



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA *CAREGIVER STRAIN* DAN KEPUASAN
PERNIKAHAN PADA ISTRI SEBAGAI SPOUSE CAREGIVER
DARI PENDERITA STROKE**

*(Relationship between Caregiver Strain and Marital Satisfaction
among Wives as Spouse Caregiver of Stroke Patients)*

SKRIPSI

CEMPAKA AYU DIANA

0806344465

FAKULTAS PSIKOLOGI

PROGRAM REGULER

DEPOK

JUNI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA *CAREGIVER STRAIN* DAN KEPUASAN
PERNIKAHAN PADA ISTRI SEBAGAI SPOUSE CAREGIVER
DARI PENDERITA STROKE**

*(Relationship between Caregiver Strain and Marital Satisfaction
among Wives as Spouse Caregiver of Stroke Patients)*

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi

CEMPAKA AYU DIANA

0806344465

FAKULTAS PSIKOLOGI

PROGRAM REGULER

DEPOK

JUNI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Cempaka Ayu Diana

NPM : 0806344465

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Cempaka Ayu Diana
NPM : 0806344465
Program Studi : Psikologi
Judul Skripsi : Hubungan antara *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan pada Istri sebagai *Spouse Caregiver* dari Penderita Stroke

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi pada Program Studi Reguler, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dra. Augustine D. Sukarlan, M.Si.
NIP. 1951082219781220001

(*Augustine*)

Pembimbing 2 : Lifina Dewi Pohan, S.Psi., M.Psi
NIP. 0806050133

(*Lifina*)

Penguji 1 : Dra. Ina Saraswati, M.Si.
NIP. 195812191992032002

(*Ina*)

Penguji 2 : Dra. Dyah Triarini Indirasari, M.A
NIP. 195402271980032002

(*Dyah*)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 14 Juni 2012

DISAHKAN OLEH

Ketua Program Sarjana Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia

Frieda

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



Wilman

(Prof. Dr. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed.) (NIP. 195408291980032001) (Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.) (NIP. 194904031976031002)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Kuasa atas segala karunia dan hidayah yang diberikan-Nya sehingga saya diberi kesempatan untuk menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari awal perkuliahan hingga penyusunan skripsi ini, sangat sulit bagi saya untuk dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dra. Augustine D. Sukarlan, M.Si dan Lifina Dewi Pohan, S.Psi., M.Psi sebagai pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktu dan daya upaya untuk membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini;
2. Dra. Dyah Triarini Indirasari, M.A dan Dra. Ina Saraswati, M.Si yang telah menguji dan memberikan masukan untuk skripsi ini;
3. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan material dan moral serta doa yang tidak henti-hentinya kepada saya hingga saya dapat menuntaskan perkuliahan ini;
4. Bapak Kamel Kinaly, Bapak H. Berry Tanukusuma dan Bapak Hariadi selaku anggota klub stroke RSCM yang telah menerima saya dengan sangat terbuka dan senantiasa membantu saya dalam pencarian partisipan untuk skripsi ini;
5. Dr. Andi Wahyuningsih, Sp.An., mas Dimas dan suster Winda dari RS. Fatmawati yang telah memberikan izin dan membantu saya dalam pencarian partisipan untuk skripsi ini;
6. Dr. Joyce dan Dr. Ika dari Klinik Pernafasan JRC serta Bapak Sutoyo dari tempat terapi stroke yang juga telah membantu saya dalam pencarian partisipan untuk skripsi ini;
7. Para istri dari penderita stroke yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi partisipan di dalam penelitian ini;

8. Teman seperjuangan dalam penyusunan skripsi: Siska Esthi Andarini, S.Psi yang telah berjuang bersama saya untuk menyelesaikan skripsi ini serta Stefani Astri Setyorini, S.Psi yang telah menjadi teman berdiskusi dalam penyusunan skripsi ini;
9. Teman-teman semenjak MaBa, “genggong” (Angel, Arin, Ella, Dara dan Anggra) serta Bije, Dita dan Dini yang senantiasa membantu dan memberikan semangat untuk segera menyelesaikan skripsi ini dan meraih gelar S.Psi;
10. Seluruh sahabat-sahabat dan teman-teman Psikologi UI angkatan 2008 (Psikomplit) yang selalu siap sedia untuk memberikan bantuan ketika dibutuhkan dan telah memberikan bentuk persahabatan yang sangat berarti untuk saya;
11. Pihak-pihak lainnya yang telah membantu saya dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu-persatu.

Akhir kata, saya ucapkan terima kasih dan berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 14 Juni 2012

Cempaka Ayu Diana

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

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

Nama : Cempaka Ayu Diana

NPM : 0806344465

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 *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan pada Istri sebagai *Spouse Caregiver* dari Penderita Stroke”

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 : 14 Juni 2012

Yang menyatakan



(Cempaka Ayu Diana)

NPM : 0806344465

ABSTRAK

Nama : Cempaka Ayu Diana
Program Studi : Program Reguler Fakultas Psikologi
Judul : Hubungan antara *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan pada Istri sebagai *Spouse Caregiver* dari Penderita Stroke

Pada saat seorang suami menderita suatu penyakit, maka istrinya adalah yang akan berperan sebagai *primary caregiver* (Magai, 1996). Sebagai *spouse caregiver*, seorang istri lebih berisiko untuk mengalami *caregiver strain*, dimana *strain* yang dapat ia rasakan adalah akibat dari permasalahan fisik, emosional, kognitif atau sosial yang dialami oleh suaminya. Penelitian ini merupakan penelitian korelasional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke. *Caregiver strain* merupakan persepsi atau perasaan kesulitan atas tugas dan tanggung jawab dalam memenuhi peran sebagai *caregiver* (Oncology Nursing Society, 2008; Factor & Weiner, 2008). Kepuasan pernikahan didefinisikan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan (Roach, Frazier & Bowden, 1981). Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *The Modified Caregiver Strain Index* (MCSI) yang dikembangkan oleh Robinson pada tahun 1983 dan telah dimodifikasi oleh Thornton & Travis pada tahun 2003 serta *Marital Satisfaction Scale* yang dikembangkan oleh Roach, Frazier & Bowden pada tahun 1981. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini berjumlah 30 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke.

Kata kunci: *caregiver strain*, kepuasan pernikahan, *spouse caregiver*, istri, penderita stroke

ABSTRACT

Name : Cempaka Ayu Diana
Study Program : S1 Reguler Fakultas Psikologi
Title : Relationship between Caregiver Strain and Marital Satisfaction among Wives as Spouse Caregiver of Stroke Patients

When a husband suffering from an illness, then his wife will serve as the primary caregiver (Magai, 1996). As spouse caregiver, a wife is more at risk for experiencing caregiver strain, where she can feel the strain as the result of physical, emotional, cognitive or social development problem experienced by her husband. This study is a correlational study aimed to determine the relationship between caregiver strain and marital satisfaction among wives as spouse caregiver of stroke patients. Caregiver strain is a perception or a feeling of difficulty on the task and responsibility in fulfilling the role as caregiver (Oncology Nursing Society, 2008; Factor & Weiner, 2008). Marital satisfaction is defined as attitude of greater or lesser favorability toward one's own marital relationship (Roach, Frazier & Bowden, 1981). Instrument which used in this study are The Modified Caregiver Strain Index (MCSI) developed by Robinson in 1983 and has been modified by Thornton & Travis in 2003 and Marital Satisfaction Scale developed by Roach, Frazier & Bowden in 1981. Participants who were included in this study is 30 people. The results showed that there is no significant relationship between caregiver strain and marital satisfaction among wives as spouse caregiver of stroke patients.

Key words: caregiver strain, marital satisfaction, spouse caregiver, wife, stroke patient

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.5 Sistematika Penulisan	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 <i>Caregiver</i>	11
2.1.1 Istri sebagai <i>Spouse Caregiver</i>	13
2.1.2 <i>Caregiver Strain</i>	15
2.1.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Caregiver Strain</i>	17
2.2 Kepuasan Pernikahan	19
2.2.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pernikahan	20
2.3 Stroke	24
2.3.1 Tipe Stroke	25
2.3.2 Dampak Stroke	26
2.3.2.1 Dampak Stroke bagi Penderita	26
2.3.2.2 Dampak Stroke bagi Keluarga dan Pasangan Penderita	28
2.4 Dinamika Hubungan antara <i>Caregiver Strain</i> dan Kepuasan Pernikahan	29
BAB 3. METODE PENELITIAN	
3.1 Masalah Penelitian	31
3.2 Variabel Penelitian	31
3.2.1 <i>Caregiver Strain</i>	31
3.2.1.1 Definisi Konseptual	31
3.2.1.2 Definisi Operasional	31
3.2.2 Kepuasan Pernikahan	31
3.2.2.1 Definisi Konseptual	31

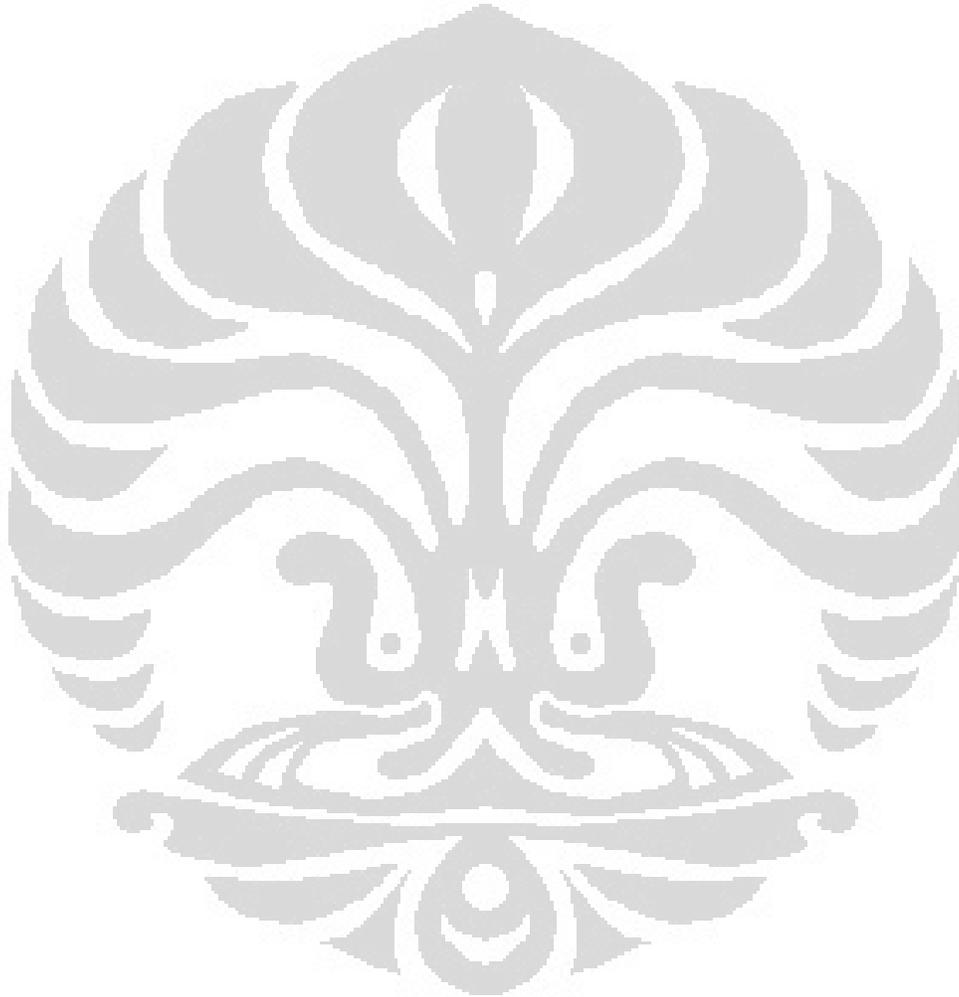
3.2.2.2 Definisi Operasional	32
3.3 Tipe dan Desain Penelitian	32
3.4 Partisipan Penelitian	33
3.4.1 Karakteristik Partisipan Penelitian	33
3.4.2 Teknik Pengambilan Sampel	34
3.4.3 Jumlah Sampel	34
3.5 Instrumen Penelitian	34
3.5.1 Alat Ukur <i>Caregiver Strain</i>	35
3.5.1.1 Contoh Item Alat Ukur <i>Caregiver Strain</i>	36
3.5.2 Alat Ukur Kepuasan Pernikahan	37
3.5.2.1 Contoh Item Alat Ukur Kepuasan Pernikahan	38
3.6 Prosedur Penelitian	38
3.6.1 Tahap Persiapan	38
3.6.2 Tahap Uji Coba Alat Ukur	38
3.6.2.1 Tahap Uji Coba Alat Ukur <i>Caregiver Strain</i>	39
3.6.2.2 Tahap Uji Coba Alat Ukur Kepuasan Pernikahan	40
3.7 Tahap Pelaksanaan Penelitian	42
3.8 Tahap Pengolahan Data	43
BAB 4. HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Umum Partisipan Penelitian	44
4.2 Hasil Penelitian	48
4.2.1 Gambaran <i>Caregiver Strain</i>	48
4.2.2 Gambaran Kepuasan Pernikahan	50
4.2.3 Hubungan <i>Caregiver Strain</i> dan Kepuasan Pernikahan	51
4.3 Hasil Tambahan	52
4.3.1 Gambaran <i>Caregiver Strain</i> berdasarkan Data Demografi Partisipan	52
4.3.1.1 Gambaran <i>Caregiver Strain</i> berdasarkan Hasil Wawancara	55
4.3.2 Gambaran Kepuasan Pernikahan berdasarkan Data Demografi Partisipan	57
BAB 5. KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	60
5.1.1 Kesimpulan Utama	60
5.1.2 Kesimpulan Tambahan	60
5.2 Diskusi	62
5.3 Saran	70
5.3.1 Saran Metodologis	70
5.3.2 Saran Praktis	71
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Contoh Item Alat Ukur <i>Caregiver Strain</i>	36
Tabel 3.2 Contoh Item Alat Ukur Kepuasan Pernikahan	38
Tabel 4.1 Gambaran Umum Partisipan	44
Tabel 4.2 Gambaran Umum Pasien	47
Tabel 4.3 Skor <i>Caregiver Strain</i>	48
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Skor <i>Caregiver Strain</i>	48
Tabel 4.5 Penggolongan Skor <i>Caregiver Strain</i>	49
Tabel 4.6 Skor Kepuasan Pernikahan	50
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Skor Kepuasan Pernikahan	50
Tabel 4.8 Penggolongan Skor Kepuasan Pernikahan	51
Tabel 4.9 Hubungan <i>Caregiver Strain</i> dan Kepuasan Pernikahan	51
Tabel 4.10 Gambaran <i>Caregiver Strain</i> berdasarkan Data Demografi Partisipan.....	52
Tabel 4.11 Gambaran Kepuasan Pernikahan berdasarkan Data Demografi Partisipan.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

- A. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *Caregiver Strain*
 - A.1 Reliabilitas
 - A.2 Validitas
- B. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Kepuasan Pernikahan
 - B.1 Reliabilitas
 - B.2 Validitas



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu penyakit yang paling banyak menyerang masyarakat dunia. Stroke juga merupakan penyakit kronis yang menjadi salah satu dari empat penyebab kematian utama penduduk ASEAN sejak tahun 1992, dimana posisi kematian tertinggi akibat stroke ditempati oleh Indonesia (Venketasubramanian, 1998). Menurut Sutrisno (2007), stroke dapat mengenai semua usia, namun sebagian besar kasus dijumpai pada orang-orang yang berusia di atas 40 tahun. Oleh karena itu, bila ditinjau dari siklus perkembangan manusia, pada umumnya stroke terjadi pada saat penderitanya telah menikah. Menurut Sarafino (2002), pria lebih memiliki kemungkinan untuk menderita stroke dan meninggal karenanya.

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penderita stroke paling banyak di dunia. Menurut dr. Herman Samsudin, Sp.S, seorang ahli saraf sekaligus Ketua Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) Cabang DKI Jakarta, Indonesia menduduki peringkat pertama di dunia dalam jumlah terbanyak penderita stroke pada tahun 2009 (Yayasan Stroke Indonesia, 2012). Menurut Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, prevalensi jumlah penderita stroke mencapai 8,3 per 1.000 penduduk di Indonesia (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Mantan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Endang Rahayu Sedyaningsih juga menyatakan bahwa di Indonesia, kematian akibat stroke merupakan yang tertinggi dari seluruh kematian yaitu mencapai 15,4 persen (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Kasus stroke di Indonesia menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Setelah tahun 2000, kasus stroke yang terdeteksi terus melonjak (Waluyo, 2009). Terdapat sekitar 500 ribu kasus stroke di Indonesia, dimana sepertiganya dapat pulih kembali, sepertiganya mengalami gangguan fungsional ringan hingga sedang dan sisanya mengalami gangguan fungsional berat (Adiati &

Vajoepramono, 2010). Berbagai data tersebut menunjukkan bahwa jumlah penderita stroke di Indonesia cukup banyak, namun penderita stroke di Indonesia seringkali terlambat dibawa ke rumah sakit karena berbagai alasan seperti tidak adanya sarana transportasi, keterbatasan finansial ataupun masalah faktor geografis (Wahyu, 2009). Berbagai kendala inilah yang kemudian membuat penanganan penderita stroke di Indonesia menjadi tidak optimal bahkan seringkali berujung pada kematian penderitanya.

Stroke itu sendiri, menurut *World Health Organization* (2012), merupakan penyakit yang muncul akibat gangguan pasokan darah ke otak yang biasanya disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah karena adanya penggumpalan. Stroke dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental dan sosial yang berdampak pada kehidupan sehari-hari penderitanya. Penderita stroke dapat mengalami hambatan dalam kehidupan sehari-harinya jika mereka kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas yang biasa ia lakukan (Anderson, 2006). Hambatan yang dialami oleh penderita stroke dalam kesehariannya dapat terjadi ketika penderita mengalami masalah fisik akibat dari kerusakan bagian otak. Masalah fisik yang seringkali terjadi pada penderita stroke adalah kesulitan dalam menggerakkan tangan atau kaki pada bagian yang terkena dampak stroke (Sarafino, 2002).

Selain masalah fisik, masalah mental atau kognitif seperti masalah dalam hal bahasa, belajar, memori dan persepsi juga seringkali terjadi pada penderita stroke (Sarafino, 2002). Disfungsi otak kiri pada penderita stroke dapat berakibat pada gangguan kognitif, reduksi pada inteligensi dan kesulitan dalam mempelajari tugas baru, sedangkan disfungsi otak kanan dapat berakibat pada ketidakmampuan dalam memproses atau menggunakan umpan balik visual. Masalah lainnya yang dapat menjadi hambatan pada penderita stroke dalam kehidupan sehari-harinya adalah masalah sosial, dimana menurut Newman (1984), kontak sosial dan aktivitas di waktu senggang dengan kerabat pada penderita stroke dapat mengalami penurunan. Newman (1984) juga menambahkan bahwa stroke dapat menyebabkan konsekuensi

seperti stigma sosial dan penderita kemungkinan merasakan penghindaran atau penolakan dari kolega dan teman-temannya.

Masalah yang terjadi akibat stroke tidak hanya dialami oleh penderitanya, namun juga oleh keluarga dan istri dari penderita. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Maduretno (2004) di Indonesia menemukan bahwa para istri dari penderita stroke secara umum mengalami masalah yang berkaitan dengan beban tugas merawat suami, kondisi sakit suami dan masalah yang berhubungan dengan orang-orang di sekitarnya. Masalah yang berkaitan dengan beban tugas merawat dirasakan ketika para istri harus melakukan perawatan dalam aktivitas sehari-hari suaminya seperti mandi, makan, memakaikan pakaian dan lain sebagainya. Masalah yang berkaitan dengan kondisi sakit suami dapat terjadi ketika seorang istri harus menjadi pencari nafkah bagi keluarganya karena suaminya tidak dapat bekerja lagi atau harus melakukan penyesuaian dalam hal hubungan seksual terkait dengan kondisi kesehatan suaminya. Masalah yang berhubungan dengan orang-orang sekitar dapat disebabkan oleh berkurangnya waktu yang dapat seorang istri habiskan dengan orang-orang terdekatnya setelah suaminya terserang stroke. Berbagai uraian di atas menggambarkan bagaimana stroke dapat menimbulkan masalah bagi penderitanya bahkan pada keluarga dan istri penderita. Oleh karena stroke dapat menimbulkan berbagai masalah fisik, kognitif serta sosial, maka penderita stroke membutuhkan pendampingan yang intensif dari orang lain untuk membantu mereka dalam melakukan aktivitas sehari-harinya.

Seseorang yang menyediakan bantuan bagi penderita penyakit kronis seperti stroke seringkali disebut dengan istilah *caregiver* (American Heart Association, 2007). *Caregiver* biasanya merupakan anggota keluarga dari penderita dan tidak jarang *caregiver* utama dari seseorang yang menderita stroke adalah pasangan dari penderita. Menurut Messecar (2008), pasangan dari penderita seringkali berperan sebagai *primary caregiver* sedangkan anak dari penderita lebih berperan sebagai *secondary caregiver*. Seseorang yang berperan sebagai *primary caregiver* mayoritas merupakan pasangan yang berjenis kelamin wanita. Hal ini dapat dikarenakan wanita mengalami tekanan kultural dan sosial yang lebih besar untuk menjadi *caregiver* serta

lebih banyak berperan sebagai *primary caregiver* (Yee & Schultz, 2000; Brody, 2004).

Terkait dengan tekanan kultural atas peran wanita sebagai *caregiver*, terdapat perbedaan paradigma antara budaya Barat dan budaya Timur, dimana budaya Barat lebih bersifat egaliter sedangkan budaya Timur lebih bersifat hierarki (Schwartz, 2008; Chang, Mak, Li, Wu, Chen & Lu, 2010). Budaya Barat yang bersifat egaliter menempatkan setiap orang secara setara, sesuai dengan hasil penelitian Leacock (1978) yang menyatakan bahwa wanita pada kultur egaliter memiliki kekuatan untuk mengambil keputusan dan dapat melakukan aktivitas yang sama dengan pria. Dalam budaya Barat, perawatan bagi anggota keluarganya yang lebih tua juga tidak hanya dilihat sebagai tanggung jawab personal, namun juga tanggung jawab publik (Liu & Kendig, 2000).

Berbeda dengan budaya Barat, dalam budaya Timur yang bersifat hierarki, wanita dan pria tidak memiliki posisi yang setara. Nilai budaya Timur lebih menekankan pada wanita untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lebih tua dan hal tersebut merupakan tanggung jawab yang tidak dapat dihindari serta lebih dilihat sebagai sebuah sistem keluarga dibandingkan dengan sebuah pilihan (Liu & Kendig, 2000). Budaya Timur yang menetapkan peran berbeda antara pria dan wanita dapat terlihat di Indonesia, dimana pria dianggap sebagai kepala keluarga dan merupakan pengambil keputusan utama di dalam keluarga, sedangkan wanita diajarkan untuk menghormati suami dan mengambil peran sebagai *caregiver* utama di keluarganya (Ponzetti, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan di Negara Malaysia menemukan bahwa wanita selalu menjadi *primary caregiver* bagi keluarganya, dimana tanggung jawab untuk merawat keluarganya merupakan hal yang tidak terbatas bagi wanita, baik untuk suami, anak, orangtua bahkan saudara kandung dan kerabat lainnya (Baharudin & Sumari, 2009; Norzareen & Nobaya, 2010). Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Mulligan (2010) bahwa seorang wanita yang sudah menikah akan menjadi *primary caregiver* bagi suaminya, termasuk ketika suaminya terkena suatu penyakit. Peran wanita sebagai *caregiver* bagi suaminya

dikarenakan sebagian besar wanita memiliki usia harapan hidup yang lebih panjang dan menikahi pria yang lebih tua dari dirinya (Wilson, 1990).

Peran sebagai seorang *caregiver* yang dilakukan oleh istri dapat menimbulkan dampak yang positif dan juga negatif. Dampak positif yang dirasakan antara lain merasa lebih berguna, merasa dibutuhkan, merasakan hal baik tentang dirinya, dapat mempelajari keterampilan baru, memberikan makna lebih bagi kehidupannya, memperkuat hubungannya dengan orang lain serta peningkatan hubungan antara dirinya dan *care-recipient* melalui kegiatan *caregiving* (Schulz, 2000; Teasell, Foley, Salter, Bhogal, Jutai & Speechley, 2011; Brown, Brown & Penner, 2012). Selain dampak positif, peran sebagai *caregiver* juga dapat memberikan dampak-dampak negatif secara fisik, emosional, fungsi keluarga, sosial dan finansial (Paul, 2005). Berbagai dampak negatif yang dirasakan oleh seseorang terkait perannya sebagai *caregiver* dijelaskan melalui istilah *caregiver strain*. *Caregiver strain* itu sendiri menurut *Oncology Nursing Society* (2008) merupakan persepsi atau perasaan kesulitan atas tugas dan tanggung jawab yang berhubungan dengan peran sebagai *caregiver*.

Studi longitudinal yang dilakukan oleh *The Select Committee on Aging* di Amerika Serikat menemukan bahwa terdapat empat tipe dari *caregiver strain* sebagai hasil dari stres dalam merawat, yaitu *emotional strain*, *physical strain*, *financial strain* dan *family strain* (*U.S Department of Education*, 1988). Terdapat penelitian yang mengindikasikan bahwa para istri mengalami tingkat *emotional* dan *physical strain* yang lebih tinggi daripada yang dialami oleh para suami terkait dengan tanggungjawab *caregiving* mereka (Szinovac dan Davey, 2008). *Emotional strain* dan *physical strain* yang dialami oleh para istri dapat disebabkan oleh gangguan pada kesehatan mental dan fisik yang diderita oleh suaminya akibat stroke. Kelumpuhan dan keterbatasan fisik yang dialami oleh suami dapat menimbulkan *physical strain* pada istri, dimana istri harus memberikan bantuan kepada suaminya untuk melakukan aktivitas sehari-harinya. Selain itu, kesulitan dalam komunikasi, gangguan kognitif dan kesulitan dalam penyesuaian emosi juga dapat menimbulkan *emotional strain* pada istri penderita stroke.

Seorang istri yang merawat suaminya yang menderita penyakit kronis, secara khusus juga berisiko mengalami *financial strain* (Dorfman, Holmes & Berlin, 1996). Penyakit kronis seperti stroke dapat menyebabkan seorang individu mengurangi, menunda atau menghentikan pekerjaannya yang dapat mengarah pada berkurangnya atau hilangnya pendapatan (Larsen & Lubkin, 2009). Mereka juga menambahkan bahwa di saat *care-recipient* membutuhkan perawatan dan pendampingan yang intensif, terkadang seorang *primary caregiver* harus menghentikan pekerjaannya sehingga kedua pasangan harus kehilangan pendapatannya. Selain disebabkan oleh hilangnya pekerjaan yang menyebabkan hilangnya pendapatan dalam keluarga, *financial strain* juga dapat dialami oleh istri karena ia harus menanggung biaya pengobatan dari suaminya yang menderita stroke.

Tipe terakhir dari *caregiver strain* adalah *family strain*. *Family strain* digambarkan sebagai hal yang dapat mempengaruhi *caregiver*, hubungan *caregiver* dan anggota keluarga lainnya dan hubungan antara *caregiver* dengan *care-recipient* (National Institute of Nursing Research, 2006). Sebagai contoh, hilangnya waktu untuk anggota keluarga lain karena tanggung jawab untuk merawat anggota keluarga yang sakit memiliki konsekuensi negatif terhadap *caregiver* (Archbold, 1983). Hal ini didukung oleh hasil analisis yang dilakukan oleh Thompson (2004) yang mengemukakan bahwa salah satu dampak dari memberikan perawatan adalah *caregiver* menghabiskan waktu lebih sedikit dengan anggota keluarga lainnya. Selain mempengaruhi hubungan *caregiver* dengan anggota keluarga lainnya, *family strain* juga digambarkan sebagai hal yang dapat mempengaruhi hubungan antara *caregiver* dan *care-recipient*. Pada seorang istri dari penderita stroke, peran yang ia miliki sebagai *primary caregiver* bagi suaminya dapat menimbulkan *strain* yang kemudian dapat mempengaruhi hubungan pernikahan mereka.

Studi yang dilakukan oleh Coombs (2007) menemukan bahwa para *caregiver* mengalami perubahan pada hubungan pernikahan setelah pasangan mereka terkena stroke. Para *caregiver* melaporkan bahwa mereka merasakan kehilangan yang begitu besar atas hubungan pernikahan yang mereka miliki sebelumnya. Adanya perubahan pada hubungan pernikahan tersebut dikarenakan perubahan kondisi kesehatan yang

dialami oleh pasangannya yang menderita stroke. Setelah seorang suami terserang stroke, ia akan mengalami berbagai keterbatasan di dalam kehidupan sehari-harinya. Berbagai keterbatasan tersebut membuat ia tidak dapat lagi menghabiskan banyak waktu untuk melakukan aktivitas yang dulu ia lakukan bersama dengan istrinya sehingga hal ini dapat menyebabkan berubahnya hubungan pernikahan mereka. Berkurangnya waktu senggang untuk melakukan berbagai aktivitas bersama pasangan akibat stroke dapat berdampak pada penurunan kepuasan pernikahan seseorang. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Knowles (2002) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan positif antara waktu senggang bersama pasangan dengan kepuasan pernikahan.

Perubahan hubungan pernikahan juga dapat disebabkan karena stroke menimbulkan defisit dalam hal fisik atau kognitif seperti kebingungan, sifat pelupa atau sikap pesimis yang dapat membatasi penderitanya untuk berpartisipasi secara penuh dan setara di dalam hubungan pernikahan mereka (Coombs, 2007). Terbatasnya partisipasi pasangan di dalam hubungan pernikahan akibat stroke yang dideritanya dapat menyebabkan penurunan pada kepuasan pernikahan karena menurut *U.S Department of Health and Human Services* (2010), partisipasi pasangan dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan. Kepuasan pernikahan itu sendiri menurut Roach, Frazier dan Bowden (1981) dapat didefinisikan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan. Kepuasan pernikahan yang dimiliki oleh istri dapat mengalami penurunan akibat *strain* yang ia rasakan selama memberikan perawatan terhadap suaminya yang menderita stroke. Adapun hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan telah dijelaskan oleh Stephens (2004) melalui hasil penelitiannya yang menyatakan bahwa terdapat hubungan negatif antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan, dimana semakin rendahnya *caregiver strain* maka semakin tinggi kepuasan pernikahan yang dimiliki oleh *caregiver*.

Selain penelitian yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan, terdapat penelitian-penelitian lain yang menunjukkan hasil sebaliknya, walaupun penelitian-penelitian tersebut tidak secara

langsung menyebutkan tidak terdapatnya hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Penelitian yang dilakukan oleh Ward (1998) menunjukkan bahwa *family caregiving* tidak memiliki hubungan dengan penurunan dari kepuasan pernikahan, meskipun terdapat berbagai tantangan yang harus dihadapi oleh *caregiver* pada saat memberikan perawatan. Hal serupa juga dilaporkan oleh penelitian dari Sutor dan Pilmer (1994) yang melakukan penelitian terkait dengan hubungan pernikahan di tahun pertama perawatan yang dilakukan oleh seorang *caregiver*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sutor dan Pilmer (1994) menemukan bahwa tidak terdapat perubahan pada kepuasan pernikahan *caregiver* pada tahun pertama tersebut dan studi lanjutan yang dilakukan setelahnya juga menunjukkan hasil serupa.

Berbagai penelitian mengenai hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan di atas yang merupakan penelitian di luar Indonesia. Hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian serupa di Indonesia yang lebih diwarnai oleh budaya Timur. Peneliti ingin melihat gambaran hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke. Penelitian ini merupakan bagian dari payung penelitian “Gambaran *Caregiver Strain* yang Dialami oleh Anggota Keluarga dari Penderita berbagai Penyakit Kronis di Indonesia”. Alasan lain peneliti dalam memilih topik ini untuk diteliti adalah karena minimnya jumlah penelitian yang menguji hubungan diantara kedua variabel tersebut. Penyakit stroke dipilih karena penyakit ini merupakan penyakit kronis yang banyak diderita oleh masyarakat Indonesia dan penyakit ini dapat menimbulkan berbagai keterbatasan, baik dalam hal fisik, mental serta sosial yang dapat menghambat seseorang dalam menjalankan fungsi kehidupan sehari-harinya.

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan di dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran dari *caregiver strain*, gambaran dari kepuasan pernikahan serta untuk mengetahui hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Manfaat Teoretis

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan teoretis bagi disiplin ilmu psikologi pada umumnya dan secara khusus dapat menambah sumbangan ilmu di bidang psikologi klinis mengenai *caregiver strain* dan hubungannya dengan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita *stroke*.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi masyarakat dalam memandang fenomena suami yang terserang *stroke*.
- b. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi kepada para istri mengenai *caregiver strain* dan hubungan yang dimilikinya dengan kepuasan pernikahan. Melalui informasi-informasi tersebut, diharapkan para istri menjadi lebih memahami dampak-dampak yang dapat ia rasakan terkait dengan pemberian perawatan bagi suaminya

sehingga ia lebih dapat mengantisipasi dan mengatasi dampak-dampak tersebut serta dapat memberikan perawatan yang optimal bagi suaminya.

- c. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi informasi bagi para praktisi rumah sakit dan praktisi psikologi dalam memperoleh gambaran *strain* yang dihadapi oleh istri dari penderita stroke sehingga mereka dapat memberikan penanganan yang sesuai baik bagi penderita maupun pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke.

1.5 Sistematika Penulisan

1. Bab 1 merupakan bab pendahuluan. Bab ini membahas tentang latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.
2. Bab 2 merupakan bab tinjauan pustaka dan variabel penelitian yang ada. Bab 2 membahas tentang *caregiver strain*, kepuasan pernikahan, penyakit stroke dan hubungan antara variabel *caregiver strain* dan variabel kepuasan pernikahan.
3. Bab 3 merupakan bab metode penelitian. Metode dalam penelitian hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke meliputi masalah yang akan dijawab dari penelitian, variabel penelitian, tipe dan desain penelitian, partisipan penelitian, instrumen penelitian, prosedur penelitian dan metode pengolahan data yang digunakan.
4. Bab 4 merupakan bab hasil dan interpretasi penelitian. Hasil penelitian antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke meliputi gambaran umum partisipan, hasil penelitian utama dan hasil penelitian tambahan.
5. Bab 5 merupakan bagian penutup dari penelitian hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke. Bab ini membahas tentang kesimpulan, diskusi dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini, akan dibahas mengenai konsep-konsep yang berkaitan dengan *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Pada bagian pertama, akan dijelaskan terlebih dahulu mengenai *caregiver strain*, dimulai dengan pengertian *caregiver* secara umum, penjelasan mengenai *family caregiver*, pengertian *caregiver strain* serta *domain* dari *caregiver strain* dan faktor-faktor yang mempengaruhi *caregiver strain*. Kemudian akan dijelaskan tentang istri sebagai *spouse caregiver* yang merupakan partisipan dari penelitian ini. Selanjutnya akan dijelaskan juga mengenai kepuasan pernikahan, yakni pengertian kepuasan pernikahan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pernikahan. Pada bab ini akan dijelaskan sekilas mengenai penyakit stroke dan dampak penyakit tersebut pada kehidupan penderita serta pasangan dan keluarga penderita. Pada akhir bab ini juga akan dijelaskan tentang dinamika hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan.

2.1 Caregiver

Swanson, Schindler & Tran (2009) mendefinisikan *caregiver* sebagai:

“A generic term referring to a person, either paid or volunteer, who helps an older person with the activities of daily living, health care, financial matters, guidance, companionship, and social interaction. A caregiver can provide one aspect of care. Most often the term refers to a family member or friend who aids the older person” (p. 9).

Seorang *caregiver* tidak hanya dibutuhkan oleh orang yang telah berusia tua, namun juga dibutuhkan oleh orang-orang yang memiliki masalah pada kesehatannya dan keterbatasan dalam memberikan perawatan untuk dirinya sendiri seperti yang diungkapkan oleh Schulz dan Quittner (1998):

“A caregiver is needed for every person with health-related mobility and self-care limitations that make it difficult to take care of personal needs, such as dressing, bathing, and moving around the home.” (p.107).

Berdasarkan definisi di atas, maka dapat dikatakan bahwa *caregiver* adalah seseorang baik yang dibayar ataupun sukarela bersedia memberikan perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, dimana bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan kesehatan, finansial, bimbingan, persahabatan serta interaksi sosial.

Menurut Johnson dan Rejnis (2006), kata *caregiver* saat ini digunakan untuk seseorang yang merawat orang yang ia cintai, tanpa menghiraukan hubungan atau usia dari orang tersebut, ataupun durasi dan jumlah perawatan yang diberikan. Ruang lingkup dari perawatan yang disediakan itu sendiri dapat dimulai dari hal yang kecil seperti memeriksa kondisi seseorang dari waktu ke waktu hingga mengambil tanggung jawab penuh atas perawatan sehari-hari dan urusan keuangan dari orang yang dicintai. Menurut Loue dan Sajatovic (2008) memberikan perawatan atau yang biasa disebut dengan istilah *caregiving* melibatkan tugas yang berbeda-beda bagi tiap individu dengan rentang memberikan perawatan minimal hingga memberikan perawatan menyeluruh. Seorang *caregiver* tidak hanya membantu *care recipient* untuk mengatasi penyakitnya, namun seorang *caregiver* juga mungkin harus membantu urusan sehari-hari *care recipient* dalam hal finansial, sosial dan rumah tangga.

Terdapat dua tipe dari *caregiver*: formal dan informal. *Formal caregiver* umumnya merupakan profesional yang dibayar, baik sebagai bagian dari sebuah organisasi penyedia jasa ataupun bekerja secara mandiri untuk memberikan perawatan bagi orang yang sakit atau lumpuh (Emmatty, 2009). Perawat, asisten perawat, pembantu kesehatan di rumah, dan pekerja perawatan pribadi merupakan grup utama dari *formal caregiver* (Loboprabhu, Molinari & Lomax, 2006). Berbeda dengan *formal caregiver*, *informal caregiver* merupakan istilah yang digunakan untuk seseorang yang menyediakan perawatan tanpa bayaran, seperti anggota keluarga dan teman (Ferrell & Coyle, 2010). Salah satu bentuk dari *informal caregiver* adalah *family caregiver*. *Family caregiver* itu sendiri merupakan istilah yang sering digunakan secara bergantian dengan *informal caregiver* (Lubkin & Larsen, 2012). Secara umum, *family caregiver* merupakan pasangan, anak atau kerabat lain yang

menyediakan berbagai bantuan untuk orang yang lebih tua atau orang yang mengalami kelumpuhan (Cress, 2012). Cannon (2006) menyatakan bahwa bantuan yang diberikan oleh *family caregiver* terutama bergantung pada tingkat keparahan dari penyakit *care-recipient*, mulai dari hal sederhana seperti mengambil surat hingga menyediakan perawatan penuh bagi *care-recipient*.

Anggota keluarga yang biasanya berperan sebagai *family caregiver* adalah pasangan dari penderita (70%) dan anak dari penderita (20%), kemudian diikuti oleh teman dan kerabat sebanyak 10%, dimana mayoritas dari *caregiver* tersebut (70%) merupakan wanita (Van den Heuvel, de Witte, Schure, Sanderman dan Meyboom-de Jong, 2001; Grant, Adler, Patterson, Dimsdale, Ziegler dan Irwin, 2002). Hal serupa juga diungkapkan oleh *National Center on Elder Abuse* (2002), dimana pasangan memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menjadi *primary caregiver* atau *caregiver* utama (48%) dan mayoritas dari pasangan tersebut (72%) adalah wanita.

2.1.1 Istri sebagai Spouse Caregiver

Pada saat seseorang menderita suatu penyakit atau mengalami kelumpuhan sehingga membutuhkan bantuan, maka yang biasanya akan mengambil peran sebagai *primary caregiver* adalah pasangannya (Lerner, Easterbrooks, Mistry & Weiner, 2003). Dalam beberapa literatur, pasangan yang berperan sebagai seorang *caregiver* seringkali disebut dengan istilah *spouse caregiver*. Mayoritas pasangan yang berperan sebagai *spouse caregiver* adalah istri dari penderita. Hal ini didukung oleh pernyataan dari Durant dan Christian (2006) yang menyatakan bahwa istri menempati 23% posisi sebagai *caregiver* dalam 42% pasangan yang berperan sebagai *caregiver*.

Secara umum, seorang istri memiliki dua tanggung jawab di dalam rumah tangganya, yaitu tanggung jawab dalam pekerjaan rumah seperti membersihkan rumah, menyiapkan makanan dan mencuci pakaian serta tanggung jawab dalam perawatan anak seperti mendidik anak dan mengantar anak ke sekolah (Matlin, 1987). Kedua tanggung jawab tersebut dapat berubah ketika suaminya menderita suatu penyakit, dimana istri menjadi memiliki tanggung jawab baru yaitu sebagai *caregiver* bagi suaminya. Hal ini didukung oleh pernyataan dari Magai (1996) bahwa

pada saat seorang suami menderita suatu penyakit, maka istrinya adalah yang akan berperan sebagai *primary caregiver*. Para istri lebih banyak menjalani peran sebagai seorang *caregiver* dikarenakan pada umumnya seorang istri berusia lebih muda dari suaminya serta lebih terbiasa untuk menyediakan perawatan dan pengasuhan, bahkan seorang istri akan memilih untuk berhenti bekerja ketika suaminya membutuhkan perawatan mereka (Bumagin & Hirn, 2001). Penjelasan mengenai peran seorang istri sebagai *primary caregiver* juga dijelaskan melalui penelitian dari Wilson (1990) yang menyatakan bahwa wanita lebih memiliki kemungkinan untuk mengambil peran sebagai *caregiver* untuk pasangannya karena sebagian besar wanita memiliki usia harapan hidup yang lebih panjang dan menikahi pria yang lebih tua dari dirinya. Lebih lanjut, menurut Wilson (1990), para istri umumnya menjalani perannya sebagai *caregiver* tanpa adanya persiapan yang cukup, didasari dengan pemikiran bahwa ia tidak memiliki pilihan lain selain menjadi *caregiver* bagi suaminya yang sakit.

Sebagai *caregiver*, seorang istri lebih berisiko untuk mengalami *caregiver strain*. Hal ini didukung oleh pernyataan dari Larsen dan Lubkin (2009) bahwa wanita lebih banyak mengalami *caregiver strain* dibandingkan dengan pria dan efek dari *caregiver strain* tersebut lebih besar saat yang menjadi *care-recipient* adalah pasangannya. Melillo dan Houde (2011) juga menyatakan bahwa para istri lebih cenderung melaporkan efek negatif dari *caregiving* daripada para suami. Istri yang berperan sebagai *caregiver* bagi suaminya yang menderita penyakit kronis atau mengalami kelumpuhan secara khusus berisiko untuk mengalami *physical, emotional* dan *financial strain* (Dorfman, Holmes & Berlin, 1996). Terkait dengan perannya sebagai *caregiver*, para istri juga banyak melaporkan dampak dari *caregiving* pada kehidupan sosial dan kehidupan pribadi mereka (Davey, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Seltzer dan Li (2000) menemukan bahwa para istri melaporkan adanya penurunan pada kepuasan pernikahannya, penurunan pada aktivitas waktu senggangnya dan penurunan persepsi kualitas hubungan keluarga sebagai hasil dari *caregiving*. Hasil penelitian Wilson (1990) menemukan bahwa pada saat seorang istri mengalami sakit akibat stres karena peran *caregiver* yang mereka miliki, ia akan mengabaikan kesehatannya dan melanjutkan perawatan untuk

suaminya. Menurut Wilson (1990), hal tersebut dikarenakan para istri mempercayai bahwa mereka harus memenuhi kebutuhan suaminya yang sakit tanpa mengeluhkan tentang pengorbanan pribadi dan emosional yang mereka alami.

Penjelasan di atas menggambarkan bagaimana seorang istri mengalami kondisi dimana ia harus menjadi *caregiver* bagi suaminya yang sakit tanpa merasa adanya pilihan lain dan tanpa adanya persiapan khusus. Tuntutan bagi seorang istri untuk menjadi *caregiver* bagi suaminya dapat menimbulkan *strain* pada dirinya. Meskipun mengalami berbagai dampak negatif dari *caregiving*, namun para istri tetap melanjutkan perawatan bagi suaminya. Para istri yang berperan sebagai *primary caregiver* bagi suaminya merupakan partisipan di dalam penelitian ini.

2.1.2 Caregiver Strain

Caregiving dapat menjadi pengalaman yang positif bagi sebagian orang, namun sebagian lainnya merasakan hal sebaliknya. Seorang *caregiver* dapat merasakan berbagai dampak positif terkait dengan tugas *caregiving* mereka, diantaranya adalah merasa lebih berguna, merasa dibutuhkan, merasakan hal baik tentang dirinya, dapat mempelajari keterampilan baru, memberikan makna lebih bagi kehidupannya serta memperkuat hubungannya dengan orang lain (Schulz, 2000; Brown, Brown & Penner, 2012). Selain memberikan dampak yang positif, pengalaman *caregiving* juga dapat memberikan dampak yang negatif bagi *caregiver* seperti depresi, terganggunya sistem imun tubuh, isolasi sosial, konflik di dalam keluarga, hilangnya waktu personal dan waktu luang (Evashwick, 2005). Pengalaman *caregiving* juga dapat menimbulkan tekanan yang tinggi bagi *caregiver*, khususnya jika *care-recipient* banyak memberikan tuntutan kepada *caregiver* (Loue & Sajatovic, 2012). Berbagai tekanan yang dirasakan oleh seorang *caregiver* akibat pengalaman negatif di dalam *caregiving* dapat membuat dirinya mengalami *caregiver strain*.

Menurut Thornton dan Travis (2003), *strain* dapat didefinisikan sebagai persepsi *caregiver* terhadap masalah yang terus-menerus atau perubahan keadaan *well being* yang dimilikinya. *Strain* dapat menimbulkan efek negatif seperti yang

menghalangi *caregiver* untuk melanjutkan perannya. *Caregiver strain* dapat diartikan sebagai persepsi atau perasaan kesulitan atas tugas dan tanggung jawab yang berhubungan dengan peran sebagai *caregiver* (*Oncology Nursing Society*, 2008). Menurut Factor dan Weiner (2008), *caregiver strain* didefinisikan sebagai kesulitan yang dirasakan dalam memenuhi peran sebagai *caregiver*.

Thornton dan Travis (2003) membagi *caregiver strain* ke dalam lima aspek atau *domain*, yaitu pekerjaan, finansial, fisik, sosial dan waktu. Berikut ini merupakan penjelasan dari masing-masing *domain*.

1. *Domain* pekerjaan

Domain ini mencakup hal-hal yang berkaitan dengan pekerjaan, seperti *caregiver* harus mengurangi atau kehilangan pekerjaannya.

2. *Domain* finansial

Domain ini mencakup hal-hal mengenai keadaan finansial dari *caregiver*, seperti adanya kesulitan finansial karena kewajiban untuk membiayai perawatan dari *care-recipient* atau akibat kehilangan pekerjaan yang dialami oleh *caregiver* maupun *care-recipient*.

3. *Domain* fisik

Domain ini berhubungan dengan keadaan fisik yang dialami oleh *caregiver*, seperti kelelahan fisik karena harus memberikan bantuan terus-menerus kepada *care-recipient* dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya.

4. *Domain* sosial

Domain sosial meliputi aspek sosial dari *caregiver*, seperti tidak dapatnya *caregiver* bersosialisasi atau mengunjungi teman-temannya karena sibuk memberikan perawatan.

5. *Domain* waktu

Domain waktu berhubungan dengan waktu yang dimiliki *caregiver* terkait dengan *caregiving*, seperti banyaknya waktu yang harus ia relakan untuk

memberikan perawatan atau terbatasnya waktu luang yang ia miliki karena harus memberikan perawatan kepada *care-recipient*.

Berdasarkan uraian-uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa *caregiver strain* merupakan persepsi atau perasaan kesulitan atas tugas dan tanggung jawab dalam memenuhi peran sebagai *caregiver* yang meliputi *domain* pekerjaan, finansial, fisik, sosial dan waktu.

2.1.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Caregiver Strain*

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi *caregiver strain* yang dirasakan oleh seorang *caregiver*. Faktor-faktor tersebut terbagi menjadi dua kategori, yaitu karakteristik dari *care-recipient* dan karakteristik dari *caregiver* itu sendiri (Kemp & Mosqueda, 2004). Melalui berbagai sumber, peneliti mencoba menguraikan karakteristik-karakteristik tersebut. Karakteristik dari *care-recipient* yang dapat mempengaruhi *caregiver strain* antara lain:

1. Kelumpuhan atau keterbatasan yang dialami.

Archbold, Stewart & Carter (2008) menyatakan bahwa *caregiver strain* berhubungan dengan keterbatasan atau ketidakmampuan yang dialami pasien. Beberapa keterbatasan lebih sulit untuk ditangani oleh para *caregiver* dibandingkan dengan keterbatasan lainnya. Kelumpuhan atau keterbatasan dalam hal kognitif yang dialami *care-recipient* lebih menimbulkan stres bagi *caregiver* bila dibandingkan dengan keterbatasan dalam hal fisik (Coombs, 2007).

2. Perubahan pada diri *care-recipient* atau perubahan pada hubungan antara *care-recipient* dan *caregiver*.

Perubahan tingkah laku, emosional dan kognitif akibat penyakit kronis seperti stroke menyebabkan kesulitan bagi *caregiver* untuk dapat menyesuaikan diri dengan *care-recipient*. Adanya perubahan pada diri *care-recipient* membuat hubungannya yang sebelumnya telah ia miliki dengan *caregiver* menjadi berubah dan hal ini dapat membuat *caregiver*

merasa dirinya memberikan perawatan untuk orang asing (Kemp & Mosqueda, 2004).

3. Tuntutan yang diberikan oleh *care-recipient* kepada *caregiver*.

Tuntutan emosional dan fisik yang diberikan oleh *care-recipient* dapat menjadi sumber stres bagi *caregiver* (U.S Department of Education, 1988). Sebagai contoh, *caregiver* merasa sangat kesulitan dalam mengangkat atau memindahkan *care-recipient* yang mengalami keterbatasan fisik.

Selain karakteristik dari *care-recipient*, karakteristik dari *caregiver* juga dapat mempengaruhi *caregiver strain*. Karakteristik dari *caregiver* yang dapat mempengaruhi *caregiver strain* antara lain:

1. Usia *caregiver*.

Usia berhubungan secara berkebalikan dengan *caregiver strain*. *Caregiver* yang lebih muda mengalami *strain* yang lebih tinggi karena adanya tuntutan yang bertentangan dari berbagai peran yang mereka miliki (Factor & Weiner, 2008).

2. Tingkat pendidikan.

Brown, Brown dan Penner (2012) menyatakan bahwa orang dengan pendidikan lebih rendah, lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami dampak negatif dari perannya sebagai *caregiver*, seperti *caregiver strain*.

3. Kondisi sosial-ekonomi.

Rombough, Howse dan Bartfay (2006) menyatakan bahwa tingkat sosial-ekonomi yang rendah berhubungan dengan *strain* yang dirasakan oleh *caregiver*. Van den Tweel, Hatzmann, Ensink, van der Lee, Peters, Fijnvandraat & Grootenhuis (2008) juga menyatakan bahwa status sosial-ekonomi yang rendah dapat memberikan *strain* tambahan bagi *caregiver*.

4. Durasi pemberian perawatan.

Durasi pemberian perawatan yang dilakukan oleh *caregiver* berhubungan dengan *caregiver strain* yang ia rasakan. Dorfman, Holmes & Karyn (1996) menyatakan bahwa semakin lama *caregiver* menyediakan perawatan, maka semakin sedikit *strain* yang dilaporkan.

5. Status pekerjaan.

Status pekerjaan dari *caregiver* berhubungan dengan *caregiver strain*. Fredriksen-Goldsen & Scharlach (2001) yang menyebutkan bahwa berbagai literatur menekankan bahwa *caregiver* yang juga bekerja selain memberikan perawatan akan lebih cenderung mengalami *strain*.

6. Keberadaan perawat lain.

Keberadaan dari perawat lain yang membantu *caregiver* dalam memberikan perawatan dapat mempengaruhi *caregiver strain*. Dorfman, Holmes & Karyn (1996) menyatakan bahwa *caregiver strain* dapat menurun seiring dengan banyaknya orang yang membantu dan ketersediaan bantuan bagi *caregiver*.

7. Kondisi kesehatan *caregiver*.

Kondisi kesehatan *caregiver* berpengaruh pada *caregiver strain* yang ia rasakan, dimana kesehatan *caregiver* yang buruk merupakan prediktor dari tingginya *caregiver strain* (Factor & Weiner, 2008).

2.2 Kepuasan Pernikahan

Dalam sebuah pernikahan, adanya kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh setiap pasangan merupakan hal yang penting. Menurut Callan dan Noller (1987), kepuasan pernikahan merupakan penentu utama dari keutuhan sebuah pernikahan. Kepuasan pernikahan itu sendiri memiliki berbagai definisi. Roach, Frazier dan Bowden (1981) mendefinisikan kepuasan pernikahan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan. Callan dan Noller (1987) menyatakan bahwa kepuasan pernikahan adalah evaluasi subjektif apakah sebuah hubungan itu baik, menyenangkan, memuaskan atau sukses. Walker (2001)

menyatakan bahwa kepuasan pernikahan secara umum dapat didefinisikan sebagai persepsi individu atas kualitas dari pernikahannya.

Analisis *cross-sectional* terhadap kepuasan pernikahan pada pasangan-pasangan yang memiliki durasi pernikahan dan usia yang berbeda-beda, menemukan bahwa kepuasan pernikahan mengikuti garis melengkung berbentuk U (Morgan & Kunkel, 2001). Kepuasan pernikahan cenderung tinggi di tahun-tahun pertama pernikahan, menurun secara drastis setelah melahirkan anak, menurun lebih jauh pada saat anak berusia remaja dan meningkat kembali setelah anak berusia dewasa dan mulai meninggalkan rumah (Orbuch, House, Mero & Webster, 1996; Bond, Coleman dan Peace, 2001). Penelitian yang dilakukan oleh Gottman dan Levenson (2000) serta Whiteman, Mchale dan Crouter (2007) juga menunjukkan penurunan dalam *marital love* dan kepuasan pernikahan pada saat anak yang dimiliki oleh pasangan memasuki masa pubertas, khususnya pada saat pernikahan memasuki tahun ke 14 hingga 17.

Dalam penelitian ini, definisi kepuasan pernikahan yang digunakan adalah sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan seperti yang diungkapkan oleh Roach, Frazier dan Bowden pada tahun 1981.

2.2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pernikahan

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan seseorang. Melalui berbagai sumber, peneliti mencoba untuk menguraikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pernikahan seseorang. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Finansial

Dukungan finansial dapat menjadi faktor utama dalam kebahagiaan pernikahan seseorang. Pasangan yang memiliki banyak uang dapat memiliki rumah, makanan, mobil, pakaian serta asuransi medis yang lebih baik dan mereka melaporkan tingkat kepuasan pernikahan yang lebih tinggi (Harvey, 2008). Hal ini didukung oleh pernyataan dari Le Poire (2006)

bahwa kepuasan pernikahan berhubungan dengan keadaan ekonomi seseorang, dimana kepuasan lebih tinggi pada saat penghasilan lebih besar.

2. Kepuasan seksual

Penelitian yang dilakukan oleh Rahmani, Khoei dan Gholi (2009) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepuasan seksual dan kepuasan pernikahan. Penelitian yang dilakukan oleh Morokoff dan Gilliland (1993) menemukan bahwa kepuasan seksual dan frekuensi seksual berhubungan positif dengan kepuasan pernikahan, dimana semakin rendahnya kepuasan atas frekuensi seksual, maka semakin rendah pula kepuasan pernikahan.

3. Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu aspek terpenting dari kebahagiaan pernikahan dan kurangnya komunikasi di dalam sebuah pernikahan merupakan alasan utama dari perceraian menurut beberapa studi (Harvey, 2008). Lebih lanjut, pasangan yang melaporkan ketidakpuasan di dalam pernikahannya menyalahkan minimnya keterampilan berkomunikasi dan berinteraksi yang dimiliki oleh satu sama lain sebagai penghalang utama bagi kebahagiaan pernikahan mereka.

4. Kepercayaan

Kepercayaan merupakan salah satu faktor dari kepuasan pernikahan. Kepercayaan yang dimiliki oleh pasangan wanita dapat memprediksi level dari kepuasan pernikahan (Johnson & Talitman, 1997). Penelitian lain yang dilakukan oleh Kelley dan Burgoon (1991) juga menyatakan bahwa perbedaan tingkat kepercayaan diantara pasangan juga berhubungan dengan tingkat kepuasan pernikahan yang rendah.

5. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan juga merupakan hal yang mempengaruhi kepuasan pernikahan seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Mirfardi, Edalati dan Redzuan (2010) menemukan bahwa semakin tinggi tingkat

pendidikan seorang wanita, maka semakin tinggi pula kepuasan pernikahannya.

6. Kesetaraan

Kesetaraan merupakan salah satu faktor dari kepuasan pernikahan. Hal ini didukung oleh pernyataan dari Newman dan Newman (2011) yang mengungkapkan bahwa tingkat kepuasan di dalam hubungan seseorang berhubungan dengan tingkat kesetaraan di dalam hubungan tersebut.

7. Harapan pada pasangan

Harapan yang dimiliki oleh seseorang terhadap pasangannya dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan yang ia rasakan. Pada saat suami dan istri dapat menyesuaikan harapan pada dirinya dan harapan terhadap pasangannya, maka akan terdapat respon emosional yang positif yang akan mengarah pada peningkatan kepuasan pernikahan (Rice dalam Das & Gupta, 1995). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Kelley dan Burgoon (1991) menemukan bahwa kegagalan dalam memenuhi harapan pasangan atas peran penting dalam pernikahan seperti *intimacy* dan kepercayaan, dapat memprediksi ketidakpuasan pernikahan.

8. Waktu luang

Waktu luang merupakan salah satu faktor dari kepuasan pernikahan. Penelitian yang dilakukan oleh Claxton dan Perry-Jenkins (2008) menyatakan bahwa waktu luang yang dihabiskan bersama mempengaruhi bagaimana pasangan menilai hubungannya dan menilai satu sama lain sehingga penurunan pada aktivitas ini akan mengarah pada penurunan kepuasan pernikahan.

9. Kesamaan dengan pasangan

Kesamaan yang dimiliki dengan pasangan mempengaruhi kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh seseorang. Menurut Van Hasselt, Morrison, Bellack & Hersen (1988), kesamaan sikap dan nilai merupakan hal yang penting dalam kepuasan pernikahan. Penelitian yang dilakukan oleh Bowen dan Orthner (1983) menyatakan bahwa terdapat hubungan

yang positif antara kepuasan pernikahan dengan kesamaan nilai aktual dan kesamaan nilai yang dipersepsikan oleh pasangan. Le Poire (2006) menyatakan bahwa kepuasan pernikahan berhubungan dengan kesamaan dalam hal status sosial ekonomi, agama, ras dan inteligensi.

10. *Problem solving* dan *decision making*

Problem solving merupakan hal yang penting di setiap hubungan. Dua individu yang memiliki hubungan dimana mereka harus bertatap muka setiap harinya akan menghadapi berbagai masalah dan mereka harus dapat menyelesaikannya jika ingin hubungan mereka tetap berlanjut (Duvall & Miller, 1985). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Liu (2009) menunjukkan bahwa semakin banyak pasangan menggunakan *problem solving style* di dalam hubungan mereka, maka kepuasan pernikahan mereka pun akan semakin tinggi. Reis dan Sprecher (2009) menyatakan bahwa para istri merasa lebih puas atas pernikahannya pada saat mereka dan pasangannya melakukan *decision making* secara setara.

11. Kehadiran anak

Beberapa studi juga menyebutkan bahwa kehadiran anak berhubungan dekat dengan kepuasan dan kesuksesan pernikahan seseorang. Kepuasan pernikahan lebih rendah pada saat anak-anak hadir di dalam pernikahan daripada pada saat tahap *pre-* atau *postparental* di dalam pernikahan (Cox, 2009).

12. Usia saat menikah

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa usia pada saat menikah berhubungan secara dekat dengan kepuasan pernikahan seseorang. Secara umum, semakin muda usia seseorang pada saat menikah, maka semakin besar resiko adanya ketidakpuasan dan kegagalan di dalam pernikahannya (Cox, 2009).

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh seseorang, namun tidak semua faktor tersebut akan

mempengaruhi kepuasan pernikahan seorang individu. Perbedaan dalam pengaruh faktor-faktor tersebut di dalam diri seorang individu disebabkan karena adanya perbedaan karakteristik dari setiap individu.

2.3 Stroke

Stroke merupakan salah satu bentuk dari penyakit kronis. Penyakit kronis menurut Moss dan Dyck (2002) dapat didefinisikan sebagai penyakit jangka panjang yang tidak memiliki cara penyembuhan yang pasti, menimbulkan kondisi kelemahan dan menurunkan kesehatan bagi penderitanya. Skarnulis (2012) mengungkapkan bahwa suatu penyakit dapat dikategorikan sebagai penyakit kronis jika berlangsung lebih dari tiga bulan.

Menurut *World Health Organization* (2012), stroke disebabkan oleh gangguan pasokan darah ke otak yang biasanya disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah atau tersumbat pembuluh darah oleh gumpalan. Hal ini menyebabkan terpotongnya pasokan oksigen dan nutrisi sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Stroke dapat menghasilkan berbagai tipe kerusakan otak, bergantung dari ukuran pembuluh darah yang mengalami gangguan dan area otak yang terserang (Oltmanns & Emery, 2001). Gejala umum dari stroke adalah kelemahan atau kekakuan tiba-tiba pada wajah, lengan atau kaki dan seringkali terjadi pada satu sisi, kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, sakit kepala yang parah tanpa diketahui sebabnya dan pingsan atau tidak sadarkan diri (Warlow, Van Gijn, Dennis, Wardlaw, Bamford, Hankey, Sandercock, Rinkel, Langhorne, Sudlow & Rothwell, 2008).

2.3.1 Tipe Stroke

Terdapat dua tipe stroke, yaitu stroke iskemik (penyumbatan) dan stroke hemoragik (pendarahan) (Sutrisno, 2007). Stroke iskemik merupakan cedera otak akibat penyumbatan atau gangguan lain aliran darah pada pembuluh darah (Hof & Mobbs, 2009). Stroke iskemik terdapat pada sekitar 80% kasus stroke. Stroke iskemik terjadi apabila darah pada sebagian otak berkurang dan akibatnya, sel-sel yang kekurangan oksigen dari darah itu akan berhenti melakukan fungsinya dengan sempurna (Gordon, 2002). Gejala dari stroke iskemik meliputi kelemahan atau paralisis pada salah satu sisi tubuh, kekakuan di salah satu sisi tubuh, *dysarthria* (cadel), *aphasia*, kebingungan, kejang, gangguan visual, tidak adanya kontrol diri, kekakuan pada wajah, sakit kepala dan pusing (*American Geriatrics Society*, 2003)

Tipe stroke yang kedua adalah stroke hemoragik. Stroke tipe ini terjadi pada sekitar 20% kasus stroke. Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak atau pembuluh darah otak yang bocor (Sutrisno, 2007). Terjadinya peningkatan tekanan di dalam otak akibat darah yang keluar dari pembuluh darah dapat menyebabkan kerusakan pada sel otak (Basu, 2011). Jika jumlah darah meningkat secara tajam, maka penumpukkan tekanan pada otak dapat menyebabkan ketidaksadaran bahkan kematian. Stroke hemoragik merupakan tipe stroke yang lebih berbahaya bila dibandingkan dengan stroke iskemik (Keir, Wise, Krebs & Kelley-Arney, 2007). Gejala dari stroke hemoragik antara lain sakit kepala, mual, muntah, perubahan dalam status mental seperti resah, gelisah dan bingung, kelemahan anggota gerak, gangguan penglihatan, koma, dan lain sebagainya (*American Geriatrics Society*, 2003; Pinzon & Asanti, 2010; Sutrisno, 2007).

Selain kedua tipe stroke, terdapat pula yang disebut dengan *Transient ischemic attack* (TIA). TIA merupakan tanda atau pendahulu dari stroke yang terjadi kurang dari 24 jam (dimana menurut definisi, stroke harus terjadi lebih dari 24 jam) (Reyzelman, Karamanoukian, Aoukar & Freeman, 2004). Gejala dari TIA bergantung dimana area penyumbatan terjadi, namun dapat meliputi kekakuan atau kelemahan pada wajah, lengan atau kaki, kebingungan atau kesulitan untuk berbicara, sakit kepala yang parah dan pusing (Loughlin & Generali, 2006).

Stroke merupakan salah satu penyakit kronis akibat dari gangguan pasokan darah ke otak. Stroke memiliki dua tipe dengan gejala yang berbeda, dimana tipe stroke hemoragik merupakan tipe stroke yang lebih berbahaya daripada stroke iskemik.

2.3.2 Dampak Stroke

2.3.2.1 Dampak Stroke bagi Penderita

Tingkat keparahan dari stroke bergantung dari ukuran penyumbatan dan lokasi dari gangguan (Hademenos & Massoud, 1997). Seseorang yang dapat bertahan dari serangan stroke pada umumnya mengalami kelumpuhan pada motorik, sensori, kognitif atau cara bicaranya sebagai hasil dari kerusakan pada otak (Sarafino, 2002). Stroke dapat menimbulkan berbagai dampak pada kehidupan penderitanya. Berikut ini merupakan dampak-dampak dari stroke bagi penderitanya yang diungkapkan oleh berbagai ahli.

1. Masalah motorik

Masalah yang umumnya terjadi setelah seseorang mengalami stroke adalah masalah pada sistem motorik. Oleh karena otak kanan mengontrol pergerakan bagian tubuh kiri dan otak kiri mengontrol pergerakan bagian tubuh sebelah kanan, maka kelumpuhan motorik akan terjadi pada bagian tubuh yang berlawanan dengan bagian otak yang mengalami kerusakan akibat stroke (Taylor, 2006). Penderita stroke umumnya mengalami kesulitan dalam memindahkan tangan atau kaki pada bagian yang terkena dampak stroke. Oleh karena itu, mereka membutuhkan bantuan untuk berjalan, berpakaian dan melakukan aktivitas fisik lainnya.

2. Masalah kognitif

Masalah lain yang sering dialami oleh penderita stroke adalah masalah kognitif seperti masalah dalam hal bahasa, belajar, memori dan persepsi (Sarafino, 2002). Masalah kognitif pada penderita stroke bergantung pada bagian otak yang mengalami kerusakan. Pasien dengan kerusakan pada otak kiri, umumnya mengalami defisit dalam bahasa dan belajar (Sarafino,

2002). Penderita stroke yang mengalami kerusakan pada otak kirinya dapat mengalami kesukaran berbicara dan mengeluarkan kata-kata sedangkan penderita yang mengalami kerusakan otak kanan dapat mengalami kemunduran persepsi terhadap ruangan, jarak, ukuran, posisi, kecepatan gerak, bentuk dan pengaitan antara bagian-bagian dengan keseluruhannya (Gordon, 2002).

3. Masalah emosional

Masalah emosional umum terjadi pada penderita stroke. Pasien yang mengalami kerusakan pada otak kirinya seringkali mengalami kecemasan dan depresi (Taylor, 2006). Tingkat depresi bergantung pada letak stroke dan keparahannya. Penderita stroke yang mengalami kerusakan otak kiri menjadi pencuriga, khawatir dan kacau bila mencoba melakukan perintah tertentu sedangkan penderita yang mengalami kerusakan otak kanan biasanya bertindak secara impulsif dan tidak peduli pada lingkungan sekitarnya (Gordon, 2002).

4. Masalah dalam hubungan sosial

Penderita stroke kemungkinan mengalami masalah dalam hubungan sosialnya. Stroke menghasilkan gejala yang dapat mengganggu komunikasi efektif. Kerusakan kognitif juga menyebabkan kehilangan memori, kesulitan berkonsentrasi dan gangguan sosial lainnya. Stroke juga dapat menyebabkan konsekuensi seperti stigma sosial dan pasien kemungkinan merasakan penghindaran atau penolakan dari kolega dan temannya (Newman, 1984).

Dalam beberapa kasus, stroke hanya menyerang pembuluh darah yang kecil sehingga kemungkinan dampak dari stroke tersebut tidak terlihat pada perilaku penderitanya. Jika stroke kecil ini terjadi dalam jangka panjang dan jika lokasi stroke tersebar di berbagai area berbeda di dalam otak, maka hal tersebut dapat menyebabkan kerusakan kognitif yang berangsur-angsur (Oltmanns & Emery, 2001). Stroke dapat menimbulkan berbagai dampak pada diri seseorang dalam hal motorik,

kognitif, emosional dan sosial, namun tidak semua penderita stroke menunjukkan dampak-dampak tersebut. Terdapat penderita stroke yang tidak menunjukkan perubahan di dalam tingkah laku dan tidak mengalami hambatan berarti dalam menjalani aktivitas sehari-harinya.

2.3.2.2 Dampak Stroke pada Keluarga dan Pasangan Penderita

Stroke tidak hanya berdampak pada penderitanya, namun juga pada pasangan dan keluarga dari penderita (Leezer, 2007). Pada saat seseorang terkena stroke, maka peran yang dimiliki oleh anggota keluarganya seringkali berubah. Pasangan atau orang terdekat dari penderita akan memiliki tambahan peran dan tanggungjawab baru, yaitu menjadi seorang *caregiver* (Caplan, 2008). Pasangan atau keluarga yang berperan sebagai *caregiver* akan membantu penderita dalam berbagai situasi, mulai dari bantuan fisik atas kegiatan sehari-hari hingga memberikan dukungan psikososial bagi penderita untuk menghadapi perubahan dramatis yang kadang terjadi di dalam hidupnya (Devore, 2006).

Menjadi *caregiver* bagi penderita stroke dapat menjadi pekerjaan yang berat bagi pasangan maupun anggota keluarga lain dari penderita. Pasangan yang berperan sebagai *caregiver* dari penderita stroke dapat mengalami efek negatif pada kesehatannya, baik efek jangka pendek maupun jangka panjang (Barnes, Given & Given, 1992). Penurunan mobilitas yang dialami oleh penderita stroke dapat menguras tenaga serta daya tahan dari pasangan dan masalah pada kognisi, emosi dan komunikasi penderita seringkali berdampak pada hubungan keluarga serta hubungan sosial (Gresham, Duncan & Stason, 1995). Adanya berbagai peran baru yang dimiliki oleh anggota keluarga sebagai *caregiver* dapat menimbulkan stres pada dirinya serta menimbulkan gangguan pada hubungan antara dirinya dengan penderita (Caplan, 2008). Pasangan dari penderita stroke juga menjelaskan bahwa kehidupan dari 41% penderita stroke menjadi lebih tidak menyenangkan bila dibandingkan dengan kehidupan sebelum stroke dan 31% dari pasangan penderita stroke juga mengatakan bahwa kehidupan mereka juga menjadi lebih tidak menyenangkan (Anderson, 2006).

Terkait dengan masalah sosial, Newman (1984) menyatakan bahwa kontak sosial dan aktivitas di waktu senggang dengan kerabat dapat mengalami penurunan, baik bagi penderita stroke maupun pasangannya. Para *caregiver* dari penderita stroke juga seringkali memutuskan untuk mengurangi atau berhenti bekerja karena harus memberikan perawatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Brocklehurst, Morris, Andrews, Richards dan Laycock (2002) yang menemukan bahwa 14% dari *caregiver* penderita stroke memutuskan untuk berhenti bekerja karena harus merawat penderita stroke tersebut. Selain itu, pasangan dari penderita stroke juga melaporkan adanya penurunan pada ketertarikan seksual, hasrat seksual, partisipasi seksual serta penurunan kepuasan seksual akibat penyakit stroke yang diderita pasangannya (Coombs, 2007).

Penyakit stroke, selain dapat berdampak pada penderitanya, juga dapat berdampak pada orang-orang terdekat dari penderita seperti pasangan dan anggota keluarga lainnya. Pasangan dan keluarga dari penderita dapat mengalami dampak negatif pada kesehatan seperti kelelahan, penurunan hubungan di dalam keluarga dan sosial, kehilangan pekerjaan dan berbagai dampak negatif lainnya sebagai hasil dari memberikan perawatan kepada penderita stroke.

2.4 Dinamika Hubungan antara *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan

Caregiver merupakan seseorang yang menyediakan perawatan bagi orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, seperti orang yang sudah tua atau orang yang menderita suatu penyakit. *Caregiver* pada umumnya merupakan anggota keluarga dari *care-recipient* dan mayoritas anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver* adalah pasangan dari *care-recipient*, khususnya istri. Peran seorang istri sebagai *caregiver* dipengaruhi oleh tuntutan kultural dan sosial yang menempatkan seorang wanita dalam peran mengasuh serta kepercayaan bahwa wanita lebih memiliki kecenderungan untuk menjadi seorang *primary caregiver*. Terkait dengan perannya sebagai *primary caregiver*, seorang istri seringkali mengalami berbagai dampak negatif dari *caregiving*, salah satunya adalah *caregiver strain*.

Pada istri yang berperan sebagai *caregiver* bagi suaminya yang menderita stroke, *caregiver strain* dapat terjadi akibat adanya masalah motorik, kognitif, emosional dan sosial yang dialami suaminya. Seorang istri dari penderita stroke dapat mengalami *physical strain*, *emotional strain* serta *financial strain* sebagai bentuk dari *caregiver strain* akibat memberikan perawatan untuk suaminya. Adanya *strain* yang dirasakan oleh istri dari penderita stroke dapat menimbulkan perubahan-perubahan pada hubungan pernikahan antara dirinya dan suaminya sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan yang ia miliki. Beberapa penelitian sebelumnya mengenai hubungan antara *caregiving* dengan kepuasan pernikahan menunjukkan hasil yang tidak konsisten, dimana terdapat penelitian yang menyebutkan adanya hubungan antara *caregiver strain* dengan kepuasan pernikahan sementara penelitian lainnya menyebutkan bahwa *caregiving* tidak memiliki hubungan dengan kepuasan pernikahan. Perbedaan hasil dari penelitian-penelitian tersebut menimbulkan pertanyaan mengenai ada atau tidaknya hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Minimnya jumlah penelitian dan literatur mengenai hubungan antara kedua variabel tersebut mengakibatkan hubungan diantara keduanya belum dikaji secara mendalam dan membutuhkan penelitian lebih lanjut.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini peneliti akan memaparkan tentang metodologi yang digunakan dalam penelitian ini, meliputi permasalahan penelitian, variabel penelitian, tipe dan desain penelitian, partisipan penelitian, instrumen penelitian, prosedur penelitian dan metode analisis hasil.

3.1 Masalah Penelitian

Masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke?”

3.2 Variabel Penelitian

Terdapat dua variabel di dalam penelitian ini, yaitu *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan:

3.2.1 *Caregiver Strain*

3.2.1.1 Definisi Konseptual

Definisi konseptual dari *caregiver strain* adalah persepsi atau perasaan kesulitan atas tugas dan tanggung jawab dalam memenuhi peran sebagai *caregiver* yang meliputi *domain* pekerjaan, finansial, fisik, sosial dan waktu.

3.2.1.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari *caregiver strain* adalah total skor dari alat ukur *The Modified Caregiver Strain Index* yang diperoleh dari pengisian kuesioner oleh partisipan.

3.2.2 Kepuasan Pernikahan

3.2.2.1 Definisi Konseptual

Definisi konseptual dari kepuasan pernikahan adalah sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan.

3.2.2.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dari kepuasan pernikahan dalam penelitian ini adalah total skor dari alat ukur *Marital Satisfaction Scale* yang diperoleh dari pengisian kuesioner oleh partisipan.

3.3 Tipe dan Desain Penelitian

Kumar (2005) mengklasifikasikan tipe penelitian dari tiga perspektif, yaitu aplikasi, tujuan dan tipe informasi yang dicari. Berdasarkan aplikasi, penelitian ini dapat digolongkan sebagai *applied research* karena penelitian ini bertujuan untuk menjawab pertanyaan praktis atau memecahkan permasalahan yang praktis (Gravetter & Forzano, 2009). Berdasarkan tujuannya, penelitian ini dapat digolongkan sebagai *correlational research*. Penekanan utama pada *correlational research* adalah untuk menemukan atau membuktikan keberadaan hubungan atau asosiasi diantara dua atau lebih aspek dari sebuah situasi (Kumar, 2005). Hubungan antara dua variabel artinya perubahan pada satu variabel secara konsisten dan dapat diprediksi dibarengi dengan perubahan pada variabel lainnya (Gravetter dan Forzano, 2009).

Berdasarkan tipe informasi yang dicari, penelitian ini termasuk ke dalam penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang mengkuantifikasi variasi dalam sebuah fenomena, masalah atau peristiwa dengan mengumpulkan informasi menggunakan variabel kuantitatif serta untuk mengetahui kekuatan dari variasi tersebut (Kumar, 2005). Untuk desain penelitian, berdasarkan jumlah kontak, maka penelitian ini termasuk ke dalam *cross-sectional study* karena pengambilan data hanya dilakukan sebanyak satu kali dan berdasarkan sifat penelitian, penelitian ini tergolong ke dalam penelitian non-eksperimental karena peneliti tidak melakukan manipulasi (Kumar, 2005).

3.4 Partisipan Penelitian

3.4.1 Karakteristik Partisipan Penelitian

Karakteristik partisipan penelitian ini adalah:

1. Wanita dengan rentang usia 30 tahun ke atas.

Partisipan berada dalam rentang usia 30 tahun ke atas tersebut berada pada masa perkembangan dewasa mengacu pada teori Santrock (2006), dimana usia 18-25 merupakan masa peralihan dari remaja menuju dewasa. Lebih lanjut, Santrock menyatakan bahwa tahap perkembangan dewasa muda berada hingga usia 40 tahun, dewasa madya dari usia 40 – 65 tahun dan dewasa akhir berusia 65 tahun ke atas.

2. Istri dari penderita stroke.

Partisipan yang dipilih merupakan istri yang memiliki suami yang menderita penyakit stroke.

3. Berperan sebagai *primary caregiver* dan tinggal serumah dengan penderita.

Partisipan di dalam penelitian ini merupakan *caregiver* utama (*primary caregiver*) dalam memberikan perawatan pada penderita serta tinggal satu rumah dengan orang yang dirawatnya.

4. Memiliki latar belakang pendidikan minimal SD atau sederajat.

Partisipan dalam penelitian ini diharapkan memiliki latar belakang pendidikan minimal SD atau sederajat agar memiliki kemampuan dalam membaca dan menulis. Hal ini juga dilakukan untuk memperluas jangkauan partisipan di dalam penelitian ini.

5. Bertempat tinggal di Jabodetabek.

Partisipan di dalam penelitian ini merupakan partisipan yang berdomisili di Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang atau Bekasi. Hal ini ditentukan berdasarkan pertimbangan bahwa adanya kemiripan layanan medis yang tersedia di tempat tinggal mereka sehingga mereka berada dalam ruang lingkup yang serupa serta pertimbangan akan ketersediaan dan kemudahan akses bagi peneliti untuk menjangkau partisipan dalam pengambilan data.

3.4.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *non-probability sampling*. Teknik *non-probability sampling* digunakan ketika jumlah anggota di dalam populasi tidak diketahui secara pasti jumlahnya atau tidak dapat diidentifikasi satu per satu (Kumar, 2005). Teknik ini menjadi tepat untuk digunakan ketika jumlah kasus yang dapat diteliti terlalu sedikit atau tidak memungkinkan untuk meneliti dalam jumlah besar.

Penelitian ini menggunakan teknik *non-probability sampling* jenis *accidental sampling* atau *convenience sampling*. Teknik *accidental sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang berdasarkan kemudahan (Kumar, 2005). Individu yang dipilih menjadi responden berdasarkan ketersediaan dan kesediaannya (Gravetter dan Forzano, 2009).

3.4.3 Jumlah Sampel

Menurut Gravetter dan Forzano (2009), jumlah sampel yang paling sering digunakan oleh peneliti adalah sebanyak 25 atau 30 responden. Namun Guilford dan Fruchter (1978) menyatakan bahwa data penelitian baru dapat dianalisis secara statistik dengan menggunakan distribusi normal ketika subjek yang menjadi sampel penelitian berjumlah tidak kurang dari 30 orang. Jumlah tersebut dapat mengurangi terjadinya penyebaran yang miring (*skewed*) baik positif maupun negatif pada distribusi frekuensi data. Kumar (2005) menyatakan bahwa semakin besar jumlah sampel, maka nilainya akan semakin akurat untuk mempresentasikan populasi. Oleh karena itu, peneliti berharap dapat mengambil minimal 30 sampel di dalam penelitian ini.

3.5 Instrumen Penelitian

Terdapat beberapa metode yang dapat digunakan dalam mengumpulkan data, yaitu observasi, wawancara dan kuesioner (Kumar, 2005). Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data berupa kuesioner. Kuesioner adalah sebuah daftar tulisan berupa pertanyaan yang jawabannya diisi oleh responden (Kumar,

2005). Di dalam kuesioner, responden membaca pertanyaan, menginterpretasikan apa yang dimaksud dan kemudian menuliskan jawabannya. Peneliti memilih metode kuesioner melalui berbagai pertimbangan. Pertama, metode kuesioner dapat menghemat waktu, energi maupun hemat secara finansial. Kedua, metode kuesioner juga dapat menjaga anonimitas dari responden sehingga informasi yang didapat oleh peneliti dapat lebih akurat karena topik mengenai kepuasan pernikahan merupakan topik yang cukup sensitif.

3.5.1 Alat Ukur *Caregiver Strain*

Pada penelitian ini, variabel *caregiver strain* diukur menggunakan alat ukur *The Modified Caregiver Strain Index* (MCSI). Alat ukur ini merupakan modifikasi dari *Caregiver Strain Index* (CSI) yang dikembangkan oleh Robinson pada tahun 1983. Alat ukur CSI tersebut telah dimodifikasi dan dikembangkan oleh Thornton & Travis (2003) dengan menggunakan sampel sebanyak 158 *family caregiver*. MCSI merupakan alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur secara cepat *caregiver strain* jangka panjang yang dialami oleh *family caregiver*. MCSI ini memiliki koefisien reliabilitas internal yang tinggi, yaitu sebesar 0,90 serta koefisien *test-retest* sebesar 0,88 yang menunjukkan bahwa alat ukur ini memiliki konsistensi yang tinggi (Thornton & Travis, 2003).

The Modified Caregiver Strain Index (MCSI) berisi 13 pernyataan yang mengukur *strain* yang berhubungan dengan penyediaan perawatan. Di dalam alat ukur ini, setidaknya terdapat satu pertanyaan yang mewakili lima *domain* dari *caregiver strain*, yaitu pekerjaan, finansial, fisik, sosial dan waktu. Setiap pernyataan di dalam MCSI memiliki 3 pilihan jawaban; “ya, teratur”, “ya, kadang-kadang” dan “tidak”. Jawaban “ya, teratur” akan mendapat poin 2, jawaban “ya, kadang-kadang” akan mendapat poin 1 dan jawaban “tidak” akan mendapat poin 0. Menurut Thornton dan Travis (2003), skor *caregiver strain* yang tinggi merupakan skor yang bernilai lebih dari sama dengan 14. Artinya, ketika seorang partisipan mendapatkan skor 14 atau di atas 14, maka dapat dikatakan ia memiliki *caregiver strain* yang tinggi.

Semakin tinggi skor yang didapat maka semakin tinggi tingkat *caregiver strain* yang dialami oleh *caregiver* (Sullivan, 2008).

Dalam pengadministrasiannya, item-item pada alat ukur MCSI diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia. Peneliti kemudian melakukan uji coba alat ukur MCSI yang telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia kepada 32 orang *caregiver* dari penderita penyakit kronis. Pilihan jawaban untuk MCSI yang digunakan pada penelitian ini tidak diubah, yaitu tetap berjumlah tiga pilihan jawaban. Teknik skoring yang digunakan untuk MCSI juga tetap sama seperti aslinya. Dalam pengadministrasian alat ukur MCSI ini, peneliti melakukan wawancara singkat sebagai *probing* dari jawaban partisipan untuk mendapatkan tambahan informasi.

3.5.1.1 Contoh Item Alat Ukur *Caregiver Strain*

Berikut ini merupakan contoh dari item yang terdapat di dalam alat ukur *The Modified Caregiver Strain Index* atau MCSI.

Tabel 3.1 Contoh Item Alat Ukur *Caregiver Strain*

	Ya, Teratur	Ya, Kadang- Kadang	Tidak
Tidur saya terganggu (Sebagai contoh : orang yang saya rawat berulang kali terbangun dari tempat tidur atau berjalan-jalan di malam hari)			
Merawat itu tidak nyaman (Sebagai contoh : membantu pasien membutuhkan banyak waktu atau perlu perjalanan panjang untuk membantu)			

3.5.2 Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

Pada penelitian ini, variabel kepuasan pernikahan diukur menggunakan alat ukur *Marital Satisfaction Scale* (MSS) dari Roach, Frazier dan Bowden (1981). Alat ukur ini merupakan modifikasi dari *Marital Satisfaction Inventory* (MSI) buatan Snyder pada tahun 1979. MSS merupakan alat yang mengukur persepsi atas pernikahan seseorang dalam skala sikap. MSS memiliki satu dimensi (unidimensional) yang mengukur konstruk kepuasan pernikahan. MSS dirancang untuk menghindari adanya kontaminasi dari *marital conventionality* dan *social desirability*. Penelitian yang menggunakan alat ukur MSS menunjukkan bahwa alat ukur ini reliabel, sensitif pada perubahan dalam hubungan pernikahan dan tidak memiliki pertanyaan-pertanyaan yang menstimulasi respon yang tidak realistis, yaitu tipe respon yang menunjukkan hubungan yang sempurna (Fredman & Sherman, 1987). Item-item yang terdapat di dalam alat ukur ini merupakan item yang lebih menekankan pada opini daripada ingatan tentang fakta yang pernah terjadi. *Marital Satisfaction Scale* (MSS) memiliki *internal consistency* yang sangat tinggi, dan memiliki kontaminasi *social desirability* yang rendah (Roach, Frazier & Bowden, 1981). MSS memiliki koefisien alpha sebesar 0,97. MSS juga berkorelasi sangat tinggi dengan *Locke-Wallace Marital Adjustment Test* (MAT) sehingga dapat dikatakan MSS memiliki validitas yang tinggi (Fredman & Sherman, 1987).

Alat ukur ini memiliki 48 pernyataan dengan 5 pilihan jawaban dengan jangkauan “sangat setuju” hingga “sangat tidak setuju”. Semakin tinggi poin yang didapat maka semakin tinggi tingkat kepuasan pernikahan orang tersebut. Dalam pengadministrasiannya, item-item pada alat ukur MSS diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia. Peneliti menerjemahkan alat ukur MSS ke dalam Bahasa Indonesia kemudian melakukan *back translation* ke dalam Bahasa Inggris untuk memastikan bahwa tidak terdapat perubahan makna di dalam alat ukur. Setelah itu, peneliti melakukan uji coba alat ukur kepada 32 orang *caregiver* yang telah menikah. Untuk alat ukur MSS ini, peneliti memutuskan untuk memodifikasi pilihan jawaban dari alat ukur menjadi empat pilihan jawaban, yaitu “sangat setuju”, “setuju”, “tidak setuju” dan “sangat tidak setuju”. Alasan peneliti mengubah pilihan jawaban menjadi empat

adalah untuk menghindari jawaban ragu-ragu atau netral yang mungkin dipilih oleh partisipan. Selain itu modifikasi pilihan jawaban menjadi empat juga berdasarkan pertimbangan akan kemudahan peneliti dalam melakukan skoring.

3.5.2.1 Contoh Item Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

Berikut ini merupakan contoh dari item yang terdapat di dalam alat ukur *Marital Satisfaction Scale* atau MSS.

Tabel 3.2 Contoh Item Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya tahu apa yang pasangan saya harapkan dari saya dalam pernikahan kami				
2	Pasangan saya dapat membuat segalanya lebih mudah bagi saya jika ia peduli				

3.6 Prosedur Penelitian

3.6.1 Tahap Persiapan

Persiapan yang peneliti lakukan adalah melengkapi konsep sebagai landasan dalam penelitian ini serta mempersiapkan instrumen dari penelitian. Peneliti mengadaptasi alat ukur *The Modified Caregiver Strain Index* (MCSI) dari Thornton dan Travis (2003) dan *Marital Satisfaction Scale* (MSS) dari Roach, Frazier dan Bowden (1981) ke dalam bahasa Indonesia. Setelah menerjemahkan kedua alat ukur tersebut, peneliti melakukan uji coba terhadap kedua alat ukur tersebut.

3.6.2 Tahap Uji Coba Alat Ukur

Alat ukur dalam penelitian ini akan melewati dua tahap pengujian, yaitu pengujian secara kualitatif dan kuantitatif. Secara kualitatif, alat ukur diuji melalui uji keterbacaan dan *expert judgement*. Uji keterbacaan dilakukan oleh lima orang dengan latar belakang pendidikan dan usia yang berbeda-beda. *Expert judgement* di dalam penelitian ini dilakukan oleh Dra. Augustine D. Sukarlan, M.Si dan Lifina Dewi

Pohan, S.Psi., M.Psi selaku pembimbing skripsi. Pengujian secara kuantitatif akan dilakukan melalui uji coba alat ukur yang kemudian datanya akan diolah dengan menggunakan program SPSS 20.0.

3.6.2.1 Tahap Uji Coba Alat Ukur *Caregiver Strain*

Alat ukur *The Modified Caregiver Strain Index* (MCSI) diuji secara kualitatif dan kuantitatif. Alat ukur MCSI tidak menemukan masalah pada saat diuji secara kualitatif melalui uji keterbacaan pada lima orang partisipan. Hasil uji keterbacaan tersebut menunjukkan bahwa semua partisipan dapat memahami seluruh item dalam MCSI dengan baik. Uji coba secara kuantitatif kepada alat ukur MCSI dilakukan pada tanggal 3 – 20 April 2012 dengan jumlah partisipan sebanyak 32 orang. Partisipan yang digunakan untuk melakukan uji coba secara kuantitatif ini merupakan *caregiver* dari berbagai penyakit kronis dan tidak spesifik pada suatu penyakit tertentu. Adapun mengenai jumlah partisipan uji coba yang tidak terlalu banyak, hal tersebut dilakukan dengan pertimbangan bahwa *caregiver* merupakan populasi khusus sehingga cukup sulit untuk ditemui. Namun jumlah partisipan yang digunakan di dalam tahap uji coba alat ukur ini tetap memenuhi standar penelitian sehingga data dapat diolah secara statistik.

Alat ukur *caregiver strain* dihitung reliabilitasnya dengan menggunakan teknik *coefficient alpha* menggunakan SPSS 20.0. *Coefficient alpha* bertujuan untuk mengestimasi konsistensi internal pada item-item yang memiliki respon jawaban dikotomi atau politomi dan digunakan ketika pengukuran hanya dilakukan satu kali (Crocker & Algina, 1986). Hasil uji coba secara kuantitatif menunjukkan nilai reabilitas alat ukur *caregiver strain* sebesar 0.843. Menurut Kaplan & Saccuzzo (2005), batasan koefisien reliabilitas tergantung pada tujuan tes, dimana koefisien reliabilitas sebesar 0,7 – 0,8 sudah cukup baik untuk tujuan dalam penelitian dasar. Berdasarkan pernyataan tersebut, maka dapat dikatakan bahwa alat ukur *caregiver strain* di dalam penelitian ini memiliki koefisien reliabilitas yang baik, dimana item-item dalam alat ukur ini secara keseluruhan homogen dan konsisten mengukur hal

yang sama. Hasil perhitungan reliabilitas alat ukur *caregiver strain* dengan menggunakan SPSS 20.0 dapat dilihat pada lampiran A.1

Alat ukur *caregiver strain* juga diuji validitasnya dengan menggunakan validitas konstruk. Validitas konstruk menunjukkan sejauh mana suatu tes tepat mengukur suatu konstruk teoritis atau *trait* psikologis tertentu (Anastasi & Urbina, 1997). Metode yang digunakan untuk menghitung validitas konstruk di dalam penelitian ini adalah metode konsistensi internal. Dengan menggunakan metode ini, berarti peneliti mengkorelasikan skor setiap item dengan skor keseluruhan (13 item) dari alat ukur *caregiver strain* ini. Terdapat 1 item yang memiliki nilai validitas dibawah 0,2 yaitu item nomor 1. Peneliti memutuskan tidak merevisi item tersebut karena nilai validitasnya mendekati 0,2. Secara keseluruhan, melalui hasil perhitungan terlihat bahwa alat ukur *caregiver strain* di dalam penelitian ini memiliki nilai validitas yang baik, sesuai dengan nilai validitas yang baik menurut Cronbach (1990), yaitu yang bernilai lebih besar dari 0,2. Hal ini menunjukkan bahwa alat ukur *caregiver strain* benar-benar mengukur konstruk *caregiver strain*. Hasil perhitungan nilai validitas dari alat ukur *caregiver strain* dapat dilihat pada lampiran A.2.

3.6.2.2 Tahap Uji Coba Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

Alat ukur *Marital Satisfaction Scale* (MSS) juga melalui uji coba terlebih dahulu untuk dapat digunakan dalam penelitian ini. Alat ukur MSS diuji secara kualitatif dan kuantitatif. Sebelum diuji, alat ukur MSS terlebih dahulu diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia dengan melakukan *back translation* oleh ahli Bahasa Inggris. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa terjemahan dari alat ukur ini ke dalam Bahasa Indonesia sudah tepat serta memiliki tatanan kata yang baik. Setelah itu, alat ukur melalui tahap *content expert* yang dilakukan oleh pembimbing skripsi untuk memeriksa konten dari alat ukur tersebut. Alat ukur diuji secara kualitatif dengan melakukan uji keterbacaan pada lima orang yang memiliki latar belakang pendidikan dan usia berbeda. Hasil uji keterbacaan tersebut menunjukkan bahwa semua partisipan dapat tidak mengalami masalah dan dapat memahami dengan baik terjemahan dari alat ukur MSS.

Peneliti kemudian melakukan uji coba alat ukur kepuasan pernikahan secara kuantitatif. Uji coba dilakukan pada partisipan yang sama dengan uji coba alat ukur *caregiver strain*. Partisipan yang digunakan pada uji coba ini merupakan *caregiver* dari penderita berbagai penyakit kronis dengan presentase penyakit yang diderita oleh pasien berupa 9,4% stroke, 3,1% hepatoma, 21,9% jantung, 9,4% diabetes, 21,9% pernafasan, 15,6% komplikasi, 3,1% reumatik, 6,3% hipertensi, 3,1% gastritis dan 6,3% gagal ginjal. Hasil uji coba tersebut kemudian diuji reliabilitas dan validitasnya secara statistik dengan menggunakan SPSS 20.0. Pengujian reliabilitas dari alat ukur ini menunjukkan nilai reliabilitas sebesar 0.949 yang termasuk ke dalam reliabilitas yang baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Kaplan dan Saccuzzo (2005) yaitu alat ukur dapat dikatakan reliabel jika memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0.7 – 0.8 untuk penelitian dasar. Hal tersebut menunjukkan bahwa secara keseluruhan, alat ukur kepuasan pernikahan pada penelitian ini memiliki item-item yang homogen dan konsisten mengukur hal yang sama. Hasil perhitungan reliabilitas alat ukur kepuasan pernikahan secara lengkap dapat dilihat pada lampiran B.1.

Pengujian validitas juga dilakukan pada alat ukur kepuasan pernikahan ini. Jenis validitas yang diuji merupakan validitas konstruk dengan metode *internal consistency*. Melalui perhitungan dengan mengkorelasi skor setiap item dengan skor total, terdapat 3 item yang memiliki nilai validitas dibawah 0,2 yaitu item nomor 2, 9 dan 21 sedangkan terdapat 1 item yang memiliki nilai negatif yaitu item nomor 16. Atas saran dari dosen pembimbing, peneliti memutuskan untuk mengeliminasi item nomor 2 dan 9 dikarenakan kedua item tersebut memiliki nilai jauh dibawah validitas yang baik. Untuk item nomor 21 dan 16, peneliti memutuskan untuk merevisi terjemahan kalimat karena nilai validitas yang mendekati 0,2 (untuk item nomor 21) dan nilai validitas yang lebih besar dari 0,2 namun bernilai negatif (untuk item nomor 16). 44 item lainnya memperoleh nilai validitas yang baik menurut Cronbach (1990) yaitu memiliki nilai *internal consistency* lebih besar dari 0.2. Hal ini menunjukkan bahwa alat ukur kepuasan pernikahan benar-benar mengukur konstruk kepuasan pernikahan. Hasil pengujian validitas dari alat ukur kepuasan pernikahan dapat dilihat pada lampiran B.2.

3.7 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 25 April – 20 Mei 2012. Peneliti melakukan penyebaran kuesioner di beberapa rumah sakit yang terletak di Jakarta. Penyebaran kuesioner tersebut peneliti lakukan dengan salah satu rekan anggota payung “Gambaran *Caregiver Strain* yang Dialami oleh Anggota Keluarga dari Penderita berbagai Penyakit Kronis di Indonesia” yang memiliki karakteristik partisipan sama namun memiliki variabel penelitian yang berbeda sehingga kuesioner yang digunakan merupakan gabungan dari keseluruhan variabel yang ingin diteliti.

Sebelum menyebarkan kuesioner, peneliti terlebih dahulu memohon izin kepada pihak rumah sakit dan pihak terkait untuk menyebarkan kuesioner penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti mendatangi unit stroke dan klub stroke di rumah sakit-rumah sakit tersebut untuk menemui para istri dari penderita stroke. Selain melakukan penyebaran kuesioner di rumah sakit, peneliti juga menyebarkan kuesioner dengan mendatangi subjek secara langsung ke rumahnya dengan membuat janji terlebih dahulu serta menitipkan kuesioner kepada rekan-rekan dari peneliti yang memiliki saudara atau kerabat yang memiliki karakteristik yang sesuai dengan karakteristik partisipan pada penelitian ini. Sebelum meminta partisipan untuk mengisi kuesioner yang diberikan, terlebih dahulu peneliti memperkenalkan diri dan mengajukan *informed consent* untuk disetujui oleh partisipan. Peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada para partisipan sebagai *probing* terhadap alat ukur *caregiver strain* untuk mendapatkan informasi tambahan yang berguna untuk keperluan penelitian ini. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti juga merupakan cara peneliti untuk membina *rapport* dengan para partisipan serta untuk menunjukkan kepedulian peneliti atas peran partisipan sebagai *caregiver* dari penderita penyakit kronis.

Setelah partisipan mengisi kuesioner yang diberikan, peneliti selalu memeriksa kelengkapan jawaban dalam kuesioner tersebut untuk menghindari adanya item yang terlewat atau tidak diisi oleh partisipan. Hal ini bertujuan agar seluruh data yang diperoleh melalui pengisian kuesioner tersebut dapat diolah. Dari 42 kuesioner yang disebarkan, terdapat 30 kuesioner yang dapat diolah datanya, sedangkan 12

sisanya tidak dapat diolah karena tidak sesuai dengan karakteristik penelitian. Oleh karena itu, jumlah partisipan di dalam penelitian ini menjadi 30 orang.

3.8 Tahap Pengolahan Data

Setelah melakukan pengambilan data terhadap 42 partisipan, peneliti kemudian melakukan pengolahan data terhadap 30 partisipan yang sesuai dengan karakteristik penelitian. Peneliti menggunakan SPSS (*Statistical Package for Social Science*) untuk menjawab pertanyaan penelitian. Melalui perhitungan menggunakan SPSS tersebut, peneliti juga menginterpretasikan hasil olahan data dan membuat kesimpulan penelitian. Teknik statistik yang digunakan peneliti dalam mengolah data antara lain:

1. Distribusi frekuensi

Data demografis diolah dengan menggunakan perhitungan statistik distribusi frekuensi. Data demografi digambarkan dengan menghitung presentase (%) frekuensi data dari setiap karakteristik agar dapat dilihat perbandingan dari setiap karakteristik. Penggunaan presentase dipilih karena presentase merupakan prosedur yang biasa digunakan dalam menginterpretasikan data (Kumar, 2005). Selain itu, presentase juga relatif mudah dimengerti dan sederhana dalam melihat gambaran distribusi partisipan (Guilford dan Frutcher, 1978). Selain itu juga dilakukan perhitungan atas nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), nilai yang paling banyak muncul (*modus*) serta nilai tertinggi dan terendah.

2. Korelasi Pearson

Korelasi Pearson digunakan untuk melihat hubungan antara kedua variabel, yaitu *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Korelasi Pearson digunakan karena data yang diolah merupakan variabel interval.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai hasil dari penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian diperoleh berdasarkan pengambilan data melalui kuesioner yang diberikan pada partisipan penelitian. Data yang terkumpul kemudian diolah dengan menggunakan program SPSS 20.0 dengan jumlah partisipan sebanyak 30 orang.

4.1 Gambaran Umum Partisipan Penelitian

Gambaran umum partisipan berisi tentang karakteristik partisipan penelitian beserta dengan orang yang dirawatnya yang kemudian disebut sebagai data demografi. Data demografi tersebut berupa usia, usia ketika menikah, durasi pernikahan, agama, tingkat pendidikan, status pekerjaan, jumlah anak, pengeluaran per bulan, lama merawat pasien serta keberadaan dari perawat lain. Data mengenai orang yang dirawat atau pasien yaitu usia, status pekerjaan, tipe stroke serta keterbatasan atau ketidakmampuan yang dialami.

Tabel 4.1 Gambaran Umum Partisipan

Data Demografi		Jumlah	Presentase (%)
Usia	30 – 40 (dewasa muda)	3	10
	41 – 65 (dewasa madya)	25	83,3
	di atas 65 (dewasa akhir)	2	6,7
	Total	30	100
Usia ketika menikah	≤ 25 tahun (remaja-peralihan)	19	63,3
	26 – 40 (dewasa muda)	11	36,7
	Total	30	100
Durasi pernikahan	<10 tahun	2	6,7
	10 – 20 tahun	2	6,7
	20 – 30 tahun	13	43,3
	30 – 40 tahun	11	36,7

	40 – 50 tahun	2	6,7
	Total	30	100
Agama	Islam	23	76,7
	Protestan	6	20
	Katolik	1	3,3
	Total	30	100
Tingkat pendidikan	SD	3	10
	SMP	2	6,7
	SMA	10	33,3
	Diploma	5	16,7
	S1	7	23,3
	S2	3	10
	Total	30	100
Status pekerjaan	Bekerja	12	40
	Tidak bekerja	18	60
	Total	30	100
Jumlah anak	1	2	6,7
	2	9	30
	3	12	40
	4	6	20
	>4	1	3,3
	Total	30	100
Pengeluaran per bulan	< Rp 1.500.000	5	16,7
	Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000	10	33,3
	Rp 3.100.000 – Rp 4.500.000	8	26,7
	Rp 4.600.000 – Rp 6.000.000	4	13,3
	Rp 6.100.000 – Rp 7.500.000	1	3,3
	>Rp 9.000.000	2	6,7
Total	30	100	
Lama merawat pasien	3 – 6 bulan	4	13,3

	6 bulan – 1 tahun	1	3,3
	1 – 2 tahun	8	26,7
	2 – 5 tahun	8	26,7
	5 – 10 tahun	4	13,3
	10 - 20 tahun	4	13,3
	> 20 tahun	1	3,3
	Total	30	100
Perawat lain	Tidak ada	11	36,7
	Ada, informal	17	56,7
	Ada, formal	2	6,7
	Total	30	100

Partisipan di dalam penelitian ini berada pada rentang usia 32 - 72 tahun dengan kelompok usia dewasa madya (41 - 65 tahun) yang berjumlah paling banyak. Sebagian besar partisipan di dalam penelitian ini menikah pada saat berada pada usia kurang dari 25 tahun, namun mayoritas durasi pernikahan mereka berada pada rentang 20 – 30 tahun. Hampir seluruh partisipan beragama Islam, sisanya merupakan partisipan yang beragama Protestan dan Katolik. Partisipan di dalam penelitian ini memiliki jenjang pendidikan yang beragam, dimana jenjang pendidikan paling rendah adalah SD dan paling tinggi adalah S2, namun mayoritas partisipan memiliki jenjang pendidikan lulusan SMA. Partisipan di dalam penelitian ini lebih banyak yang tidak bekerja daripada yang bekerja, dengan perbandingan 60:40. Sebagian besar partisipan memiliki jumlah anak 2 hingga 4 orang. Untuk mengetahui gambaran status sosial ekonomi, partisipan diminta untuk memilih jangkauan pengeluaran per bulannya dan mayoritas partisipan memiliki pengeluaran per bulan Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000. Mayoritas dari partisipan memberikan perawatan kepada pasien dalam jangka waktu 1 hingga 5 tahun dan sebagian besar dari mereka dibantu oleh perawat informal seperti anggota keluarga atau kerabat dekat dalam merawat pasien.

Tabel 4.2 Gambaran Umum Pasien

Pasien		Jumlah	Presentase (%)
Usia	30 – 40 (dewasa muda)	1	3,3
	41 – 65 (dewasa madya)	23	76,7
	di atas 65 (dewasa akhir)	6	20
	Total	30	100
Status pekerjaan	Bekerja	16	53,3
	Tidak bekerja	14	46,7
	Total	30	100
Tipe Stroke	<i>Ischemic</i>	16	53,3
	<i>Haemorrhage</i>	8	26,7
	Keduanya (<i>Ischemic</i> + <i>Haemorrhage</i>)	1	3,3
	Tidak diketahui	5	16,7
	Total	30	100
Keterbatasan yang dialami	Tidak dapat melakukan apapun	3	10
	Motorik	20	66,7
	Emosional	1	3,3
	Motorik + kognitif	2	6,7
	Motorik + emosional	3	10
	Motorik + kognitif + emosional	1	3,3
	Total	30	100

Pasien yang dirawat oleh partisipan di dalam penelitian ini berada pada rentang usia 39 hingga 74 tahun dan mayoritas dari mereka berusia dewasa madya (41 - 65 tahun). Sebagian besar pasien masih bekerja walaupun mereka menderita stroke. Tipe stroke yang paling banyak diderita oleh pasien adalah *ischemic* yaitu stroke yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah. Para pasien mengalami keterbatasan yang berbeda-beda dalam kehidupan sehari-harinya, dimana mayoritas dari mereka mengalami masalah dalam hal motoriknya.

4.2 Hasil Penelitian

Bagian ini berisi gambaran skor partisipan pada alat ukur *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Selain itu akan dipaparkan juga hasil korelasi antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* bagi suaminya yang menderita stroke.

4.2.1 Gambaran *Caregiver Strain*

Gambaran *caregiver strain* diperoleh melalui perhitungan statistik deskriptif, yaitu dengan menghitung nilai *mean*, median, modus serta skor tertinggi dan terendah dari partisipan yang tertera pada tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Skor *Caregiver Strain*

<i>Mean</i>	Median	Modus	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
9,7	8,5	5 dan 14	18	0

Secara teoritis, skor total *caregiver strain* pada alat ukur ini berada pada rentang 0-26 yang merupakan jumlah dari rentang skala (0-2) dikali dengan jumlah item (13 item). Pada penelitian ini, nilai tertinggi dari skor *caregiver strain* yang didapat oleh partisipan adalah 18 dengan nilai terendah sebesar 0. Nilai rata-rata (*mean*) *caregiver strain* dari partisipan adalah 9,7 dengan nilai tengah (*median*) sebesar 8,5 dan nilai yang paling sering muncul (*modus*) adalah 5 dan 14. Berikut ini merupakan distribusi frekuensi dari skor *caregiver strain* pada penelitian ini.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Skor *Caregiver Strain*

Skor	<i>f</i>	Presentase (%)
0 - 1	1	3,3
2 - 3	2	6,7
4 - 5	5	16,6

6 – 7	4	13,3
8 – 9	4	13,3
10 – 11	2	6,6
12 – 13	1	3,3
14 – 15	7	23,3
16 – 17	2	6,7
18 – 19	2	6,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 4.4, skor *caregiver strain* dari partisipan paling banyak berada pada rentang skor 14 - 15 dengan presentase sebesar 23,3 %. Mayoritas skor yang dimiliki partisipan dalam penelitian ini berada di atas nilai *mean* dan median. Menurut Thornton dan Travis (2003), skor *caregiver strain* yang tinggi merupakan skor yang bernilai lebih dari sama dengan 14. Artinya, ketika seorang partisipan mendapatkan skor 14 atau di atas 14, maka dapat dikatakan ia memiliki *caregiver strain* yang tinggi. Sesuai dengan hal tersebut, berikut ini akan dipaparkan lebih lanjut mengenai penggolongan dari skor *caregiver strain* yang didapatkan oleh partisipan.

Tabel 4.5 Penggolongan Skor Caregiver Strain

Skor	<i>f</i>	Proporsi (%)	Keterangan
< 14	19	63,33	normal
≥ 14	11	36,67	tinggi

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa mayoritas partisipan memiliki *caregiver strain* yang tergolong normal dengan presentase sebesar 63,33%. Sisanya, yaitu 36,67% memiliki *caregiver strain* yang tergolong tinggi.

4.2.2 Gambaran Kepuasan Pernikahan

Gambaran kepuasan pernikahan diperoleh dengan melakukan perhitungan statistik deskriptif seperti yang dilakukan pada skor *caregiver strain*. Secara teoretis, skor total kepuasan pernikahan berada pada rentang 46-184 yang diperoleh dari hasil perkalian rentang skor (1-4) dengan jumlah item (46 item). Gambaran kepuasan pernikahan didapat dengan menghitung nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), nilai yang paling sering muncul (*modus*) serta skor tertinggi dan terendah dari partisipan. Hasil perhitungan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.6 Skor Kepuasan Pernikahan

<i>Mean</i>	Median	Modus	Nilai Tertinggi	Nilai Terendah
138,67	136	136	175	106

Pada penelitian ini, nilai rata-rata (*mean*) kepuasan pernikahan dari partisipan adalah 138,67 dengan nilai tengah (*median*) sebesar 136 dan nilai yang paling sering muncul (*modus*) adalah 136. Nilai tertinggi dari skor kepuasan pernikahan yang didapat oleh partisipan adalah 175 dan nilai terendah sebesar 106. Berikut ini merupakan distribusi frekuensi dari skor kepuasan pernikahan pada penelitian ini.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Skor Kepuasan Pernikahan

Skor	<i>f</i>	Presentase (%)
106 – 115	2	6,7
116 – 125	2	6,7
126 – 135	8	26,7
136 – 145	10	33,3
146 - 155	4	13,2
156 - 165	2	6,7
166 - 175	2	6,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 4.7, skor kepuasan pernikahan dari partisipan paling banyak berada pada rentang skor 136 - 145 dengan presentase sebesar 33,3 %. Penggolongan dari skor kepuasan pernikahan akan dijelaskan oleh tabel berikut.

Tabel 4.8 Penggolongan Skor Kepuasan Pernikahan

Skor	<i>f</i>	Proporsi (%)	Keterangan
< 138,67	18	60	di bawah rata-rata
≥ 138,67	12	40	diatas rata-rata

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 60% partisipan yang memiliki skor kepuasan pernikahan di bawah rata-rata, sedangkan sisanya (40%) memiliki skor kepuasan pernikahan di atas rata-rata. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa mayoritas partisipan di dalam penelitian ini memiliki skor kepuasan pernikahan di bawah rata-rata.

4.2.3 Hubungan *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan

Hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan dihitung dengan menggunakan korelasi Pearson. Koefisien korelasi antara kedua variabel tersebut didapat dengan menggunakan program aplikasi SPSS 20.0. Hasil perhitungan yang diperoleh dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini.

Tabel 4.9 Hubungan *Caregiver Strain* dan Kepuasan Pernikahan

	Total MCSI	Total MSS
Pearson Correlation	1	-.192
Total MCSI Sig. (2-tailed)		.310
N	30	30
Pearson Correlation	-.192	1
Total MSS Sig. (2-tailed)	.310	
N	30	30

Berdasarkan perhitungan statistik di atas, didapatkan nilai korelasi yang tidak signifikan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan. Koefisien korelasi diantara kedua variabel tersebut sebesar 0,192 ($r^2 = 0,036864$) memiliki arah negatif dan tidak signifikan pada *level of significance* 0,05 (2-tailed). Berdasarkan angka tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat 3,69 % proporsi variabel *caregiver strain* yang diasosiasikan dengan variabel kepuasan pernikahan. Koefisien korelasi antara variabel *caregiver strain* dan variabel kepuasan pernikahan yang bernilai negatif bermakna bahwa dengan meningkatnya skor *caregiver strain* akan diikuti dengan penurunan skor kepuasan pernikahan. Sebaliknya, dengan menurunnya skor *caregiver strain* akan diikuti dengan peningkatan skor kepuasan pernikahan.

4.3 Hasil Tambahan

Pada bagian ini akan dipaparkan mengenai gambaran *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi dari partisipan di dalam penelitian ini.

4.3.1 Gambaran *Caregiver Strain* berdasarkan Data Demografi Partisipan

Gambaran *caregiver strain* berdasarkan data demografi partisipan diperoleh melalui teknik perhitungan statistik distribusi frekuensi. Hal ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan skor rata-rata (*mean*) dari *caregiver strain* pada data demografi berupa usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pengeluaran per bulan, lama pemberian perawatan, keterbatasan pasien dan keberadaan perawat lain. Perbedaan *mean caregiver strain* berdasarkan data demografi partisipan dapat dilihat secara lebih lanjut pada tabel 4.10.

Tabel 4.10 Gambaran *Caregiver Strain* berdasarkan Data Demografi Partisipan

Data Demografi	N	Mean	
Usia	30 – 40 (dewasa muda)	3	10,67
	41 – 65 (dewasa madya)	25	9,16
	di atas 65 (dewasa akhir)	2	15

Tingkat pendidikan	SD	3	5,67
	SMP	2	9,5
	SMA	10	9,1
	Diploma	5	6,6
	S1	7	14,14
	S2	3	10,67
Status pekerjaan	Bekerja	12	9,5
	Tidak bekerja	18	9,83
Pengeluaran per bulan	< Rp 1.500.000	5	4,4
	Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000	10	10,6
	Rp 3.100.000 – Rp 4.500.000	8	10,375
	Rp 4.600.000 – Rp 6.000.000	4	11,25
	Rp 6.100.000 – Rp 7.500.000	1	18
	>Rp 9.000.000	2	8,5
Lama merawat pasien	3 – 6 bulan	4	10,75
	6 bulan – 1 tahun	1	11
	1 – 2 tahun	8	12
	2 – 5 tahun	8	9,5
	5 – 10 tahun	4	7,5
	10 - 20 tahun	4	6,75
	> 20 tahun	1	8
Keterbatasan pasien	Tidak dapat melakukan apapun	3	12
	Motorik	20	9,8
	Emosional	1	6
	Motorik + kognitif	2	11,5
	Motorik + emosional	3	8,33
	Motorik + kognitif + emosional	1	5
Perawat lain	Tidak ada	11	7,45
	Ada, informal	17	11,18
	Ada, formal	2	9,5

Berdasarkan tabel di atas, dapat dipaparkan secara lebih lanjut mengenai gambaran *caregiver strain* berdasarkan data demografi partisipan. Berikut pemaparannya:

- a. Kelompok partisipan dewasa akhir memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang paling tinggi (M=15) sedangkan kelompok dewasa madya memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang paling rendah (M=9,16).
- b. Kelompok partisipan yang berada pada jenjang pendidikan lulusan S1 (M=14,14) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling tinggi dan kelompok yang jenjang pendidikannya lulusan SD (M=5,67) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling rendah.
- c. Kelompok partisipan yang tidak bekerja (M=9,83) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang lebih tinggi daripada kelompok partisipan yang bekerja (M=9,5).
- d. Kelompok partisipan yang memiliki pengeluaran per bulan sebesar Rp 6.100.000 – Rp 7.500.000 (M=18) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling tinggi dari kelompok pengeluaran per bulan lainnya sedangkan kelompok dengan skor rata-rata *caregiver strain* terendah (M=4,4) adalah kelompok dengan pengeluaran per bulan kurang dari Rp 1.500.000.
- e. Kelompok partisipan yang telah merawat pasien selama 1 – 2 tahun (M=12) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling tinggi dan kelompok partisipan yang telah merawat pasien selama 10 - 20 tahun (M=6,75) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling rendah.
- f. Kelompok partisipan yang merawat pasien yang tidak dapat melakukan apapun (hanya terbaring) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang lebih tinggi (M=12) bila dibandingkan dengan kelompok yang memiliki keterbatasan lainnya. Kelompok partisipan yang memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling rendah adalah kelompok yang memberikan perawatan pada pasien dengan keterbatasan motorik, kognitif dan emosional (M=5).
- g. Kelompok partisipan yang memperoleh bantuan perawatan dari perawat informal memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang paling tinggi (M=

11,18) dan kelompok partisipan yang tidak memperoleh bantuan perawatan memiliki skor rata-rata *caregiver strain* paling rendah ($M=7,45$).

4.3.1.1 Gambaran *Caregiver Strain* berdasarkan Hasil Wawancara

Dalam pengadministrasian alat ukur *caregiver strain*, peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada para partisipan untuk mendapatkan informasi tambahan terkait dengan *caregiver strain* yang mereka rasakan. Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap para partisipan, mayoritas dari mereka mengaku terkadang mengalami gangguan pada tidur mereka. Hal itu dikarenakan suami mereka seringkali mengalami susah tidur atau karena mereka harus mendampingi suami mereka ke kamar mandi pada malam hari. Disamping itu, hampir seluruh partisipan merasa nyaman dalam memberikan perawatan. Mereka mengaku masih merasa nyaman dalam memberikan perawatan karena mereka merasa ikhlas menjalani perannya sebagai *caregiver* bagi suami mereka.

Para partisipan mengaku bahwa merawat bukanlah suatu tekanan fisik bagi mereka. Mereka tidak merasa tertekan secara fisik dalam memberikan perawatan bagi suami mereka karena mayoritas suami dari partisipan masih dapat beraktivitas dalam kehidupan sehari-harinya, dimana mereka hanya mengalami hambatan pada salah satu sisi anggota gerakanya. Hal ini menyebabkan para partisipan tidak perlu mengangkat atau mendudukkan suami mereka, namun mereka hanya memberikan bantuan-bantuan kecil pada suami mereka seperti membantu suami mereka berjalan atau berganti baju. Mayoritas dari partisipan juga tidak merasa terbatas akibat harus merawat suami mereka. Mereka mengaku bahwa mereka masih dapat bepergian di sela-sela waktu memberikan perawatan dan sebagian dari mereka mengaku bahwa mereka tidak merasa terbatas karena mereka adalah ibu rumah tangga, dimana sebagian besar waktu mereka memang dihabiskan di dalam rumah.

Para partisipan mengaku tidak mengalami penyesuaian khusus di dalam keluarganya setelah suami mereka menderita stroke. Terkait dengan perubahan rencana pribadi, mayoritas dari partisipan mengaku terkadang mengalami perubahan dalam rencana-rencana pribadi yang mereka miliki karena penyakit suaminya.

Sebagian partisipan mengaku tidak dapat bekerja lagi atau tidak dapat bebas bepergian karena harus mendampingi suaminya. Mayoritas dari partisipan juga mengaku terkadang terdapat tuntutan-tuntutan lain pada waktu mereka yang biasanya dilakukan oleh anak atau cucu mereka. Untuk masalah penyesuaian emosional, para partisipan mengaku bahwa terkadang mereka harus melakukan penyesuaian-penyesuaian emosional yang sebagian besar disebabkan oleh perubahan emosional yang dialami suami mereka akibat penyakitnya. Perubahan emosional yang terjadi pada suaminya antara lain menjadi keras kepala, menjadi sering marah atau sering membentak.

Berdasarkan hasil wawancara, para partisipan juga mengatakan bahwa mereka tidak merasa ada perilaku suaminya yang menimbulkan kekesalan. Hal ini disebabkan karena mereka merasa bahwa berbagai perilaku tersebut adalah sesuatu yang wajar akibat kondisi suaminya, namun sebagian dari partisipan mengaku bahwa mereka tidak merasa ada perubahan di dalam diri suaminya. Terkait dengan perubahan pada diri suaminya, para partisipan mengaku tidak merasa kesal. Sebagian dari partisipan tidak merasakan ada perubahan berarti pada diri suaminya dan sebagian yang lain menerima perubahan pada diri suaminya dengan ikhlas karena mereka mengetahui hal tersebut adalah dampak dari penyakit yang diderita suaminya. Berdasarkan hasil wawancara, para partisipan mengaku tidak mengalami penyesuaian dalam hal pekerjaan mereka karena mayoritas dari mereka tidak bekerja. Para partisipan juga mengaku tidak mengalami tekanan keuangan dalam memberikan perawatan bagi suaminya, dimana sebagian partisipan mengatakan bahwa biaya perawatan suaminya ditanggung oleh asuransi kesehatan dan sebagian lainnya tidak merasa biaya pengobatan suaminya sebagai suatu tekanan. Terkait dengan kondisi perawatan, para partisipan mengaku tidak merasa kewalahan karena mereka merasa ikhlas dalam merawat suaminya dan mereka sangat menyadari peran mereka sebagai istri yang sudah sewajarnya merawat suaminya ketika suami mereka sakit.

4.3.2 Gambaran Kepuasan Pernikahan berdasarkan Data Demografi Partisipan

Gambaran kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi partisipan diperoleh melalui teknik perhitungan statistik distribusi frekuensi. Hal ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan skor rata-rata (*mean*) kepuasan pernikahan pada data demografi berupa usia, usia ketika menikah, durasi pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pengeluaran per bulan, lama pemberian perawatan dan keterbatasan pasien. Berikut gambaran perbedaan *mean* skor kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi.

Tabel 4.11 Gambaran Kepuasan Pernikahan berdasarkan Data Demografi Partisipan

Data Demografi	N	Mean	
Usia	30 – 40 (dewasa muda)	3	145,33
	41 – 65 (dewasa madya)	25	137,36
	di atas 65 (dewasa akhir)	2	145
Usia ketika menikah	≤ 25 tahun (remaja-peralihan)	19	137,68
	26 – 40 (dewasa muda)	10	140,36
Durasi pernikahan	<10 tahun	2	139
	10 – 20 tahun	2	144
	20 – 30 tahun	13	141,85
	30 – 40 tahun	11	134,64
	40 – 50 tahun	2	134,5
Tingkat pendidikan	SD	3	134,33
	SMP	2	127
	SMA	10	133,7
	Diploma	5	154
	S1	7	140,72
	S2	3	137
Status pekerjaan	Bekerja	12	140,92
	Tidak bekerja	18	137,17
Jumlah anak	1	2	122,5
	2	9	143,11
	3	12	138,83

	4	6	138
	>4	1	133
Pengeluaran per bulan	< Rp 1.500.000	5	135,6
	Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000	10	137,7
	Rp 3.100.000 – Rp 4.500.000	8	130,75
	Rp 4.600.000 – Rp 6.000.000	4	145,5
	Rp 6.100.000 – Rp 7.500.000	1	145,5
	>Rp 9.000.000	2	166,5
Lama merawat pasien	3 – 6 bulan	4	149,25
	6 bulan – 1 tahun	1	158
	1 – 2 tahun	8	135,125
	2 – 5 tahun	8	144
	5 – 10 tahun	4	134
	10 - 20 tahun	4	125,5
	> 20 tahun	1	134
Keterbatasan pasien	Tidak dapat melakukan apapun	3	151
	Motorik	20	134
	Emosional	1	175
	Motorik + kognitif	2	137,5
	Motorik + emosional	3	147
	Motorik + kognitif + emosional	1	136

Berdasarkan tabel di atas, dapat dipaparkan secara lebih lanjut mengenai gambaran kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi partisipan. Berikut pemaparannya:

- Kelompok partisipan dewasa muda ($M=145,33$) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi sedangkan dewasa madya memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling rendah ($M=137,36$).
- Kelompok partisipan yang menikah pada usia dewasa muda (> 25 tahun) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang lebih tinggi ($M=140,36$)

bila dibandingkan dengan kelompok yang menikah di bawah usia 25 tahun (M=137,68).

- c. Kelompok partisipan yang memiliki durasi pernikahan selama 10 – 20 tahun (M= 144) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang paling tinggi dan kelompok partisipan dengan durasi pernikahan 40 – 50 tahun (M= 134,5) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling rendah.
- d. Kelompok partisipan yang berada pada jenjang pendidikan lulusan Diploma (M=154) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi sedangkan kelompok dengan tingkat pendidikan SMP memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang paling rendah (M=127).
- e. Kelompok partisipan yang bekerja (M=140,92) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang lebih tinggi daripada kelompok partisipan yang tidak bekerja (M=137,17).
- f. Kelompok partisipan yang memiliki 2 anak memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi (M=143,11) sedangkan kelompok partisipan yang memiliki 1 anak memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang paling rendah (M= 122,5).
- g. Kelompok partisipan yang memiliki pengeluaran per bulan lebih besar dari Rp 9.000.000 (M=166,5) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi sedangkan kelompok dengan pengeluaran per bulan kurang dari Rp 1.500.000 memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling rendah (M=135,6).
- h. Kelompok partisipan yang telah merawat pasien selama 6 bulan – 1 tahun (M= 158) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi dan kelompok partisipan yang telah merawat pasien selama 10 - 20 tahun memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang paling rendah (M=125,5).
- i. Kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan berupa masalah emosional memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi (M=175) sedangkan kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik (M= 134) memiliki skor rata-rata paling rendah.

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. Bagian ini juga akan membahas mengenai diskusi hasil penelitian serta akan dikemukakan mengenai saran dari penelitian. Saran penelitian terdiri dari saran metodologis dan juga saran praktis.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Kesimpulan Utama

Kesimpulan yang didapat dari hasil penelitian ini adalah:

1. Berdasarkan analisis hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri yang berperan sebagai *spouse caregiver* dari penderita stroke.

Gambaran hasil penelitian dari variabel yang diteliti di dalam penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas partisipan memiliki tingkat *caregiver strain* yang normal dan mayoritas partisipan memiliki tingkat kepuasan pernikahan di bawah rata-rata.

5.1.2 Kesimpulan Tambahan

Dari hasil penelitian, tidak hanya didapatkan kesimpulan utama yang dapat menjawab pertanyaan penelitian, namun juga terdapat kesimpulan tambahan. Kesimpulan tambahan mencakup gambaran dari kedua variabel penelitian yaitu *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi partisipan penelitian. Berikut merupakan kesimpulan tambahan pada penelitian ini.

1. Pada gambaran perbedaan skor rata-rata (*mean*) *caregiver strain* berdasarkan data demografi, didapatkan kesimpulan bahwa skor rata-rata

caregiver strain tertinggi didapatkan oleh kelompok dengan usia dewasa akhir, kelompok dengan tingkat pendidikan lulusan S1, kelompok yang tidak bekerja, kelompok yang memiliki pengeluaran per bulan sebesar Rp 6.100.000 – Rp 7.500.000, kelompok yang telah memberikan perawatan kepada pasien selama 1 hingga 2 tahun, kelompok yang merawat pasien yang memiliki keterbatasan tidak dapat melakukan apapun (hanya terbaring) serta kelompok yang dibantu oleh perawat informal dalam memberikan perawatan kepada pasien. Sebaliknya, skor rata-rata *caregiver strain* terendah didapatkan oleh kelompok partisipan yang berusia dewasa madya, kelompok yang memiliki tingkat pendidikan SD, kelompok yang masih bekerja, kelompok yang memiliki pengeluaran per bulan kurang dari Rp 1.500.000, kelompok yang telah merawat pasien selama 10 hingga 20 tahun, kelompok yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik, kognitif dan emosional serta kelompok yang melakukan perawatan tanpa dibantu oleh orang lain.

2. Pada gambaran perbedaan skor rata-rata (*mean*) kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi, didapatkan kesimpulan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan tertinggi didapatkan oleh kelompok usia dewasa muda, kelompok yang menikah pada usia dewasa muda, kelompok dengan durasi pernikahan selama 10 – 20 tahun, kelompok dengan tingkat pendidikan lulusan Diploma, kelompok yang bekerja, kelompok yang memiliki 2 anak, kelompok dengan pengeluaran per bulan lebih dari Rp 9.000.000, kelompok yang telah merawat pasien selama 6 bulan hingga 1 tahun serta kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan emosional. Sebaliknya, skor rata-rata kepuasan pernikahan terendah didapatkan oleh kelompok yang berusia dewasa madya, kelompok yang menikah pada usia dibawah 25 tahun, kelompok dengan durasi pernikahan 40 hingga 50 tahun, kelompok dengan tingkat pendidikan lulusan SMP, kelompok yang tidak bekerja, kelompok yang memiliki 1 anak, kelompok dengan pengeluaran per bulan kurang dari Rp 1.500.000, kelompok yang

telah merawat pasien selama 10 hingga 20 tahun serta kelompok yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik.

5.2 Diskusi

Pada bagian ini akan dibahas mengenai hasil penelitian dan perbandingannya dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan. Pertama mengenai hasil dari penelitian yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara *caregiver strain* dengan kepuasan pernikahan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ward (1998) yang menunjukkan bahwa *family caregiving* tidak memiliki hubungan dengan penurunan dari kepuasan pernikahan, meskipun terdapat berbagai tantangan yang harus dihadapi oleh *caregiver* pada saat memberikan perawatan. Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Ward (1998), para istri yang melakukan *family caregiving* dalam merawat suaminya yang menderita stroke, tidak menunjukkan penurunan kepuasan pernikahan yang signifikan walaupun mereka mengalami tingkat *strain* yang berbeda-beda.

Hasil penelitian serupa juga dilaporkan oleh Suito dan Pilmer (1994). Mereka melakukan penelitian terkait dengan hubungan pernikahan di tahun pertama perawatan seorang *caregiver* memberikan perawatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suito dan Pilmer (1994) menemukan bahwa tidak terdapat perubahan pada kepuasan pernikahan *caregiver* pada tahun pertama tersebut dan studi lanjutan yang dilakukan setelahnya juga menunjukkan hasil serupa. Penelitian tersebut menemukan bahwa *caregiving* tidak secara seragam menghasilkan penurunan pada kepuasan pernikahan bagi *caregiver*-nya karena kepuasan pernikahan itu sendiri dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti dukungan emosional dari suami atau gangguan yang ditimbulkan oleh suami terhadap usaha pemberian perawatan yang dilakukan oleh istrinya (Suito & Pilmer, 1994).

Dukungan yang dilakukan oleh suami terhadap pemberian perawatan yang dilakukan oleh istrinya, sebagai contoh ia menuruti permintaan istrinya untuk menjalani pengobatan tertentu atau ia melakukan usaha-usaha untuk meringankan beban sang istri dalam pemberian perawatan bagi dirinya kemungkinan dapat

mempengaruhi kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh istri karena beban yang ia rasakan menjadi lebih ringan. Hal sebaliknya dapat terjadi ketika suami menyebabkan terganggunya pemberian perawatan yang dilakukan oleh istri, misalnya pada saat suami tidak bersikap kooperatif dalam usaha penyembuhan penyakitnya sehingga istri merasa bebannya semakin berat dan kemungkinan hal itu dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan yang dirasakannya.

Tidak adanya hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan dalam penelitian ini juga dapat disebabkan oleh penerimaan terhadap penyakit stroke yang dilakukan oleh istri. Penerimaan berhubungan dengan kepuasan pernikahan seseorang, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Bermas, Tuckle, Winkelman dan Katz (2000) yang menyatakan bahwa pasangan yang memiliki kepuasan pernikahan rendah biasanya melakukan penerimaan yang pasif ketika menghadapi suatu penyakit. Berdasarkan hasil wawancara singkat dengan para istri, mereka mengaku menerima penyakit yang diderita oleh suaminya secara ikhlas dan sabar sehingga dapat menjalani peran mereka sebagai *caregiver* dengan ikhlas, tanpa merasa terbebani. Hasil penelitian dari Halm, Treat-Jacobson, Lindquist dan Savik (2007) juga menemukan bahwa pasangan yang memiliki beban atas perawatan yang tinggi dapat memiliki kepuasan pernikahan yang tinggi pula. Hal ini dapat dikarenakan ia merasakan dampak positif dari *caregiving* seperti merasa lebih berguna dan menambah kedekatannya dengan *care-recipient* yang berupa pasangannya. Selain itu *caregiving* dianggap sebagai pemenuhan komitmen yang ia miliki atas pernikahannya. Pada istri dari penderita stroke, memberikan perawatan pada suaminya dapat dianggap sebagai suatu peran yang memang sewajarnya ia jalankan sebagai seorang istri.

Hubungan yang tidak signifikan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan kemungkinan juga dipengaruhi oleh daur dari kepuasan pernikahan itu sendiri yang mengikuti garis melengkung berbentuk U. Menurut Loue dan Sajatovic (2008), pada umumnya kepuasan pernikahan cenderung tinggi pada usia dewasa muda, menurun pada usia dewasa madya dan kemudian naik kembali pada usia dewasa akhir. Hal ini memang terlihat pada perhitungan skor rata-rata kepuasan

pernikahan pada penelitian ini, dimana skor rata-rata kepuasan pernikahan pada dewasa muda ($M=145,33$) dan dewasa akhir ($M=145$) lebih tinggi daripada nilai rata-rata pada usia dewasa madya ($M=137,36$). Keberadaan dari daur kepuasan pernikahan inilah yang kemungkinan membuat peran yang harus mereka jalani sebagai *caregiver* bagi suaminya tidak mempengaruhi kepuasan pernikahan mereka secara signifikan.

Hubungan antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan yang tidak signifikan juga dapat disebabkan oleh kurangnya kontrol pada lamanya waktu merawat pasien, karakteristik dari penyakit stroke serta usia pernikahan di dalam penelitian ini. Perbedaan rentang lama merawat yang cukup luas (3 bulan hingga 26 tahun) dan juga rentang usia pernikahan yang cukup luas (7 tahun hingga 44 tahun) kemungkinan dapat berpengaruh pada *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh partisipan. Selain itu, karakteristik dari penyakit stroke yang diderita oleh pasien seperti tipe stroke dan keterbatasan yang dialami oleh pasien juga kurang dikontrol di dalam penelitian ini dikarenakan populasi penelitian ini adalah populasi khusus yang cukup sulit untuk ditemui. Hal ini juga kemungkinan dapat berpengaruh pada *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan yang dimiliki oleh partisipan penelitian serta kemungkinan dapat menyebabkan tidak signifikannya hubungan di antara keduanya.

Korelasi yang ditemukan di dalam penelitian ini antara *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan pada istri penderita stroke adalah sebesar $r = -0,192$. Koefisien korelasi tersebut memberikan gambaran yang cenderung tidak linear antara kedua variabel. Hal ini dapat terjadi dikarenakan partisipan penelitian yang cenderung homogen sehingga kurang akurat dalam menggambarkan populasi. Homogenitas pada partisipan kemungkinan disebabkan karena sebagian besar partisipan ditemui di rumah sakit dan merupakan istri dari anggota klub stroke, dimana para suami mereka sudah cukup mandiri untuk dapat melakukan aktivitas-aktivitas di dalam klub stroke, misalnya melakukan senam stroke atau bahkan pergi ke klub stroke seorang diri tanpa perlu diantarkan oleh istrinya. Koefisien korelasi sebesar 0,192 menunjukkan bahwa terdapat 3,69% proporsi variabel *caregiver strain* yang diasosiasikan dengan variabel

kepuasan pernikahan. Dengan kata lain, *caregiver strain* hanya memiliki peranan sebesar 3,69% pada kepuasan pernikahan, dimana sisanya yaitu 96,31% dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya.

Hasil gambaran dari kedua variabel, yaitu *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan dapat menunjukkan karakteristik penyakit terhadap situasi *caregiving* yang dihadapi. Untuk variabel *caregiver strain*, rentang skor yang dimiliki oleh partisipan di dalam penelitian ini adalah 0 – 18, dimana skor terbanyak berada pada rentang 14 – 15. Mayoritas skor *caregiver strain* yang didapatkan oleh partisipan berada di bawah angka pembatas antara golongan normal dan tinggi, yaitu 14. Artinya, *caregiver strain* yang dirasakan oleh sebagian besar partisipan di dalam penelitian ini berada pada tingkatan normal. Hal tersebut kemungkinan disebabkan karena sebagian besar suami dari partisipan penelitian merupakan anggota klub stroke sehingga para istri sering berkumpul dan berbagi pengalaman merawat suami mereka di sela-sela kegiatan klub stroke sehingga mereka tidak merasa sendirian dalam memberikan perawatan kepada suaminya. Selain itu sebagian besar partisipan penelitian ini juga ditemui di rumah sakit, dimana tugas perawatan juga dilaksanakan oleh perawat dari pihak rumah sakit tersebut sehingga kemungkinan *strain* yang dirasakan terkait dengan perawatan menjadi lebih ringan. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Dorfman, Holmes & Karyn (1996) bahwa *caregiver strain* dapat menurun seiring dengan banyaknya orang yang membantu dan ketersediaan bantuan bagi *caregiver*. Terkait dengan *caregiver strain*, peneliti juga melakukan wawancara singkat dan menemukan bahwa mayoritas para istri yang menjadi partisipan di dalam penelitian ini sangat menyadari perannya sebagai istri sehingga mereka mengaku menjalani perannya sebagai *caregiver* suami mereka dengan ikhlas dan sabar. Kemungkinan hal ini juga mempengaruhi tingkat *strain* yang dirasakan oleh para istri terkait dengan tugas *caregiving* mereka.

Terkait dengan gambaran kepuasan pernikahan, partisipan di dalam penelitian ini memiliki rentang skor kepuasan pernikahan 106-175 dengan skor paling banyak berada pada rentang 136 – 145. Berdasarkan penggolongan skor kepuasan pernikahan, maka mayoritas partisipan di dalam penelitian ini memiliki skor

kepuasan pernikahan di bawah rata-rata. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor karena kepuasan pernikahan merupakan suatu penilaian yang subjektif dari masing-masing individu, namun keterbatasan yang dialami oleh suami dari partisipan sebagai akibat dari penyakit stroke yang dideritanya kemungkinan berpengaruh pada kepuasan pernikahan yang ia rasakan. Berbagai keterbatasan yang dialami oleh suaminya kemungkinan membuat partisipan merasa bahwa hubungan pernikahannya telah mengalami berbagai perubahan seperti yang diungkapkan oleh Coombs (2007) bahwa para *caregiver* mengalami perubahan pada hubungan pernikahan setelah pasangan mereka terkena stroke. Hal itulah yang kemungkinan mempengaruhi kepuasan pernikahan mereka dan menyebabkan mayoritas skor kepuasan pernikahan pada partisipan menjadi di bawah rata-rata.

Gambaran *caregiver strain* berdasarkan data demografi partisipan menunjukkan bahwa skor rata-rata *caregiver strain* yang paling tinggi ($M=15$) didapatkan oleh kelompok dewasa akhir sedangkan kelompok dewasa madya memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang paling rendah ($M=9,16$). Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan dari Factor & Weiner (2008) bahwa *caregiver* yang lebih muda mengalami *strain* yang lebih tinggi karena adanya tuntutan yang bertentangan dari berbagai peran yang mereka miliki. Hasil penelitian ini menunjukkan hal yang sebaliknya, dimana skor *caregiver strain* yang lebih tinggi dimiliki oleh partisipan yang berusia lebih tua. Skor rata-rata *caregiver strain* yang paling tinggi juga didapatkan oleh kelompok partisipan dengan tingkat pendidikan lulusan S1 ($M=14,14$) dan skor rata-rata *caregiver strain* dan skor rata-rata *caregiver strain* paling rendah didapatkan oleh kelompok partisipan yang memiliki tingkat pendidikan SD ($M=5,67$). Hasil ini berkebalikan dengan pernyataan dari Brown, Brown dan Penner (2012) yang mengungkapkan bahwa orang dengan pendidikan lebih rendah lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami dampak negatif dari perannya sebagai *caregiver*, seperti *caregiver strain*.

Pada penelitian ini, ditemukan bahwa kelompok partisipan yang bekerja ($M=12$) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang lebih rendah daripada kelompok partisipan yang tidak bekerja ($M=18$). Hal tersebut bertentangan dengan

pernyataan dari Fredriksen-Goldsen & Scharlach (2001) yang menyebutkan bahwa berbagai literatur menekankan bahwa *caregiver* yang juga bekerja selain memberikan perawatan akan lebih cenderung mengalami *strain*. Terkait dengan kondisi sosial-ekonomi, van den Tweel, Hatzmann, Ensink, van der Lee, Peters, Fijnvandraat & Grootenhuis (2008) menyatakan bahwa status sosial-ekonomi yang rendah dapat memberikan *strain* tambahan bagi *caregiver*. Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan pernyataan dari van den Tweel, Hatzmann, Ensink, van der Lee, Peters, Fijnvandraat & Grootenhuis (2008), dimana pada penelitian ini, skor rata-rata *caregiver strain* terendah justru dimiliki oleh kelompok dengan pengeluaran per bulan paling rendah, yaitu kurang dari Rp 1.500.000. Terkait dengan lama waktu merawat pasien, Dorfman, Holmes & Karyn (1996) menyatakan bahwa semakin lama *caregiver* menyediakan perawatan, maka semakin sedikit *strain* yang dilaporkan. Pernyataan tersebut tidak sesuai dengan penemuan di dalam penelitian ini, dimana kelompok yang memberikan perawatan selama 3 – 6 bulan (M=10,75) memiliki *strain* yang lebih rendah daripada kelompok yang telah memberikan perawatan selama 1 – 2 tahun (M=12).

Caregiver strain berhubungan dengan keterbatasan atau ketidakmampuan yang dialami pasien, dimana pasien dengan keterbatasan kognitif lebih menimbulkan stres bagi *caregiver* dibandingkan dengan pasien yang mengalami keterbatasan fisik (Archbold, Stewart & Carter, 2008; Coombs, 2007). Hasil dari penelitian ini memang menunjukkan bahwa kelompok partisipan yang merawat pasien yang memiliki keterbatasan kognitif disamping keterbatasan motorik (M=11,5) memiliki skor rata-rata *caregiver strain* yang lebih tinggi daripada kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik saja (M=9,8), namun hal yang unik ditunjukkan oleh kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik, kognitif dan emosional, dimana skor rata-rata *caregiver strain* mereka menempati posisi yang terendah (M=5). Hasil penelitian ini juga menunjukkan hasil yang berkebalikan dengan pernyataan dari Dorfman, Holmes & Karyn (1996) bahwa *caregiver strain* dapat menurun seiring dengan banyaknya orang yang membantu dan ketersediaan bantuan bagi *caregiver*. Pada penelitian ini, skor rata-rata *caregiver strain* terendah

justru ditampilkan oleh kelompok yang tidak mendapatkan bantuan dari orang lain dalam memberikan perawatan kepada pasien ($M=7,45$).

Gambaran kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi partisipan menunjukkan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan yang dimiliki oleh kelompok partisipan yang berusia dewasa muda dan dewasa akhir hampir sama, yaitu $M=145,33$ dan $M=145$ sedangkan skor rata-rata kepuasan pernikahan yang dimiliki oleh kelompok dewasa madya memperoleh nilai terendah ($M=137,36$). Penemuan ini sesuai dengan pernyataan dari Morgan & Kunkel (2001) dan Loue & Sajatovic (2008) bahwa kepuasan pernikahan mengikuti garis melengkung berbentuk U, dimana pada umumnya kepuasan pernikahan cenderung tinggi pada usia dewasa muda, menurun pada usia dewasa madya dan kemudian naik kembali pada usia dewasa akhir. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan tinggi di kelompok partisipan dewasa muda, kemudian menurun di kelompok partisipan dewasa madya dan kemudian tinggi kembali di kelompok partisipan dewasa akhir.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan dari partisipan yang menikah pada usia remaja hingga peralihan (kurang dari 25 tahun) ($M=137,68$) lebih rendah dari kelompok partisipan yang menikah pada usia dewasa muda ($M=140,36$). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Cox (2009) bahwa secara umum, semakin muda usia seseorang pada saat menikah, maka semakin besar resiko adanya ketidakpuasan dan kegagalan di dalam pernikahannya. Terkait dengan skor rata-rata kepuasan pernikahan berdasarkan durasi pernikahan, hasil penelitian ini bertentangan dengan pernyataan dari Mathews (2002) bahwa kepuasan pernikahan seseorang cenderung mengalami penurunan pada 20 tahun pertama pernikahan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan paling tinggi justru ditunjukkan pada kelompok partisipan yang memiliki durasi pernikahan 10 hingga 20 tahun ($M=144$).

Hasil penelitian dari Mirfardi, Edalati dan Redzuan (2010) menemukan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita, maka semakin tinggi pula kepuasan pernikahannya. Hasil penelitian tersebut tidak sesuai dengan hasil

penelitian ini, dimana skor rata-rata kepuasan pernikahan kelompok partisipan dengan tingkat pendidikan SD ($M=134,33$) terlihat lebih tinggi dari kelompok partisipan dengan tingkat pendidikan SMP ($M=127$). Terkait dengan status pekerjaan, penelitian ini menunjukkan bahwa skor rata-rata kepuasan pernikahan pada kelompok partisipan yang bekerja ($M=140,92$) lebih tinggi dari skor rata-rata kepuasan pernikahan dari kelompok partisipan yang tidak bekerja ($M=137,17$). Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian dari Kim (1992) yang menyatakan bahwa wanita yang bekerja memiliki kepuasan pernikahan yang lebih rendah daripada wanita yang tidak bekerja.

Terkait dengan skor rata-rata kepuasan pernikahan berdasarkan jumlah anak, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Twenge, Campbell dan Foster (2003) yang menyatakan bahwa jumlah anak berkorelasi negatif dengan kepuasan pernikahan. Pada penelitian ini, kelompok partisipan yang memiliki 1 anak memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan terendah ($M=122,5$) bila dibandingkan dengan kelompok partisipan lainnya. Terkait dengan kondisi sosial-ekonomi dari partisipan, ditemukan bahwa secara garis besar semakin tinggi tingkat sosial-ekonomi partisipan, semakin tinggi juga kepuasan pernikahan yang ia rasakan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Harvey (2008) bahwa pasangan yang memiliki banyak uang dapat memiliki rumah, makanan, mobil, pakaian serta asuransi medis yang lebih baik dan mereka melaporkan tingkat kepuasan pernikahan yang lebih tinggi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hoyert & Seltzer (2008) menemukan bahwa semakin lama pemberian perawatan, maka semakin rendah kepuasan pernikahan yang dirasakan seseorang. Hasil serupa tidak ditemukan di dalam penelitian ini, dimana kelompok partisipan yang memberikan perawatan selama 2 hingga 5 tahun ($M=144$) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang lebih tinggi dari kelompok partisipan yang memberikan perawatan selama 1 hingga 2 tahun ($M=135,125$). Terkait dengan hubungan antara keterbatasan pasien dan kepuasan pernikahan yang dirasakan oleh istrinya, Wright (2002) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tipe kerusakan atau kelumpuhan yang dialami oleh suami dengan kepuasan pernikahan yang dirasakan istrinya, dimana istri yang

merawat suami dengan keterbatasan kognitif mengalami penurunan kepuasan pernikahan yang lebih besar daripada istri yang merawat suami dengan keterbatasan fisik. Hasil penelitian dari Wirght (2000) tersebut tidak terlihat pada hasil penelitian ini, dimana kelompok partisipan yang merawat pasien yang memiliki keterbatasan kognitif dan motorik ($M=137,5$) serta keterbatasan motorik, kognitif dan emosional ($M=136$) memiliki skor rata-rata kepuasan pernikahan yang lebih tinggi daripada kelompok partisipan yang merawat pasien dengan keterbatasan motorik ($M=134$).

Gambaran *caregiver strain* dan kepuasan pernikahan berdasarkan data demografi dari partisipan menunjukkan adanya kesesuaian dan juga ketidaksesuaian dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya. Hal ini dapat merupakan gambaran yang sebenarnya dari populasi penelitian ini, yaitu istri yang menjadi *spouse caregiver* dari penderita stroke, namun juga terdapat kemungkinan bahwa hasil tersebut kurang mewakili populasi karena tidak meratanya jumlah partisipan di tiap-tiap kelompok data demografi tersebut.

5.3 Saran

Pada bagian ini peneliti menuliskan saran metodologis, yaitu saran yang terkait dengan penelitian. Selain itu peneliti juga menuliskan saran praktis, yaitu saran yang terkait dengan hasil penelitian.

5.3.1 Saran Metodologis

1. Pada penelitian ini, tidak ditemukan hubungan antara *caregiver strain* dengan kepuasan pernikahan. Hal ini kemungkinan dapat merupakan perwakilan dari keadaan sebenarnya di dalam populasi, namun dapat juga disebabkan oleh terlalu sedikitnya jumlah partisipan di dalam penelitian sehingga hasil penelitian kurang dapat memberikan gambaran yang akurat mengenai populasi. Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya agar menggunakan jumlah sampel yang lebih besar agar hasilnya dapat lebih menggambarkan populasi.
2. Penyakit stroke di dalam penelitian ini merupakan penyakit stroke secara umum sehingga keterbatasan atau dampak yang ditimbulkannya menjadi

sangat bervariasi. Peneliti menyarankan agar penelitian berikutnya membatasi karakteristik dari penyakit stroke yang diderita sehingga akan didapatkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai fenomena dari penyakit ini.

3. Usia pernikahan yang digunakan di dalam penelitian ini memiliki rentang yang sangat luas sehingga kemungkinan hal ini dapat memberikan pengaruh pada hasil penelitian. Untuk itu, pada penelitian selanjutnya, peneliti menyarankan agar lebih membatasi usia pernikahan yang digunakan sehingga akan didapatkan hasil penelitian yang lebih spesifik.

5.3.2 Saran Praktis

Beberapa saran praktis yang dapat diberikan terkait dengan hasil penelitian ini antara lain:

1. Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat *caregiver strain* yang dirasakan istri sebagai *caregiver* dari suaminya yang menderita stroke. Oleh karena itu peneliti berharap agar hal ini menjadi perhatian khusus sehingga dapat diberikan intervensi bagi *caregiver* jika diperlukan. Intervensi dapat diberikan oleh psikolog yang ahli dalam bidang klinis ataupun dengan cara *support group* bagi para istri yang menjadi *caregiver* dari suaminya. Dengan begitu, mereka dapat melakukan *sharing* dengan sesama istri yang berperan sebagai *caregiver* agar beban yang mereka rasakan sebagai seorang *caregiver* dapat lebih ringan.
2. *Caregiver strain* merupakan salah satu konsekuensi negatif dari pemberian perawatan yang dapat mempengaruhi *caregiver* dan juga pasien. *Caregiver strain* yang dirasakan oleh seseorang dapat membuat dirinya menghentikan perannya sebagai *caregiver*. *Caregiver strain* dapat mengakibatkan dampak yang buruk bagi *caregiver* dan juga pasien, namun penelitian mengenai *caregiver strain* di Indonesia masih sangat minim sehingga konstruk ini belum banyak diketahui. Oleh karena itu, peneliti menyarankan agar konstruk *caregiver strain* diteliti secara lebih

lanjut dan mendalam, beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Dengan begitu, cara untuk meminimalkan *caregiver strain* secara akurat dapat ditemukan sehingga para *caregiver* yang mengalami *strain* bisa mendapatkan penanganan yang tepat.

3. Kepuasan pernikahan merupakan konstruk yang luas, dimana kepuasan pernikahan seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Oleh karena itu, peneliti menyarankan agar konstruk ini diteliti secara lebih lanjut sehingga dapat diketahui secara lebih mendalam faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya. Selain itu juga dapat ditelaah secara lebih lanjut faktor-faktor yang dapat menjembatani hubungan antara kepuasan pernikahan dengan variabel lainnya di dalam suatu penelitian. Dengan begitu, hasil penelitian dapat digunakan oleh pihak-pihak yang bergerak di bidang pernikahan.
4. Masyarakat Indonesia memiliki kecenderungan untuk lebih memperhatikan kondisi pasien tanpa memberi perhatian pada kondisi *caregiver* dari pasien tersebut, padahal *caregiver* juga membutuhkan perhatian dikarenakan beban merawat pasien yang begitu berat. Untuk itu, peneliti menyarankan agar masyarakat, khususnya anggota keluarga atau orang terdekat dari *caregiver* untuk lebih memperhatikan kondisi *caregiver*. Terjaganya kondisi *caregiver* akan berpengaruh pada perawatan yang dia berikan kepada pasien yang nantinya akan mempengaruhi kondisi kesehatan dari pasien. Selain anggota keluarga dan kerabat dekat, para praktisi rumah sakit yang berhubungan langsung dengan pasien dan *caregiver* hendaknya juga memberikan perhatian khusus kepada *caregiver* dari pasiennya agar pengetahuan mereka tentang pasien menjadi lebih mendalam dan saran-saran kepada *caregiver* terkait pemberian perawatan kepada pasien juga dapat diberikan dengan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiati, T., & Vajoepramono, E. J. (2010). *171 tanya jawab tentang stroke: Pasien bertanya, dokter menjawab*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- American Geriatrics Society. (2003). *Geriatrics Education for Emergency Medical Services*. Sudbury, MA: American Geriatrics Society and Jones and Bartlett's Publisher, Inc.
- American Heart Association. (2007). *Let's talk about the stroke family caregiver*. Mei 14, 2012.
- Anatasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall International, Inc.
- Anderson, R. (2006). *The aftermath of stroke: the experience of patients and their families*. New York: Cambridge University Press.
- Archbold, P. G. (1983). Impact of parent-caring on women. *Family Relation*, 32: 39-45.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., & Carter, J. H. (2008). *Family Caregiving*. In Factor, S. A., & Weiner, W. J. *Parkinson's disease: Diagnosis and clinical management* (2nd ed). New York: Demos Medical Publishing, LLC.
- Baharudin, D. F & Sumari, M. (2009). The effect of sound therapy in increasing calmness and reducing stress on working Muslim women in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 00(2010), 000-000.
- Barnes, C. L., Given, B.A. & Given, Given, C. W. (1992). Caregivers of Elderly Relatives: Spouses and Adult Children. *Health and Social Work* 17(4), 282-9.
- Basu, S. (2011). *Studies on experimental models*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Bermas, B. L., Tucker, J. S., Winkelman, D. K., & Katz, J. N. (2000). Marital satisfaction in couple with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*, 13(3), 149-155.
- Bond, J., Coleman, P., & Peace, S. (2001). *Ageing in society: an introduction to social gerontology*. Towsbridge, Wiltshire: The Comwell Press.

- Bowen, G. L., & Orthner, D. K. (1983). Sex-role congruency and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 45(1), 223-230. doi: 10.2307/351312
- Brocklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K., Richards, B., & Laycock, P. (2002). Social effects of stroke. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(1), 35-39. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90043-2](http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123(81)90043-2)
- Brody, E. M. (2004). *Women in the middle: Their parent care years* (2nd ed). New York: Springer Publishing Company.
- Brown, S.L., Brown, R. M, & Penner, L. A. (2012). *Moving beyond self-interest: Perspectives from evolutionary biology, neuroscience, and the social sciences*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Bumagin, V. E., & Hirn, K. F. (2001). *Caregiving: A guide for those who give care and those who receive it*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Callan, V. J. & Noller, P. (1987). *Marriage and the family*. Victoria: The Book Printer
- Cannon, G. (2006). *Caring for your loved one who is ill at home: A comprehensive guide and planner for family caregiver and personal home care assistance*. Salisbury, MD: Geneva Cannon.
- Caplan, L.R. (2008). *Stroke*. - : Accessible Publishing Systems PTY, Ltd.
- Chang, L., Mak, M. C. K., Li, T., Wu, B. P., Chen, B. B., & Lu, H. J. (2010). Cultural adaptations to environmental variability: An evolutionary account of East–West differences. *Educ Psychol Rev* (2011) 23:99–129. DOI 10.1007/s10648-010-9149-0.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: Leisure and marital quality across the transition to parenthood. *J Marriage Fam*, 70(1), 28–43.
- Coombs, U. E. (2007). Spousal caregiving for stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing* 39(2), 112-119.
- Cox, F. D. (2009). *Human intimacy: Marriage, the family and it's meaning*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

- Cress, C. J. (2012). *Handbook of geriatric care management* (3rd ed). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essential of psychological testing*. New York: Harper Collins Publisher, Inc.
- Das, M. S., & Gupta, V. J. (1995). *Woman, marriage and family*. New Delhi: MD Publications Pvt Ltd.
- Davey, A. (2008). *Caregiving contexts: cultural, familial, and societal implications*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Mei 14, 2012.
- Devore, D. M. (2006). *Parent-child relations: new research*. New York: Nova Science Publisher, Inc.
DOI: 10.1111/j.1741-3737.2007.00427.x
- Dorfman, L. T., Holmes, C. A., & Berlin, K. L. (1996). Wife caregivers of frail elderly veterans: Correlates of caregiver satisfaction and caregiver strain. *Family Relations*, 45(1), 46-55.
- Durant, T. J & Christian, O. G. (2006). Mei 14, 2012. *Caregiving to aging parents*. <http://forumonpublicpolicy.com/archive07/durant.pdf>
- Duvall, E. M & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th ed). New York: Harper & Row Publisher, Inc.
- Emmatty, L. M. (2009). *An insight into dementia care in India*. New Delhi: Sage Publication India Pvt Ltd.
- Evashwick, C. J. (2005). *The continuum of long-term care* (3rd ed). New York: Thomson Learning, Inc.
- Factor, S. A., & Weiner, W. J. (2008). *Parkinson,s disease: Diagnosis and clinical management* (2nd ed). New York: Demos Medical Publishing, LLC.
- Ferrell, B.R & Coyle, N. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press, Inc.

- Fredman, N. & Sherman, R. (1987). *Handbook of Measurement for Marriage and Family Therapy*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, Inc.
- Fredriksen- Goldsen, K. I., & Scharlaach, A. E. (2001). *Families and work: New directions in the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Gordon, N. F. (2002). *Stroken: Panduan latihan lengkap*. Jakart: PT. Raja Grafindo Persada.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-years period. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 737-745.
- Grant, I., Adler, K. A., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G., & Irwin, M. R. (2002). Health Consequences of Alzheimer's Caregiving Transitions: Effects of Placement and Bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 64, 477–486.
- Gravetter, F. J & Forzanno, L. B. (2009). *Research methods for the behavioral science* (3rd ed). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Gresham, G. E., Duncan, P. W., & Stason, W.B. (1995). *Post-stroke rehabilitation*. Rockville, Maryland: U.S Department of Health and Human Services.
- Guilford, J. P, & Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education* (6th ed). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Hademenos, G. J., & Massoud, T. S. (1997). Biophysical mechanism of stroke. *Stroke*, 28, 2067-2077.
- Halm, M. A., Treat-Jacobson, D., Lindquist, R., & Savik, K. (2007). Caregiver burden and outcome of caregiving of spouses of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 36, 170 – 187.
- Harvey, P.R. (2008). *The investigation of voluntarily childless married couples and marital satisfaction*. Thesis: University of Central Oklahoma
- Hof, P.R & Mobbs, C. V. (2009). *Handbook of the neuroscience of aging*. Italy: Elsevier, Inc.
- Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. (2008). Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relations*: 41(1), 74-81.
http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more

http://www.acf.hhs.gov/healthymarriage/about/factsheets_premarital_edu.html

<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202008.pdf>

http://www.strokeassociation.org/idc/groups/strokepublic/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_309723.pdf

- Johnson, A. M & Rejnis, R. (1998). *The cost of caring: Money skills for caregiver*. New York.: John Wiley & Sons, Inc.
- Johnson, S. M & Talitman, M. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal o/Marital and Family Therapy*, 23(2), 135-152.
- Kaplan, R. M & Saccuzzo, D. P. (2005). *Psychological testing: Principles, applications and issues* (7th ed). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Keir, L., Wise, B., Krebs, C. & Kelley-Arney, C. (2007). *Medical assisting: Administrative and clinical competencies*. New York: Thomson Delmar Learning.
- Kelley, D. L.,& Burgoon, J. K. (1991). Understanding marital satisfaction and couple type as functions of relational expectations. *Human Communication Research*, 18(1), 40-69.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Penyakit tidak menular (ptm) penyebab kematian terbanyak di Indonesia*. Mei 14, 2012. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1637-penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html>
- Kemp, B. J., & Mosqueda, L. (2004). *Aging with a disability: What the clinicians needs to know*. Maryland: The Hopkins University Press.
- Kim, H. (1992). Gender role equity and marital satisfaction among Korean couples. *Korea Jurnal of Population and Development* 21(2), 99 – 120.
- Knowles, S. J. (2002). *Marital satisfaction, shared leisure and leisure satisfaction in married couples with adolescent*. Thesis: Oklahoma Christian University.
- Kumar, R.(2005). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners* (2nd ed). London: SAGE Publication, Ltd.

- Larsen, P.D & Lubkin, I.M. (2009). *Chronic illness: Impact and intervention* (7th ed). Canada: Jones and Bartlett Publishers, LCC.
- Le Poire, B. A. (2006). *Family communication: nurturing and control in a changing world*. California: Sage Publications, Inc.
- Leacock, E. (1978). Women's status in egalitarian society: Implications for social evolution. *Current Anthropology*, 19(2), 247-275.
- Leezer, K. N. (2007). *Dialectical tensions in stroke survivor relationships*. Dissertation: West Virginia University.
- Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., Mistry, J., & Weiner, I. B. (2003). *Handbook of psychology: developmental psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Liu, A. M. (2009). *The Effects of Perceived Immigrant Stress, Acculturation Strategies, and Conflict Resolution Styles on Marital Satisfaction of Chinese American Immigrants*. Dissertation: Fielding Graduate University.
- Liu, W. T & Kendig, H. (2000). Critical issues of caregiving: East-West dialogue. In Liu, W. T & Kendig, H. *Who should care for the elderly?: an East-West value divide* (pp.1-21). Singapore: Singapore University Press.
- Loboprabhu, S. M., Molinari, V. A., & Lomax, J. W. (2006). *Supporting the caregiver in dementia: a guide for health care professionals*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Loue, S & Sajatovic, M. (2008). *Encyclopedia of aging and public health*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Loue, S & Sajatovic, M. (2012). *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Loughlin, K., & Generali, J. (2006). *The guide to off-label prescription drugs: New uses for FDA-Approved prescription drugs*. New York: Free Press.
- Lubkin, I.M & Larsen, P.B. (2012). *Chronic illness: Impact and intervention* (8th ed). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Maduretno, P. (2004). *Gambaran penyesuaian diri istri yang suaminya terserang stroke*. Skripsi: Universitas Indonesia.

- Magai, C. (1996). *Handbook of emotion, adult development, and aging*. California: Academic Press.
- Mathews, M. (2002). *A study of factors contributing to marital satisfaction*. Thesis: University of Zululand.
- Matlin, M. W. (1987). *The psychology of women*. New York: Harcourt Brace and Company.
- Melillo, K. D., & Houde, S. C. (2011). *Geropsychiatric and mental health nursing (2nd ed)*. Canada: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Messeccar, D. C. (2008). *Family caregiving nursing standard of practice protocol: Family caregiving*. Mei 14, 2012.
- Mirfardi, A., Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Relationships Between Background Factors and Female Marital Satisfaction. *Journal of Social Sciences*, 6(3), 447-452.
- Morgan, L. & Kunkel, S. (2001). *Aging: the social context*. California: Pine Forge Press.
- Morokoff, P. J. & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 30(1), 43-53.
- Moss, P. & Dyck, I. (2002). *Women, body, illness: space and identity in the everyday lives of women with chronic illness*. Maryland: Rowman & Littlefield Publisher, Inc.
- Mulligan, S. (2010). *Confronting the challenge: poverty, gender, and HIV in South Africa*. Germany: International Academic Publisher.
- National Centre on Elder Abuse. (2002). *Preventing elder abuse by family caregiver*. Mei 14, 2012. http://www.ncea.aoa.gov/main_site/pdf/family/caregiver.pdf
- National Institute of Nursing Research. (2006). *Family Caregiving*. Mei 14, 2012. <http://www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/87C83B44-6FC6-4183-96FE-67E00623ACE0/4776/FamCare.pdf>
- Newman, B. M. & Newman, P. R. (2011). *Development through life: A psychosocial approach*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

- Newman, S. (1984). The psychological consequences of cerebrovascular accident and head injury. In R. Fitzpatrick et al. (Ed), *The experience of illness* (pp.196-199). London: Tavistock Publication, Ltd.
- Norzareen, M & Nobaya, A. (2010). Women of the Sandwich Generation in Malaysia. *European Journal of Social Sciences* 13(2): 171-178
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2001). *Abnormal psychology* (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Oncology Nursing Society*. (2008). *Caregiver Strain and Burden*. Mei 14, 2012. <http://www.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/caregiver/quickview.pdf>
- Orbuch, T. L., House, J. S., Mero, R. P., & Webster, P. S. (1996). Marital Quality Over the Life Course. *Social Psychology Quarterly* , 59(2), 162-171.
- Paul, R.H. (2005). *Vascular dementia: cerebrovascular mechanisms and clinical management*. New Jersey: Humana Press, Inc.
- Pinzon, R., & Asanti, L. (2010). *Awas stroke!: Pengertian, gejala, tindakan, perawatan dan pencegahan*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Ponzetti, J. J. (2003). *International encyclopedia of marriage and family* (2nd ed). USA: The Gale Group, Inc.
- Rahmani, A., Khoei, E. M., & Gholi, L. A. (2009). Sexual Satisfaction and its Relation to Marital Happiness in Iranians. *Iranian J Publ Health*, 38(4), 77-82.
- Reis, H. T., & Sprecher, S.. (2009). *Encyclopedia of Human Relationships* (Vol 1). California: SAGE Publication, Inc.
- Reyzelman, M., Aoukar, P., Freeman, A., & Karamanoukian, H. (2004). *Doctor, tell me about high blood pressure & stroke*. - : Magalhaes Sientific Press.
- Roach, A.J., Frazier, L.P & Bowden, S. R. (1981). The Marital Satisfaction Scale: Development of Measure for Intervention Research. *Journal of Marriage and Family*. 43 (3), 537-546.
- Rombough, R. E., Howse, E. L., & Bartfay, W. J. (2006). Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabilitation Nursing*, 31(5), 199- 209.

- Santrock, J. W. (2006). *Life-span development* (10th ed). New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interaction* (4th ed). Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons. Inc
- Schulz, R & Quittner, A.R. (1998). Caregiving for children and adults with chronic conditions: Introduction to the special issue. *Health Psychology*, 17(2),107-111.
- Schulz, R. (Ed.). (2000). *Handbook on dementia caregiving: evidence-based intervention for family caregivers*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Schwartz, S. H. (2008). *Cultural value orientations: Nature & implications of national differences*. The Hebrew University of Jerusalem.
- Seltzer, M. M., & Li, L. W. (2000). The dynamics of caregiving: Transitions during a three-Year prospective study. *Gerontologist*, 40(2), 165-178.
- Skarnulis, L. (2012). *Chronic illness and the holidays*. Mei 14, 2012. <http://www.webmd.com/balance/features/chronic-illness-holidays>
- Stephens, S. (2004). *The effect of family caregiving on marital satisfaction*. Thesis: California State University.
- Suitor, J. J. & Pilmer, K. (1994). Family caregiving and marital satisfaction: Findings from a 1-year panel study of women caring for parents with dementia. *Journal of Marriage and Family*, 56(3), 681.
- Sullivan, M. T. (2007). The Modified Caregiver Strain Index. *American Journal of Nursing* 108(9), 65-69.
- Sutrisno, A. (2007). *Stroke??? sebaiknya anda tahu sebelum anda terserang*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Swanson, P.C.W., Schindler, N & Tran, T.T. (2009). *Introduction to Financial Caregiving and Glossary*. Mei 14, 2012. <http://anrcatalog.ucdavis.edu/pdf/8379.pdf>
- Szinovac, M.E & Davey, A. (2008). *Caregiving context: Cultural, familial and societal implication*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology* (6th ed). Singapore: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Teasell, R., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Jutai, J., & Speechley, M. (2011, September). Evidence-based review of stroke rehabilitation. Executive Summary (14th edition). Mei14, 2012. <http://www.ebrsr.com/uploads/Executive-summary-SREBR-14.pdf>
- Thompson, L. (2004, March). *Long-term care: Support for family caregivers*. Mei 14, 2012. <http://ltc.georgetown.edu/pdfs/caregivers.pdf>
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the Reliability of the Modified Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontologist: Special Sciences*. 58 (2), 127-132.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C.A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574 – 583.
- U.S Department of Health and Human Service. (2003, September). *Prevention makes common “cents”*. Mei 14, 2012. <http://aspe.hhs.gov/health/prevention/>
- U.S Department on Education. (1988, August). *Exploding the myths: caregiving in America*. Mei 14, 2012. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED300718.pdf>
- U.S Department on Health and Human Services. (2010). *Premarital and marriage education*. Mei 14, 2012.
- Van den Heuvel, E. TP., De Witte, L. P., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15, 669–677.
- Van den Tweel, X. W., Hatzmann, J., Ensink, E., Van der Lee, J. H., Peters, M., Eijnvandraat, K., & Grootenhuis, M. (2008). Quality of life female caregivers of children with sickle cell disease: A survey. *Haematologica* 93 (4), 588 – 593. doi: 10.3324/haematol.11610
- Van Hasselt, V. B., Morrison, R. L., Bellack, A. S & Hersen, M. (1988). *Handbook of family violence*. New York: Plenum Press.

- Venkatasubramanian, N. (1998). The epidemiology of stroke in ASEAN country- A review. *Neurol J Sutteast Asia*, 3, 9-4.
- Wahyu, G. G. (2009). *Stroke hanya menyerang orang tua?*. Yogyakarta: Bentang Pustaka.
- Walker, A. J. (2001). *Families in later life: connections and transitions*. California: Pine Forge Press.
- Waluyo, S. (2009). *100 questions & answers : Stroke*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Ward, R. A. (1998). Sandwiched marriages: The implications of child and parent relations for marital quality in midlife. *Social Forces* 77(2), 647-666.
- Warlow, C. P., Van Gijn, J., Dennis, M. S., Wardlaw, J., Bamford, J., Hankey, G., ... Rothwell, P. (2008). *Stroke: Practical Management*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Whiteman, S. D., Mchale, S. M., & Crouter, A. C. (2007). Longitudinal changes in marital relationships: The role of offspring's pubertal development. *Journal of Marriage and Family*, 69(4), 1005–1020.
- Wilson, V. (1990). The Consequences of elderly Wives: Caring for Disabled Husband: Implication for Practice. *Social Work* 35(5), 417-421.
- World Health Organization. (2012). *Stroke, cerebrovascular accident*. Mei 14, 2012. http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Wright, D. L. (2002). The impact of caregiving on wives' marital satisfaction. Thesis: University of Winconsin-Madison.
- Yayasan Stroke Indonesia. (2012). *Indonesia Tempati Urutan Pertama di Dunia dalam Jumlah Terbanyak Penderita Stroke*. Mei 14, 2012. <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=341>.
- Yee, J. L. & Schulz, R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist*, 40(2), 147-64.

LAMPIRAN

A. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *Caregiver Strain*

A.1 Reliabilitas

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.843	.841	13

A.2 Validitas

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	7.5313	24.322	.115	.327	.854
Item2	7.5938	21.733	.440	.516	.837
Item3	7.7813	20.886	.587	.514	.826
Item4	7.7813	21.080	.664	.680	.821
Item5	7.6563	21.394	.568	.603	.827
Item6	7.6563	21.394	.520	.631	.831
Item7	7.5000	21.419	.523	.576	.831
Item8	7.6563	21.459	.557	.520	.828
Item9	7.8750	21.790	.597	.595	.827
Item10	7.9375	22.770	.363	.480	.841
Item11	7.4375	20.770	.572	.419	.827
Item12	7.4688	21.612	.506	.532	.832
Item13	7.8750	22.758	.404	.455	.838

B. Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

B.1 Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.949	.953	48

B.2 Validitas

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	144.5313	249.612	.593	.	.948
Item2	144.5938	255.926	.090	.	.951
Item3	144.9375	244.319	.627	.	.947
Item4	144.4063	243.152	.696	.	.947
Item5	144.4063	247.217	.596	.	.948
Item6	144.7813	246.305	.466	.	.949
Item7	144.7500	250.000	.372	.	.949
Item8	144.6250	243.145	.756	.	.947
Item9	144.5938	257.217	.048	.	.951
Item10	144.6250	247.145	.475	.	.948
Item11	144.8750	244.500	.701	.	.947
Item12	144.7188	247.176	.625	.	.948
Item13	144.5625	243.738	.741	.	.947
Item14	144.3438	247.781	.607	.	.948
Item15	144.7188	241.628	.739	.	.947
Item16	144.8125	262.996	-.228	.	.952
Item17	144.5625	249.802	.426	.	.949
Item18	144.6563	245.007	.631	.	.947
Item19	144.7813	246.564	.554	.	.948
Item20	144.5938	249.152	.527	.	.948
Item21	144.5938	255.862	.141	.	.950
Item22	144.8438	251.684	.312	.	.949

Item23	145.2188	244.112	.459	.	.949
Item24	144.4375	246.512	.724	.	.947
Item25	144.4688	248.515	.549	.	.948
Item26	144.6563	248.168	.645	.	.948
Item27	144.5938	248.507	.564	.	.948
Item28	144.5625	252.448	.518	.	.948
Item29	144.7188	245.499	.497	.	.948
Item30	144.6875	250.996	.592	.	.948
Item31	144.8125	251.964	.309	.	.949
Item32	144.5313	251.160	.425	.	.949
Item33	144.6875	242.673	.716	.	.947
Item34	144.5625	251.673	.411	.	.949
Item35	144.5000	252.387	.457	.	.948
Item36	144.9063	251.894	.286	.	.950
Item37	144.5000	252.323	.391	.	.949
Item38	144.6875	246.028	.658	.	.947
Item39	144.6250	247.597	.740	.	.947
Item40	144.6563	243.072	.788	.	.947
Item41	144.4688	243.870	.741	.	.947
Item42	144.9063	247.055	.604	.	.948
Item43	144.4688	246.322	.674	.	.947
Item44	144.6250	243.597	.802	.	.947
Item45	144.6563	248.878	.531	.	.948
Item46	144.5625	245.544	.796	.	.947
Item47	144.5625	252.706	.348	.	.949
Item48	144.4063	243.217	.748	.	.947