

Analisis Efek Keterlibatan Pasangan (*Spousal Support*) Terhadap Status Psikofisiologis Pasien Melalui Pendekatan Model Adaptasi Roy: *Multiple Case Study*

Mita Puspitasari¹, Valentina Lumbantobing², Kurniawan Yudianto³

^{1,2,3} Universitas Padjadjaran

Email Penulis Korespondensi: mitapsptasari@gmail.com

Abstrak

Pemulihan pasien seringkali terhambat oleh distres psikologis dan ketidakpatuhan akibat kurangnya dukungan. Pasangan merupakan pendukung utama yang krusial, tetapi pada praktiknya dukungan yang diberikan sangat heterogen, mulai dari ketiadaan dukungan hingga dukungan yang keliru. Berdasarkan Model Adaptasi Roy, keterlibatan pasangan bertindak sebagai stimulus kontekstual, yaitu faktor eksternal yang memengaruhi bagaimana pasien merespon penyakitnya. Studi ini bertujuan menganalisis efek keterlibatan pasangan terhadap status psikofisiologis pasien. Penelitian ini menggunakan metode *multiple case study* deskriptif analitik melibatkan tiga pasien perempuan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut pasca operasi ORIF, hipervolemia pada hipertensi, dan ketidakstabilan kadar glukosa pada pasien stroke dengan multi komorbid di dua rumah sakit berbeda dan dipilih secara *purposive sampling*. Data dikumpulkan selama 2-3 hari melalui observasi, data rekam medis, dan wawancara tidak terstruktur. Analisis data menggunakan *cross-case analysis* berdasarkan empat mode adaptasi Roy. Hasil analisis lintas kasus berdasarkan karakteristik aktivitas kerja pasangan menunjukkan bahwa variasi keterlibatan pasangan tersebut menghasilkan luaran klinis yang berbeda. Kehadiran pasangan secara langsung dan memiliki fleksibilitas waktu (kasus A) bertindak sebagai stimulus kontekstual positif yang mampu menurunkan skala nyeri dan memperbaiki kualitas tidur. Sebaliknya, tuntutan beban kerja pasangan dapat memicu munculnya dukungan salah arah (kasus B) atau memicu ketidakhadiran secara total hingga memperburuk kontrol metabolik pasien (kasus C). Keterlibatan pasangan tidak selalu linear terhadap respon adaptif pasien melainkan ditentukan oleh kualitas dan keselarasan dukungan dengan tujuan terapeutik. Perawat dapat memodifikasi dukungan keluarga melalui pendekatan *family-centered care* guna memfasilitasi proses adaptasi psikofisiologis pasien selama masa perawatan.

Kata kunci: Keterlibatan Pasangan, Model Adaptasi Roy, Respon Psikofisiologis

Abstract

Patient recovery is frequently hindered by psychological distress and non-adherence due to inadequate support systems. Spouses act as a crucial primary support system; however, in practice, the support provided is highly heterogeneous, ranging from an absolute absence of support to misguided assistance. Based on Roy's Adaptation Model, spousal involvement functions as a contextual stimulus—an external factor influencing how a patient responds to their illness. This study aims to analyze the effects of spousal involvement on patients' psychophysiological status. This descriptive-analytic multiple case study involved three female patients with nursing diagnoses of acute post-operative ORIF pain, hypervolemia in hypertension, and unstable blood glucose levels in a stroke patient with multiple comorbidities across two hospitals, selected via purposive sampling. Data were collected over 2–3 days through observation, medical records, and unstructured interviews, and subsequently analyzed using cross-case analysis based on Roy's four adaptation modes. Cross-case analysis based on the spouses' work activity characteristics demonstrated that variations in spousal involvement resulted in distinct clinical outcomes. Direct spousal presence combined with schedule flexibility (Case A) acted as a positive contextual stimulus capable of decreasing pain scales and improving sleep quality. Conversely, demanding spousal workloads triggered either misguided support (Case B) or total absence, which subsequently worsened the patient's metabolic control (Case C). Spousal involvement is non-linear regarding patients' adaptive responses; rather, it is determined by the quality and alignment of support with therapeutic goals. Through a family-centered care approach, nurses can modify family support to facilitate the patient's psychophysiological adaptation process during hospitalization.

Keywords: *Spousal Involvement, Roy's Adaptation Model, Psychophysiological Status, Contextual Stimulus.*

1. PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan di era modern menuntut pendekatan holistik yang memandang pasien bukan hanya dari aspek biologis saja, melainkan juga sebagai kesatuan sistem yang utuh meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual [1]. Perawatan holistik adalah perawatan menyeluruh yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, sosial, spiritual, emosional, dan ekonomi, responnya terhadap penyakit, serta dampak penyakit tersebut terhadap kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri [2]. Pendekatan komprehensif tersebut sangat dibutuhkan, mengingat penyakit membawa dampak yang signifikan bagi tubuh dan psikologis individu [3].

Ketika individu mengalami kondisi sakit, baik yang bersifat akut akibat trauma pembedahan maupun kronis dengan komorbiditas kompleks, mereka akan dihadapkan pada berbagai stresor yang mengancam keseimbangan sistem tubuh [4]. Untuk mempertahankan keseimbangan tersebut, individu memerlukan kemampuan beradaptasi terhadap setiap perubahan yang terjadi. Model Adaptasi Roy memandang manusia sebagai sistem adaptif holistik yang merespon rangsangan lingkungan internal dan eksternal melalui mekanisme koping, serta lingkungan didefinisikan sebagai semua kondisi yang dapat memengaruhi adaptasi yang dikategorikan menjadi stimulus fokal, kontekstual, dan residual [5]. Adapun, terdapat empat mode adaptasi yang didefinisikan dalam Model Adaptasi Roy, yakni mode adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi atau eketergantungan [6].

Berdasarkan kerangka tersebut, luaran klinis yang muncul pada individu tidak dapat dipandang sebagai gangguan dalam mekanisme fisiologis saja, melainkan juga hasil transmisi dari kondisi psikososial dan emosional individu [7]. Ketika individu tidak mampu beradaptasi secara efektif terhadap berbagai stresor yang dihadapi, kondisi stres yang berlangsung terus-menerus dapat menurunkan kemampuan tubuh dalam mempertahankan homeostasis dan meningkatkan kerentanan terhadap berbagai gangguan kesehatan [8]. Paparan terhadap kondisi stres dapat menurunkan daya tahan terhadap efek stresor dan berdampak buruk pada tubuh secara umum, sehingga individu yang mengalami periode stres berkepanjangan berisiko tinggi mengalami penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, penyakit kardiovaskuler, dan penyakit lainnya [9].

Pada konteks rawat inap, kemampuan individu untuk beradaptasi terhadap stresor tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi internal, tetapi juga oleh dukungan dari lingkungan eksternal. Salah satu komponen lingkungan eksternal yang bertindak sebagai stimulus kontekstual paling signifikan bagi proses adaptasi pasien dewasa dan lansia adalah dukungan dari pasangan hidup [10]. Terdapat perbedaan mendasar antara dukungan dari pasangan dengan dukungan dari orang lain atau anggota keluarga lainnya. Dukungan dari pasangan bertindak sebagai sistem pendukung utama (*primary support*) yang memiliki kedekatan emosional dan fisik paling intim dengan pasien [11]. Hubungan diadik dengan suami memiliki kedekatan paling intim dan intensif dibandingkan anggota keluarga lainnya, ditandai dengan banyaknya waktu yang dihabiskan bersama serta adanya pertukaran dukungan emosional, kepercayaan, pemahaman, dan kasih sayang secara timbal balik [12]. Fenomena *health concordance* (keselarasan kesehatan) dan interdependensi yang kuat dapat terjadi di dalam hubungan pernikahan, sementara dukungan dari anggota keluarga lain cenderung bersifat situasional dan tidak selalu melibatkan sinkronisasi rutinitas harian seperti hubungan suami-istri [13]. Keterlibatan yang berkelanjutan ini memungkinkan pasangan berperan sebagai pengasuh yang efektif selama proses perawatan, sehingga pada akhirnya dapat menekan biaya perawatan, mengurangi angka rawat inap, serta meningkatkan kualitas hidup pasien [14].

Dinamika dukungan pasangan pada kenyataannya bersifat heterogen. Pasangan dapat berperan sebagai agen kontrol sosial, mendorong perilaku sehat atau mencegah perilaku tidak sehat melalui paksaan, tawar-menawar, atau pembatasan [15]. Namun, pasangan juga dapat menghambat proses perawatan yang berdampak pada kesehatan fisik dan psikologis pasien

[16]. Kurangnya dukungan yang dirasakan menimbulkan perasaan traumatis bagi pasien dengan penyakit kronis karena kebutuhan yang tidak terpenuhi dapat memicu perasaan kesepian dan depresi serta memperburuk kesehatan fisik [17]. Tanpa dukungan dari pasangan atau anggota keluarga lainnya, kondisi kesehatan pasien dapat menurun karena kemampuan dalam memilih, mempertimbangkan, menerima, dan mengambil keputusan yang terbaik bagi kesehatannya juga cenderung menurun [18]. Fenomena psikososial ini dapat memburuk apabila pasien berada dalam lingkungan makro yang memberikan stigma negatif terhadap penyakitnya. Stigma digambarkan sebagai beban penyakit tersembunyi yang memiliki konsekuensi psikologis, fisik, dan sosial yang dapat menyebabkan keterasingan, pengucilan, pengurangan interaksi, dan menghilangkan kesempatan yang sama bagi orang-orang hingga pada akhirnya dapat berdampak terhadap keberlangsungan pengobatan [19].

Meskipun literatur mengenai dukungan keluarga dalam keperawatan telah banyak dipublikasikan, sebagian besar studi cenderung mengeksplorasi pada dampak positifnya saja atau terbatas pada satu jenis penyakit tertentu. Masih terdapat kelangkaan literatur yang menganalisis keterlibatan pasangan secara simultan pada berbagai kondisi penyakit melalui lensa Model Adaptasi Roy. Berdasarkan kesenjangan tersebut, studi ini bertujuan untuk melakukan analisis efek keterlibatan pasangan (*spousal support*) terhadap status psikofisiologis pasien melalui pendekatan Model Adaptasi Roy. Metode yang digunakan pada studi ini berupa *multiple case study* yang bertujuan membahas secara mendalam keterlibatan pasangan terhadap respon adaptasi pasien, yang dalam konteks studi ini secara operasional berfokus pada figur suami sebagai pendukung utama (*primary caregiver*) dari ketiga pasien kelolaan berjenis kelamin perempuan.

2. METODE PENELITIAN

2.1. Desain Penelitian

Studi ini menggunakan desain *multiple case study* (studi kasus banyak) dengan pendekatan kualitatif deskriptif analitik. Pendekatan ini dipilih untuk mengeksplorasi secara mendalam variasi fenomena efek keterlibatan pasangan (*spousal support*) terhadap adaptasi psikofisiologis pasien pada beberapa kasus yang berbeda. Asuhan keperawatan pada studi ini diintegrasikan dengan Model Adaptasi Roy untuk menganalisis stimulus fokal, kontekstual, dan residual, sekaligus mengevaluasi dampaknya terhadap empat mode adaptasi pasien yang terdiri dari fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Pendekatan lintas kasus ini digunakan bukan untuk membandingkan antar diagnosis medis, melainkan untuk memahami bagaimana kerangka model adaptasi yang sama dapat membedah berbagai respon adaptasi yang bervariasi secara kontekstual.

2.2. Responden dan *Setting* Penelitian

Responden dalam studi kasus ini terdiri dari tiga pasien perempuan yang dirawat di RSUD Umar Wirahadikusumah dan RSPTN Unpad, serta didapatkan secara aksidental di ruangan, tetapi pemilihan akhir untuk dijadikan kasus kelolaan tetap disaring secara ketat menggunakan metode *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi. Meskipun penemuan kasus di lapangan bergantung pada ketersediaan pasien saat masa perawatan, terdapat batasan yang jelas mengenai aspek homogenitas dan heterogenitas subjek penelitian. Subjek penelitian ini bersifat heterogen secara klinis, yang ditandai dengan variasi diagnosis medis serta keparahan penyakit yang berbeda. Namun, ketiga kasus tersebut memiliki homogenitas pada karakteristik lingkungan eksternal, yaitu seluruh subjek adalah pasien perempuan dewasa atau lansia yang memiliki pasangan hidup (suami) yang bertindak sebagai pengasuh utama. Kriteria inklusi secara rinci meliputi: 1) pasien dewasa atau lansia yang sedang menjalani perawatan dengan diagnosis medis akut maupun kronis; 2) memiliki pasangan hidup, yaitu suami sebagai sistem pendukung utama; dan 3) bersedia menjadi pasien kelolaan. Fokus utama yang diamati

dalam studi ini adalah keterlibatan suami yang bervariasi pada masing-masing kasus, yaitu: dukungan suami yang mendampingi secara aktif (kasus A), dukungan suami yang keliru dan tidak sesuai dengan program kesehatan pasien (kasus B), dan ketidakhadiran suami yang disertai adanya stigma negatif dari lingkungan (kasus C).

2.3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara komprehensif melalui tahapan proses keperawatan yang berlangsung selama masa perawatan pasien sekurang-kurangnya dikelola selama tiga hari. Data primer diperoleh melalui teknik wawancara tidak terstruktur, observasi, dan pemeriksaan fisik. Meskipun pertanyaan verbal berkembang secara berbeda pada setiap pasien, seluruh informasi yang didapatkan tetap mengarah pada keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan keluarga, konsep diri, pengkajian psikologis, dan aspek sosial pasien, khususnya mengenai hubungan interpersonal dan dukungan dari suami sehingga informasi berkaitan dengan stimulus kontekstual, residual, dan fokal pada pasien dapat tergali. Selain itu, observasi langsung dilakukan terhadap interaksi antara pasien dan suami selama di ruangan. Adapun, data sekunder diperoleh melalui dokumentasi rekam medis pasien. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober – November 2025 dan Mei 2026

2.4. Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan analisis deskriptif dengan pendekatan *cross-case analysis* (analisis lintas kasus). Data pengkajian ketiga pasien dikelompokkan berdasarkan komponen Model Adaptasi Roy untuk mengidentifikasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Hasil analisis ketiga kasus dikaitkan untuk melihat bagaimana variasi keterlibatan suami memengaruhi respon psikofisiologis pasien pada empat mode adaptasi, dan disajikan dalam bentuk tabel pemetaan komponen yang dianalisis kemudian disajikan dalam bentuk narasi deskriptif.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Deskripsi Kasus A (Ny. O, 75 Tahun)

Ny. O, seorang lansia perempuan berusia 75 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosis medis *post-operative day III open reduction internal fixation (ORIF) fraktur tibia-fibula dextra*. Kondisi fraktur ini merupakan pengalaman pertama bagi pasien dan sebelumnya ia tidak pernah memiliki riwayat dirawat di rumah sakit. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut dan gangguan pola tidur. Stimulus fokal yang dirasakan pasien berupa nyeri akut pasca-bedah dengan skala nyeri 5 (rentang 1-10) serta gangguan pola tidur akibat memikirkan suaminya di rumah dan keinginan yang kuat untuk pulang ke rumah. Pada evaluasi keempat mode adaptasi, ditemukan respon maladaptif awal pada mode adaptasi fisiologis yang ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan dan melaporkan sulit tidur. Selanjutnya, dilakukan modifikasi lingkungan berupa pelibatan suami untuk mendampingi pasien secara langsung. Pada evaluasi hari berikutnya, pasien melaporkan bahwa skala nyeri yang dirasakan menurun menjadi 3/10 dari 5/10 dan dapat tidur pulas selama 6-7 jam. Kehadiran suami juga berdampak positif pada mode adaptasi konsep diri dan interdependensi, yang mana pasien mengungkapkan perasaan aman, tenang, dan merasa diperhatikan oleh suami. Suami Ny. O yang sudah memasuki usia lanjut tidak lagi bekerja sehingga memiliki fleksibilitas penuh untuk hadir secara langsung dan menemani pasien di rumah sakit

3.2. Deskripsi Kasus B (Ny. R, 41 Tahun)

Ny. R, perempuan berusia 41 tahun, dirawat dengan diagnosa medis hipertensi urgensi, obesitas derajat II, hipervolemia, dan kardiomegali disertai edema paru. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah pola napas tidak efektif dan hipervolemia. Stimulus fokal pada kasus ini

adalah sesak napas berat, pitting edema pada kedua ekstremitas bawah *grade 2*, dan penurunan toleransi aktivitas. Ny. R memiliki riwayat hipertensi selama 2 tahun terakhir dengan faktor keturunan dari ibu dan neneknya. Sebelumnya, pasien sempat menyangkal kondisi tersebut karena tekanan darahnya selalu normal, kecuali pada saat masa kehamilan. Pengkajian terhadap stimulus kontekstual dan residual menunjukkan bahwa pasien memiliki keyakinan spiritual yang kuat untuk patuh kepada suami, sehingga pasien selalu menghabiskan semua makanan yang disediakan oleh suaminya. Di sisi lain, suami pasien sering membawakan makanan tinggi natrium dan karbohidrat tanpa memahami batasan diet untuk penderita hipertensi. Kurangnya pengetahuan mengenai diet hipertensi ini dapat dilatar belakangi oleh tingkat pendidikan pasien dan suaminya, serta kebiasaan makan di dalam rumah tangga. Suami pasien juga bekerja sebagai seorang pedagang kaki lima. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan adanya respon maladaptif dari mode fisiologis Ny. R, yakni berupa retensi cairan yang ditandai dengan edema *grade 2* pada kedua kaki serta tekanan darah mencapai 181/100 mmHg, sementara pada mode konsep diri dan fungsi peran, pasien menyatakan merasa tenang karena dapat memenuhi perannya sebagai istri yang taat.

3.3. Deskripsi Kasus C (Ny. C, 39 Tahun)

Ny. C, perempuan berusia 39 tahun, dirawat dengan kompleksitas diagnosis kronis meliputi stroke infark pada vertebrobasiler, hipertensi, diabetes mellitus (DM) tipe 2, anemia, dan gagal ginjal atau CKD *stage* IIIB. Penyakit DM tipe 2 telah diderita pasien sejak tahun 2007. Sementara itu, kondisi stroke infark saat ini merupakan kejadian stroke berulang (rekuren) setelah sebelumnya pasien mengalami serangan stroke pertama pada tahun 2007 dan serangan kedua pada pertengahan 2024. Stimulus fokal pasien adalah pusing sentral yang hebat, hemiparesis (kelemahan sisi tubuh), dan penurunan fungsi neurologis. Berdasarkan pengkajian, diperoleh data bahwa suami pasien tidak dapat hadir mendampingi secara langsung karena harus bekerja di pasar. Selain itu, pasien melaporkan adanya trauma psikologis akibat stigma negatif dari lingkungan tetangga di sekitar rumahnya. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kadar gula darah yang tinggi meski pasien mendapatkan terapi insulin dan terdapat risiko cedera yang tinggi akibat hemiparesis. Pasien juga mengungkapkan kecemasan dan perasaan bersalah karena merasa menjadi beban bagi keluarga, serta kekhawatiran suaminya akan menikah lagi sehingga pasien kerap memaksakan diri melakukan pekerjaan rumah tangga secara mandiri. Pasien juga menunjukkan perilaku penarikan diri dan menyatakan lebih nyaman berada dalam kesendirian. Secara lebih rinci, ketiga kasus tersebut disajikan dalam Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Karakteristik Kasus, Stimulus, dan Mode Adaptasi Pasien
Berdasarkan Model Adaptasi Roy

Komponen Analisis	Kasus A (Ny. O)	Kasus B (Ny. R)	Kasus C (Ny. C)
Diagnosis medis	POD III ORIF fraktur <i>tibia-fibula dextra</i>	Hipertensi, obesitas, dan hipervolemia	Stroke infark AT sistem VB (rekuren) dan multi komorbid (DM tipe 2, CKD <i>stage</i> IIIB, anemia)
Diagnosa keperawatan	Nyeri akut dan gangguan pola tidur	Pola napas tidak efektif dan hipervolemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah dan perfusi perifer tidak efektif
Keterlibatan pasangan	Suami yang sudah tidak lagi bekerja	Dukungan yang keliru dari suami	Suami jarang mendampingi pasien,

Komponen Analisis	Kasus A (Ny. O)	Kasus B (Ny. R)	Kasus C (Ny. C)
	dapat mendampingi secara penuh selama pasien dirawat karena fleksibilitas waktu	dengan meminta dan memfasilitasi pasien makan berlebih tanpa kontrol diet yang tepat karena keterbatasan pengetahuan	baik di rumah maupun saat pasien dirawat karena tuntutan pekerjaan di pasar dari malam hingga pagi hari
Stimulus fokal	Nyeri akut pasca bedah (skala 5/10) dan gangguan tidur yang meningkat saat suami tidak berada di sisi pasien	Sesak napas dan edema ekstremitas akibat retensi cairan karena pola makan yang diberikan suami tidak sesuai anjuran klinis	Pusing dan hemiparesis berat yang harus dihadapi pasien sendirian tanpa pendampingan langsung dari suami
Stimulus kontekstual	Pasien memikirkan suaminya di rumah dan ingin cepat pulang, tetapi ketika suami datang dan dilibatkan secara aktif selama perawatan, pasien merasa tenang	Suami membawakan makanan tinggi natrium dan karbohidrat serta meminta istri menghabiskannya	Suami jarang berada di rumah sehingga pasien sering menghadapi serangan sakit sendirian dan ketika pasien dirawat di RS, pasien hanya ditemani oleh tetangganya
Stimulus residual	Kebiasaan hidup bersama dengan suami dalam jangka waktu yang lama membuat pasien tidak bisa berpisah lama-lama dengan suaminya	Keyakinan yang dimiliki pasien bahwa istri wajib menuruti segala perintah dari suami sehingga pasien sulit menolak dan merasa bersalah ketika tidak menghabiskan makanan yang dibawa oleh suaminya	Ketidakhadiran suami memperparah trauma masa lalu akibat pengucilan dan stigma negatif dari tetangga yang menganggap jika penyakit yang dialami pasien itu karena banyak dosa
Mode adaptasi fisiologis	Pasien melaporkan bisa tidur pulas dan nyeri berkurang dari skala 5/10 menjadi 3/10 setelah suaminya hadir dan menemani pasien	Tekanan darah pasien tinggi (180/100 mmHg), obesitas, edema <i>grade</i> 2, dan sesak akibat kegagalan koping fisiologis karena pola makan yang diberikan suami tidak sesuai anjuran klinis	Gula darah tetap tinggi meski mendapatkan terapi insulin (GDP: 210 mg/dL) akibat stres emosional dan risiko cedera tinggi karena tidak adanya bantuan serta pendampingan langsung dari suami

Komponen Analisis	Kasus A (Ny. O)	Kasus B (Ny. R)	Kasus C (Ny. C)
Mode adaptasi konsep diri	Pasien merasa aman, nyaman, dan dihargai berkat perhatian dari suaminya	Pasien merasa menjadi istri yang baik karena patuh dan taat kepada suaminya	Pasien merasa cemas dan menganggap dirinya beban bagi suami sehingga pasien cenderung menarik diri serta lebih senang sendiri
Mode adaptasi fungsi peran	Pasien menerima peran sementara sebagai seorang istri yang memerlukan bantuan suami	Pasien menjalankan peran sebagai istri yang taat sehingga tidak memiliki kuasa menolak makanan tidak sehat dari suami	Pasien memaksakan diri mengurus pekerjaan rumah tangga dalam kondisi hemiparesis karena khawatir suaminya menikah lagi
Mode adaptasi interdependensi	Hubungan interpersonal dengan suami sangat kuat	Hubungan dengan suami harmonis, tetapi tidak sehat secara klinis karena tidak mengikuti kepatuhan diet hipertensi yang dianjurkan	Hubungan dengan suami kurang kuat, cenderung menarik diri dari lingkungan karena ketidakhadiran suami dan adanya stigma lingkungan

PEMBAHASAN

Penelitian ini menganalisis adaptasi pasien berdasarkan Model Adaptasi Roy yang dipengaruhi oleh variasi dukungan suami sebagai stimulus kontekstual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan suami tidak selalu bersifat linear dalam memfasilitasi status kesehatan pasien. Efektivitas dukungan tersebut sangat bergantung pada bentuk, ketepatan dukungan sesuai dengan anjuran klinis, dan konsistensi kehadiran fisik suami selama perawatan. Ketidakselarasan dukungan yang diberikan kemungkinan dipengaruhi oleh tingkat fleksibilitas aktivitas kerja suami yang berbanding lurus dengan kontinuitas kehadiran fisik yang diberikan oleh suami. Berdasarkan karakteristik pekerjaan suami, ditemukan bahwa adaptasi pasien terhadap penyakitnya tergantung pada kemampuan suami dalam mengalokasikan waktu untuk pasien selama masa perawatan.

Pada kasus A (Ny. O, 75 tahun), suami berada pada kelompok aktivitas kerja tak terbatas (pensiunan). Karakteristik ini memberikan fleksibilitas waktu yang nyata bagi suami karena tidak terikat oleh rutinitas pekerjaan harian. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Bonsang dan van Soest (2020), yang menjelaskan bahwa ketika pasangan suami istri bekerja, suami akan menghabiskan waktu 11,3 jam untuk aktivitas rumah tangga setiap minggunya, sementara istri akan menghabiskan waktu 20,5 jam. Namun, ketika sudah tidak lagi bekerja, suami menghabiskan waktu 21,2 jam untuk aktivitas rumah tangga mereka dan lebih banyak dialokasikan untuk melakukan hobi, rekreasi, pengasuhan anak, atau merawat anggota keluarganya [20]. Alokasi waktu penuh ini memicu stimulus positif pada subsistem kognitor pasien, menghadirkan rasa aman, nyaman, dan mengatasi stimulus residual berupa kecemasan akibat terpisah dari suami atau rasa asing terhadap lingkungan rumah sakit [21], [22].

Secara psikofisiologis, ketenangan emosional ini bertransmisi ke subsistem regulator. Berdasarkan modulasi kognitif dan emosional, kehadiran suami yang suportif terbukti menurunkan penilaian subjektif terhadap ketidaknyamanan dari nyeri. Nyeri merupakan pengalaman subjektif antar individu dan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk jenis kelamin, usia, kognitif, keadaan emosional, dan latar belakang budaya [23], [24]. Sebelum suami hadir menemani pasien di rumah sakit, keluhan tersebut sangat dirasakan oleh pasien. Pada pasien lansia seperti Ny. O ini, ambang batas persepsi nyeri menunjukkan kondisi yang kompleks. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ambang batas nyeri termal dan tekanan meningkat seiring bertambahnya usia karena hilangnya serabut saraf perifer dan kurangnya kepadatan reseptor [24].

Nyeri pada fraktur yang dialami Ny.O merupakan kejadian yang mengakibatkan Ny.O dirawat di rumah sakit, sehingga perasaan asing terhadap lingkungan rumah sakit dan emosi negatif seperti kecemasan dapat memperberat persepsi nyeri yang dirasakan [22]. Namun, ketika suami hadir dan dilibatkan dalam proses perawatan, stimulus fokal pada pasien menurun secara signifikan, ditandai dengan mode adaptasi fisiologis yang positif berupa penurunan skala nyeri dari 5/10 menjadi 3/10 dan pasien melaporkan dapat tertidur pulas selama 6-7 jam. Sebuah studi yang dilakukan oleh Horvat et al. (2026), menunjukkan hasil bahwa kehadiran suami, terutama jika suportif, dapat mengurangi penilaian subjektif terhadap ketidaknyamanan dan intensitas nyeri [25]. Penurunan skor nyeri berkorelasi dengan perubahan aktivitas di area otak, semakin menurun aktivitas pada area yang berhubungan dengan nyeri (*korteks cingulate anterior dorsal dan insula anterior*), maka akan semakin berkurang intensitas nyeri yang dirasakan, sebaliknya, penurunan nyeri juga berkaitan dengan peningkatan aktivitas serta area yang terkait dengan rasa aman (*korteks prefrontal ventromedial/vmPFC*) [26], [27]. Selain itu, pelepasan hormon stres dari nyeri atau psikologis, seperti hormon adrenokortikopik dan kortisol serta aktivitas saraf simpatik dapat menurun sehingga kualitas tidur dapat tercapai [25].

Dukungan positif dari suami juga memperluas zona adaptasi Ny. O pada ketiga mode adaptasi lainnya secara simultan, yaitu konsep diri, fungsi peran dan interdependensi karena pasangan kerap menjadi sumber dukungan utama bagi pasien lanjut usia [28]. Sejalan dengan yang dikemukakan oleh Ungar et al. (2021), bahwa pada pasangan lanjut usia, eksistensi pasangan dianggap sebagai pusat dunia bagi satu sama lain karena hubungan yang bermakna secara emosional dan dapat memenuhi rasa aman, pengakuan, serta kasih sayang [29]. Kehadiran suami memberikan perasaan aman, nyaman, dan membuat pasien merasa diperhatikan sehingga stimulus residual berupa kecemasan akibat terpisah dari suami dan rasa asing dengan rumah sakit dapat teratasi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Gheshlaghi et al. (2021), yang mengemukakan bahwa kehadiran *caregiver*, terutama jika *caregiver* tersebut dipilih atas keinginan pasien yang mana dalam kasus ini adalah suaminya, dapat mengurangi tingkat kecemasan pada pasien [21].

Sebaliknya, pada kasus B (Ny. R, 41 tahun) dan kasus C (Ny. C, 39 tahun), kedua suami bekerja dan memiliki aktivitas kerja yang padat. Tuntutan ekonomi dan aktivitas harian ini membatasi kontinuitas interaksi klinis yang sehat, sehingga memicu respon tidak sejalan pada status kesehatan pasien. Pada kasus B, kesibukan bekerja sebagai pedagang serta dengan keterbatasan latar belakang pendidikan suami, dapat memengaruhi pengetahuan suami mengenai manajemen klinis hipertensi. Studi Sari dan Rosyid (2024), menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan yang rendah berhubungan dengan ketidakpatuhan pola makan seorang individu [30]. Rendahnya pengetahuan suami ini pada akhirnya dapat berdampak pada pasien sebab dalam kehidupan pernikahan, sepasang suami istri tidak hanya menunjukkan kesamaan dalam perilaku terkait kesehatan, melainkan juga dapat memengaruhi kepatuhan pengobatan, perilaku diet, dan aktivitas fisik [31].

Kondisi ini dapat memicu fenomena *misguided support* (dukungan salah arah), dimana suami secara konsisten menyediakan makanan tinggi natrium dan karbohidrat untuk pasien, sehingga hal tersebut dapat menjadi prediktor utama kegagalan kontrol penyakit kronis seperti hipertensi [31]. Perilaku ini menjadi stimulus kontekstual negatif yang diperberat oleh stimulus residual pasien, yaitu ketahanan spiritual yang begitu kuat berakar pada keyakinan agamanya. Ketahanan spiritual merupakan kemampuan individu untuk teguh pada nilai dan keyakinan spiritualnya [32]. Sebagai seorang Muslim, hak dan tanggung jawab suami-istri telah dijelaskan di dalam Al Qur'an (QS. An-Nisa ayat 34) dan beberapa hadis, bahwasannya suami memiliki kewajiban sebagai kepala keluarga dan bertanggung jawab atas nafkah, sedangkan istri wajib patuh terhadap perintah suaminya [33]. Dengan demikian, dapat dilihat bahwa Ny. R telah menginternalisasi ajaran Islam ke dalam kehidupan sehari-hari. Nilai ini membuat pasien merasa berhasil mempertahankan perannya sebagai istri yang taat ketika menghabiskan makanan pemberian suaminya dan merasa tidak memiliki kuasa untuk menolak hal tersebut.

Dukungan salah arah yang diberikan oleh suami berakibat pada subsistem regulator pasien. Secara patofisiologis, retensi natrium dan air di ginjal mengakibatkan ekspansi dan redistribusi volume cairan intravaskuler dan interstisial sehingga memicu kondisi hipervolemia pada pasien [34]. Beban natrium menginduksi perluasan volume ekstraseluler, aliran balik vena, peningkatan curah jantung, dan peningkatan resistensi perifer lokal yang menyebabkan tekanan darah terus meningkat. Selain itu, peningkatan renin dan AT II (angiotensin II) pada sistem RAAS (*Renin-Angiotensin-Aldosterone System*) menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah [35]. Mekanisme kompensasi fisik pada pasien mengalami kegagalan sehingga menghasilkan luaran klinis yang buruk pada mode adaptasi fisiologis.

Sementara pada kasus C, beban kerja suami sebagai penyuplai kebutuhan pokok di pasar yang bekerja dari malam hingga pagi hari membuat suami absen secara fisik selama masa perawatan pasien, ditambah dengan stimulus residual berupa stigma negatif dari tetangga yang memandang jika penyakit yang dideritanya sebagai sebuah dosa, membuat Ny. C harus menghadapi penyakitnya sendirian. Kondisi kesepian dan tekanan sosial yang terus-menerus memaksa subsistem kognitor (fungsi psikologis dan mental) Ny. C bekerja terlalu keras dalam menghadapi stres. Ketika kondisi psikologis pasien terganggu, maka dapat memengaruhi kondisi fisik melalui aktivitas otak. Pasien diketahui menderita stroke dan multi komorbid lainnya (DM tipe 2, neuropati perifer, CKD *stage* IIIB, anemia). Hal tersebut berkaitan dengan kondisi stres yang mengganggu regulasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) di otak yang memicu lonjakan produksi hormon stres seperti kortisol dan akhirnya mengaktifkan berbagai aspek homeostasis glukosa di jaringan perifer yang menyebabkan hiperglikemia, resistensi insulin, dan peradangan [36], [37]. Komplikasi diabetes, seperti neuropati diabetik juga terjadi karena peningkatan spesifik dan persisten dalam aktivitas sumbu HPA [36]. Selain itu, hiperaktivitas sumbu HPA dapat memperburuk prognosis stroke melalui pengaturan respon inflamasi yang memperluas area infark di otak [38].

Pada pasien stroke, perubahan fisik yang terjadi seperti kelemahan anggota gerak dan kesulitan bicara dapat memengaruhi kondisi emosional yang membuat pasien tidak percaya diri, kesepian, tidak berdaya, sulit menerima kenyataan, bahkan depresi [39]. Terutama pasien stroke yang berusia muda, perubahan fisik akibat stroke di usia produktif dapat memiliki konsekuensi terhadap produktivitas aktivitas sehari-hari sehingga dapat berujung pada masalah emosional [40]. Untuk mencegah kondisi emosional yang buruk maka diperlukan dukungan keluarga, terutama dukungan pasangan yang adekuat [41]. Dukungan pasangan juga dapat mencegah kondisi stroke berulang. Berdasarkan hasil studi yang dilakukan oleh Ambarika dan Anggraini (2022), ditemukan bahwa terdapat hubungan antara dukungan pasangan dan kejadian stroke berulang, dimana semakin baik dukungan yang diberikan oleh pasangan maka kejadian stroke berulang menurun [42]. Namun, pada kasus Ny. C, suami tidak mendampingi pasien, baik ketika di rumah maupun selama pasien dirawat di rumah sakit.

Apabila ditinjau dari linimasa penyakitnya, Ny. C memiliki tingkat kronisitas penyakit yang tinggi. Pasien telah menderita DM tipe 2 sejak tahun 2007 dan serangan stroke saat ini merupakan kejadian rekuren yang ketiga dari serangan stroke pertama di tahun yang sama dan serangan stroke kedua pada pertengahan 2024. Proses penyakit ini dapat memengaruhi dukungan yang dirasakan dalam suatu hubungan dan memunculkan perasaan bahwa pasien menjadi beban bagi pasangan, sehingga menyebabkan tekanan emosional yang signifikan [11]. Di sisi lain, suami juga dapat menghadapi stres finansial seperti berkurangnya jam kerja dan pengeluaran yang relatif besar apabila terdapat regimen obat yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan, sehingga alih-alih hadir secara langsung menemani pasien, suami mungkin lebih memilih untuk bekerja guna menutup biaya pengobatan jangka panjang istrinya [43].

Pasien juga mengalami konflik peran karena kondisi hemiparesis yang dialami olehnya. Bagi perempuan, peran pengasuhan dalam keluarga seperti pekerjaan rumah tangga dan merawat suami serta anak, dapat memicu kondisi stres yang berakibat pada ketegangan dan ketidakpuasan peran apabila tidak bisa terpenuhi dengan baik, yang kemudian dapat menyebabkan disfungsi proses keluarga ditandai dengan menurunnya kepuasan perkawinan [44]. Sebagai koping untuk mengurangi ketegangan peran tersebut, pasien memaksakan dirinya dalam keadaan hemiparesis untuk tetap memenuhi tanggung jawab sebagai istri karena kekhawatiran suaminya menikah lagi. Selain itu, pasien juga menggunakan mekanisme penarikan diri dari lingkungan karena merasa jika interaksi sosial memicu perasaan tidak menyenangkan dan kebutuhan akan diterima tidak terpenuhi [45].

Berdasarkan analisis ketiga kasus di atas, efektivitas dukungan yang diberikan oleh pasangan bukan ditentukan oleh keberadaannya saja, melainkan juga ketepatan jenis dukungan yang diberikan. Menurut Cohen dan Wills (1985) dalam studinya mengenai stres, dukungan sosial, dan efek penyangga stress (*buffering hypothesis*), menjelaskan bahwa dukungan sosial bertindak sebagai pelindung yang menahan dampak negatif stres terhadap kesehatan mental dan fisik individu yang terdiri dari empat jenis dukungan, yaitu 1) dukungan penilaian (*appraisal support*) adalah dukungan dalam bentuk menjadi tempat bertukar pikiran dan pemberi umpan balik; 2) dukungan nyata (*tangible support*) hadir dalam bentuk memberikan bantuan material atau tindakan untuk menyelesaikan masalah; 3) dukungan harga diri (*self-esteem support*) berfungsi mengembalikan kepercayaan diri individu dengan memberikan perasaan diterima dan dihargai oleh lingkungan sekitar; dan 4) dukungan kepemilikan (*belonging support*) diwujudkan melalui aktivitas bersama guna mencegah individu merasa terisolasi [46]. Apabila dukungan dari pasangan tidak berjalan linear, subsistem kognitor pasien akan mengalami distress emosional berat. Kondisi maladaptif yang tidak terputus ini dapat bermanifestasi pada penolakan regimen medis, gangguan kognitif, ketergantungan fungsional, serta kegagalan regulasi fisiologis yang secara signifikan dapat memperpanjang lama hari rawat (*length of stay/LOS*) pasien di rumah sakit [47].

Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk melakukan intervensi secara konkret seperti pada kondisi *misguided support* (dukungan salah arah), yakni dengan melakukan modifikasi dukungan melalui pendekatan *family-centered care*. Perawat dapat melibatkan suami dalam sesi edukasi kesehatan mengenai manajemen hipertensi, khususnya tentang diet rendah garam. Keterlibatan pasien dan keluarga secara aktif dapat mengurangi penurunan lama masa rawat inap, peningkatan keselamatan pasien, dan kepuasan terhadap perawatan [48]. Adapun, intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat pada kondisi ketidakhadiran dukungan suami karena aktivitas kerja yang memaksa absen secara fisik, yakni dengan memfasilitasi sistem pendukung eksternal sekunder seperti anak, anggota keluarga lain, atau kader komunitas agar pasien tidak mengalami isolasi emosional karena keluarga yang memiliki sumber daya cukup dapat mengatasi tuntutan pengasuhan lebih baik untuk pasien, dibandingkan keluarga dengan sumber daya yang sedikit [49].

4. IMPLIKASI KEPERAWATAN

Secara keseluruhan, temuan dari tiga kasus ini memberikan bukti empiris bagi praktik keperawatan bahwa dalam mengkaji sistem pendukung, perawat dianjurkan untuk tidak melihat hanya dari aspek kuantitas saja (ada/tidaknya kehadiran pasangan), melainkan menganalisis kualitas dan keselarasan klinis dari dukungan tersebut. Melalui lensa Model Adaptasi Roy, perawat dapat menyelesaikan masalah bukan hanya melalui terapi farmakologis, melainkan juga dapat memodifikasi stimulus kontekstual yaitu dengan mengelola keterlibatan suami. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk memodifikasi stimulus kontekstual secara spesifik: mengoptimalkan kehadiran secara aktif (seperti pada kasus A), melakukan edukasi berbasis keluarga untuk memperbaiki bentuk dukungan yang salah arah (kasus B), dan memfasilitasi sistem pendukung alternatif atau telerehabilitasi (kasus C) demi membantu pasien mencapai respon adaptif yang holistik. Ketika kualitas dukungan suami diperbaiki atau sistem pendukung sekunder diaktifkan, hal tersebut akan memicu respon kognator yang positif, menurunkan distress emosional, dan secara simultan dapat menstabilkan regulasi fisik tubuh pasien ke rentang adaptif yang optimal.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis lintas kasus menggunakan Model Adaptasi Roy, studi ini menyimpulkan bahwa keterlibatan pasangan (*spousal support*) sebagai stimulus kontekstual memiliki pengaruh yang signifikan, tetapi tidak selalu bersifat linear terhadap respon psikofisiologis pasien. Ketidakselarasan respon tersebut dapat dipengaruhi oleh karakteristik aktivitas dan pekerjaan harian pasangan yang membatasi atau mendukung kontinuitas kehadiran mereka di rumah sakit. Terdapat tiga manifestasi klinis yang berbeda dihasilkan dari variasi dukungan pasangan: 1) kehadiran fisik pasangan yang suportif terbukti efektif meningkatkan adaptasi pasien, mempercepat koping regulator dalam menurunkan intensitas nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur; 2) dukungan yang salah arah, meskipun memenuhi aspek kenyamanan psikologis pasien, justru menjadi bumerang klinis yang dapat memperburuk hemodinamik akibat ketidakpatuhan diet; dan 3) ketidakhadiran fisik pasangan yang disertai stigma sosial memicu respon stres yang memperburuk kontrol metabolik penyakit komorbid dan mendorong perilaku penarikan diri secara sosial. Keberhasilan koping adaptasi pasien di ruang rawat inap tidak hanya ditemukan oleh ada atau tidaknya pasangan, melainkan kualitas dan keselarasan dukungan tersebut dengan tujuan terapeutik. Kondisi ini menegaskan pentingnya peran perawat melalui pendekatan *family-centered care* untuk memodifikasi stimulus lingkungan eksternal pasien. Penguatan adaptasi psikofisiologis ini menjadi krusial guna mempercepat pemulihan dan mencegah dampak buruk jangka panjang berupa perpanjangan hari rawat (*length of stay/LOS*) di rumah sakit.

6. DAFTAR PUSTAKA

- [1] H. M. Albagawi, V. E. Butcon, B. S. Albagawi, R. D. Dayrit, and P. Pangket, "Holistic nursing care among operating room nurses: Strengthening the standard of practice in Saudi Arabia," *Belitung Nurs. J.*, vol. 7, no. 1, pp. 8–14, Feb. 2021, doi: 10.33546/bnj.1279.
- [2] S. A. Ambushe, N. Awoke, B. W. Demissie, and T. Tekalign, "Holistic nursing care practice and associated factors among nurses in public hospitals of Wolaita zone, South Ethiopia," *BMC Nurs.*, vol. 22, no. 1, p. 390, Oct. 2023, doi: 10.1186/s12912-023-01517-0.
- [3] A. D. Prabakar, "The Power of Thought: The Role of Psychological Attentiveness and Emotional Support in Patient Trajectories," *Yale J. Biol. Med.*, vol. 97, no. 3, pp. 335–347, Sep. 2024, doi: 10.59249/CPTG1770.

- [4] M. Balcerowska and P. Kwaśnik, "The multifaceted impact of stress on immune function," *Mol. Biol. Rep.*, vol. 52, no. 1, p. 1008, Dec. 2025, doi: 10.1007/s11033-025-11134-6.
- [5] L. Chen, "Effectiveness of the Roy adaptation model-based nursing intervention in improving physiological, psychological, and social outcomes in patients with Parkinson's disease," *BMC Neurol.*, vol. 25, no. 1, p. 219, May 2025, doi: 10.1186/s12883-025-04232-2.
- [6] M. Marudhar and M. Josfeena, "Roy ' s Adaptation Model of Nursing," *Int. J. Sci. Dev. Res.*, vol. 4, no. 1, pp. 283–287, 2019.
- [7] D. Bolton, "A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications," *Psychol. Med.*, vol. 53, no. 16, pp. 7504–7511, Dec. 2023, doi: 10.1017/S0033291723002660.
- [8] O. Adar, J. D. Shakargy, and Y. Ilan, "The Constrained Disorder Principle: Beyond Biological Allostasis," *Biology (Basel)*, vol. 14, no. 4, p. 339, Mar. 2025, doi: 10.3390/biology14040339.
- [9] K. A. James, J. I. Stromin, N. Steenkamp, and M. I. Combrinck, "Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol and cognition," *Front. Endocrinol. (Lausanne)*, vol. 14, Mar. 2023, doi: 10.3389/fendo.2023.1085950.
- [10] J. K. Kiecolt-Glaser and S. J. Wilson, "Lovesick: How Couples' Relationships Influence Health," *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 13, no. 1, pp. 421–443, May 2017, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045111.
- [11] A. K. Otto, S. T. Vadaparampil, R. E. Heyman, L. Ellington, and M. Reblin, "Spouse caregivers' identification of the patient as their primary support person is associated with better patient psychological well-being," *J. Psychosoc. Oncol.*, vol. 41, no. 2, pp. 137–149, 2023, doi: 10.1080/07347332.2022.2067804.
- [12] A. Wendołowska, N. Czyżowska, and D. Czyżowska, "The Role of Attachment and Dyadic Coping in Shaping Relational Intimacy: Actor–Partner Interdependence Model," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 19, no. 23, p. 16211, Dec. 2022, doi: 10.3390/ijerph192316211.
- [13] G. V. Holway, D. Umberson, and R. Donnelly, "Health and Health Behavior Concordance between Spouses in Same-Sex and Different-Sex Marriages," *Soc. Curr.*, vol. 5, no. 4, pp. 319–327, Aug. 2018, doi: 10.1177/2329496517734570.
- [14] I. Yudhaningrum and T. Afiatin, "Spousal Caregiver Resilience: Husbands' Experiences in Caring for Wives with Schizophrenia," *J. Psikol.*, vol. 52, no. 3, p. 223, Dec. 2025, doi: 10.22146/jpsi.105504.
- [15] B. Perry, G. Ciciurkaite, C. F. Brady, and J. Garcia, "Partner Influence in Diet and Exercise Behaviors: Testing Behavior Modeling, Social Control, and Normative Body Size," *PLoS One*, vol. 11, no. 12, p. e0169193, Dec. 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0169193.
- [16] L. Goubert and S. F. Bernardes, "Interpersonal dynamics in chronic pain: The role of partner behaviors and interactions in chronic pain adjustment," *Curr. Opin. Psychol.*, vol. 62, no. 1, pp. 622–635, 2025, doi: 10.1016/j.copsyc.2025.101997.
- [17] P. Iovino, E. Vellone, N. Cedrone, and B. Riegel, "A Middle-Range Theory of Social Isolation in Chronic Illness," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 20, no. 6, p. 4940, Mar. 2023, doi: 10.3390/ijerph20064940.
- [18] R. K. Afiyah, "Dukungan Keluarga Memengaruhi Kemampuan Adaptasi," *J. Ilm. Kesehat.*, pp. 96–105, 2017.
- [19] H. Akbari, M. Mohammadi, and A. Hosseini, "Disease-Related Stigma, Stigmatizers, Causes, and Consequences: A Systematic Review," *Iran. J. Public Health*, Oct. 2023, doi: 10.18502/ijph.v52i10.13842.

- [20] E. Bonsang and A. van Soest, "Time devoted to home production and retirement in couples: A panel data analysis," *Labour Econ.*, vol. 65, no. March, p. 101810, 2020, doi: 10.1016/j.labeco.2020.101810.
- [21] P. A. Gheshlaghi, Z. B. Farahani, S. Z. Anboohi, M. Nasiri, A. Ziapour, and V. H. Garosi, "Effect of family presence on pain and anxiety levels among patients during invasive nursing procedures in an emergency department at a public hospital in Western Iran," *African J. Emerg. Med.*, vol. 11, no. 1, pp. 31–36, Mar. 2021, doi: 10.1016/j.afjem.2020.11.003.
- [22] C. Pilet, F. Tandzi-Tonleu, E. Lagarde, C. Gil-Jardiné, M. Galinski, and S. Lafont, "Feelings of Patients Admitted to the Emergency Department," *Healthcare*, vol. 13, no. 5, p. 500, Feb. 2025, doi: 10.3390/healthcare13050500.
- [23] C. L. Cheung and P. Phylactou, "Pain Expectation Effects Are Predicted by Emotion Rather Than Precision," *J. Neurosci.*, vol. 45, no. 2, p. e1599242024, Jan. 2025, doi: 10.1523/JNEUROSCI.1599-24.2024.
- [24] A. Jain *et al.*, "Chronic Pain in Elderly Patients: Pathophysiology, Pharmacologic and Non-Pharmacologic Therapies, and Interventional Management," *Clin. Pharmacol. Adv. Appl.*, vol. Volume 18, pp. 1–20, Apr. 2026, doi: 10.2147/CPAA.S506172.
- [25] M. Horvat, J. Verdnik, S. Zorjan, and S. Mulej Bratec, "Neurophysiological potentials mediating the influence of social support on pain," *J. Pain*, vol. 42, p. 106247, May 2026, doi: 10.1016/j.jpain.2026.106247.
- [26] K. Emmert *et al.*, "Active pain coping is associated with the response in real-time fMRI neurofeedback during pain," *Brain Imaging Behav.*, vol. 11, no. 3, pp. 712–721, Jun. 2017, doi: 10.1007/s11682-016-9547-0.
- [27] S. Tamam and A. H. Ahmad, "Love as a Modulator of Pain," *Malaysian J. Med. Sci.*, vol. 24, no. 3, pp. 5–14, 2017, doi: 10.21315/mjms2017.24.3.2.
- [28] S. Glasdam *et al.*, "Older caregivers' responsibilities and strategies for their cohabiting partners living at home—a qualitative systematic literature review," *Front. Public Heal.*, vol. 13, Oct. 2025, doi: 10.3389/fpubh.2025.1658095.
- [29] N. Ungar *et al.*, "Joint Goals in Older Couples: Associations With Goal Progress, Allostatic Load, and Relationship Satisfaction," *Front. Psychol.*, vol. 12, Apr. 2021, doi: 10.3389/fpsyg.2021.623037.
- [30] M. P. Sari and F. N. Rosyid, "Relationship Between Knowledge Level and Dietary Patterns of Type 2 Diabetes Mellitus Patient at Kartasura Community Health Center," vol. 09, no. 02, pp. 225–235, 2024.
- [31] S. Bhattarai, D. Wagle, A. Shrestha, B. Åsvold, E. Skovlund, and A. Sen, "Role of Perceived Social Support in Adherence to Antihypertensives and Controlled Hypertension: Findings of a Community Survey from Urban Nepal," *Patient Prefer. Adherence*, vol. Volume 18, pp. 767–777, Mar. 2024, doi: 10.2147/PPA.S455511.
- [32] M. Fauziah, V. Octavia, and A. M. Toha, "Understanding the Role of Spiritual Resilience in Maintaining Marital Stability: Preventing Divorce," *Anal. J. Soc. Sci. Relig.*, vol. 9, no. 2, pp. 248–267, 2024, doi: 10.18784/analisa.v9i2.2398.
- [33] L. G. Eidhamar, "'My Husband is My Key to Paradise.' Attitudes of Muslims in Indonesia and Norway to Spousal Roles and Wife-Beating," *Islam Christ. Relations*, vol. 29, no. 2, pp. 241–264, Apr. 2018, doi: 10.1080/09596410.2017.1405636.
- [34] W. L. Miller, "Fluid Volume Overload and Congestion in Heart Failure," *Circ. Hear. Fail.*, vol. 9, no. 8, Aug. 2016, doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002922.
- [35] J. E. Flythe and N. Bansal, "The relationship of volume overload and its control to hypertension in hemodialysis patients," *Semin. Dial.*, vol. 32, no. 6, pp. 500–506, Nov. 2019, doi: 10.1111/sdi.12838.

- [36] I. Kokkinopoulou, A. Diakoumi, and P. Moutsatsou, "Glucocorticoid Receptor Signaling in Diabetes," *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 22, no. 20, p. 11173, Oct. 2021, doi: 10.3390/ijms22011173.
- [37] N. E. Mbiydzanyuy and L.-A. Qulu, "Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, hypothalamic-pituitary-gonadal axis, and aggression," *Metab. Brain Dis.*, vol. 39, no. 8, pp. 1613–1636, Jul. 2024, doi: 10.1007/s11011-024-01393-w.
- [38] S. Kim, E. S. Park, P. R. Chen, and E. Kim, "Dysregulated Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis Is Associated With Increased Inflammation and Worse Outcomes After Ischemic Stroke in Diabetic Mice," *Front. Immunol.*, vol. 13, Jun. 2022, doi: 10.3389/fimmu.2022.864858.
- [39] A. L. Terrill, V. Moreno-Gomez, M. Kumar, and J. J. MacKenzie, "Poststroke Depression and Anxiety: A Comprehensive Topical Review," *Stroke*, vol. 57, no. 5, pp. 1406–1417, May 2026, doi: 10.1161/STROKEAHA.125.051664.
- [40] S. Bulain, A. Atalia, H. Lestari, T. B. Pamarta, and R. Rakhmatiar, "A Rare Case of Ischemic Stroke in A Young Woman With Autoimmune Disease: Diagnosis and Therapy Challenges," *JPHV (Journal Pain, Vertigo Headache)*, vol. 6, no. 2, pp. 27–30, Sep. 2025, doi: 10.21776/ub.jphv.2025.006.02.02.
- [41] J. L. McCurley *et al.*, "Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers," *Neurocrit. Care*, vol. 30, no. 3, pp. 581–589, Jun. 2019, doi: 10.1007/s12028-018-0641-6.
- [42] R. Ambarika and N. A. Anggraini, "Family Support for Prevention of Recurrent Stroke Events for Stroke Patients," *J. Glob. Res. Public Heal.*, vol. 7, no. 1, pp. 8–16, 2022.
- [43] K. Kılıçaslan, H. Küçükakgün, and B. Alikan, "Caregiver Burden of Palliative Cancer Patients: A Cross-Cultural Perspective," *Florence Nightingale J. Nurs.*, vol. 32, no. 1, pp. 110–115, Feb. 2024, doi: 10.5152/FNJN.2024.23058.
- [44] S. Cicek Ozdemir and S. Senol, "The Silent Threat in Women's Health: Work and Family Conflict," *Women's Heal. Reports*, vol. 5, no. 1, pp. 663–670, Apr. 2024, doi: 10.1089/whr.2024.0088.
- [45] S. Sette, G. Pecora, F. Laghi, and R. J. Coplan, "Motivations for Social Withdrawal, Mental Health, and Well-Being in Emerging Adulthood: A Person-Oriented Approach," *Behav. Sci. (Basel)*, vol. 13, no. 12, p. 977, Nov. 2023, doi: 10.3390/bs13120977.
- [46] S. Cohen and T. A. Wills, "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis," *Psychol. Bull.*, vol. 98, no. 2, pp. 310–357, 1985, doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
- [47] H. Toh, Z. Lim, P. Yap, and T. Tang, "Factors associated with prolonged length of stay in older patients," *Singapore Med. J.*, vol. 58, no. 3, pp. 134–138, Mar. 2017, doi: 10.11622/smedj.2016158.
- [48] T. Correia, M. M. Martins, F. Barroso, L. Pinho, J. Longo, and O. Valentim, "Patient and Family-Centered Care to Promote Inpatient Safety: An Exploration of Nursing Care and Management Processes," *Nurs. Reports*, vol. 15, no. 7, p. 260, Jul. 2025, doi: 10.3390/nursrep15070260.
- [49] M. D. Thomson, M. Wilson-Genderson, and L. A. Siminoff, "The presence of a secondary caregiver differentiates primary cancer caregiver well-being," *Support. Care Cancer*, vol. 30, no. 2, pp. 1597–1605, Feb. 2022, doi: 10.1007/s00520-021-06544-8.