



ANALISA FAKTOR KEJADIAN *CAREGIVER BURDEN* PADA KELUARGA DENGAN PENYAKIT KRONIS

Lintang Puspita Prabarini¹, Bima Aminul Karim¹, Sekarini¹

¹Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kepanjen
Malang, Jawa Timur

e-mail: lintangpuspitaprabarini@gmail.com, bimaaminulkarim@gmail.com,
sekarini.stikeskpj@gmail.com

Abstrak

Penyakit kronis merupakan kondisi yang berlangsung dalam jangka waktu panjang, yang tidak hanya berdampak pada pasien, tapi juga keluarga sebagai pengasuh informal. Permasalahan yang dihadapi keluarga yang menderita penyakit kronis merupakan permasalahan yang kompleks dan memicu terjadinya *caregiver burden*. penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor terjadinya *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis proses pendekatan dari *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) dan *Family Health Assessment* (FHA). Studi *cross-sectional* dilakukan sejak bulan November 2023 sampai Januari 2024 di wilayah Kabupaten Malang, pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Sebanyak 20 responden berpartisipasi dalam penelitian ini. Kejadian *caregiver burden* diukur dengan menggunakan adaptasi instrumen *Burden Scale for Family Caregivers*. Analisa model diuji dengan menggunakan SEM-PLS. Mayoritas responden pada penelitian ini berjenis kelamin perempuan (73,3%), dan berada pada rentang usia 26-30 (36,7%), dengan tingkat *caregiver burden* pada kategori sedang. Hasil analisa didapatkan data, terdapat hubungan signifikan yang negatif antara faktor kontekstual dan indikator-indikatornya dengan kejadian *caregiver burden* ($T\ statistic=2,211$, $p\ value=0,028$). Hubungan positif dan signifikan didapatkan dari analisa antara faktor fungsional ($T\ statistic=2,751$, $p\ value<0,01$), dan struktural ($T\ statistic=2,449$, $p\ value<0,05$) dengan kejadian *caregiver burden*. Temuan ini menunjukkan bahwa penyakit kronis tidak hanya berdampak pada pasien, namun juga memicu berbagai faktor kompleks yang berpengaruh pada kejadian *caregiver burden* pada keluarga sebagai pengasuh informal.

Kata kunci: *caregiver burden*, penyakit kronis, pengasuh keluarga

Abstract

Chronic illness is a long-term condition that affects not only patients but also their families, who often serve as informal caregivers. Families caring for individuals with chronic illness frequently encounter complex challenges that contribute to caregiver burden. This study aimed to analyze the factors associated with caregiver

**Penulis
korespondensi:**
Lintang Puspita
Prabarini

Fakultas Ilmu
Kesehatan,
Universitas
Kepanjen

Email:
lintangpuspitaprab
arini@gmail.com

burden among families of individuals with chronic illness using the Calgary Family Assessment Model (CFAM) and Family Health Assessment (FHA) approaches A cross-sectional study was conducted from November 2023 to January 2024 in Malang Regency, using accidental sampling. 120 respondents participated in the study. Caregiver burden was measured using an adapted version of the Burden Scale for Family Caregivers. Structural equation modeling–partial least squares (SEM-PLS) was employed to analyze the data. The majority of respondents were female (73,3%) and aged 26–33 years (36,7%), with most experiencing a moderate level of caregiver burden. The results revealed a significant negative relationship between contextual factors and caregiver burden (T -statistic = 3,854, $p < 0,01$). In contrast, functional factors (T -statistic = 2.751, $p < 0.01$) and structural factors (T -statistic = 3,078, $p < 0,01$) were positively and significantly associated with caregiver burden. These findings indicate that chronic illness affects not only patients but also family caregivers, with various contextual, functional, and structural factors contributing to the development of caregiver burden. Understanding these factors is essential for developing family-centered interventions aimed at reducing caregiver burden and improving family well-being.

Keywords : caregiver burden, chronic illness, family caregivers

PENDAHULUAN

Penyakit kronis yang tidak menular merupakan penyebab utama kematian yang terjadi secara global, dan menjadi tantangan terbesar di abad 21. Penyakit tidak menular menjadi penyumbang 71% dari 57 juta kematian global. Persentasenya dipicu oleh penyakit jantung 31%, kanker 16%, penyakit pernapasan kronis 7%. Penyebab paling sering yang memicu kejadian penyakit tidak menular adalah kebiasaan yang tidak sehat, seperti konsumsi alkohol, merokok, konsumsi garam dalam jumlah berlebih, dan kurangnya aktivitas fisik dan latihan⁽¹⁾. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2024 menunjukkan bahwa penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyebab utama masalah kesehatan pada kelompok usia ≥ 15 tahun dengan proporsi sekitar 53,5% dari total kejadian penyakit. Selain itu, terjadi peningkatan prevalensi sejumlah Penyakit Tidak Menular (PTM), antara lain kanker yang meningkat dari 1,4% menjadi 1,8%, stroke dari 7% menjadi 10,9%, dan penyakit ginjal kronik dari 2% menjadi 3,8%, yang mengindikasikan semakin besarnya beban penyakit kronis di Indonesia^(2–4).

Penelitian sebelumnya menunjukkan memiliki satu atau lebih penyakit kronis tidak hanya mempengaruhi keadaan fisik seorang individu tetapi juga konteks lain dalam kehidupan mereka, seperti emosional dan sosial⁽⁵⁾. Kebanyakan

permasalahan kesehatan akan memicu gangguan pada kualitas hidup pasien. Proses perawatan penyakit kronis sebagian dilakukan dilingkungan rumah dan keluarga memiliki peran dan pengaruh terhadap perilaku dan tindakan dari pasien dengan penyakit kronis⁽⁶⁾. Dampak sosial dari penyakit kronis dapat terlihat melalui menurunnya produktivitas individu, terganggunya pelaksanaan peran dalam keluarga, serta munculnya stigma dari lingkungan sekitar. Selain itu, aspek spiritual juga sering terdampak akibat perasaan kehilangan makna hidup dan ketidakpastian terkait kondisi kesehatan maupun kemungkinan kematian. Kompleksitas berbagai permasalahan tersebut menunjukkan bahwa penyakit kronis tidak hanya merupakan persoalan medis, tetapi juga masalah multidimensional yang memerlukan penanganan secara komprehensif dan holistik⁽⁷⁾. Selain itu anggota keluarga juga biasanya menjadi penyedia utama perawatan kesehatan bagi keluarga mereka.

Anggota keluarga satu sama lainnya akan mempengaruhi kesejahteraan, pencegahan, perawatan penyakit, pemeliharaan terkait penyakit kronis serta pada masa rehabilitasi⁽⁸⁾. Kejadian penyakit kronis di seluruh dunia, sebagian besar anggota keluarga atau orang yang memberikan bantuan dan dukungan yang substansial dan berkelanjutan pada anggota keluarga yang menderita penyakit kronis akan memberikan beban dan dampak buruk, termasuk morbiditas fisik dan psikologis yang signifikan secara klinis, dan tantangan keuangan serta sosial⁽⁹⁾.

Pasien dengan penyakit kronis dengan beban gejala tinggi, tidak hanya mempengaruhi pasien, tetapi juga seluruh keluarga. Keluarga dengan penyakit kronis sering terlibat dalam kehidupan dan perawatan untuk mempertahankan kehidupan yang normal. Memberikan perawatan memengaruhi keluarga dalam berbagai aspek. Misalnya waktu yang terbatas untuk kepentingan pribadi, efek negatif pada kehidupan sosial, penurunan kualitas hidup dan pengalaman tekanan psikologis adalah beberapa konsekuensi yang dirasakan oleh pasangan dengan kondisi penyakit kronis⁽¹⁰⁾. Merawat pasien dengan kondisi kronis dalam jangka waktu yang panjang dapat membuat anggota keluarga kewalahan dan kelelahan secara fisik, yang dapat berpengaruh pada kondisi emosional⁽¹¹⁾. Kondisi kelelahan baik secara fisik maupun psikologis akibat tekanan atau beban yang ditanggung

seseorang yang merawat keluarga dengan kondisi kronis dikenal sebagai *care giver burden* atau beban pengasuhan⁽¹²⁾.

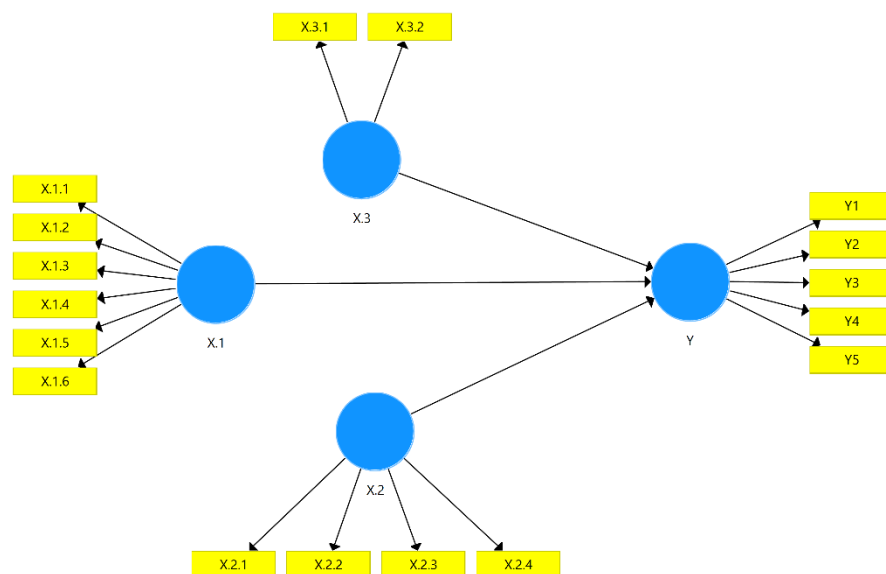
Banyak penelitian yang ada mengenai keluarga dengan penyakit kronis yang hanya berfokus pada individu yang melakukan perawatan secara langsung pada pasien dan seringkali mengabaikan mereka yang mungkin tidak mengidentifikasi diri mereka sebagai perawat atau pengasuh pasien, namun hidup atau menghabiskan waktu bersama pasien dan mungkin juga terkena dampaknya. Jenis dampak pada setiap anggota keluarga yang memiliki penyakit kronis akan sama. Artinya tidak ada perbedaan dampak oleh jenis penyakit kronis tertentu terhadap keluarga. Area yang mungkin terkena dampak yaitu efek emosional, aspek keuangan, kehidupan sosial, komitmen dalam waktu, hubungan pribadi, dan kegiatan anggota keluarga lainnya⁽¹³⁾.

Permasalahan yang dihadapi keluarga yang menderita penyakit kronis merupakan permasalahan yang kompleks. Keluarga dihadapkan pada peristiwa yang tiba-tiba terjadi dan mengganggu struktur serta fungsi keluarga, dan terjadi perubahan peran yang tidak hanya memberikan dampak pada pasangan namun juga pada anak. Perubahan struktur dan fungsional yang dialami keluarga dengan penyakit kronis perlu dieksplorasi secara mendalam dengan penelitian fenomenologi yang bertujuan untuk mendapatkan makna proses adaptasi dari sudut pandang anak serta pasangan dalam menghadapi permasalahan tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis berbagai faktor yang menjadi penyebab terjadinya *care giver burden* pada keluarga selama menjalankan proses perawatan pada anggotanya yang menderita penyakit kronis. Pengambilan data pada penelitian ini menggunakan proses pendekatan dari *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) dan *Family Health Assessment* (FHA).

METODE

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* deskriptif analitik. Populasi target pada penelitian ini adalah keluarga dengan anggota yang menderita penyakit kronis di wilayah Kabupaten Malang, Jawa Timur. Teknik pengambilan sampel menggunakan pendekatan

purposive sampling dengan kriteria: 1) berusia >18 tahun; 2) memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis dalam rentang waktu >6 bulan; 3) responden merupakan anggota keluarga yang menjadi *care giver* utama dalam proses perawatan. Pengambilan data dilakukan sebanyak satu kali dalam rentang waktu November 2023 hingga Januari 2024 dengan menyebarkan link Google Form yang berisi kuesioner melalui aplikasi media sosial.



Gambar 1. Analisa Model Struktural

X.1.1 (tugas perkembangan keluarga); X.1.2 (Dukungan sosial); X.1.3(Budaya dan etnisitas); X.1.4 (Faktor lingkungan); X.1.5 (Kelas sosial); X.2.1 (Stresor); X.2.2 (Kemampuan koping); X.2.3 (Peran dan tanggung jawab); X.2.4 (Pola komunikasi); X.3.1 (Karakteristik penyakit); X.3.2 (Rutinitas); Y1(Kepuasan hidup); Y2(Pemenuhan kebutuhan dasar); Y3 (Hubungan); Y4(Proses perawatan)

Pada penelitian ini kami melakukan pengembangan model dengan mengadaptasi model teori *Calgary famil assessment model* (CFAM) yang dikembangkan oleh Wright dan Leahey (2009) dan *Family health assessment* (FHA) yang dikembangkan oleh Denham, yang ditunjukkan pada gambar 1. Pengembangan model ini digunakan untuk mengukur faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis. Terdapat 3 faktor yang diadaptasi menjadi variabel penelitian yaitu konsep kontekstual dan perkembangan (X1) dari CFAM dan FHA. Variabel yang kedua adalah konsep fungsional (X2), variabel independen yang terakhir adalah konsep

struktural (X3), sehingga terdapat tiga hipotesis yang diuji, yaitu: 1) terdapat hubungan antara faktor kontekstual (X1) dengan kejadian *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis; 2) terdapat hubungan antara faktor fungsional (X2) dengan kejadian *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis; 3) terdapat hubungan antara faktor struktural (X3) dengan kejadian *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis. Analisa data untuk menguji ketiga hipotesis dilakukan dengan menggunakan aplikasi SPSS versi 25 untuk melakukan analisis deskriptif dan analisis data multivariat menggunakan teknik *Partial Least Square* atau *Project onto Latent Structure* (SEM-PLS).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Malang, pada bulan November 2023 sampai dengan Januari 2024, dengan menyebarkan link Google Form yang berisi kuesioner melalui aplikasi media sosial. Sebanyak 120 responden berpartisipasi pada penelitian ini. Tabel 1 menunjukkan analisa deskriptif karakteristik responden pada penelitian ini.

Tabel 1. Karakteristik Demografi

Karakteristik Responden	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	32	26,7
	Perempuan	88	73,3
Usia (tahun)	21-25 tahun	38	31,7
	26-30 tahun	44	36,7
	31-35 tahun	24	20,0
	>35 tahun	14	11,6
Pendidikan terakhir	SMA	24	20,0
	Diploma/S1	64	53,3
	Pascasarjana	32	26,7
Jenis Keluarga	<i>Nuclear family</i>	86	71,7
	<i>Extended family</i>	34	28,3
Hubungan dengan pasien	Istri/suami	20	16,7
	Anak	46	38,3
	Saudara	28	23,3
	Anggota keluarga lain	26	21,7
Pekerjaan	Tidak bekerja	12	10,0
	Wiraswasta	68	55,0
	Swasta	22	18,3
	PNS	20	16,7

Karakteristik Responden	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jangka waktu sakit	6 bulan-1 tahun	54	45,0
	>1 tahun	66	55,0
Layanan kesehatan	Puskesmas	54	45,0
	Rumah Sakit	66	55,0
Pendapatan/bulan	<500ribu	16	13,3
	500ribu-1juta	52	43,3
	1juta-2juta	32	26,7
	>2 juta	20	18,7
Kepemilikan asuransi kesehatan	BPJS	64	53,3
	Tidak memiliki asuransi	54	46,7

Hasil analisis karakteristik demografi responden didapatkan data bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (73,3%) dengan rentang usia 26-30 tahun (36,7%). Sebanyak 88 responden berjenis kelamin perempuan rentang usia 26-30 tahun (36,7%). Mayoritas pengasuh keluarga adalah perempuan dan secara historis peran pengasuhan mereka dipandang sebagai perpanjangan dari peran mereka sebagai istri atau ibu⁽¹⁴⁾. Sebanyak 86 responden mengungkapkan tinggal dalam keluarga inti atau *nuclear family* selama proses merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis, dengan rentang waktu sakit lebih dari 1 tahun (55,0%). Pada proses perawatan mayoritas keluarga dengan penyakit kronis dibawa ke rumah sakit (55,0%) dengan kepemilikan asuransi kesehatan berupa BPJS sebesar 53,3%. Kepemilikan BPJS sebagai asuransi kesehatan dapat membantu proses penanganan penyakit kronis, yang berkaitan dengan kendala biaya. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa kurangnya asuransi, dikaitkan dengan akses terbatas ke perawatan, akses kesehatan yang tidak terpenuhi, kesulitan mengakses obat-obatan, dan pengabaian perawatan yang pada akhirnya menyebabkan hasil kesehatan yang buruk⁽¹⁵⁾.

Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah di tingkatan perguruan tinggi (n=32). Tingkat pendidikan berhubungan langsung dengan status sosial ekonomi dan juga kepatuhan terhadap proses pengobatan, keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat membantu proses perawatan pasien⁽¹⁶⁾. Pada penelitian ini diketahui bahwa 55,0% responden memiliki anggota keluarga dengan jangka waktu sakit >1 tahun. Istilah penyakit kronis menggambarkan perjalanan penyakit yang berlangsung lebih dari 3 bulan⁽¹⁷⁾. Penyakit kronis umumnya

dikategorikan sebagai penyakit yang berlangsung dalam durasi yang lama, dan berkembang secara perlahan⁽¹⁸⁾.

Tabel 2 Disitribusi Frekuensi Variabel *Calgary Family Assessment Model*

Variabel	Frekuensi (%)			Mean±SD
	Rendah	Sedang	Tinggi	
<i>Kontekstual</i>				
Tugas Perkembangan	39(32,5%)	51(42,55%)	30(25,0%)	1,39±0,75
Dukungan Sosial	38(31,7%)	71(59,2%)	30(25,0%)	1,94±0,76
Budaya	19(15,8%)	71(59,2%)	30(25,0%)	2,09±0,63
Faktor Lingkungan	26(21,7%)	63(52,5%)	31(25,8%)	2,04±0,69
Kelas Sosial	14(11,7%)	72(60,0%)	34(28,3%)	2,17±0,61
Agama dan Spiritual	16(13,3%)	75(62,5%)	29(24,2%)	2,11±0,60
<i>Fungsional</i>				
Stresor	27(22,5%)	55(45,8%)	38(31,7%)	2,09±0,73
Kemampuan Koping	14(11,7%)	62(51,7%)	44(36,7%)	2,25±0,65
Peran dan Tanggung jawab keluarga	19(15,8%)	61(50,8%)	40(33,3%)	2,18±0,68
Pola Komunikasi	10(8,3%)	50(41,7%)	60(50,0%)	2,42±0,64
<i>Struktural</i>				
Karakteristik Penyakit	6(5,0%)	68(56,7%)	46(38,3%)	2,33±0,57
Pola dan Rutinitas	12(10,0%)	54(45,0%)	54(45,0%)	2,35±0,65
<i>Care giver burden</i>				
Kepuasan Hidup	33(27,3%)	64(52,9%)	23(19%)	1,92±0,68
Pemenuhan kebutuhan dasar	14(11,6%)	67(55,4%)	39(32,2%)	2,21±0,63
Kecemasan	18(14,9%)	69(57%)	34(28,1%)	2,13±0,64
Hubungan	14(11,6%)	43(35,5%)	63(52,1%)	2,41±0,,69
Proses Perawatan	17(14%)	45(37,2%)	58(47,9%)	2,34±0,71

Tabel 2 menyajikan distribusi frekuensi variabel dengan masing-masing indikatornya. Pada variabel kontekstual semua indikator, baik tugas perkembangan keluarga, dukungan sosial, budaya, faktor lingkungan, dan agama dan spiritual, memiliki kategori sedang. Ketika keluarga mengalami penyakit kronis, biasanya tugas-tugas perkembangan keluarga normal akan mengalami pergeseran fokus ke arah manajemen penyakit kronis. Keluarga perlu melakukan integrasi manajemen

penyakit kronis dalam keseharian mereka tanpa membiarkan kondisi tersebut menguasai seluruh anggota keluarga⁽¹⁹⁾. Etnis dan kelas sosial sangat membentuk bagaimana keluarga memandang, mengatasi, dan mengelola penyakit kronis. Kepercayaan budaya menentukan siapa yang memberikan perawatan dan bagaimana keputusan dibuat, sementara faktor sosioekonomi menentukan akses ke sumber daya medis ^(14,20).

Variabel fungsional menggambarkan bagaimana keluarga menghadapi stresor, kemampuan koping yang dimiliki keluarga, peran dan tanggung jawab keluarga serta pola komunikasi selama menghadapi penyakit kronis. Hasil analisis frekuensi diketahui bahwa 3 indikator memiliki kategori sedang, sedangkan pada pola komunikasi memiliki kategori tinggi (50%). Penyakit kronis yang diderita pasien membutuhkan peran dan tanggung jawab keluarga dalam perawatan rutin dan jangka panjang⁽²⁰⁾. Kondisi ini cenderung meningkatkan stresor pada pengasuh keluarga karena beban kumulatif tanggung jawab, ketidakpastian mengenai prognosis, dampak finansial, dan perasaan bersalah⁽²¹⁾. Strategi koping memainkan peran penting dalam melindungi *caregiver* dari stres psikologis, dan beban emosional selama proses penyakit kronis. Beberapa penelitian secara konsisten menemukan bahwa penggunaan mekanisme koping yang adaptif seperti penerimaan yang positif, efektif mengurangi stres⁽²²⁾.

Variabel struktural pada penelitian ini digambarkan dengan karakteristik penyakit dan pola rutinitas. Karakteristik penyakit berada pada kategori sedang (56,7%). Indikator ini menggambarkan terkait seberapa besar ketergantungan pasien terhadap bantuan keluarga sebagai pengasuh dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, akibat penyakit kronis. Pasien dengan penyakit kronis umumnya mengalami peningkatan ketergantungan pada anggota keluarga sebagai pengasuh seiring perkembangan keterbatasan fisik, kognitif, dan fungsional ⁽¹⁸⁾. Kondisi ini berkaitan dengan perubahan rutinitas dari keluarga, selama proses perawatan. Proses perubahan rutinitas tidak hanya dialami oleh pengasuh pasien, tapi seluruh anggota keluarga. Penelitian sebelumnya diketahui bahwa seluruh anggota keluarga perlu menyesuaikan diri dengan perubahan rutinitas keluarga yang biasa, dan mungkin juga memiliki tanggung jawab baru⁽¹⁹⁾.

Gambaran hasil analisa *caregiver burden* pada responden, berada pada rentang sedang hingga tinggi, pada kelima indikator. *Caregiver burden*, didefinisikan sebagai pengalaman subjektif dari tuntutan pengasuhan⁽²³⁾. Pada kondisi penyakit kronis, anggota keluarga merupakan kunci dalam pemberian perawatan jangka panjang bagi pasien⁽¹²⁾. Banyak penelitian mencatat bahwa pengasuh keluarga mengalami beban yang signifikan dalam memberikan perawatan pada pasien dengan penyakit tertentu⁽²⁴⁾. Pada penelitian ini *caregiver burden* diklasifikasikan menjadi beberapa indikator, yaitu kepuasan hidup responden, selama menjalani proses perawatan pada keluarga dengan penyakit kronis, pemenuhan kebutuhan dasar pengasuh keluarga, kecemasan yang dirasakan, gambaran hubungan responden dengan orang lain selama penyakit kronis, dan proses perawatan.

Para pengasuh keluarga menghadapi risiko penurunan kepuasan hidup karena tuntutan emosional, fisik, dan finansial kronis dalam memberikan perawatan tanpa bayaran⁽²⁵⁾. Pada penelitian lain dikemukakan bahwa tingkat aktivitas pengasuhan yang tinggi pada pasien, membuat keluarga sebagai pengasuh tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri, seperti istirahat, waktu untuk berolahraga, bahkan tidak sempat merawat kemungkinan kondisi penyakitnya sendiri⁽²⁶⁾. Merawat pasien dengan penyakit kronis berdampak signifikan pada fungsi sosial pengasuh, kondisi ini seringkali menyebabkan isolasi sosial, ketegangan dalam hubungan, dan berkurangnya partisipasi dalam komunitas⁽²⁷⁾. Selama proses pengasuhan, kecemasan dan depresi dapat berkembang, memicu kekhawatiran yang terus-menerus, perubahan suasana hati, dan ketakutan yang terus-menerus, yang meningkatkan ketegangan dan menurunkan kualitas hidup pengasuh⁽²⁸⁾.

Pengujian hipotesis dilakukan dengan melakukan analisis dari hasil olah data *path coefficient* pada evaluasi model struktural. *Output path coefficient* berupa nilai *original sample* dan nilai uji t dibandingkan dengan batasan statistik yang telah ditentukan, yaitu t tabel dan nilai *p value*. Untuk menentukan ambang batas nilai t kritis atau t tabel pada uji signifikan dilihat dari nilai signifikansi *p value*. Jika nilai signifikansi 5% (*p value* <0,05), maka nilai t tabel adalah 1,96. Nilai t tabel untuk

signifikansi 1% ($p\text{ value} < 0,01$) dan 10% ($p\text{ value} < 0,1$) masing-masing adalah 2,57 dan 1,65⁽²⁹⁾.

Pada penelitian ini nilai signifikansi $p\text{ value}$ yang digunakan adalah 0,05 sehingga nilai t tabel adalah 1,96. Apabila hasil olah data menunjukkan nilai yang memenuhi syarat tersebut, maka hipotesis yang diajukan pada penelitian ini diterima, begitu juga sebaliknya.

Tabel 3. Analisa Model Struktural

	Hipotesis	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics (O/STDEV)	P Values
H1	Faktor Kontekstual -> <i>Caregiver burden</i>	-0,255	0,298	0,115	2,211	0,028
H2	Faktor Fungsional - > <i>Caregiver burden</i>	0,287	0,261	0,101	2,751	0,002
H3	Faktor Struktural-> <i>Caregiver burden</i>	0,251	0,064	0,114	2,449	0,014

Dari hasil analisis diketahui bahwa seluruh variabel pada penelitian ini memiliki pengaruh signifikan pada tingkat *caregiver burden* keluarga dengan penyakit kronis. Pada variabel faktor kontekstual diketahui bahwa nilai *original sample* bersifat negatif. Artinya semakin tinggi faktor kontekstual maka semakin rendah tingkat *caregiver burden* keluarga ($T\text{ statistik}=2,211$, $p\text{ value}<0,05$). *Family caregiver* atau pengasuh keluarga pada pasien dengan penyakit kronis, terutama dengan kondisi paliatif memiliki beban fisik dan psikososial yang besar, karena meningkatnya tanggung jawab dan pengalaman menyaksikan orang yang mereka cintai meninggal dunia⁽³⁰⁾.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketiga faktor memiliki hubungan yang signifikan terhadap *caregiver burden* pada keluarga ($T\text{ statistik}>1,96$; $p\text{ value}<0,05$). Pada variabel kontekstual diketahui nilai OR negative, artinya semakin tinggi faktor kontekstual pada keluarga, maka semakin rendah tingkat *caregiver burden* keluarga, begitupun sebaliknya. Variabel kontekstual memuat 6 indikator

yaitu tugas perkembangan keluarga, dukungan sosial, budaya dan etnisitas, faktor lingkungan, kelas sosial, agama dan spiritual.

Dukungan sosial pada faktor kontekstual mengacu pada adanya rasa nyaman, perhatian, penghargaan atau tersedianya bantuan dari orang lain. Dukungan sosial dari masyarakat dan anggota keluarga lainnya diperlukan untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh keluarga sebagai *caregiver*. Hal ini ditunjukkan dalam penelitian lain dimana keluarga dengan pasien skizofrenia yang mendapatkan dukungan sosial yang baik memiliki tingkat beban yang lebih rendah⁽³¹⁾. Stres dan beban yang dialami dalam proses pengasuhan dapat diminimalkan melalui dukungan sosial yang memadai dari keluarga maupun lingkungan masyarakat⁽¹⁴⁾.

Selain dukungan sosial, status ekonomi dan juga spiritual menjadi indikator pada faktor kontekstual. Pada sebuah penelitian diketahui bahwa keluarga dengan anggota yang menderita demensia memiliki risiko tinggi mengalami beban kecemasan, depresi, dan penurunan kualitas hidup, risiko ini meningkat seiring dengan faktor sosial ekonomi dengan pendapatan yang rendah. Artinya semakin rendah pendapatan atau status sosial ekonomi, maka semakin tinggi pula *caregiver burden* pada keluarga⁽³²⁾. Dukungan sosial dan status sosial ekonomi berpengaruh pada kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien, dan juga status *caregiver burden* mereka⁽³³⁾. Spiritualitas yang tinggi juga diketahui meningkatkan resiliensi dan optimism pada pengasuh keluarga dalam menghadapi situasi yang sulit⁽³⁴⁾.

Hubungan dengan arah positif dan signifikan ditunjukkan oleh variabel fungsional (T Statistic=2,751), dan struktural (T Statistic=2,449), terhadap *caregiver burden* (p value<0,05). Faktor-faktor seperti karakteristik penyakit, intensitas dan durasi pengasuhan, kurangnya dukungan sosial, kesulitan keuangan, dan kurangnya sumber daya, yang memadai dapat memperburuk stres, menyebabkan pengasuh mengalami kelebihan beban^(35,36). Ketika pasien dengan penyakit kronis mengalami ketegantungan pada anggota keluarga yang berperan sebagai pengasuh untuk pemenuhan aktivitas sehari-hari, hal ini memicu *caregiver burden* yang berat⁽³⁷⁾.

Seiring dengan meningkatnya jumlah dan intensitas faktor pemicu stres (*stressor*), memicu peningkatan pada *caregiver burden*. Pada penelitian sebelumnya disampaikan terdapat dua faktor stress utama pada *family caregiver*. Faktor stress primer meliputi keterbatasan fungsional penerima perawatan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), masalah perilaku, dan gangguan kognitif, dengan ketergantungan fungsional, menunjukkan korelasi positif yang konsisten dengan *caregiver burden*. Faktor stress sekunder meliputi faktor psikologis pengasuh (depresi dan kecemasan) dan keadaan sosial ekonomi, dengan waktu pengasuhan, gejala depresi, dan kesulitan keuangan menunjukkan hubungan positif yang kuat dengan beban⁽³⁸⁾. Selain itu, persepsi pengasuh tentang kemampuan mereka untuk mengelola tuntutan pengasuhan, serta ada atau tidaknya strategi penanggulangan koping yang efektif pada variabel fungsional, memainkan peran penting dalam bagaimana stres bermanifestasi dan dikelola^(35,36). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat berbagai faktor yang saling berkaitan dalam memicu kejadian *caregiver burden* pada keluarga sebagai pengasuh informal pasien dengan penyakit kronis.

Hasil penelitian ini memberikan gambaran terkait pentingnya pengkajian komprehensif pada praktik keperawatan keluarga, terutama dengan penyakit kronis. Temuan beberapa faktor yang berhubungan dengan *caregiver burden* melalui pendekatan teori CFAM, menunjukkan bahwa pengkajian keperawatan tidak cukup hanya berfokus pada kondisi pasien, tetapi perlu mencakup seluruh sistem keluarga sebagai unit pelayanan. Hasil penelitian ini juga mendukung pengembangan pelayanan *family centered care*, di mana keluarga tidak hanya dipandang sebagai pendamping pasien, tetapi sebagai klien yang juga memerlukan pengkajian, edukasi, pendampingan, dan evaluasi secara berkelanjutan. Dengan demikian, intervensi keperawatan diharapkan tidak hanya meningkatkan kualitas hidup pasien, tetapi juga mempertahankan kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual keluarga sebagai *caregiver* utama.

SIMPULAN

Penelitian ini menganalisa faktor-aktor kejadian *caregiver burden* pada keluarga dengan penyakit kronis, dengan menggunakan pengembangan model yang diadaptasi dari *calgary family assessment model* dan *family health assessment*. Hasil analisa didapatkan data, terdapat hubungan signifikan yang negatif antara faktor kontekstual dan indikator-indikatornya dengan kejadian *caregiver burden*. Hubungan positif dan signifikan didapatkan dari analisa antara faktor fungsional, dan struktural dengan kejadian *caregiver burden*. Temuan ini menunjukkan bahwa penyakit kronis tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup pasien karena proses perawatan yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama, tapi juga pada keluarga yang berperan sebagai pengasuh informal dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien, dengan berbagai faktor kompleks yang dapat menjadi pemicu kejadian *caregiver burden*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih ditujukan kepada Universitas Kepanjen yang telah memberikan dukungan selama proses penelitian, serta seluruh responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

ETHICAL CLEARENCE

Penelitian ini telah memperoleh izin etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan nomor No.2299/UM25.8/KEPK/DL/2023.

DAFTAR RUJUKAN

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Kementerian Kesehatan RI. Survei Kesehatan Indonesia dalam Angka. Jakarta; 2023.
3. Suharsono, Suyanta, Sugiyarto A, Yulistanti Y, Handayani L. Jurnal Pengabdian Masyarakat. J Pengabdian Masy. 2025;2(6):530–41.
4. Waliyanti E, Amalia YD, Ummah MK, Ners P, Yogyakarta UM, Brawijaya J, et al. Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) di Posyandu Teratai 1 Padukuhan Kalirandu , Bangunjiwo. J

- SOLMA. 2025;14(3):4548–57.
5. Ambrosio L, Senosiain García JM, Riverol Fernández M, Anaut Bravo S, Díaz De Cerio Ayesa S, Ursúa Sesma ME, et al. Living with chronic illness in adults: A concept analysis. *J Clin Nurs*. 2015;24(17–18):2357–67.
 6. Whitehead L, Jacob E, Towell A, Abu-qamar, GDeD M, Cole-Heath A. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;27(1–2):22–30.
 7. Romadhonia HN, Romadhonia HN, Hudiyawati D, Keperawatan PS, Kesehatan FI, Surakarta M. Hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien penyakit kronis yang mendapatkan perawatan paliatif 1,2. *J Gema Keperawatan*. 2025;18(2):15–31.
 8. Kaakinen JR, Duff VG, Coehlo DP, Hanson SMH. *Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research*. 4th ed. Vol. 74, Public Health. Philadelphia: Davis Company; 2010.
 9. Sin J, Henderson C, Spain D, Cornelius V, Chen T, Gillard S. eHealth interventions for family carers of people with long term illness: A promising approach? *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2018;60(February):109–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.008>
 10. Eriksson E, Wejåker M, Danhard A, Nilsson A, Kristofferzon ML. Living with a spouse with chronic illness - The challenge of balancing demands and resources. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–9.
 11. Shah R, Ali FM, Finlay AY, Salek MS. Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal of the literature. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2021;19(1):1–35. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01819-4>
 12. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2020;7(4):438–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301216>
 13. Golics CJ, Khurshid M, Basra A, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: An experience from 26 specialties. *Int J Gen Med*. 2013;6:787–98.
 14. Prabarini LP, Galleryzki AR, Sekarini. Gambaran Sosial Ekonomi pada Keluarga dengan Penyakit Kronis. *J Keperawatan Muhammadiyah*. 2024;9(4):147–52.
 15. Huguet N, Hodes T, Liu S, Marino M, Schmidt TD, Voss RW, et al. Impact of Health Insurance Patterns on Chronic Health Conditions Among Older Patients. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(5):839–50.
 16. Buková A, Chovanová E, Küchelová Z, Junger J, Horbacz A, Majherová M, et al. Association between educational level and physical activity in chronic disease patients of Eastern Slovakia. *Healthc*. 2021;9(11):1–12.
 17. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Heal*. 2016;4(August):2–4.
 18. Yustisia N, Aprilatutini T, Utama TA, Masdar M. The Burden Experience of Family Caregiver of Older Adults with Chronic Illness. *Res Community Public Heal Nurs*. 2023;34(2):85–95.
 19. Knafl KA, Deatrick JA, Knafl GJ, Gallo AM, Grey M, Dixon J. Patterns of

- Family Management of Childhood Chronic Conditions and Their Relationship to Child and Family Functioning. *J Pediatr Nurs*. 2015;28(6):523–35.
20. Uddin IA, Siddiqui RM. Cultural Determinants of Chronic Disease Management : A Cross-Comparative Medical Review. *Healthcare*. 2026;14(640).
 21. Zonta JB, Cristiane A, Okido C, Lima BJ De, Martins BA, Looman WS, et al. Stress in Family Caregivers of Children with Chronic Health Conditions : A Case – Control Study. *Children*. 2024;11(1347):1–9.
 22. Khalid N, Sumari M, Sajali NS, Razali A, Kassim NM. Coping Strategies among Family Caregivers of Patients with Chronic Illness : A Qualitative Grounded Theory Study. *Indian J Palliat Care*. 2026;32(1):72–7.
 23. Cejalvo E, Marti-Vilar M, Merino-Soto C, Aguirre-Morales MT. Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors : A Systematic Review. *Healthcare*. 2021;9(1690):1–33.
 24. Gharavi Y, Stringer B, Hoogendoorn A, Boogaarts J, Raaij B Van. Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness : a pre-posttest design. *BMC Psychiatry*. 2018;18(84):1–8.
 25. Choi S, Hwang Y, Cho EY. Factors associated with life satisfaction among family caregivers of persons living with dementia. *Res Community Public Heal Nurs*. 2024;35(3):254–63.
 26. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: RG H, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
 27. Cormican O, Meskell P, Dowling M. Psychosocial vulnerability among carers of persons living with a chronic illness : A scoping review. *Int J Nurs Pract*. 2022;28(September 2021).
 28. Herrera OA, Carlos J, Requena M, Álvarez B, Daysi E, Jiménez LH, et al. Self-care in family caregivers of patients with chronic diseases in the community : Orem Theory. *Scholast Med Sci*. 2025;2(7):4–6.
 29. Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt M. *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Thousand Oaks. Second. Sage. London: SAGE Publications Inc.; 2017.
 30. Lee CW, Hwang IC, Ph D, Lee YJ, Ph D. Spiritual Well-Being and Care Burden among Families of Patients with Terminal Cancer : Is Emotional Distress a Crucial Thing ? *J Hosp Palliat Care*. 2025;28(3):115–9.
 31. Sustami D, Yusuf A, Fitryasari R, Efendi F, Aysha RF. Relationship between social support and family caregiver burden in schizophrenia patients. *J Pak Med Assoc*. 2023;73(2):S42–5.
 32. Velilla L, Acosta-Baena N, Allen I, Lopera F, Kramer J. Analysis of family stigma and socioeconomic factors impact among caregivers of patients with early- and late-onset Alzheimer’s disease and frontotemporal dementia. *Sci Rep* [Internet]. 2022;12(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16400-2>

33. Prabarini LP, Galleryzky AR. Analysis of Socioeconomic Factors with the Incidence of Caregiver Burden in Families with Chronic Diseases. 2024;8059(5):133–7.
34. Lalani N, Duggleby W, Olson J. Spirituality among family caregivers in palliative care: an integrative literature review. 2018;24(2).
35. Unson C, Njoku A, Bernard S, Agbalenyo M. Racial and Ethnic Disparities in Chronic Stress among Male Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6188).
36. Kyrill G, Fladeboe KM, Galtieri LR, Kevin K, Debra F, Compas B, et al. Stress and psychological adjustment in caregivers of children with cancer. *Heal Psycology*. 2021;40(5):295–304.
37. Maria T, Widagdo M, Manus WC, Maria T, Widagdo M, Gulo LI, et al. Caregivers of Elderly with Moderate to Total Dependence in Activities of Daily Living in Yogyakarta Indonesia : Correlation of Burden and Quality of Life Caregivers of Elderly with Moderate to Total Dependence in Activities of Daily Living in Yogyakarta I. *Makara J Heal Res*. 2022;26(3):172–8.
38. Li J, Alavi K, Abu A, Shaari H. Primary and Secondary Stressors Affecting Family Caregiver Burden for Disabled Older Adults : A Systematic Review. *Health Soc Care Community*. 2025;2025.