bantuan psikologis dari profesional.

1.5 Sistematika Penulisan

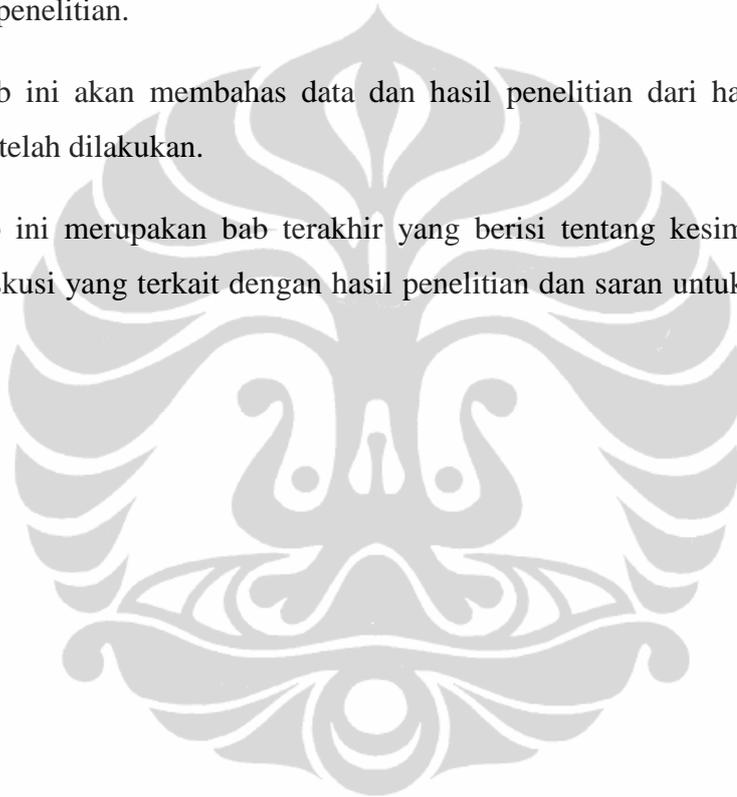
Bab I – Peneliti menjelaskan latar belakang dari penelitian, masalah yang akan dibahas dalam penelitian, tujuan penelitian, tujuan penelitian, dan manfaat dari penelitian, baik secara teoretis maupun praktis.

Bab II – Bab ini akan berisi tinjauan teoretis yang didalamnya akan diuraikan teori-teori yang digunakan dalam penelitian ini, antara lain teori tentang *caregiver*, dukungan sosial, dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan dari profesional.

Bab III – Peneliti akan menjelaskan mengenai metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini, yang terdiri dari tipe dan desain penelitian, hipotesis penelitian, variabel penelitian, responden penelitian, alat ukur penelitian, dan prosedur penelitian.

Bab IV - Bab ini akan membahas data dan hasil penelitian dari hasil analisis statistik yang telah dilakukan.

Bab V - Bab ini merupakan bab terakhir yang berisi tentang kesimpulan dari penelitian, diskusi yang terkait dengan hasil penelitian dan saran untuk penelitian selanjutnya.



BAB 2

Tinjauan Pustaka

Dalam bab ini akan dibahas teori-teori yang digunakan dalam penelitian ini. Teori yang akan dijelaskan adalah teori mengenai *caregiver*, dukungan sosial, dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Selain itu akan dijelaskan juga dinamika antar variabel dalam penelitian ini.

2.1. *Caregiver*

2.1.1. Pengertian *Caregiver*

Caregiver dalam Merriam-Webster (2014) didefinisikan sebagai orang yang memberikan perawatan langsung, baik itu kepada anak, lansia, ataupun orang yang menderita penyakit kronis. Schulz dan Quittner (1998) mendefinisikan *caregiver* sebagai anggota keluarga ataupun teman yang memberikan bantuan atau dukungan kepada seseorang yang memiliki keterbatasan ataupun penyakit kronis. Sedangkan Oyebode (2003) mendefinisikan *caregiver* sebagai seseorang yang memberikan perawatan kepada orang lain yang membutuhkannya.

Zarit (2013) membagi *caregiver* menjadi dua jenis, yaitu *informal* atau *family caregivers*, yang merujuk pada anggota keluarga ataupun orang lain yang memberikan bantuan tanpa bayaran dan *professional caregivers* yang merujuk pada pemberi jasa berbayar untuk memberikan bantuan ataupun perawatan seperti perawat, pekerja sosial, psikolog, dan lainnya.

Caregiver juga dapat dibagi menjadi *primary* atau *secondary caregiver* (Dilworth-Anderson, Williams, & Cooper, 1999). Dimana *primary caregiver* adalah orang yang memiliki tanggung jawab terbesar terkait dengan perawatan dan melakukan tugas merawat paling banyak, sedangkan *secondary caregiver* adalah orang-orang yang menjalankan peran hampir sama dengan *primary caregiver*, namun memiliki tanggung jawab yang lebih kecil dibandingkan dengan *primary caregiver*. Dalam menjalankan perannya, seorang *primary caregiver*

dapat melakukan aktivitas merawat seorang diri ataupun dibantu oleh *secondary caregiver*.

Dalam penelitian ini definisi yang akan digunakan adalah definisi *informal caregiver* dari Zarit (2013), karena dalam penelitian ini responden yang disasar adalah anak ataupun menantu dari penderita yang memberikan *caregiving* tanpa mendapatkan bayaran.

2.1.2. Tugas-Tugas *Caregiver* Lansia

Zarit (2013) menjelaskan bahwa ada empat jenis tugas merawat yang dilakukan oleh *caregiver* yaitu, *direct care* yang merujuk pada bantuan agar orang yang dirawat dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian. *Emotional care*, yaitu memberikan dukungan sosial dan menjadi teman untuk orang yang dirawat dapat berbagi keluh kesahnya. *Mediation care*, yaitu membantu orang yang dirawat untuk dapat berkomunikasi dengan orang lain. Terakhir adalah *financial care*, yaitu memberikan bantuan finansial atau mengatur keuangan dari orang yang dirawat.

Saat merawat lansia yang merupakan individu pada masa tahapan perkembangan *late adulthood* atau yang berusia di usia 65 tahun ke atas, *caregiver* dituntut untuk melakukan keempat jenis aktivitas merawat tersebut. Hal ini disebabkan oleh perubahan pada lansia baik secara fisik, kognisi, dan psikososialnya. Pada tahapan ini terdapat beberapa perubahan fisik, kognisi, dan psikososial (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2007). Perubahan fisik yang ditandai dengan penurunan kemampuan fisik dan kesehatan dari lansia, perubahan kognisi yang ditandai dengan penurunan kemampuan mengingat dan inteligensi, dan penurunan fisik dan kognisi ini menyebabkan perubahan psikososial dimana individu mulai berubah kepribadiannya dan sulit berkomunikasi dengan orang lain seperti biasanya (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2007).

Pada akhirnya penurunan kemampuan fisik, kognisi, dan sosial dari lansia dapat menyebabkan lansia sulit untuk melakukan *activity of daily living*, yaitu aktivitas yang dilakukan untuk merawat diri sendiri seperti makan, mandi, ataupun berjalan; dan *instrumental activity of daily living*, yaitu aktivitas lain yang

dibutuhkan untuk hidup secara mandiri, seperti memasak, membersihkan rumah, ataupun mengelola keuangan sehingga mereka membutuhkan bantuan dari *caregiver* (Lenze, Rogers, Martire, Mulsant, Rollman, Dew, Schulz, & Reynolds, 2001). Hal ini menyebabkan *caregiver* harus memberikan *direct care*, *emotional care*, *mediation care*, dan *financial care* pada lansia yang sedang dirawatnya, agar lansia yang sedang dirawat tetap dapat melakukan *activity of daily living*, sedangkan aktivitas lain yang berkaitan dengan *instrumental activity of daily living* dilakukan oleh *caregiver*.

2.2. Dukungan sosial

Dalam sub bab ini, akan dijabarkan mengenai pengertian dukungan sosial, komponen dukungan sosial, fungsi dukungan sosial, sumber dukungan sosial, dan jenis dukungan sosial.

2.2.1. Pengertian Dukungan Sosial

Baron, Branscombe, dan Bryne (2009) mendefinisikan dukungan sosial sebagai memanfaatkan sumber daya emosional ataupun yang lainnya yang disediakan oleh orang lain. Sarafino dan Smith (2011) mendefinisikan dukungan sosial sebagai bantuan, kenyamanan, perawatan yang diberikan oleh orang lain. Kedua definisi ini merujuk pada aksi nyata yang diberikan oleh orang lain kepada individu yang menerima, namun ada beberapa pendapat juga bahwa dukungan sosial sebagai suatu persepsi.

Sarason dan Sarason (1985) mendefinisikan dukungan sosial sebagai informasi yang membuat individu merasa dicintai, dihargai, dan diterima oleh suatu kelompok. Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi, dan Dunagan (2004), mendefinisikan dukungan sosial sebagai persepsi atau pengalaman bahwa seseorang dicintai dan disayangi, dihargai dan mempunyai nilai, serta menjadi bagian dari sebuah jaringan sosial yang saling membantu dan mempunyai kewajiban masing-masing.

Ahli lain menjelaskan dukungan sosial sebagai dua aspek yang tidak bisa dipisahkan. Lakey dan Cohen (2000) berpendapat bahwa dukungan sosial dapat dibagi menjadi dua aspek, yaitu bantuan dalam bentuk nyata (*supportive actions*)

seperti nasehat dan uang, serta persepsi adanya dukungan sosial (*appraisals*) dari orang lain (merasa dihargai dan dicintai). Sarafino dan Smith (2011) juga menjelaskan dukungan sosial sebagai tingkah laku nyata yang dilakukan oleh orang lain (*received support*) dan juga sebagai persepsi adanya kenyamanan, perhatian, dan bantuan yang tersedia saat individu membutuhkan (*perceived support*). Dapat disimpulkan bahwa *supportive actions* atau *received support* dapat membantu secara langsung individu yang membutuhkan bantuan, contohnya meminjamkan uang saat teman tidak memiliki uang. Sementara *appraisals* atau *perceived support* dapat membantu secara tidak langsung dengan cara mengurangi penilaian beban yang individu rasakan.

Sarason dan Sarason (1985) juga berpendapat bahwa dukungan sosial tidak hanya dalam bentuk nyata, karena ada banyak hal yang dapat memunculkan stres ataupun tekanan, sehingga dengan satu bentuk dukungan sosial saja belum tentu dapat membantu individu yang bermasalah, karena itu dukungan sosial akan efektif bila terdapat kesamaan antara penilaian kebutuhan dari individu dan penilaian individu akan bantuan yang diberikan. Dari pendapat Sarason dan Sarason (1985) terlihat bahwa faktor yang menentukan apakah bantuan bisa berfungsi secara efektif atau tidak adalah penilaian ataupun persepsi dari penerima. Saat seseorang mempersepsikan bantuan tersebut berguna, atau ada sumber bantuan yang dapat dia gunakan, stres ataupun tekanan yang dirasakan individu akan lebih berkurang (Lakey & Cohen, 2000).

Dalam penelitian ini, definisi dukungan sosial yang akan digunakan adalah definisi dukungan sosial dari Taylor, et al. (2004) yaitu persepsi atau pengalaman bahwa seseorang dicintai dan disayangi, dihargai dan mempunyai nilai, serta menjadi bagian dari sebuah jaringan sosial yang saling membantu dan mempunyai kewajiban masing-masing. Definisi ini dipilih karena menitikberatkan pada persepsi individu terhadap bantuan yang diberikan. Persepsi terhadap bantuan akan menentukan efektivitas dari bantuan yang diberikan tersebut. Jika individu tidak mempersepsikan adanya bantuan atau bantuan yang diberikan tidak berguna, bantuan tersebut menjadi tidak efektif dan mungkin menjadi sia-sia.

2.2.2. Bentuk Dukungan Sosial

Schulz (2006) membagi dukungan sosial menjadi empat jenis, yaitu:

- *Instrumental support*, yaitu dukungan sosial yang berupa benda ataupun jasa yang diberikan langsung seperti bantuan finansial ataupun *caregiving*.
- *Emotional support*, yaitu dukungan sosial yang berupa perhatian, simpati, cinta, dan lain sebagainya.
- *Informational support*, merujuk pada dukungan sosial yang berupa arahan, nasihat, dan bantuan untuk pemecahan masalah.
- *Appraisal support*, yaitu dukungan yang diberikan untuk membantu individu melakukan evaluasi.

Sarafino dan Smith (2011) juga membagi dukungan sosial menjadi empat jenis, namun terdapat satu perbedaan dengan pembagian dukungan sosial oleh Schulz (2006). Keempat jenis dukungan sosial tersebut adalah:

- *Emotional support*, yang merujuk pada empati, perhatian, penilaian positif, dan semangat pada individu.
- *Tangible/instrumental support*, merujuk pada pemberian bantuan secara nyata seperti meminjamkan uang ataupun membantu dalam membersihkan rumah.
- *Informational support*, merujuk pada pemberian nasihat, arahan, saran, atau juga umpan balik pada individu agar dapat beradaptasi dengan lingkungan dan menyelesaikan masalahnya.
- *Companionship support*, merujuk pada keberadaan orang lain yang mau menemani individu untuk menyadarkan bahwa dirinya merupakan anggota dari suatu kelompok.

Berbeda dengan Schulz (2006) dan Sarafino dan Smith (2011), Cutrona dan Russell (1987) menjelaskan 6 bentuk dari dukungan sosial, yaitu:

- *Guidance*, merujuk pada informasi dan arahan yang diberikan orang lain kepada individu

- *Reliable Alliance*, merujuk pada adanya orang lain yang bisa memberikan bantuan nyata
- *Reassurance of Worth*, adanya pengakuan dari orang lain pada kemampuan atau kompetensi yang dimiliki individu
- *Attachment*, adanya kedekatan secara emosional dengan orang lain
- *Social Integration*, merujuk pada perasaan bahwa individu bagian dari suatu kelompok
- *Opportunity for Nurturance*, merujuk pada adanya orang lain yang bergantung dengan individu

Cutrona dan Russell (1987) mengategorikan 6 bentuk dukungan sosial tersebut ke dalam dua kategori besar, yaitu *assistance-related* dan *non-assistance related*. Jenis dukungan sosial yang termasuk ke dalam *assistance-related* (berhubungan langsung dalam penyelesaian masalah) adalah *guidance* dan *reliable alliance*, sedangkan jenis dukungan sosial yang termasuk ke dalam *non-assistance related* (tidak berhubungan langsung dengan penyelesaian masalah) adalah *reassurance of worth*, *attachment*, *social integration*, dan *opportunity for nurturance*. Cutrona dan Russell juga meyakini bahwa keenam dukungan sosial tersebut dibutuhkan agar seseorang merasa mendapatkan dukungan sosial, namun pada masalah ataupun kondisi tertentu semua dimensi dukungan sosial tersebut tidak harus hadir agar seseorang merasakan adanya dukungan sosial dari orang lain yang berada di lingkungannya.

Dalam penelitian ini, pembagian dimensi dukungan sosial yang akan digunakan adalah pembagian dimensi dukungan sosial oleh Cutrona dan Russell (1987) yang membagi dukungan sosial menjadi enam dimensi, yaitu *guidance*, *reliable alliance*, *reassurance of worth*, *attachment*, *social integration*, dan *opportunity for nurturance*.

2.2.3. Pengaruh Dukungan Sosial pada Caregiver

Dukungan sosial dipercaya memiliki hubungan dengan kesehatan mental dan juga fisik. Lakey dan Cohen (2000) berpendapat bahwa dukungan sosial dapat mengurangi efek yang timbul karena kejadian yang penuh dengan tekanan.

Dukungan sosial yang merupakan *received support* dapat meningkatkan performa dari *coping*, sedangkan *perceived support* dapat membantu individu untuk mengurangi penilaian terhadap tingkat stres yang muncul dari suatu masalah.

Salah satu dampak dukungan sosial bagi *caregiver* adalah meningkatnya tingkat kesehatan fisik. Haley, Levine, Brown, dan Bartolucci (1987) dalam penelitiannya pada *caregiver* penderita demensia menemukan hubungan antara dukungan sosial dan kepuasan hidup dan juga kesehatan *caregiver*, dimana semakin tinggi dukungan sosial yang dilaporkan oleh *caregiver*, semakin tinggi pula tingkat kepuasan hidup dan kesehatannya. Monahan dan Hooker (1995) dalam penelitiannya menemukan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara dukungan sosial dan kesehatan fisik dari responden yang merupakan pasangan dari penderita *Alzheimer*. Kim dan Knight (2008) juga menemukan korelasi yang signifikan antara dukungan sosial informal dan tingkat hormon *cortisol*, yang merupakan indikator dari kesehatan fisik individu pada *caregiver* keturunan Korea di Amerika. Duci dan Tahsini (2012) dalam tinjauan literturnya menemukan bahwa tingginya tingkat dukungan sosial yang dipersepsikan individu memprediksi tingkat kecemasan dan depresi yang lebih rendah dan tingkat kualitas hidup yang lebih tinggi. Dari penelitian-penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial dapat membantu *caregiver* untuk tetap sehat secara fisik dan psikologis selama menjalankan perannya, namun kadangkala *caregiver* tidak merasakan adanya dukungan sosial dari lingkungannya karena waktu yang dapat *caregiver* gunakan untuk bersosialisasi dengan teman ataupun orang lain habis untuk merawat (Sarafino & Smith, 2011). Hal ini menyebabkan *caregiver* diperhadapkan dengan dua pilihan yaitu, secara aktif mencari bantuan untuk menyelesaikan masalahnya atau tidak.

2.3. Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Dalam subbab ini akan dijelaskan *theory of planned behavior* yang akan menjadi landasan dari variabel sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, perilaku mencari bantuan, dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

2.3.1 *Theory of Planned Behavior*

Theory of planned behavior (TPB) merupakan teori penyempurnaan dari *Theory of reasoned action* yang dikembangkan oleh Ajzen (1991). TPB dibuat untuk menjelaskan proses terjadinya sebuah tingkah laku. Dalam teori ini, aspek yang paling menentukan apakah seseorang akan melakukan suatu tingkah laku adalah intensi. Ajzen (1991) menjelaskan bahwa tingkah laku diprediksi oleh intensi seseorang untuk melakukan tingkah laku tersebut, dan intensi untuk melakukan tingkah laku dipengaruhi oleh tiga faktor. Ketiga faktor tersebut adalah *attitude towards the behavior*, *subjective norm*, dan *perceived behavior control*.

Ketiga faktor ini mempengaruhi satu sama lain, dan interaksi antar ketiganya akan mempengaruhi intensi seseorang. *Attitude towards the behavior* merupakan penilaian positif atau negatif individu terhadap tingkah laku yang dimaksud. *Subjective norm* adalah tekanan atau harapan orang sekitar yang dipersepsikan oleh individu untuk melakukan atau tidak melakukan tingkah laku tersebut. Terakhir adalah *perceived behavior control* yang merujuk pada persepsi atau penelitian dari tingkat kesulitan untuk melakukan tingkah laku. Individu akan melakukan tingkah laku tersebut jika individu menilai tingkah laku tersebut positif, mempersepsikan adanya harapan dari lingkungan untuk dirinya melakukan tingkah laku tersebut, dan individu mempersepsikan dirinya mampu melakukan tingkah laku tersebut. Dalam penelitian ini aspek dari TPB yang akan diteliti adalah sikap terhadap suatu perilaku, karena Ajzen (1991) berpendapat bahwa sikap terhadap suatu perilaku memiliki peranan penting untuk memprediksi intensi dari individu untuk melakukan suatu tingkah laku.

2.3.2 **Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional**

Rickwood, Deane, Wislon, dan Ciarrochi (2005) mendefinisikan *help seeking* sebagai perilaku mencari bantuan secara aktif dan memanfaatkan hubungan sosial, baik formal maupun informal untuk membantu penyelesaian masalah pribadi. *Help seeking* juga merupakan bentuk dari *coping* yang bergantung pada orang lain, sehingga bergantung pada hubungan sosial dan keterampilan interpersonal individu untuk mencari dan mendapatkan bantuan.

Bantuan bisa didapatkan dari sumber informal seperti keluarga dan teman ataupun sumber formal/profesional seperti guru, praktisi medis, dan psikolog (Rickwood, Deane, Wislon, & Ciarrochi, 2005). Bantuan juga bisa didapatkan tanpa adanya interaksi dengan orang lain, seperti dari internet.

Dalam penelitian ini definisi dari sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional ditentukan berdasarkan batasan yang ada dalam *theory of planned behavior*, yaitu sikap individu terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

2.3.3. Pengaruh Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Attitudes towards the behavior memiliki peranan besar dalam mempengaruhi intensi untuk melakukan suatu tingkah laku, dan intensi untuk melakukan suatu tingkah laku adalah prediktor bagi munculnya tingkah laku tersebut (Ajzen, 1991). Cramer (1999) dalam penelitiannya menemukan bahwa sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional memprediksi perilaku mencari bantuan berupa konseling dari profesional yang sesungguhnya. Deane, Skogstad, dan Williams (1999) dalam penelitiannya pada narapidana di New Zealand menemukan bahwa sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional memprediksi intensi terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Smith, Tran, dan Thompson (2008) dalam penelitiannya pada laki-laki dewasa muda menemukan adanya hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan intensi terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

Ten Have, Graaf, Ormel, Vilagut, Kovess, dan Alonso (2010) dalam penelitiannya di Eropa mendapatkan hasil bahwa sikap terhadap mencari bantuan berkorelasi dengan pencarian dan penggunaan sumber bantuan yang ada. Semakin positif sikap seseorang, semakin mungkin juga orang tersebut akan mencari bantuan. Rickwood dan Thomas (2011) juga berpendapat bahwa sikap terhadap mencari bantuan akan mempengaruhi intensi untuk mencari bantuan, dan pada

akhirnya intensi akan memunculkan perilaku mencari bantuan. Dari penelitian-penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional berhubungan dengan intensi terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Intensi tersebut pada akhirnya akan memprediksi perilaku mencari bantuan secara langsung.

2.3.4 Faktor Lain yang Mempengaruhi Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Saat individu menentukan sikapnya terhadap sesuatu, individu tersebut terlebih dahulu mempertimbangkan beberapa hal sebelum akhirnya menentukan sikapnya. Hal ini juga berlaku saat individu akan menentukan sikapnya terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, dimana faktor-faktor ini dapat mempengaruhi individu untuk memilih sikap yang positif ataupun sikap yang negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional, dimana sikap yang positif mendukung individu untuk melakukan pencarian bantuan psikologis dan sikap yang negatif menghambat individu untuk melakukan pencarian bantuan psikologis tersebut (Kushner & Sher, 1989).

Vogel, Wester, dan Larson (2007) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang memiliki hubungan dengan sikap yang negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional yaitu, stigma sosial, rasa takut terhadap intervensi psikologis, rasa takut terhadap emosi yang mungkin muncul saat intervensi dilakukan, antisipasi terhadap keuntungan dan resiko intervensi psikologis, dan keterbukaan diri. Stigma sosial yang muncul karena adanya rasa takut akan penilaian orang lain dapat menjadi penghambat individu untuk mencari bantuan psikologis, karena individu merasa perilaku mencari bantuan psikologis adalah suatu perilaku yang tidak sesuai dengan norma orang-orang di sekitarnya (Corrigan, 2004).

Ketakutan akan intervensi psikologis ini juga dapat menghambat individu untuk mencari bantuan psikologis. Ketakutan ini dapat muncul karena individu tidak mengerti atau tidak terbiasa dengan intervensi psikologis, dan akhirnya dapat memunculkan pemikiran-pemikiran tentang intervensi yang tidak tepat

(Kushner & Sher, 1989). Hal ini juga yang menyebabkan pengalaman mendapatkan intervensi psikologis sebelumnya membuat individu memiliki sikap yang lebih positif dibandingkan orang-orang yang belum pernah mendapatkan intervensi psikologis, karena individu yang sudah memiliki pengalaman intervensi psikologis sudah mengerti apa saja yang akan terjadi saat intervensi berlangsung (Chen & Mak, 2008).

Rasa takut akan emosi yang mungkin muncul pada saat intervensi dilakukan juga menjadi penghambat, karena individu yang merasa takut harus memunculkan emosi negatif menjadi enggan untuk mendapatkan intervensi psikologis dari profesional (Vogel & Wester, 2003). Antisipasi individu terhadap keuntungan ataupun resiko yang akan muncul karena intervensi psikologis juga dapat mempengaruhi sikap individu, dimana antisipasi individu terhadap keuntungan yang lebih besar dibandingkan dengan resiko yang mungkin muncul setelah mendapatkan intervensi psikologis akan memunculkan sikap yang lebih positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional (Kelly & Achter, 1995; Vogel & Wester, 2003).

Selain itu, faktor keterbukaan diri juga menjadi penentu keputusan seseorang untuk mencari bantuan psikologis dari profesional atau tidak, dimana individu yang lebih terbuka terhadap orang lain memiliki sikap yang lebih positif, sedangkan individu yang tidak terbuka terhadap orang lain memiliki sikap yang lebih negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional (Cepeda-Benito & Short, 1998; Vogel & Wester, 2003). Dapat disimpulkan, jika seseorang tidak memiliki stigma sosial, tidak memiliki ketakutan terhadap intervensi psikologis dan emosi yang mungkin muncul saat melakukan intervensi psikologis, mampu terbuka pada orang lain, dan melihat intervensi psikologis sebagai sesuatu yang bermanfaat, maka orang tersebut akan memiliki sikap yang lebih positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

2.4. Dinamika antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional pada *Caregiver* Lansia

Pada saat individu memasuki tahapan perkembangan lansia, individu tersebut dapat mengalami penurunan fungsi fisik, kognitif, dan sosial yang menyebabkan individu tidak dapat melakukan *activity of daily living* ataupun *instrumental activity of daily living* untuk bertahan hidup secara mandiri. Keterbatasan lansia untuk melakukan aktivitas tersebut dapat diatasi dengan cara mendapatkan bantuan atau perawatan dari *caregiver*. Peran *caregiver* untuk memberikan perawatan ataupun bantuan kepada lansia dapat memberikan dampak tertentu bagi *caregiver*, yang umumnya adalah dampak negatif dari merawat, seperti kelelahan secara fisik, merasa tidak ada privasi, dan stres. *Caregiver* juga merasa kesepian, karena aktivitas merawat mengambil waktu pribadinya untuk dapat bersosialisasi dengan teman ataupun orang lain, dan akhirnya menyebabkan *caregiver* merasa tidak mendapatkan dukungan sosial selama dirinya menjalankan peran *caregiver*.

Dukungan sosial didefinisikan sebagai persepsi atau pengalaman bahwa seseorang dicintai dan disayangi, dihargai dan mempunyai nilai, serta menjadi bagian dari sebuah jaringan sosial yang saling membantu dan mempunyai kewajiban masing-masing. Dukungan sosial ini dapat membantu individu untuk tetap sehat secara fisik ataupun emosional pada saat-saat yang menekan ataupun dapat membantu individu untuk menyelesaikan masalahnya. Saat individu merasa tidak ada bantuan sosial dari lingkungannya, individu tersebut memiliki berbagai pilihan untuk menyelesaikan masalahnya yaitu, dengan mencari bantuan atau tidak. Perilaku mencari bantuan dapat muncul pada saat individu memiliki sikap yang positif terhadap perilaku tersebut. Sikap positif ataupun negatif juga muncul karena adanya pengaruh dari hal-hal lain, seperti dukungan sosial, stigma sosial, rasa takut, keterbukaan diri, keuntungan atau resiko yang dapat muncul, dan sebagainya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai masalah penelitian, hipotesis penelitian, variabel penelitian, tipe penelitian, metode pengumpulan data, responden penelitian,, alat ukur yang akan digunakan, serta metode pengolahan dan analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini.

3.1 Masalah Penelitian

Permasalahan utama yang ingin dijawab dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*?”.

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesis Konseptual

Hipotesis alternatif konseptual dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*. Sementara itu, hipotesis null konseptual dari penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*.

3.2.2 Hipotesis Operasional

Hipotesis alternatif operasional dari penelitian ini adalah terdapat korelasi yang signifikan antara skor total dukungan sosial yang didapat dari penghitungan alat ukur *Social Provision Scale* (SPS) dan skor total sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional berdasarkan hasil penghitungan alat ukur *attitude towards seeking professional psychological help Short Form* (ATSPPH-SF) pada *caregiver*. Hipotesis null operasional dari penelitian ini adalah tidak terdapat korelasi yang signifikan antara skor total dukungan sosial

yang didapat dari penghitungan alat ukur SPS dan skor total sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional berdasarkan hasil penghitungan alat ukur ATSPPH-SF pada *caregiver*.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai kedua variabel tersebut.

3.3.1 Dukungan Sosial

3.3.1.1 Definisi Konseptual

Definisi konseptual dari dukungan sosial yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah persepsi atau pengalaman bahwa seseorang dicintai dan disayangi, dihargai dan mempunyai nilai, serta menjadi bagian dari sebuah jaringan sosial yang saling membantu dan mempunyai kewajiban masing-masing (Taylor, et al., 2004)

3.3.1.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari dukungan sosial yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur *Social Provisions Scale* (SPS) yang disusun oleh Cutrona dan Russell (1987).

3.3.2 Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

3.3.2.1 Definisi Konseptual

Definisi konseptual dari variabel ini adalah sikap individu terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

3.3.2.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur *Attitude towards seeking professional psychological help scale short form* (ATSPPH-SF) yang disusun oleh Fischer dan Farina (1995).

3.4 Tipe dan Desain Penelitian

Tipe penelitian dapat digolongkan berdasarkan aplikasi, tujuan, dan jenis data yang digunakan (Kumar, 1999). Berdasarkan aplikasinya, penelitian ini dikategorikan sebagai penelitian terapan yang mengaplikasikan teknik, prosedur, dan metode penelitian pada kumpulan informasi tentang berbagai aspek dari sebuah masalah ataupun fenomena untuk dapat memahami suatu fenomena (Kumar, 1999). Berdasarkan tujuan, penelitian ini adalah penelitian korelasional, dimana tujuan dari penelitian adalah untuk menemukan adanya hubungan, asosiasi, ataupun interdependensi antara dua aspek atau lebih dalam sebuah fenomena (Kumar, 1999). Sedangkan berdasarkan jenis data yang digunakan, penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bertujuan untuk mengukur besarnya varians yang muncul dalam suatu fenomena, situasi, ataupun masalah (Kumar, 1999).

3.5 Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- Berada di tahapan perkembangan dewasa muda (20-40 Tahun) atau dewasa madya (40-65 tahun) menurut tahapan perkembangan Papalia, Olds, dan Feldman (2007).
- Berperan sebagai *caregiver* dari orang tua atau mertua yang sudah masuk di tahap perkembangan dewasa akhir (65 tahun ke atas) menurut tahapan perkembangan Papalia, Olds, dan Feldman (2007).
- Orang tua atau mertuanya mengalami keterbatasan dalam melakukan *activity of daily living* dan *instrumental activity of daily living*.
- Berdomisili di Jabodetabek untuk kemudahan pengambilan data dan juga untuk menyetarakan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan. Dengan pertimbangan responden yang tinggal di daerah Jabodetabek lebih mudah menjangkau layanan kesehatan .

3.5.1 Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel

Prosedur yang digunakan dalam pemilihan sampel penelitian ini adalah *non-probability sampling*, dimana tidak ada jaminan bahwa setiap anggota dari populasi memiliki kemungkinan yang sama untuk menjadi sampel (Gravetter & Forzano, 2009). Prosedur ini dipilih karena peneliti tidak mengetahui secara pasti jumlah *caregiver* lansia yang ada di Jakarta, sehingga probabilitas bagi seorang *caregiver* lansia untuk menjadi responden dalam penelitian ini tidak dapat diketahui secara pasti. Teknik pengambilan sampel yang dipilih untuk penelitian ini adalah *convenience sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang berdasarkan ketersediaan dan kesediaan dari responden untuk mengisi kuesioner (Gravetter & Forzano, 2009).

3.5.2 Jumlah Sampel

Penggunaan jumlah sampel yang lebih besar dipercaya dapat merepresentasikan populasi yang diteliti, namun untuk mendapatkan jumlah sampel yang besar tentunya membutuhkan usaha yang besar dan waktu yang lebih lama pula. Gravetter dan Forzano (2009) berpendapat bahwa jumlah sampel minimal yang ideal untuk sebuah penelitian berada di kisaran 30 responden, tentunya dengan semakin banyak sampel yang digunakan, akan lebih baik lagi hasilnya. Dalam penelitian ini, jumlah sampel yang akan digunakan paling sedikit 30 responden.

3.6 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, teknik yang akan digunakan oleh peneliti untuk pengambilan data adalah pengambilan data dengan menggunakan kuesioner. Metode ini dipilih karena efektif dan efisien untuk pengambilan data dalam jumlah besar. Dua kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *Social Provisions Scale* (SPS) yang disusun oleh Cutrona dan Russell (1987) untuk mengukur dukungan sosial dan *Attitude towards seeking professional psychological help scale short form* (ATSPPH-SF) yang disusun oleh Fischer dan Farina (1995) untuk mengukur sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

3.6.1 Alat Ukur Dukungan Sosial

Alat ukur untuk variabel dukungan sosial yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *social provisions scale* (SPS) yang dikembangkan oleh Cutrona dan Russell (1987). Alat ukur ini mengukur enam dimensi dari dukungan sosial dalam konteks hubungan interpersonal. Keenam dimensi tersebut adalah *guidance, reliable alliance, reassurance of worth, opportunity for nurturance, attachment* dan *social integration*. Alat ukur ini memiliki 24 item dan masing-masing dimensi diukur dengan 4 item. Alat ukur ini memiliki koefisien realibilitas untuk total skor sebesar 0.915, sedangkan untuk koefisien alpha dari masing-masing dimensi berada direntang 0.653-0.760 (Cutrona & Russell, 1987).

Alat ukur ini sudah banyak digunakan dalam penelitian di luar negeri seperti Amerika dan Eropa, namun peneliti belum menemukan versi adaptasi untuk di Indonesia. Oleh karena itu peneliti mengadaptasi alat ukur ini ke dalam terjemahan bahasa Indonesia dan sudah dinilai oleh ahli untuk validitas kesan. Untuk pengujian realibilitas didapatkan koefisien alpha untuk alat ukur SPS sebesar $\alpha = 0.845$. Pengujian validitas yang menggunakan metode konsistensi internal juga menemukan rentang nilai rIT antara -0.601 sampai 0.731. Diantaranya terdapat 5 item yang tidak valid karena tidak mencapai batas indeks validitas sebesar 0.2 (Cronbach, 1990). Oleh karena itu dilakukan revisi item dengan bantuan dari dosen pembimbing. Kelima item tersebut tidak dieliminasi karena dikhawatirkan akan mempengaruhi validitas secara keseluruhan. Item yang direvisi adalah item nomor 4, 5, 7, 15, dan 17. Berikut revisi item yang dilakukan:

Tabel 3.1
Revisi Item SPS

No	Item Sebelumnya	Item Revisi
4	Ada orang-orang yang bergantung pada saya untuk bantuan	Terdapat orang-orang yang menggantungkan diri pada saya untuk mendapatkan bantuan
5	Ada orang-orang yang menikmati kegiatan sosial yang sama seperti yang saya lakukan	Terdapat orang-orang yang menikmati aktivitas sosial seperti yang saya lakukan

Tabel 3.1 “sambungan”

No	Item Sebelumnya	Item Revisi
7	Saya merasa bertanggung jawab secara pribadi atas kesejahteraan orang lain	Saya merasa bertanggung jawab secara pribadi terhadap kesejahteraan orang lain
15	Tidak ada seorangpun yang benar-benar bergantung pada saya untuk kesejahteraan mereka	Tidak ada seorangpun yang benar-benar mengandalkan saya untuk kesejahteraan mereka
17	Saya merasa ada ikatan emosional yang kuat dengan sedikitnya satu orang lain	Saya merasakan ada ikatan emosional yang kuat setidaknya dengan satu orang lain

3.6.2 Metode Scoring Alat Ukur Dukungan Sosial

SPS menggunakan Skala Likert 1 sampai 4 pada tiap itemnya, dimana 1 menunjukkan bahwa responden sangat tidak setuju, hingga 4 yang menunjukkan responden sangat setuju dengan pernyataan tersebut. Terdapat 4 item untuk masing-masing dimensi dukungan sosial. Item nomor 3,12,16,19 mengukur dimensi *guidance*; item nomor 6,9,13,20 mengukur dimensi *reassurance of worth*; item nomor 5,8,14,22 mengukur dimensi *social integration*; item nomor 2,11,17,21 mengukur dimensi *attachment*; item nomor 4,7,15,24 mengukur dimensi *nurturance*; dan item nomor 1,10,18,23 mengukur dimensi *reliable alliance*. 2 diantara 4 item yang digunakan untuk mengukur masing-masing dimensi adalah item yang menggunakan *reversed score*, item-item tersebut adalah item nomor 2, 3, 6, 9, 10, 14, 15, 18, 19, 21, 22, dan 24. Semakin tinggi skor responden menunjukan tingkat dukungan sosial yang semakin tinggi.

3.6.3 Alat Ukur Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Alat ukur ATSPPH-SF yang dikembangkan oleh Fischer dan Farina (1995) merupakan revisi dari *attitude towards seeking professional psychological help scale* (ATSPPHS) yang dikembangkan oleh Fischer dan Turner pada tahun 1970. Jumlah item dalam alat ukur ini adalah 10 item yang mengukur sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional secara umum

(Fischer & Farina, 1995). Alat ukur ini memiliki koefisien realibilitas sebesar 0.84, dan validitas konstruk dari alat ukur ini dibuktikan dengan adanya korelasi sebesar 0.87 dengan alat ukur ATSPPHS yang mengukur konstruk yang sama (Fischer & Farina, 1995).

Peneliti mengadaptasi alat ukur ini ke dalam terjemahan bahasa Indonesia dan dinilai oleh ahli untuk validitas kesan. Peneliti juga melakukan uji realibilitas dan validitas dari alat ukur ini, karena perbedaan budaya dapat mempengaruhi realibilitas dan validitas. Dari pengujian realibilitas, alat ukur ini memiliki koefisien alpha $\alpha = 0.692$. Sedangkan untuk uji validitas dengan menggunakan metode konsistensi internal mendapatkan nilai rIT antara -0.17 sampai 0.625. Terdapat 3 item yang tidak valid karena tidak mencapai batas indeks validitas sebesar 0.2 menurut Cronbach (1990). Item-item tersebut adalah item dengan nomor 2, 4, dan 8. Ketiga item tersebut tidak dieliminasi, tetapi direvisi setelah melakukan diskusi dengan dosen pembimbing. Revisi ini dilakukan karena khawatir jika ketiga item tersebut dieliminasi akan mempengaruhi validitas secara keseluruhan. Berikut revisi item yang dilakukan:

Tabel 3.2
Revisi Item ATSPPH-SF

No	Item Sebelumnya	Item Revisi
2	Ide tentang membicarakan masalah-masalah dengan seorang psikolog memberikan kesan pada saya sebagai cara yang buruk untuk menyingkirkan konflik emosional	Bagi saya, ide untuk membicarakan masalah-masalah dengan psikolog terkesan sebagai cara yang kurang tepat untuk mengatasi konflik emosional
4	Ada sesuatu yang mengagumkan pada sikap dari seseorang yang mau mengatasi konflik dan ketakutannya tanpa mempergunakan bantuan profesional	Terlihat sesuatu yang mengagumkan dalam sikap dari seseorang yang berusaha mengatasi konflik dan ketakutannya tanpa melibatkan bantuan profesional
8	Mempertimbangkan waktu dan biaya yang digunakan di dalam psikoterapi, itu akan memiliki nilai yang diragukan untuk orang seperti saya	Mempertimbangkan waktu dan biaya yang diperlukan untuk menjalani psikoterapi, memiliki nilai yang meragukan bagi saya.

3.6.4 Metode *Scoring* Alat Ukur Sikap terhadap Mencari Bantuan Psikologis dari Professional

ATSPPH-SF menggunakan skala Likert 0 sampai 3 pada tiap itemnya, dimana 0 menunjukkan bahwa responden tidak setuju dan 3 menunjukkan bahwa responden setuju dengan pernyataan yang diberikan. 5 diantara 10 item yang ada, yaitu item nomor 2, 4, 8, 9, dan 10 merupakan item dengan *reversed score*. Semakin besar skor total dari alat ukur menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap mencari bantuan psikologis pada profesional. Penentuan batasan sikap positif dan negatif dari responden ditentukan dari skor median alat ukur ini akan menggunakan batasan dari penelitian sebelumnya, dimana 0-15 menunjukkan sikap yang negatif dan 16-30 menunjukkan sikap yang positif (Kardono, 2009).

3.7 Prosedur Penelitian

Dalam sub bab prosedur penelitian, peneliti akan menjelaskan tahapan penelitian yang dilalui, mulai dari tahap persiapan penelitian, pelaksanaan, dan pengolahan data.

3.7.1 Tahap Persiapan Penelitian

Pada tahap persiapan penelitian, peneliti melakukan studi literatur terkait dengan variabel dalam penelitian ini dan populasi yang akan diteliti. Sumber literatur yang digunakan dalam penelitian ini adalah buku, jurnal, dan laporan penelitian dalam bentuk skripsi ataupun tesis. Setelah itu peneliti berdiskusi dengan pembimbing skripsi dan perwakilan dari organisasi *Alzheimer Indonesia* untuk memperdalam pengetahuan mengenai variabel dan juga target populasi penelitian. Selanjutnya peneliti menentukan teori dan alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini.

Peneliti memilih SPS untuk mengukur dukungan sosial, dan ATSPPH-SF untuk mengukur sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Setelah memilih kedua alat ukur tersebut, peneliti mengadaptasi kedua alat ukur tersebut agar dapat digunakan di Indonesia. Peneliti menterjemahkan kedua alat ukur dibantu oleh ahli dan dinilai validitas kesannya

oleh dosen pembimbing. Setelah itu peneliti melakukan uji validitas dan realibilitas alat ukur pada 25 orang *caregiver* yang sedang merawat orang tuanya. Setelah didapatkan hasil uji validitas dan realibilitas, peneliti berdiskusi dengan dosen pembimbing untuk melakukan perbaikan pada item-item yang ada di alat ukur tersebut. Selanjutnya, peneliti membuat *booklet* yang didalamnya berisi kedua alat ukur tersebut untuk diperbanyak dan disebarakan kepada responden.

3.7.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data penelitian ini berlangsung dari tanggal 2 Juni 2014 sampai tanggal 20 Juni 2014. Peneliti sebelumnya berusaha untuk mencari *caregiver* dari pasien *Alzheimer*, namun karena kesulitan untuk mencari responden yang disebabkan karena sedikitnya pasien yang didiagnosis *Alzheimer* oleh dokter. Peneliti juga sudah berusaha menghubungi organisasi *Alzheimer Indonesia* dan datang ke pertemuan *caregiver* yang diadakan, namun ternyata jumlah *caregiver* yang dapat diambil datanya hanya dua. Akhirnya peneliti merubah populasi penelitian menjadi *caregiver* dari lansia yang memiliki keterbatasan untuk beraktivitas.

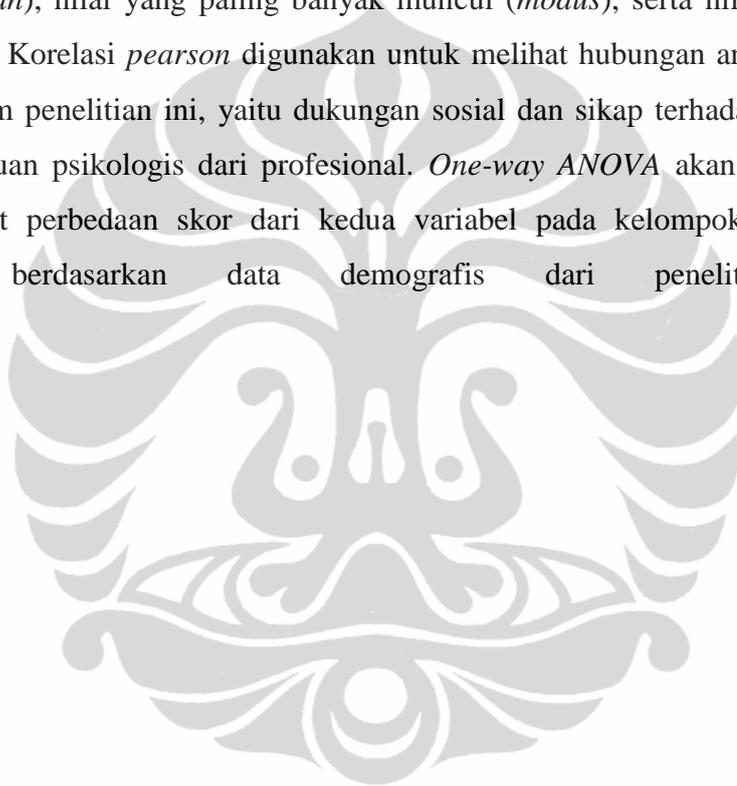
Peneliti menyebarkan kuesioner yang berisi data kontrol di jejaring media yang nantinya data tersebut akan digunakan untuk menghubungi secara personal *caregiver* yang bersedia dihubungi untuk penelitian ini. Selain menyebarkan kuesioner di jejaring media, peneliti juga menyebarkan informasi mengenai penelitian ini kepada orang-orang yang ada di sekitar peneliti, sehingga nantinya peneliti dapat menghubungi *caregiver* tersebut secara pribadi. Pada akhirnya peneliti mendapatkan 32 orang responden dalam penelitian ini, kemudian peneliti mengolah semua data yang telah didapatkan.

3.7.3 Tahap Pengolahan Data

Setelah melakukan pengambilan data pada 32 orang responden dengan karakteristik yang sesuai dengan kebutuhan penelitian, peneliti melakukan pengolahan data dengan menggunakan *statistical package for social science* (SPSS) 13.0 *for windows* untuk menjawab pertanyaan dari penelitian ini.

Berdasarkan hasil pengolahan data tersebut, peneliti melakukan interpretasi dan membuat kesimpulan.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah statistik deskriptif, korelasi *pearson*, dan *one-way ANOVA*. Statistik deskriptif yang peneliti gunakan adalah distribusi frekuensi untuk mengolah data demografis dengan menggunakan presentase frekuensi data dari setiap karakteristik yang ada di demografis. Selain itu, juga melakukan penghitungan nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), nilai yang paling banyak muncul (*modus*), serta nilai tertinggi dan terendah. Korelasi *pearson* digunakan untuk melihat hubungan antara kedua variabel dalam penelitian ini, yaitu dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. *One-way ANOVA* akan digunakan untuk melihat perbedaan skor dari kedua variabel pada kelompok-kelompok responden berdasarkan data demografis dari penelitian ini.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bagian ini akan diuraikan hasil dari penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian diperoleh berdasarkan pengambilan data melalui kuesioner yang dilakukan terhadap 32 responden penelitian.

4.1. Gambaran Umum Responden Penelitian

Responden penelitian ini adalah individu dewasa muda yang berperan sebagai *caregiver* dari seseorang berusia lanjut. Data demografis yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, agama, tingkat pendidikan, status pernikahan, kehadiran anak, biaya yang dikeluarkan untuk perawatan lansia per bulan, jumlah anggota yang tinggal bersama dengan responden, tinggal bersama dengan penderita, lama merawat lansia, pengalaman mendapatkan intervensi psikologis seperti konseling atau terapi, durasi merawat dalam jam per hari, ada tidaknya perawat lain yang membantu merawat lansia tersebut, usia lansia yang sedang dirawat, dan jenis penyakit yang diderita lansia.

Tabel 4.1

Gambaran Umum Responden Penelitian

Data Demografis		Jumlah	Persentase
Jenis kelamin	Pria	12	37,5%
	Wanita	20	62,5%
Usia	20-40 tahun	8	25%
	40-65 tahun	24	75%
Agama	Islam	14	43,8%
	Katolik	9	28,1%
	Protestan	6	18,8%
	Buddha	3	9,4%
Pendidikan	SMP	1	3,1%
	SMA	8	25%
	Diploma	7	21,9%
	S1	12	37,5%
	S2	4	12,5%

Tabel 4.1 “sambungan”

Data Demografis		Jumlah	Persentase
Status pernikahan	Lajang	9	28,1%
	Menikah	23	71,9%
Kehadiran anak	Memiliki anak	20	62,5%
	Tidak memiliki anak	12	37,5%
Tinggal bersama dengan lansia	Ya	23	71,9%
	Tidak	9	28,1%
Anggota keluarga yang tinggal bersama	1-2 orang	4	12,5%
	3-4 orang	17	53,1%
	>5 orang	11	34,4%
Pengalaman konseling	Pernah	9	28,1%
	Tidak pernah	23	71,9%

Dari data pada tabel 4.1 mayoritas dari responden penelitian ini adalah wanita dan berada pada tahap perkembangan dewasa madya. Tingkat pendidikan responden penelitian ini cukup tinggi, dimana 23 orang (71.9%) memiliki tingkat pendidikan diatas SMA. Mayoritas responden juga sudah menikah dan memiliki anak. Banyak dari responden tinggal serumah dengan lansia yang dirawatnya, serta tinggal dengan anggota keluarga lain di luar keluarga inti. Terakhir, mayoritas dari responden belum pernah mendapatkan konseling (71.9%). Gambaran aktivitas merawat yang dilakukan responden akan ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 4.2
Gambaran Aktivitas Merawat

Data Demografis		Jumlah	Persentase
Usia lansia yang sedang dirawat	65-74 tahun	22	68,8%
	75-84 tahun	10	31,3%
Biaya perawatan lansia (per bulan)	< Rp1.500.000,00	12	37,5%
	Rp1.500.000,00 – Rp3.000.000,00	11	34,4%
	Rp3.100.000,00 – Rp4.500.000,00	2	6,3%
	Rp4.600.000,00 – Rp6.000.000,00	2	6,3%
	Rp6.00.000,00 – Rp7.500.000,00	1	3,1%
	> Rp9.000.000,00	4	12,5%
Lama merawat lansia	1-2 tahun	21	65,6%
	3-4 tahun	3	9,4%
	> 4 tahun	8	25%

Tabel 4.2 “sambungan”

Data Demografis		Jumlah	Persentase
Durasi merawat dalam satu hari (per jam)	1-2 jam	6	18,8%
	3-4 jam	11	34,4%
	5-6 jam	7	21,9%
	> 6 jam	8	25%
Kehadiran <i>caregiver</i> lain	Ada	31	96,9%
	Tidak ada	1	3,1%
Jenis bantuan yang diberikan	ADL saja	0	0%
	IADL saja	9	28,1%
	ADL dan IADL	23	71,9%
Responden mengalami gangguan tidur	Tidak	9	28,1%
	Kadang-kadang	20	62,5%
	Teratur	3	9,4%
Reponden merasakan tekanan fisik	Tidak	10	31,3%
	Kadang-kadang	17	53,1%
	Teratur	5	15,6%
Responden merasa waktunya terbatas karena merawat	Tidak	7	21,9%
	Kadang-kadang	20	62,5%
	Teratur	5	15,6%
Responden merasa bahwa merawat menimbulkan kekesalan	Tidak	10	31,3%
	Kadang-kadang	19	59,4%
	Teratur	3	9,4%
Responden merasa tertekan secara finansial	Tidak	9	28,1%
	Kadang-kadang	15	46,9%
	Teratur	8	25%
Jenis penyakit dari lansia yang sedang dirawat	Demensia	4	12,5%
	Stroke	5	15,6%
	Jantung	6	18,8%
	Kanker	6	18,8%
	Diabetes	5	15,6%
	Lainnya	6	18,8%

Dari data pada tabel di atas, mayoritas dari responden (68,8%) merawat lansia yang berusia 65-74 tahun. Selain itu, seluruh responden membantu lansia yang dirawatnya untuk melakukan *instrumental activity of daily living* (IADL), sedangkan hanya 9 responden (28,1%) yang tidak perlu membantu lansia yang sedang dirawatnya untuk melakukan *activity of daily living* (ADL). Mayoritas dari responden adalah *caregiver* yang baru memiliki pengalaman merawat selama 1-2 tahun dan dalam menjalankan perannya sebagai *caregiver*, hampir seluruh responden dibantu oleh adanya *caregiver* lain. Responden juga merasakan adanya

tuntutan-tuntutan dalam menjalankan perannya, dimana mayoritas dari responden merasakan adanya gangguan tidur selama merawat, tekanan fisik, tuntutan waktu, merasakan emosi negatif selama merawat, dan tekanan secara finansial.

4.2. Hasil Utama Penelitian

Bagian ini berisi gambaran skor responden pada alat ukur dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Selain itu akan dipaparkan juga hasil korelasi antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

4.2.1 Gambaran Dukungan Sosial

Gambaran dukungan sosial diperoleh dengan melakukan penghitungan statistik deskriptif. Secara teoretis, skor total dari *social provisions scale* (SPS) yang mengukur dukungan sosial berada pada rentang 24-96 yang diperoleh dari hasil perkalian rentang skor (1-4) dengan jumlah item (24 item). Hasil perhitungan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3
Gambaran Umum Dukungan Sosial

Mean	Median	Modus	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
70	70	70	94	38

Pada penelitian ini, nilai rata-rata (*mean*) dukungan sosial dari responden adalah 70, dengan nilai tengah (*median*) sebesar 70, dan nilai yang paling sering muncul (*modus*) adalah 70. Nilai tertinggi dari skor dukungan sosial yang didapat oleh responden adalah 94 dan nilai terendah sebesar 38. Semakin tinggi skor yang diperoleh responden menunjukkan semakin tinggi pula dukungan sosial yang dirasakan oleh responden tersebut (Cutrona & Russell, 1987).

Selain itu didapatkan juga tingkat dukungan sosial per dimensi, dimana rentang skor pada tiap dimensi adalah 4-16 yang diperoleh dari hasil perkalian rentang skor (1-4) dengan jumlah item per dimensi, yaitu 4 item. Hasil penghitungan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Gambaran Umum Dimensi Dukungan Sosial

Dimensi	Mean	Median	Modus	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
<i>Guidance</i>	11,84	12	12	16	4
<i>Reassurance of Worth</i>	11,47	12	12	16	8
<i>Social Integration</i>	11,97	12	12	16	5
<i>Attachment</i>	11,78	12	12	16	4
<i>Opportunity for Nurturance</i>	11,16	11	10	15	9
<i>Reliable Alliance</i>	11,78	12	12	16	4

Berdasarkan tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* yang menjadi responden dalam penelitian ini, cenderung memiliki skor *mean* per dimensi yang tidak jauh berbeda. Skor mean untuk masing-masing dimensi berada di rentang 11,16-11,97. Sedangkan, dimensi dukungan sosial yang memiliki *mean* tertinggi adalah *social integration* dan dimensi dukungan sosial yang memiliki nilai *mean* terendah adalah *opportunity of nurturance*.

4.2.2. Gambaran Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Gambaran sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional diperoleh dengan melakukan penghitungan statistik deskriptif. Skor total yang mungkin didapat oleh responden dari alat ukur *attitude towards seeking professional psychological help short form* (ATSPPH-SF) berada pada rentang 0-30 yang didapatkan dari hasil perkalian rentang skor per item (0-3) dengan jumlah item (10 item). Hasil perhitungan deskriptif tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.5
Gambaran Umum Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Mean	Median	Modus	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
15,19	15,50	15	26	3

Pada penelitian ini, nilai rata-rata (*mean*) sikap terhadap perilaku mencari bantuan dari psikologis responden adalah 15,19; dengan nilai tengah (*median*) sebesar 15,5; dan nilai yang paling sering muncul (*modus*) adalah 15. Nilai tertinggi dari skor sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional yang didapat oleh responden adalah 26 dan nilai terendah sebesar 3.

Penggolongan dari skor sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional menggunakan penggolongan skor yang dilakukan pada penelitian sebelumnya dari Kardono (2009) yang menggunakan median dari alat ukur sebagai penentu sikap positif ataupun negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Berikut tabel penggolongan skor dari sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional:

Tabel 4.6
Penggolongan Skor Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Skor	<i>f</i>	Proporsi	Keterangan
< 15 (<i>median</i>)	10	31,25%	Memiliki sikap negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional
> 15 (<i>median</i>)	22	68,75%	Memiliki sikap positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa terdapat 22 responden yang memiliki sikap positif dan 10 responden yang memiliki sikap negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden memiliki sikap yang positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

4.2.3 Hubungan antara Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dihitung dengan menggunakan korelasi *pearson*. Koefisien korelasi antara kedua variabel tersebut didapat dengan menggunakan program aplikasi SPSS 13.0. Hasil penghitungan yang diperoleh dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7
Hubungan Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Variabel 1	Variabel 2	Korelasi	Signifikansi
Dukungan Sosial	Sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional	0,194	0,287

*korelasi signifikan pada L.o.S. 0,05 (2-tailed)

Berdasarkan penghitungan statistik di atas, didapatkan hasil bahwa tidak terdapat korelasi positif yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Dengan demikian, hipotesis null yang menyatakan bahwa “tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver*” diterima.

Selain itu, peneliti melakukan pengujian korelasi antara dimensi-dimensi yang ada di dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Berikut hasil penghitungan yang diperoleh:

Tabel 4.8
Hubungan antara Dimensi Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Dimensi Dukungan sosial	Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	Korelasi	Signifikansi
<i>Guidance</i>		0,167	0,360
<i>Reassurance of Worth</i>	Sikap terhadap Perilaku	-0,083	0,652
<i>Social Integration</i>	Mencari Bantuan Psikologis	0,306	0,089
<i>Attachment</i>	dari Profesional	0,277	0,126
<i>Opportunity for Nurturance</i>		-0,126	0,491
<i>Reliable Alliance</i>		0,230	0,205

*korelasi signifikan pada L.o.S. 0,05 (2-tailed)

Berdasarkan penghitungan statistik di atas, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat korelasi yang signifikan antara dimensi-dimensi dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Hal ini dapat diartikan bahwa setiap dimensi dukungan sosial tidak memiliki hubungan dengan sikap seseorang terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

Tabel 4.9
Hubungan antara Kategori Dukungan Sosial dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Kategori Dukungan Sosial	Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	Korelasi	Signifikansi
<i>Assistance Related</i>	Sikap terhadap Perilaku	0,203	0,264
<i>Non-Assistance Related</i>	Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional	0,168	0,359

*korelasi signifikan pada L.o.S. 0,05 (2-tailed)

Dari pembagian kategori dimensi-dimensi dukungan sosial, tidak didapatkan korelasi positif yang signifikan antara kategori *assistance related* dan *non-assistance related* dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

4.3. Hasil Tambahan Penelitian

Pada bagian ini akan dipaparkan mengenai perbandingan skor dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional tiap kelompok responden berdasarkan data demografis dalam penelitian ini. Perbandingan skor dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada tiap kelompok responden dihitung menggunakan metode statistik *one-way ANOVA*. Berikut hasil penghitungan yang diperoleh:

Tabel 4.10
Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Responden dan Dukungan Sosial

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Jenis kelamin	Pria	12	69,75	0,013	0,909
	Wanita	20	70,15		
Usia	20-40 tahun	8	67	1,098	0,303
	40-65 tahun	24	71		
Agama	Islam	14	71,50	0,472	0,704
	Katolik	9	68,22		
	Protestan	6	67,50		
	Buddha	3	73,33		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Tabel 4.10 “sambungan”

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Pendidikan	SMP	1	63,00	1,584	0,207
	SMA	8	70,00		
	Diploma	7	72,43		
	S1	12	66,42		
	S2	4	78,25		
Status pernikahan	Lajang	9	71,56	0,338	0,565
	Menikah	23	69,39		
Kehadiran anak	Memiliki anak	20	68,80	0,872	0,358
	Tidak memiliki anak	12	72,00		
Tinggal bersama dengan lansia	Ya	23	70,35	0,110	0,743
	Tidak	9	69,11		
Anggota keluarga yang tinggal bersama	1-2 orang	4	72,00	0,233	0,793
	3-4 orang	17	70,47		
	>5 orang	11	68,55		
Pengalaman konseling	Pernah	9	76,44	7,098	0,012*
	Tidak pernah	23	67,48		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Dari hasil penghitungan ANOVA yang dilakukan, terdapat perbedaan skor dukungan sosial yang signifikan antara kelompok responden yang pernah mendapatkan konseling dan yang belum pernah mendapatkan konseling. Sedangkan untuk kelompok responden lain, tidak terdapat perbedaan skor dukungan sosial yang signifikan.

Tabel 4.11
Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Aktivitas Merawat dan Dukungan Sosial

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Usia lansia yang sedang dirawat	65-74 tahun	22	69,00	0,798	0,379
	75-84 tahun	10	72,00		
Biaya perawatan lansia (per bulan)	< Rp1.500.000,00	12	71,75	2,602	0,049*
	Rp1.500.000,00 – Rp3.000.000,00	11	65,00		
	Rp3.100.000,00 – Rp4.500.000,00	2	70,00		
	Rp4.600.000,00 – Rp6.000.000,00	2	72,50		
	Rp6.000.000,00 – Rp7.500.000,00	1	94,00		
	> Rp9.000.000,00	4	71,25		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Tabel 4.11 “sambungan”

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Lama merawat lansia	1-2 tahun	21	69,00	0,347	0,710
	3-4 tahun	3	72,67		
	> 4 tahun	8	71,63		
Durasi merawat dalam satu hari (per jam)	1-2 jam	6	73,17	0,669	0,578
	3-4 jam	11	67,27		
	5-6 jam	7	72,29		
	> 6 jam	8	69,38		
Kehadiran <i>caregiver</i> lain	Ada	31	71,03	19,092	0,000*
	Tidak ada	1	38,00		
Jenis bantuan yang diberikan	ADL saja	0	0	3,171	0,085
	IADL saja	9	74,56		
	ADL dan IADL	23	68,22		
Responden mengalami gangguan tidur	Tidak	9	70,33	0,458	0,637
	Kadang-kadang	20	70,60		
	Teratur	3	65,00		
Reponden merasakan tekanan fisik	Tidak	10	72,80	1,693	0,202
	Kadang-kadang	17	70,24		
	Teratur	5	63,60		
Responden merasa waktunya terbatas karena merawat	Tidak	7	73,14	0,621	0,545
	Kadang-kadang	20	69,60		
	Teratur	5	67,20		
Responden merasa bahwa merawat menimbulkan kekesalan	Tidak	10	71,10	0,547	0,585
	Kadang-kadang	19	68,74		
	Teratur	3	74,33		
Responden merasa tertekan secara finansial	Tidak	9	71,89	0,720	0,495
	Kadang-kadang	15	67,87		
	Teratur	8	71,88		
Jenis penyakit dari lansia yang sedang dirawat	Demensia	4	81,75	1,958	0,119
	Stroke	5	71,20		
	Jantung	6	69,67		
	Kanker	6	68,67		
	Diabetes	5	66,80		
	Lainnya	6	65,50		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Berdasarkan tabel 4.x di atas, kelompok responden yang memiliki *caregiver* lain untuk membantunya merawat lansia memiliki skor *mean* dukungan sosial yang berbeda secara yang signifikan dibandingkan dengan seorang responden (N=1) yang tidak memiliki *caregiver* lain untuk membantu merawat lansia. Seorang responden (N=1) yang mengeluarkan biaya Rp6.00.000,00 – Rp7.500.000,00 per bulannya untuk perawatan lansia memiliki perbedaan skor

mean dukungan sosial yang signifikan dengan kelompok responden yang mengeluarkan biaya berbeda. Berikut akan ditampilkan hasil penghitungan ANOVA gambaran umum responden dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional:

Tabel 4.12
Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Responden dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Jenis kelamin	Pria	12	17	2,894	0,099
	Wanita	20	14,10		
Usia	20-40 tahun	8	14,13	0,513	0,480
	40-65 tahun	24	15,54		
Agama	Islam	14	14,29	0,888	0,459
	Katolik	9	14,44		
	Protestan	6	16,83		
	Buddha	3	18,33		
Pendidikan	SMP	1	8	1,279	0,303
	SMA	8	14,50		
	Diploma	7	14		
	S1	12	15,83		
	S2	4	18,50		
Status pernikahan	Lajang	9	15,11	0,003	0,956
	Menikah	23	15,22		
Kehadiran anak	Memiliki anak	20	14,85	0,256	0,616
	Tidak memiliki anak	12	15,75		
Tinggal bersama dengan lansia	Ya	23	14,83	0,454	0,506
	Tidak	9	16,11		
Anggota keluarga yang tinggal bersama	1-2 orang	4	16	0,076	0,927
	3-4 orang	17	14,94		
	>5 orang	11	15,27		
Pengalaman konseling	Pernah	9	16,44	0,851	0,364
	Tidak pernah	23	14,70		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Berdasarkan hasil penghitungan ANOVA pada tabel di atas, tidak terdapat perbedaan skor *mean* sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional yang signifikan antara kelompok-kelompok responden. Kelompok responden pria memiliki skor *mean* sikap yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok responden wanita. Selain itu, kelompok partisipan yang menamatkan tingkat pendidikan S1 dan S2, serta pernah mendapatkan konseling juga memiliki skor sikap terhadap mencari dukungan psikologis dari profesional yang lebih

tinggi dibandingkan dengan kelompok responden yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah dan kelompok partisipan yang belum pernah mendapatkan konseling. Kelompok responden yang beragama Buddha juga memiliki skor *mean* paling tinggi dibandingkan agama lain. Hasil penghitungan ANOVA gambaran umum aktivitas merawat dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional akan ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 4.13
Hasil Penghitungan ANOVA Gambaran Umum Aktivitas Merawat dan Sikap terhadap Perilaku Mencari Bantuan Psikologis dari Profesional

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Usia lansia yang sedang dirawat	65-74 tahun	22	14,45	1,671	0,206
	75-84 tahun	10	16,80		
Biaya perawatan lansia (per bulan)	< Rp1.500.000,00	12	16,92	1,048	0,411
	Rp1.500.000,00 – Rp3.000.000,00	11	14		
	Rp3.100.000,00 – Rp4.500.000,00	2	10,50		
	Rp4.600.000,00 – Rp6.000.000,00	2	14,50		
	Rp6.000.000,00 – Rp7.500.000,00	1	20		
	> Rp9.000.000,00	4	14,75		
Lama merawat lansia	1-2 tahun	21	15,67	0,431	0,654
	3-4 tahun	3	13		
	> 4 tahun	8	14,75		
Durasi merawat dalam satu hari (per jam)	1-2 jam	6	16	0,353	0,787
	3-4 jam	11	16		
	5-6 jam	7	13,86		
	> 6 jam	8	14,63		
Kehadiran <i>caregiver</i> lain	Ada	31	15,16	0,029	0,867
	Tidak ada	1	16		
Jenis bantuan yang diberikan	ADL saja	0	0	1,192	0,284
	IADL saja	9	16,67		
	ADL dan IADL	23	14,61		
Responden mengalami gangguan tidur	Tidak	9	16,78	0,674	0,517
	Kadang-kadang	20	14,60		
	Teratur	3	14,33		
Reponden merasakan tekanan fisik	Tidak	10	15,30	0,175	0,840
	Kadang-kadang	17	15,47		
	Teratur	5	14		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Tabel 4.13 “sambungan”

Data Demografis		<i>f</i>	Mean	Anova	Signifikansi
Responden merasa waktunya terbatas karena merawat	Tidak	7	14,86	0,049	0,952
	Kadang-kadang	20	15,40		
	Teratur	5	14,80		
Responden merasa bahwa merawat menimbulkan kekesalan	Tidak	10	14	0,750	0,481
	Kadang-kadang	19	16,05		
	Teratur	3	13,67		
Responden merasa tertekan secara finansial	Tidak	9	17,33	1,268	0,296
	Kadang-kadang	15	14,33		
	Teratur	8	14,38		
Jenis penyakit dari lansia yang sedang dirawat	Demensia	4	17,25	0,937	0,474
	Stroke	5	15,40		
	Jantung	6	16,67		
	Kanker	6	12,67		
	Diabetes	5	17,00		
	Lainnya	6	13,17		

*signifikan pada L.o.S. 0,05

Berdasarkan tabel di atas, tidak terdapat perbedaan skor *mean* sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional antara kelompok-kelompok responden. Kelompok responden yang tidak merasa tertekan secara finansial memiliki skor *mean* yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok responden yang merasa tertekan secara finansial. Kelompok responden yang menjadi *caregiver* lansia yang menderita demensia dan diabetes juga memiliki skor *mean* sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

4.4. Gambaran Responden Berdasarkan Hasil Wawancara Informal

Saat pengambilan data, peneliti juga melakukan wawancara informal dengan beberapa responden. Secara umum responden dalam penelitian ini mengaku mendapatkan beban saat menjalankan perannya sebagai seorang *caregiver*, namun beban pada saat aktivitas merawat tidak selalu muncul. Hal ini terjadi karena ada saat-saat dimana lansia yang dirawat oleh *caregiver* tidak membutuhkan banyak perawatan ataupun tidak memunculkan tingkah laku yang menyebalkan. Saat *caregiver* memiliki banyak tugas untuk merawat atau lansia yang sedang mereka rawat memunculkan tingkah laku yang menyebalkan, *caregiver* merasa tidak dihargai walaupun sudah memberikan perawatan yang terbaik.

Peneliti juga menemukan beberapa *caregiver* yang tidak tinggal serumah dengan orangtua mereka yang sedang mereka rawat. Hal tersebut tidak mengurangi beban dari aktivitas merawat, karena setiap hari mereka tetap datang ke tempat tinggal orangtua mereka untuk merawat dan menjaga aktivitas orangtua mereka sepanjang hari. Mobilisasi yang harus dilakukan oleh *caregiver* ini tidak hanya menghabiskan waktu, tetapi juga uang dan tenaga *caregiver*, sehingga beban dari aktivitas merawat menjadi semakin besar.

Waktu yang dihabiskan untuk merawat ini juga menjadi salah satu keluhan dari responden, dimana mayoritas *caregiver* yang menjadi responden dalam penelitian ini mengakui membutuhkan waktu yang dapat mereka gunakan untuk beristirahat ataupun melakukan kegiatan yang mereka sukai, karena sebagian besar waktu mereka harus direlakan untuk merawat lansia. Aktivitas merawat ini juga menyita waktu dari para *caregiver*, sehingga pekerjaan lain yang harus *caregiver* lakukan menjadi terbengkalai. Mayoritas dari responden juga mengakui bahwa aktivitas merawat tersebut wajib dilakukan sebagai bentuk balas budi ataupun perwujudan dari rasa hormat anak ataupun menantu kepada orang tua ataupun mertuanya. Hal ini juga membuat *caregiver* yang sudah lelah ataupun kesal karena tingkah laku yang dimunculkan oleh lansia yang sedang dirawatnya merasa harus tetap bersabar serta menerima dan menjalankan peran anak sebagai pihak yang merawat orangtuanya.

Selain itu, mayoritas *caregiver* yang menjadi responden dalam penelitian ini mengakui bahwa mereka setidaknya memiliki satu orang yang dapat dijadikan tempat bercerita tentang kekesalan mereka. Dengan adanya orang lain yang dapat mereka jadikan tempat bercerita, para *caregiver* tidak perlu menahan emosi negatif yang muncul akibat aktivitas merawat seorang diri, walaupun *caregiver* tidak bisa meluapkan emosi tersebut di depan orang banyak, *caregiver* dapat memunculkan emosi tersebut pada orang yang mereka jadikan tempat bercerita.

Mayoritas dari responden mendapatkan dukungan sosial dari pasangan ataupun keluarga, namun mayoritas *caregiver* juga mengakui bahwa mereka sulit untuk berkomunikasi dengan teman karena tidak adanya waktu, sehingga banyak dari *caregiver* tidak merasakan adanya dukungan sosial dari teman-teman mereka.

BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN

Pada bagian ini, akan dikemukakan kesimpulan dari penelitian ini yang dapat menjawab pertanyaan penelitian berdasarkan analisis data yang telah dilakukan oleh peneliti. Selanjutnya, peneliti juga akan membahas mengenai diskusi hasil penelitian serta saran dari penelitian yang terdiri atas saran metodologis dan saran praktis.

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang didapat berdasarkan analisis dari hasil penelitian ini adalah:

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* lansia.

Berdasarkan dimensi-dimensi dari dukungan sosial, diperoleh hasil lebih lanjut, yaitu:

- a. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *guidance* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.
- b. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *reassurance of worth* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.
- c. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *social integration* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.
- d. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *attachment* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.

- e. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *opportunity for nurturance* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.
- f. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional dan dimensi *reliable alliance* dari dukungan sosial pada *caregiver* lansia.

5.2 Diskusi

Ada beberapa hal yang dapat didiskusikan berdasarkan hasil penelitian. Hasil penelitian utama menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Dengan kata lain, tinggi rendahnya tingkat dukungan sosial tidak mempengaruhi positif atau negatifnya sikap seseorang terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Hal ini berbeda dari penelitian-penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kelly dan Achter (1995), Vogel dan Wester (2003), dan Vogel, Wester, Wei, dan Boysen (2005) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan sikap seseorang terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Selain itu, penelitian Vogel dan Wester (2003), dan Vogel, Wester, Wei, dan Boysen (2005) menggunakan dua alat ukur yang sama dengan penelitian ini, yaitu SPS dan ATSPPH-SF, sehingga perbedaan alat ukur tidak menjadi penyebab perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Perlu diperhatikan juga bahwa item-item yang terdapat pada alat ukur SPS menanyakan dukungan sosial yang bersifat umum dan tidak menanyakan dukungan sosial responden pada saat menjalankan perannya sebagai *caregiver*. Peneliti juga tidak membagi kelompok responden berdasarkan hubungan dengan lansia yang dirawat, sehingga baik anak ataupun menantu tercampur dalam sampel penelitian ini. Selain itu, peneliti tidak menanyakan tentang aktivitas-aktivitas apa saja yang dapat dilakukan oleh lansia. Perbedaan kemampuan antar kelompok lansia ini juga dapat menyebabkan tingkat stres yang berbeda pada *caregiver*.

Hasil ini dapat disebabkan karena berdasarkan hasil statistik dukungan sosial yang dilaporkan oleh responden memiliki skor *mean* yang cukup tinggi, sehingga dapat disimpulkan bahwa responden penelitian ini memiliki tingkat dukungan sosial yang tinggi. Tingkat dukungan sosial yang tinggi ini akhirnya membuat responden tidak merasa perlu untuk mencari bantuan dari profesional, karena mereka sudah mendapatkannya dari sumber informal seperti teman atau keluarga untuk dapat membantunya menyelesaikan masalah yang muncul karena aktivitas merawat. Liao, Rounds, dan Klein (2005) dalam penelitian di Amerika Serikat juga menemukan hal yang sama, dimana responden yang memiliki tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi, memiliki tingkat masalah yang lebih rendah, dan tingkat masalah memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional. Mayoritas responden juga mendapatkan bantuan dari *caregiver* lain ataupun keluarga yang tinggal bersama dengan mereka. Adanya bantuan dari *caregiver* lain dan keluarga responden juga mungkin mengurangi beban yang dirasakan oleh responden dan membuat responden merasa mendapatkan dukungan sosial dari lingkungannya, sehingga responden merasa tidak perlu lagi mencari bantuan psikologis dari profesional karena mereka mendapatkan bantuan langsung untuk merawat lansia dan dukungan sosial secara emosional. Budaya juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi *caregiver* secara tidak langsung. Budaya Barat yang lebih individual mungkin membuat *caregiver* harus melakukan aktivitas merawat seorang diri, tetapi budaya Timur yang lebih kolektif membuat *caregiver* dapat membagi peran dan tanggung jawab merawat dengan anggota keluarga lainnya. Salah satu buktinya adalah dalam penelitian ini saudara dari *caregiver* juga turut membantu untuk merawat lansia.

Selain itu, hal ini juga dapat terjadi karena tiga penelitian sebelumnya spesifik pada populasi khusus yaitu mahasiswa psikologi. Pengetahuan tentang intervensi psikologis yang sudah didapatkan oleh para mahasiswa yang menjadi populasi dari penelitian sebelumnya dapat menghilangkan atau mengurangi rasa takut pada intervensi psikologis, sehingga memiliki sikap yang lebih positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional (Kushner & Sher, 1989). Selain itu, dengan mengetahui informasi tentang manfaat dari

mendapatkan bantuan psikologis akan memunculkan sikap yang lebih positif, karena individu yakin bahwa dengan mendapatkan bantuan psikologis dirinya akan mendapatkan manfaat ataupun keuntungan (Kelly & Achter, 1995). Hal ini dibuktikan dari perbedaan skor *mean* dari alat ukur ATSPPH-SF yang didapatkan oleh Vogel & Wester, (2003) sebesar 26,9 dan Vogel, Wester, Wei, & Boysen (2005) sebesar 25,6; sedangkan skor *mean* alat ukur ATSPPH-SF dari penelitian ini sebesar 15,19. *Caregiver* yang kurang mengenali bentuk-bentuk ataupun manfaat dari bantuan psikologis memiliki skor *mean* yang lebih rendah dibandingkan dengan mahasiswa psikologi. Skor *mean* dari *caregiver* memiliki tingkat pendidikan S2 juga lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok *caregiver* lainnya dalam penelitian ini. Ini membuktikan tingkat pendidikan dan informasi yang didapatkan oleh seseorang tentang intervensi psikologis dapat mempengaruhi sikap seseorang terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional.

Perbedaan tingkat dukungan sosial yang dirasakan oleh mahasiswa dan *caregiver* juga dapat menjadi penyebab perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya. Skor *mean* dari SPS pada sampel mahasiswa penelitian Vogel dan Wester (2003) sebesar 81,8 dan Vogel, Wester, Wei, dan Boysen (2005) sebesar 82,2 ini lebih tinggi dibandingkan dengan skor *mean* SPS *caregiver* lansia di penelitian ini ($M=70$). Salah satu faktor yang menjadi pembeda antara kedua populasi ini adalah penggunaan waktu. Data demografis dari penelitian ini memberikan gambaran dari penggunaan waktu oleh *caregiver* untuk merawat lansia. 11 *caregiver* menghabiskan 3 sampai 4 jam per hari dan 15 *caregiver* menghabiskan waktu lebih dari 5 jam per hari untuk memberikan perawatan kepada lansia yang sedang dirawatnya.

Perbedaan skor *mean* dukungan sosial juga muncul pada pembagian kelompok responden berdasarkan status pernikahan dan kehadiran anak, dimana kelompok responden yang sudah menikah dan memiliki anak melaporkan skor *mean* dari dukungan sosial yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok responden yang lajang atau tidak memiliki anak. Hal ini sesuai dengan pendapat Papalia, Olds, dan Feldman (2007) yaitu adanya peran ganda dimana *caregiver*

yang sudah menikah dan memiliki anak mempunyai tanggung jawab lain untuk merawat orang tuanya. Adanya peran tambahan ini membuat *caregiver* kehabisan waktu untuk dirinya sendiri. Waktu yang terbatas untuk bersosialisasi memiliki pengaruh terhadap dukungan sosial, seperti hasil penelitian dari Rosa, Lussignoli, Sabbatini, Chiappa, Di Cesare, Lamanna, dan Zanetti (2010) serta Marcen dan Molina (2012) yang menjelaskan bahwa *caregiver* tidak merasakan adanya dukungan sosial dari orang lain karena waktu untuk bersosialisasi dengan orang-orang yang ada disekitarnya karena digunakan untuk memberikan perawatan. Perbedaan skor *mean* dukungan sosial juga muncul pada pembagian kelompok responden berdasarkan status pernikahan dan kehadiran anak, dimana kelompok responden yang sudah menikah dan memiliki anak melaporkan skor *mean* dari dukungan sosial yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok responden yang lajang atau tidak memiliki anak. Sebaliknya, populasi mahasiswa di dua penelitian sebelumnya mungkin memiliki waktu yang lebih banyak untuk berinteraksi dengan orang lain karena tidak adanya tugas-tugas lain.

Faktor gender juga menjadi salah satu yang memiliki hubungan dengan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kelly dan Achter (1995) dan Goh, Xie, Wahl, Lian, dan Romano (2007), dimana dalam kedua penelitian tersebut wanita melaporkan sikap yang lebih positif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Dalam penelitian ini walaupun tidak terdapat hubungan yang signifikan antara gender dan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional, perbandingan skor *mean* ATSPPH-SF pada kelompok responden pria dan wanita berbeda dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya, yaitu $M=17$ untuk pria dan $M=14,10$ untuk wanita. Salah satu penjelasan kenapa hasilnya berbeda adalah adanya pemikiran di masyarakat bahwa pria harus kuat, mandiri, dapat menyelesaikan masalahnya sendiri (Smith, Tran, & Thompson, 2008). Hal ini membuat pria menjadi lebih tertutup dibandingkan wanita untuk menceritakan masalah ataupun keluhan kepada orang-orang disekitarnya, karena jika pria menceritakan masalahnya kepada orang lain, mereka takut akan dianggap sebagai pria yang lemah atau tidak maskulin.

Saat seseorang tidak dapat mengeluarkan emosi negatifnya, tekanan yang akan dirasakannya akan semakin meningkat. Goodman, Sewell, dan Jampol (1984) dalam penelitiannya membuktikan adanya hubungan antara dukungan sosial, tekanan yang dialami, dan sikap terhadap mencari bantuan psikologis dari profesional. Saat individu tidak mendapatkan dukungan sosial dari orang-orang yang ada lingkungannya, individu tersebut tidak dapat melakukan *coping* untuk menyelesaikan masalahnya dan akhirnya individu tersebut perlu mencari bantuan psikologis dari profesional untuk menyelesaikan masalahnya. Peneliti berpendapat bahwa hal inilah yang terjadi pada kelompok responden pria dalam penelitian ini yang menyebabkan skor *mean* sikap terhadap mencari bantuan psikologis profesional mereka lebih besar dibandingkan dengan kelompok responden wanita.

Pada saat melakukan pengambilan data, peneliti juga menemukan adanya beberapa perbedaan pada data yang diisi oleh responden dengan wawancara informal yang peneliti lakukan pada saat pengambilan data. Mayoritas dari responden mengisi kuesioner dengan jawaban normatif yang mungkin tidak menggambarkan dukungan sosial yang sesungguhnya dari responden. Kebanyakan dari mereka menjawab mendapatkan dukungan sosial di dalam kuesioner, seperti adanya orang lain yang bisa dijadikan tempat bercerita bagi *caregiver*. Walaupun demikian, dalam wawancara informal yang dilakukan, cerita yang diceritakan oleh responden sebagaimana besar bukan merupakan cerita tentang dirinya yang mendapatkan dukungan sosial, tetapi lebih merupakan gambaran bagaimana dukungan sosial yang ia berikan pada lansia yang sedang dirawatnya. Baik itu cara merawat lansia, keputusan-keputusan yang akan diambil untuk kepentingan lansia, dan sebagainya.

Proporsi antar kelompok responden yang tidak seimbang juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi hasil dalam penelitian ini. Jumlah responden wanita hampir dua kali lipat jumlahnya dibandingkan dengan kelompok responden pria dalam penelitian ini. Selain itu, peneliti juga menemukan ketidakseragaman dari penyakit yang diderita oleh lansia. Jenis perawatan yang harus diberikan juga berbeda-beda tergantung dari penyakit yang diderita oleh lansia. Penyakit seperti stroke atau demensia yang harus selalu dibantu tentunya

akan lebih menyita waktu dari *caregiver* dibandingkan dengan penyakit lain seperti diabetes dan jantung, dimana lansia masih dapat melakukan beberapa aktivitas untuk merawat dirinya sendiri.

Secara umum kelompok responden yang sedang merawat orang tua atau mertua yang menderita demensia (N=4) memiliki skor *mean* paling tinggi untuk dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional. Hal ini terjadi karena keempat responden tersebut merupakan *caregiver* yang tergabung di organisasi *Alzheimer* Indonesia yang mengadakan pertemuan *caregiver* pada setiap hari sabtu di minggu pertama bulan tersebut. Organisasi *Alzheimer* Indonesia memberikan informasi yang berkaitan dengan penderita ataupun yang berkaitan dengan kesehatan *caregiver*, baik itu secara fisik ataupun emosional dalam pertemuan ini. Peneliti berpendapat pertemuan yang diadakan untuk *caregiver* serta bantuan berupa informasi yang diberikan mempengaruhi tingkat dukungan sosial dan sikap terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional pada *caregiver* dari lansia yang menderita *Alzheimer*.

5.3 Saran

Pada bagian ini, peneliti akan memberikan beberapa saran yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya. Saran yang diberikan berupa saran metodologis dan saran praktis.

5.3.1. Saran Metodologis

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, peneliti menyarankan beberapa hal untuk penelitian selanjutnya, yaitu:

1. Peneliti menyarankan pada penelitian selanjutnya untuk menggunakan metode pengambilan data dengan wawancara dan observasi, karena dalam penelitian ini jawaban responden di kuesioner dan jawaban responden pada saat wawancara informal seringkali berbeda, sehingga mungkin saja apa yang responden rasakan tidak dimunculkan dengan sesungguhnya.

2. Penelitian selanjutnya juga sebaiknya lebih spesifik dalam menentukan populasi. Baik itu dari hubungannya dengan lansia ataupun status pernikahan, karena dalam penelitian ini populasi yang digunakan tidak terlalu spesifik, yaitu anak atau menantu dari lansia yang dapat memiliki penghayatan berbeda saat menjalankan perannya sebagai *caregiver*.
3. Peneliti juga menyarankan untuk lebih spesifik dalam menentukan penyakit yang diderita oleh orang yang dirawat oleh *caregiver*, karena tiap jenis penyakit memiliki karakteristik yang khas, sehingga proses merawat menjadi tidak sama antara satu penyakit dengan penyakit yang lainnya.

5.3.2. Saran Praktis

Saran praktis dari penelitian ini ditujukan bagi orang-orang yang berada disekitar *caregiver* dari lansia agar dapat lebih berempati kepada para *caregiver* dan memberikan dukungan kepada para *caregiver*. Sehingga *caregiver* yang memiliki sikap negatif terhadap perilaku mencari bantuan psikologis dari profesional tetap mendapatkan bantuan psikologis lewat dukungan sosial dari orang-orang disekitarnya.

Hasil penelitian ini juga dapat digunakan oleh para profesional di bidang psikologi untuk memberikan psikoedukasi tentang bantuan psikologis yang bisa didapatkan, karena dalam penelitian ini ditemukan hasil bahwa *caregiver* belum pernah mendapatkan bantuan psikologis formal dan memiliki tingkat pendidikan yang rendah memiliki sikap yang lebih negatif dibandingkan dengan *caregiver* yang sudah pernah mendapatkan bantuan psikologis formal dan memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Hal ini juga perlu dilakukan agar tidak hanya individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi yang dapat mencari bantuan psikologis, tetapi individu yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah juga dapat mencari bantuan psikologis dari profesional saat mereka mendapatkan masalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Baron, R. A., Branscombe, N. R., & Bryne, D. (2009). *Social Psychology: Twelfth Edition*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Bergeron, E., Poirier, L.-R., Fournier, L., Roberge, P., & Barrette, G. (2005). Determinants of Service Use Among Young Canadians With Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 629--636.
- Carruth, A.K. (1994). Development and testing of instrument to measure caregiver reciprocity in adult children caring for elderly parents. Disertasi: Louisiana State University
- Cepeda-Benito, A., & Short, P. (1998). Self-Concealment, Avoidance of Psychological Services, and Perceived Likelihood of Seeking Professional Help. *Journal of Counseling Psychology*, 45(1), 58-64.
- Chan, N., Anstey, K. J., & Windsor, T. D. (2011). Disability and depressive symptoms in later life: the stress-buffering role of informal and formal support. *Gerontology*, 57(2), 180-189.
- Chen, S. X., & Mak, W. W. (2008). Seeking Professional Help: Etiology Beliefs About Mental Illness Across Cultures. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 442-450.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Cramer, K. M. (1999). Psychological Antecedents to Help-Seeking Behavior: A Reanalysis Using Path Modeling Structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 381-387.
- Cronbach, L. (1990). *Essential of Psychology Testing*. New York: Harper Collins Publisher, Inc.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Deane, F. P., Skogstad, P., & Williams, M. W. (1999). Impact of attitudes, ethnicity and quality of prior therapy on New Zealand male prisoners'

intentions to seek professional psychological help. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 21, 55-67.

Department of Economic and Social Affairs United Nations. (2012). *Population Ageing and Development 2012*. New York: United Nations.

Dilworth-Anderson, P., Williams, S. W., & Cooper, T. (1999). Family caregiving to elderly African Americans: Caregiver types and structure. *The Journals of Gerontology*, 54B (4), S237-S241.

Duci, V., & Tahsini, I. (2012). Perceived social support and coping styles as moderators for levels of anxiety, depression and quality of life in cancer caregivers: A literature review. *European Scientific Journal*, 8(11), 160-175.

Fischer, E., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking psychological professional help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.

Goh, M., Xie, B., Wahl, K. H., Lian, F., & Romano, J. L. (2007). Chinese Students' Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 29, 187-202.

Goodman, S. H., Sewell, D. R., & Jampol, R. C. (1984). On going to the counselor: Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 306-313.

Gravetter, F. J., & Forzano, L.-A. B. (2009). *Research Methods for the Behavioral Sciences*. California: Wadsworth Cengage Learning.

Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: The consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1101-1105.

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 2(4), 323-330.

Kardono, A. A. (2009). *Faktor-Faktor yang Berkontribusi kepada Keinginan Orang-Orang yang Mengalami Stres dan Depresi untuk Meminta Bantuan Psikologis*. Skripsi Universitas Indonesia: tidak diterbitkan.

- Kelly, A. E., & Achter, J. A. (1995). Self-Concealment and Attitudes Toward Counseling in University Students. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 40-46.
- Kim, J.-H., & Knight, B. G. (2008). Effects of Caregiver Status, Coping Styles, and Social Support on the Physical Health of Korean American Caregivers. *The Gerontologist*, 48(3), 287-299.
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized Social Support and Self-Esteem Mediate the Relationship Between Perceived Social Support and Suicide Ideation: A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 42-49.
- Kring, A. M., Jonshon, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2010). *Abnormal Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kumar, R. (1999). *Research Methodology, A step-by-step guide for beginners*. London: Sage Publications.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of Psychological Treatment and Its Relation to Mental Health Service Avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251-257.
- Lahey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support Theory and Measurement. In S. U. Cohen, *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., . . . Reynolds, C. F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability: A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Liao, H.-Y., Rounds, J., & Klein, A. G. (2005). A Test of Cramer's (1999) Help-Seeking Model and Acculturation Effects With Asian and Asian American College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 400-411.
- Liu, W., & Kendig, H. (2000). *Who Should Care for the Elderly?: An East-West Value Divide*. Singapore: Singapore University Press.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2013). *Chronic Illness : Impact and Intervention*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Lunenfeld, B. (2002). The ageing male: demographics and challenges. *World Journal of Urology*, 20(1), 11-16.

- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Patterson, T. L. (2013). A Comparison of Psychosocial Outcomes in Elderly Alzheimer Caregivers and Noncaregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 5-13.
- McCabe, K. M., Yeh, M., Lau, A., Garland, A., & Hough, R. (2003). Racial/Ethnic Differences in Caregiver Strain and Perceived Social Support Among Parents of Youth With Emotional and Behavioral Problems. *Mental Health Services Research*, 5(3), 137-147.
- Merriam-Webster (2014). WWWebster Dictionary [Online]. Diunduh pada 14 Mei 2014, dari <http://www.merriam-webster.com/dictionary/caregiver>
- Mindszenty, B. J., & Gordon, M. (2005). *Parenting Your Parents : Supoort Strategies For Meeting the Challenge of Aging in the Family*. Toronto: Dundurn.
- Mineko, Y., & Amagai, M. (2008). Family caregiving in dementia in Japan. *Applied Nursing Research*, 21, 277-231.
- Monahan, D. J., & Hooker, K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social Work*, 40(3), 305-314.
- Morris, V. (1996). *How to Care for Aging Parents*. New York: Workman Publishing Company, Inc.
- Nam, S. K., & Choi, S. I. (2013). Psychological Factors in College Students' Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 37-45.
- Oyebode, J. (2003). Assessment of carers' psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 45-53.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2007). *Human Development*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2007). *Adult Development and Aging*. New York: McGraw-Hill.

- Park, M. (2012). Filial Piety and Parental Responsibility: An Interpretive Phenomenological Study of Family Caregiving for a Person with Mental Illness Caregiving Among Korean Immigrants. *BMC Nursing*, 11(28), 1-8.
- Park, M., & Chesla, C. (2007). Revisiting Confucianism as a Conceptual Framework for Asian Family Study. *Journal of Family Nursing*, 13(3), 293-311.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. (2013). Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. *Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, 1-18.
- Rhodes, L. C. (2001). *The Complete Idiot's Guide to Caring for Aging Parents*. Indianapolis: Alpha Books
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2011). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology research and behavior management*, 5, 173-183.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wislon, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 4(3), 1-34.
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., & Zanetti, O. (2010). Needs of Caregivers of The Patients with Dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 54-58.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions* . New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1985). *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. (2005). Investigating the Effects of Communication Problems on Caregiver Burden. *The Journals of Gerontology*, 60B(1), S48-S55.

- Schoeder, C. E., & Remer, R. (2007). Perceived Social Support and Caregiver Strain in Caregivers of Children with Tourette's Disorder. *J Child Fam Stud*, 16, 888-901.
- Schulz, R. (2006). *THE ENCYCLOPEDIA OF AGING: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics Fourth Edition*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Schulz, R., & Quittner, A. L. (1998). Caregiving for Children and Adults With Chronic Conditions: Introduction to the Special Issue. *Health Psychology*, 17(2), 107-111.
- Shieh, S.-C., Tung, H.-S., & Liang, S.-Y. (2012). Social Support as Influencing Primary Family Caregiver Burden in Taiwanese Patients With Colorectal Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 223-231.
- Smith, J. P., Tran, G. Q., & Thompson, R. D. (2008). Can the Theory of Planned Behavior Help Explain Men's Psychological Help-Seeking? Evidence for a Mediation Effect and Clinical Implications. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(3), 179-192.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., . . . Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 , e1-e5.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and Social Support: Who Seeks It and Why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3) , 354-362.
- Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 153-163.
- Victor, C. R. (2005). *The Social Context of Ageing*. Oxon: Routledge.
- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To Seek Help or Not to Seek Help: The Risks of Self-Disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351-361.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help. *Journal of Counseling and Development*, 85(4), 410-422.

- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470.
- Yeh, P.-M., Wierenga, M. E., & Yuan, S.-C. (2009). Influences of Psychological Well-being, Quality of Caregiver-patient Relationship, and Family Support on the Health of Family Caregivers for Cancer Patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4), 154-166.
- Zarit, S. H. (2013). *Caregiving for Alzheimer's Disease and Related Disorders*. New York: Springer.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

