

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: penyakit diabetes melitus, *caregiver*, beban yang dirasakan *caregiver* informal, dan kualitas hidup.

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yaitu pancuran atau curahan, sedangkan melitus atau *mellitus* artinya gula atau madu. Dengan demikian, diabetes melitus adalah curahan cairan dari tubuh yang banyak mengandung gula, yang dimaksud adalah air seni. Diabetes melitus adalah penyakit yang terjadi akibat gangguan pada pankreas yang tidak dapat menghasilkan insulin sesuai dengan kebutuhan tubuh atau ketidakmampuan dalam memecah insulin (Maghfuri, 2016). Diabetes melitus salah satu penyakit kronis yang umum terjadi pada dewasa yang membutuhkan supervisi medis berkelanjutan dan edukasi perawatan mandiri. Diabetes bukanlah gangguan tunggal tetapi kumpulan gangguan kronis pada endokrin pankreas. Kondisi ini juga ditandai dengan ketidaktepatan hiperglikemia yang disebabkan oleh kekurangan insulin relatif atau absolut atau oleh resistensi selular terhadap kinerja insulin (LeMone et al., 2016).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes dapat dibagi empat (Kemenkes RI, 2020), yaitu:

1. DM tipe I (Insulin Dependent Diabetes Melitus)
 - a. Diperantarai imun

Sel beta rusak, biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut. Laju kerusakan sel beta berbeda-beda, biasanya lebih cepat pada bayi dan anak-anak dan lebih

lambat pada orang dewasa. Kerusakan sel beta memiliki predisposisi genetika dan juga dikaitkan dengan faktor lingkungan yang belum jelas.

b. Idiopatik

Tidak memiliki penyebab etiologik. Sebagian besar pasien adalah keturunan Afrika atau Asia. Perlu insulin intermiten.

c. Autoimun

Terjadi ketika sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel beta di pankreas. Dimana sel-sel ini berfungsi dalam memproduksi insulin, yang mengikat gula dalam darah dan membawanya ke dalam sel untuk diubah menjadi energi.

2. DM tipe II (Non-insulin Dependent Diabetes Melitus)

Tidak ada kerusakan imun pada sel beta, disebabkan oleh resistensi insulin. Namun dalam perjalanan penyakit dapat terjadi gangguan sekresi insulin progresif. Pada umumnya, penyandang DM ini biasanya gemuk atau mengalami peningkatan jumlah lemak abdomen. Beresiko mengalami perkembangan jika pertambahan usia, kegemukan, dan gaya hidup yang tidak banyak bergerak.

3. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, dimana sebelum kehamilan tidak didapatkan diabetes.

4. Tipe spesifik lain

a. Sindroma diabetes monogenik, seperti hiperglikemia terjadi pada usia muda (biasanya sebelum 25 tahun), tipe ini disebut DM dengan awitan maturitas pada anak-anak (*maturity-onset DM of the young*).

b. Kelainan genetika pada kinerja insulin, ditentukan secara genetika, disfungsi dapat berkisar dari hiperinsulinemia hingga DM berat.

c. Penyakit pankreas eksokrin, proses dapatan yang menyebabkan DM pankreatitis, trauma, infeksi, pankreatektomi, dan kanker pankreas. Bentuk parah dari fibrosis kistik dan hemokromatosis juga dapat merusak sel beta dan merusak sekresi insulin.

- d. Gangguan endokrin, kelebihan jumlah hormon seperti hormon pertumbuhan, kortisol, glukagon, dan epinefrin yang dapat merusak sekresi insulin.
- e. Diinduksi obat atau bahan kimia, banyak obat-obatan yang dapat merusak sekresi insulin dan memicu DM dengan predisposisi resisten insulin.
- f. Infeksi, virus tertentu dapat menyebabkan kerusakan sel beta, termasuk campak kongenital, sitomegalovirus, adenovirus, dan gondong.

2.1.3 Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut *Association Diabetes American* (2021) diabetes menyebabkan komplikasi pada berbagai organ tubuh, yang dapat dikategorikan menjadi komplikasi akut dan komplikasi jangka panjang, sebagai berikut:

1. Komplikasi akut

a. Hipoglikemia

Merupakan adanya penurunan gula darah, terjadi bila kadar gula darah di bawah 50-60 mg/dl. Gejala hipoglikemia berupa gejala adrenergic (penurunan respon hormonal) dan sistem saraf pusat.

b. Ketoasidosis diabetik

Disebabkan oleh tiga penyebab utama yaitu tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin, keadaan sakit dan manifestasi pertama pada diabetes yang tidak terdiagnosis dan terobati dengan baik. Akibatnya terjadi gangguan karbohidrat, lemak dan protein. Gambaran klinis pada ketoasidosis diabetik yaitu dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis.

c. Hiperosmolar Non Ketotik (HONK atau HHNK)

Suatu keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia disertai dengan perubahan tingkat kesadaran. Kelainan ini disebabkan karena kekurangan jumlah insulin yang efektif. Pada hiperosmolar non ketotik tidak terjadi ketosis dan asidosis.

2. Komplikasi jangka panjang

a. Komplikasi makrovaskuler

Terjadi karena perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar. Berbagai macam penyakit bisa terjadi, tergantung pada lokasi aterosklerotik. Biasanya adalah arteri koroner, serebrovaskular dan vaskular perifer. Pembuluh darah otak menyebabkan stroke, pembuluh darah jantung menyebabkan penyakit jantung koroner, pembuluh darah tepi pada ekstremitas bawah menyebabkan ulkus diabetikum, pembuluh darah otak menyebabkan stroke iskemik atau stroke hemoragik (Soelistijo et al., 2021).

b. Komplikasi mikrovaskular

Penyakit makrovaskular diabetik (mikro angiopati) ditandai dengan penebalan membran basalis pembuluh kapiler. Gangguan fungsi kapiler pada retina dapat menyebabkan retinopati diabetik. Gangguan fungsi pada kapiler ginjal dapat menyebabkan nefropati. Gangguan saraf biasanya pada kaki menyebabkan neuropati. Serta gangguan pada struktur dan fungsi otot jantung dapat menyebabkan kardiomiopati (Soelistijo et al., 2021).

c. Neuropati

Neuropati diabetes dapat menyerang semua tipe saraf. Yang sering terjadi pada penderita diabetik adalah neuropati perifer dan neuropati otonom, neuropati perifer sering mengenai bagian distal serabut saraf, khusus pada ekstremitas bawah

2.1.4 Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Melitus

Pemeriksaan diagnostik yang digunakan untuk mendiagnosis diabetes (Soelistijo et al., 2021), yaitu:

- a. Pemeriksaan glukosa puasa ≥ 126 mg/dL. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.

- b. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dL 2 jam setelah tes toleransi glukosa oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
- c. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL dengan keluhan klasik atau krisis hiperglikemia.
- d. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP) dan *Diabetes Control and Complications Trial assay* (DCCT)

2.2 Konsep Caregiver

2.2.1 Definisi Caregiver

Caregiver adalah pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar pada individu lalu dievaluasi sesuai dengan perkembangan yang terjadi. *Caregiver* juga diartikan sebagai pelaku rawat yang memberikan perawatan atau dukungan pada orang lain yang memiliki penyakit (Handini, 2024). Pengasuhan merupakan hubungan dua arah yang melibatkan pengasuh dan orang yang membutuhkan perawat. Dengan membantu orang lain seperti melakukan aktivitas sehari-hari, obat-obatan, jengi temu, atau tugas lainnya (Robert et al., 2023).

2.2.2 Jenis-Jenis Caregiver

Terdapat dua jenis *caregiver* yaitu formal *caregiver* dan informal *caregiver* (Pradikatama, 2024), sebagai berikut:

1. Formal *caregiver* merupakan individu yang menerima bayaran untuk memberikan perhatian, perawatan dan perlindungan kepada individu yang mengalami sakit.
2. Informal *caregiver* merupakan individu yang menyediakan bantuan untuk individu lain dan masih memiliki hubungan keluarga ataupun hubungan dekat lainnya antara lain, keluarga, teman atau tetangga dan biasanya tidak menerima gaji

2.2.3 Tugas *Caregiver*

Tugas *caregiver* adalah memberikan pendampingan dan pemberian bantuan yang tepat dalam aspek fisik, mental, sosial budaya dan spiritual. *Caregiver* lansia harus memiliki pengetahuan dasar tentang pendampingan dan pemberian bantuan yang tepat, terutama pada lansia yang membutuhkan PJP (perawatan jangka panjang). *Caregiver* berperan di dalam PJP untuk: mengurangi ketergantungan, mengurangi keluhan akibat penyakit, mencegah komplikasi dan kecelakaan, mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup yang optimal dan bermartabat hingga akhir hayatnya, membuat jadwal rencana kegiatan secara rutin, serta penjagaan dokumen penting yang diperlukan untuk pembiayaan atau perawatan lebih lanjut (Handini, 2024). Melakukan PJP pada lansia penderita diabetes, yang meliputi (KamenkesRI et al., 2019):

1. Perawatan secara umum

Caregiver melakukan perawatan lansia seperti pemeliharaan kebersihan diri lansia, pemeliharaan kebersihan dan keamanan lingkungan, mempertahankan tingkat kemandirian lansia, pajanan sinar matahari pada lansia, komunikasi dua belah pihak, rekreasi bersama lansia penderita DM, pemantauan penggunaan obat, serta pelaksanaan ibadah.

2. Perawatan secara khusus

Seorang *caregiver* yang melakukan perhatian khusus pada lansia karena penyakit tertentu seperti membantu lansia yang mengalami gangguan gerak, membantu pemenuhan kebutuhan gizi lansia, membantu BAK dan BAB, menangani gangguan perilaku (contoh: lansia demensia), serta pengelolaan stres.

3. Mendukung lansia mempertahankan aktivitas

Caregiver membantu lansia untuk mempertahankan kemampuan dalam melakukan aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari (AIKS), seperti: berkomunikasi menggunakan telepon, berbelanja, mengatur keuangan, menggunakan transportasi, menyiapkan makanan, dan meminum obat.

4. Pertolongan pertama pada keadaan darurat

Pada tindakan ini dilakukan oleh *caregiver* yang telah dilatih tentang pertolongan pertama, jika tidak *caregiver* dapat meminta bantuan dengan menghubungi petugas kesehatan dan ambulan atau meminta bantuan pada orang terdekat.

5. Asuhan mandiri kesehatan tradisional

Pada *caregiver* harus tetap memperhatikan pilihan bahan yang dijadikan obat, dengan didahului konsultasi terhadap tenaga kesehatan (KamenkesRI et al., 2019).

2.2.4 Kebutuhan *Caregiver* dalam Merawat Lansia

Lansia perlu mendapatkan perawatan, beberapa lansia dengan kasus khusus membutuhkan *caregiver*. Adapun beberapa hal yang dibutuhkan *caregiver* (Pradikatama, 2024), antara lain:

1. Kebutuhan informasi yang pasti tentang permasalahan kesehatan lansia
 - a. Yang utama adalah *caregiver* mengetahui tentang permasalahan kesehatan yang tepat dari lansia yang akan dirawatnya
 - b. Mengetahui informasi penyakit lain lansia/komplikasi dan kebutuhan yang perlu dipenuhi
 - c. Mengetahui dan memahami semua hal terkait penyakit pada lansia
 - d. Memahami perubahan-perubahan fisik/tanda vital yang perlu diwaspadai pada lansia
2. Pelatihan
 - a. Penilaian kesadaran lansia
 - b. Keterampilan dalam membedahkan kondisi yang ditunjukkan dengan gejala yang sama
 - c. Penilaian kemungkinan dari kesalahan diagnosis
 - d. Informasi mengenai terapi obat-obatan pada lansia
 - e. Pelatihan keterampilan komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dengan lansia

- f. Keterampilan manajemen gangguan kognitif
- g. Keterampilan manajemen tingkah laku yang tepat terhadap penyakit
- h. Keterampilan manajemen fungsional yang tepat terhadap penyakit
- i. Menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia

3. Kebutuhan dukungan emosional

Caregiver akan mengalami banyak tekanan secara emosional ketika memberikan perawatan pada lansia, sehingga membutuhkan dukungan emosional untuk dirinya sendiri. Kebutuhan dukungan emosional diantaranya, adalah:

- a. Strategi manajemen stress
- b. Dukungan dari *caregiver* lainnya
- c. Strategi koping psikologi
 - 1) Waktu luang untuk dirinya sendiri
 - 2) Membicarakan permasalahan dengan orang yang dapat dipercaya
 - 3) Strategi mengutarakan kecemasan, rasa bersalah, depresi, kemarahan, kesepian, rasa malu dengan lebih baik
 - 4) Menerima permasalahan sakitnya
 - 5) Permasalahan mengenai perubahan peran
 - 6) Mendapatkan fasilitas bantuan perawatan
 - 7) Konseling dengan pengasuh profesional
 - 8) Mendapatkan pelatihan pendidikan dari pengasuh profesional yang telah tersertifikasi dalam melakukan perawatan
 - 9) Mencari informasi melalui internet

4. Dukungan bantuan akan jasa sosial

Caregiver memerlukan bantuan dari jasa sosial untuk mengetahui beberapa hal berikut:

- a. Informasi mengenai pelayanan yang ada
- b. Jasa sosial dapat digunakan untuk membantu perekonomian

- c. Mengetahui lebih banyak tentang dasar dan institusi yang mungkin menyediakan bantuan berharga

Caregiver informal merupakan orang terdekat apabila lansia tersebut tinggal dirumah, tidak memiliki keterampilan khusus dalam merawat orang lain yang mengalami keterbatasan sehingga perawatan hanya berdasarkan pengetahuan atau keterampilan dirinya sendiri. Dengan begitu, perlu diberikan penambahan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* antara lain: pendidikan untuk pemberian perawatan, kebutuhan lain adalah manajemen emosi dan stress fisik, manajemen waktu untuk dapat mengatur waktu dalam merawat orang lain, memenuhi kebutuhan keluarga dan waktu untuk dirinya sendiri (Pradikatama, 2024).

2.3 Beban *Caregiver*

2.3.1 Definisi Beban

Menurut Zarit *et al.* (1980) dalam A'yun & Darmawanti, (2022) mengatakan beban *caregiver* ialah munculnya ketegangan yang dialami disaat memberikan perawatan yang memiliki keterkaitan dengan permasalahan dan tantangan yang dihadapinya. Pada *caregiver* informal beban adalah dampak negatif yang dirasakan oleh anggota keluarga dalam memberikan perawatan jangka panjang, mencakup kelelahan fisik dan tekanan psikologis (Fitriana et al. 2023). Beban kerja fisik menurut Sugiono et al., (2018) merupakan pekerjaan dengan mengandalkan kegiatan fisik yang menimbulkan perubahan fungsi organ tubuh dari perubahan kebutuhan oksigen, denyut jantung, peredaran darah dalam paru, suhu tubuh, dan lain sebagainya. Dijelaskan oleh Destiani et al., (2020) beban kerja mental yang tinggi memungkinkan terjadinya perubahan perilaku seperti *burnout* dan penurunan kinerja, sedangkan pada beban kerja psikologis sedang menandakan seseorang dapat mengontrol kemampuan dan tuntutan pekerjaan yang diberikan tanpa merasa terbebani serta waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan jam kerja yang diberikan. Oleh Indah Wahyuni, (2020) menerangkan penerapan

jam kerja yang baik dapat mempengaruhi kualitas dan produktivitas kerja yang baik (Natasha et al., 2023).

2.3.2 Beban yang Dirasakan *Caregiver*

Beban caregiver mencakup dua aspek, yaitu beban objektif dan beban subjektif. Beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan ketika memahami beban fisik atau objektif *caregiver* (Luhung, 2024):

1. Pemenuhan kebutuhan dasar, tingkat ketergantungan individu yang dirawat untuk mengatasi tugas fisik dasar seperti mandi, berpakaian, dan makan dapat membutuhkan kekuatan fisik yang signifikan
2. Mobilitas dan perpindahan, individu yang memerlukan perawatan mungkin memiliki keterbatasan mobilitas, dan *caregiver* harus sering membantu dalam perpindahan
3. Pengelolaan medis, dalam perawatan mungkin melibatkan pengelolaan obat-obatan, yang dapat melibatkan tugas fisik seperti pengukuran dosis, pemberian obat, atau pemantauan efek samping
4. Stress fisik dari kesejahteraan mental, dalam memberikan dukungan emosional dan mental kepada individu yang dirawat dapat menciptakan stres fisik pada *caregiver*
5. Jam kerja panjang dan kurang tidur, dimana memungkinkan *caregiver* harus perlu waspada atau siaga selama episode tertentu yang membuat kelelahan fisik
6. Tugas rumah tangga tambahan, ada *caregiver* yang menanggung tanggung jawab yang besar dalam rumah tangga seperti memasak, membersihkan rumah, dan mengelolah rumah tangga yang dapat menambah beban fisik *caregiver*
7. Stigma dan isolasi, mungkin *caregiver* merasa sulit untuk membawah individu yang dirawat ke masyarakat yang mengakibatkan isolasi fisik
8. Pencegahan cedera, *caregiver* perlu memahami teknik pencegahan cidera dan ergonomi yang benar dalam perawatan
9. Dukungan fisik dan pelatihan, untuk mengetahui teknik perawatan yang benar

10. Perawatan diri, bagian penting dari menjaga keseimbangan fisik dengan beristirahat, olahraga, atau perawatan pribadi lainnya

Beban psikologis adalah beban yang bersifat subjektif, mencakup ketegangan emosional, tekanan kognitif, dan beban mental yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Penyebab terjadinya beban psikologis ini karena berbagai faktor, berikut beberapa penyebab umum dari beban psikologis *caregiver* (Luhung, 2024):

1. Tuntutan perawatan yang tinggi
2. Ketidakpastian kesehatan, kondisi kesehatan yang tidak pasti dapat menimbulkan stress dan kecemasan yang berkepanjangan
3. Kurangnya dukungan sosial, kurang dukungan dari orang sekitar seperti keluarga, teman, atau komunitas
4. Perubahan peran dan identitas, dari individu yang merawat lansia dapat menyebabkan beban psikologis *caregiver*
5. Kurangnya waktu untuk diri sendiri, sulit mengalokasikan waktu untuk diri sendiri dan rekreasi dapat meningkatkan beban psikologis
6. Ketidakpastian finansial, dalam perawatan jangka panjang dan biaya perawatan dapat menyebabkan beban finansial
7. Perasaan bersalah atau tanggung jawab berlebihan, mungkin akan merasa bersalah jika *caregiver* tidak dapat memenuhi semua kebutuhan atau tanggung jawab, dapat meningkatkan tekanan psikologis
8. Kondisi kesehatan mental, adanya kondisi kesehatan mental pada individu yang dirawat, dapat menyulitkan *caregiver* dan meningkatkan beban psikologis
9. Konflik keluarga, terutama pada keputusan perawatan dan tanggung jawab, dapat menimbulkan beban psikologis yang signifikan
10. Perasaan kehilangan dan duka, merawat individu yang mungkin mengalami penurunan kesehatan atau bahkan kehilangan akan memicu perasaan duka

11. Ketidakpastian masa depan, terutama pada perawatan jangka panjang, dapat menimbulkan sumber kecemasan dan stress
12. Ketidakseimbangan hidup kerja dan perawatan, menciptakan keseimbangan antara tugas dan peran *caregiver* dapat menjadi sulit dan menyebabkan kelelahan
13. Tidak dikenali dan tidak diapresiasi, mungkin beberapa *caregiver* merasa tidak diakui atau diapresiasi, mampu menimbulkan perasaan kesepian dan beban psikologis (Luhung, 2024).

2.3.3 Aspek Beban *Caregiver*

Aspek-aspek yang mempengaruhi beban *caregiver* (Kartika Pricilla et al., 2023), yaitu:

1. Aspek emosional, keadaan psikologis yang dapat ditimbulkan seperti marah, kesedihan, kegelisahan, kecemasan. Merawat lansia membutuhkan kesabaran untuk menghadapi perilaku dan emosinya.
2. Aspek fisik, berupa tingkat kelelahan yang dirasakan oleh *caregiver* dalam melakukan perawatan. Khususnya *caregiver* yang membantu seluruh mobilitas pasien seperti mandi, berpakaian, atau makan.
3. Aspek sosial, berhubungan dengan orang lain dan lingkungan sekitar. Merawat pasien, akan berdampak pada kehidupan *caregiver* beresiko kehilangan kehidupan sosial karena terfokus pada perawatan.
4. Aspek finansial, berhubungan dengan pelaksanaan perawatan pasien seperti pengobatan, makanan, transportasi, dll. Semakin rendah pendapatan keluarga dan tingginya biaya pengobatan akan menjadi salah satu faktor beban pada *caregiver*

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Beban *Caregiver*

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi beban *caregiver* dalam melakukan perawatan (Bekdemir & İlhan, 2019), yaitu:

1. Kesehatan pengasuh, beban *caregiver* akan meningkat ketika *caregiver* memiliki masalah kesehatan. *Caregiver* akan mendapat beban tambahan dari beban fisik dan

beban mental yang akan berdampak buruk pada kesehatan *caregiver*. Lebih buruknya lagi, kesehatan *caregiver* yang buruk akan menurunkan kualitas perawatan.

2. Status pekerjaan, pada *caregiver* yang tidak berkerja akan mengalami beban pengasuh lebih tinggi daripada *caregiver* yang berkerja. Roopchand-martin et al., (2014), menemukan bahwa *caregiver* berkerja memiliki skor beban *caregiver* lebih rendah. Sanuade et al., (2015), melaporkan *caregiver* berkerja berada pada tingkat lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak berkerja.
3. Jenis kelamin, tingkat beban *caregiver* perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan *caregiver* laki-laki.
4. Durasi rawat, *caregiver* dengan pengalaman merawat selama 2 tahun atau lebih akan memiliki tingkat beban yang lebih tinggi daripada mereka yang memiliki pengalaman merawat 1-6 bulan atau 1-2 tahun. Dalam Yikilkan et al., (2014), *caregiver* yang merawat pasien selama lebih dari 3 tahun memiliki tingkat depresi dan kecemasan yang lebih tinggi daripada *caregiver* dengan durasi merawat yang lebih pendek.

2.3.5 Skala Pengukuran Beban *Caregiver*

Instrumen penelitian ini telah diciptakan untuk menilai beban pengasuh, instrumen yang digunakan dari kuisisioner *Zarit Burden Interview* (ZBI). Kuisisioner ZBI memberikan penilaian komprehensif atas beban objektif dan subjektif, serta menjadi salah satu pengukur beban yang paling umum digunakan dan telah divalidasi di banyak populasi secara budaya atau etnis. Instrumen yang digunakan dalam wawancara adalah ZBI versi Indonesia dan terdiri dari 22 pertanyaan (Tristiana et al., 2019).

Tabel 2. 1 Kuesioner ZBI

NO	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
1.	Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda (yang terkena DM) meminta bantuan lebih dari yang dia butuhkan?	0	1	2	3	4
2.	Apakah Anda merasa waktu yang Anda habiskan bersama keluarga membuat Anda tidak punya cukup waktu untuk diri sendiri?	0	1	2	3	4
3.	Apakah Anda merasa stres merawat keluarga Anda, sementara Anda memiliki tanggung jawab lain terhadap keluarga?	0	1	2	3	4
4.	Apakah Anda merasa malu terhadap perilaku keluarga Anda?	0	1	2	3	4
5.	Apakah Anda merasa marah apabila berada disekitar keluarga Anda?	0	1	2	3	4
6.	Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda saat ini meregangkan hubungan Anda dengan anggota keluarga yang lain.	0	1	2	3	4
7.	Apakah Anda merasa takut akan masa depan keluarga Anda?	0	1	2	3	4
8.	Apakah Anda merasa keluarga Anda bergantung kepada Anda?	0	1	2	3	4
9.	Apakah Anda merasa tegang (tidak nyaman) ketika berada disekitar keluarga Anda?	0	1	2	3	4
10.	Apakah Anda merasa kesehatan Anda terganggu karena keterlibatan merawat Keluarga Anda?	0	1	2	3	4
11.	Apakah Anda merasa Anda tidak memiliki pencapaian yang Anda inginkan karena keluarga Anda?	0	1	2	3	4
12.	Apakah Anda merasa kehidupan sosial Anda terganggu karena mengurus Keluarga Anda?	0	1	2	3	4
13.	Apakah Anda merasa tidak nyaman memiliki teman karena keluarga Anda?	0	1	2	3	4
14.	Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda menginginkan Anda untuk mengurus dia ?	0	1	2	3	4
15.	Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak memiliki cukup uang untuk mengurus keluarga Anda?	0	1	2	3	4
16.	Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak lagi mampu untuk mengurus keluarga Anda?	0	1	2	3	4
17.	Apakah Anda merasa bahwa Anda kehilangan kendali atas hidup Anda karena penyakit Keluarga Anda?	0	1	2	3	4
18.	Apakah Anda berharap dapat memberikan tanggung jawab perawatan keluarga Anda kepada orang lain?	0	1	2	3	4

NO	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
19.	Apakah Anda merasa tidak yakin tentang apa yang harus Anda lakukan lagi terhadap keluarga Anda?	0	1	2	3	4
20.	Apakah Anda merasa bahwa Anda harus melakukan lebih banyak lagi untuk keluarga Anda dalam hal apapun?	0	1	2	3	4
21.	Apakah Anda merasa bahwa Anda bisa melakukan yang lebih baik lagi dalam merawat keluarga Anda?	0	1	2	3	4
22.	Secara keseluruhan, bagaimana perasaan Anda terhadap beban merawat keluarga Anda?	0	1	2	3	4
Total Skor						

2.4 Kualitas Hidup *Caregiver*

2.4.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan istilah umum untuk menyatakan status kesehatan. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai derajat dimana seseorang memiliki kepuasan dalam hidupnya. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang, yang dapat dinilai dari kehidupan seseorang tersebut. Kualitas hidup individu tersebut dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungannya (Ati et al., 2024).

Kualitas hidup (QoL) adalah konsep yang bertujuan untuk menggapai kesejahteraan, baik dari suatu populasi atau individu, mengenai elemen positif atau negatif dalam keseluruhan keberadaan seseorang pada suatu titik tertentu (Teoli D, 2024).

2.4.2 Aspek Kualitas Hidup

Aspek-aspek kualitas hidup pada individu dalam (Debora., 2024), sebagai berikut:

1. Dukungan untuk merawat, persepsi *caregiver* tentang apa yang telah diterima *caregiver*, meliputi dukungan emosi, praktik, dan profesional
2. Pilihan saat merawat, dimana *caregiver* merasa memiliki kendali atas hidupnya, dan mampu memilih kegiatan yang menunjukkan kepedulian *caregiver* misalnya melalui kegiatan sosial

3. Stres karena merawat, dalam bentuk stres psikologis dan fisik yang dialami *caregiver* akibat merawat, misalnya kelelahan atau depresi
4. Masalah keuangan, apa yang *caregiver* rasakan terkait kondisi keuangannya
5. Perkembangan diri, sejauh mana *caregiver* merasa telah berkembang, serta mengenal pengalaman positif selama merawat
6. Nilai diri, sejauh mana *caregiver* merasa dihargai dan dihormati, serta hubungan antar *caregiver* dengan orang yang dirawat
7. Kemampuan merawat, dimana *caregiver* dapat memberikan perawatan untuk orang yang dirawat, cara mengatasi peran merawat, dan kompetensi *caregiver* dalam merawat
8. Kepuasan dalam memberikan perawatan, perasaan yang dirasakan sebagai *caregiver*, sudah telah mencapai tingkat kepuasan dalam hidup dan peran *caregiver*

2.4.3 Faktor Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut (Ati et al., 2024), yaitu:

1. Jenis kelamin, laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dari berbagai sumber, juga perolehan peran dan kendali memiliki perbedaan sehingga kebutuhan dan hal terpenting bagi laki-laki dan perempuan juga berbeda.
2. Umur, bahwa aspek kehidupan tertentu berkaitan dengan umur, yang menjadi hal penting bagi individu.
3. Pendidikan, tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif.
4. Pekerjaan seseorang menunjukkan segi kualitas hidup, terdapat perbedaan kualitas hidup sebagai pekerja dengan orang yang bekerja kurang baik.
5. Status perkawinan menunjukkan bahwa individu yang tidak menikah, cerai, janda, atau duda, individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.
6. Penghasilan, aspek yang dapat mengubah kualitas hidup masyarakat secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial.

7. Hubungan dengan orang lain, kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, akan membuat manusia memiliki kualitas hidup yang lebih baik secara fisik maupun emosional.
8. Kesehatan fisik, penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga memicu kualitas hidup penderita yang menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri.

2.4.4 Skala Pengukuran Kualitas Hidup

Instrumen penilaian untuk kualitas hidup menggunakan *Adult Carer Quality Of Life* (AC-QOL) yang dikembangkan oleh Hannah Elwick, Stephen Joseph, Saul Becker, dan Fiona Becker. Yang terdiri dari 8 dimensi yaitu: *support for caring, caring choice, caring stress, money matters, personal growth, sense of value, ability to care*, dan *carer satisfaction*. Dengan jumlah keseluruhan 40 item yang dirancang untuk menilai kualitas hidup dari *caregiver* dewasa. Item AC-QOL diberi skor 0 (tidak pernah) hingga 3 (selalu), total yang ada kemungkinan adalah 120 dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik.

Tabel 2. 2 Kuesioner QC-QOL

NO	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
Dukungan untuk Merawat					
1.	Saya memiliki dukungan emosional yang baik	0	1	2	3
2.	Kebutuhan saya sebagai <i>caregiver</i> dipertimbangkan oleh tenaga profesional	0	1	2	3
3.	Saya senang dengan dukungan profesional yang diberikan kepada saya	0	1	2	3
4.	Saya merasa bisa mendapatkan bantuan dan informasi yang saya butuhkan	0	1	2	3
5.	Saya memiliki semua dukungan praktis yang saya perlukan	0	1	2	3
Pilihan saat Merawat					
6.	Saya merasa kehidupan saya tertunda karena harus merawat	3	2	1	0
7.	Kehidupan sosial saya menyedihkan karena merawat	3	2	1	0
8.	Saya merasa pilihan saya untuk masa depan terbatas karena saya merawat	3	2	1	0
9.	Saya merasa tidak memiliki kendali atas hidup saya	3	2	1	0
10.	Kegiatan merawat ini menghambat saya untuk melakukan hal yang saya inginkan	3	2	1	0
Stres karena Merawat					
11.	Saya merasa depresi karena merawat	3	2	1	0

NO	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
12.	Saya merasa lelah karena merawat	3	2	1	0
13.	Mental saya lelah karena merawat	3	2	1	0
14.	Fisik saya lelah karena merawat	3	2	1	0
15.	Saya merasa stres karena merawat	3	2	1	0
Masalah Keuangan					
16.	Saya cemas akan terjatuh hutang	3	2	1	0
17.	Saya merasa puas dengan kehidupan finansial saya	0	1	2	3
18.	Saya dapat menabung untuk berjaga-jaga di saat genting	0	1	2	3
19.	Saya mengkhawatirkan kondisi keuangan	3	2	1	0
20.	Ada cukup uang di rumah untuk memenuhi kebutuhan kami	0	1	2	3
Perkembangan Diri					
21.	Saya menjadi orang yang lebih toleran melalui pengalaman saya merawat orang	0	1	2	3
22.	Melalui pengalaman merawat, saya belajar banyak hal tentang diri saya sendiri	0	1	2	3
23.	Melalui pengalaman merawat, saya merasa semakin dewasa dan berkembang	0	1	2	3
24.	Saya telah mengalami banyak hal positif melalui pengalaman saya selama merawat	0	1	2	3
25.	Saya merasa menjadi orang yang lebih baik melalui pengalaman saya merawat	0	1	2	3
Nilai Diri					
26.	Saya merasa dihargai oleh orang yang saya rawat	0	1	2	3
27.	Orang yang saya rawat menghargai tindakan yang saya lakukan	0	1	2	3
28.	Orang yang saya rawat membuat saya nyaman dengan diri saya sendiri	0	1	2	3
28.	Saya mendapatkan banyak hal dari orang yang saya rawat	0	1	2	3
30.	Saya memiliki hubungan yang baik dengan orang yang saya rawat	0	1	2	3
Kemampuan Merawat					
31.	Saya puas dengan kinerja saya sebagai caregiver	0	1	2	3
32.	Saya dapat memenuhi kebutuhan orang yang saya rawat	0	1	2	3
33.	Saya merasa bahwa saya mampu membuat hidup orang yang saya rawat menjadi lebih baik	0	1	2	3
34.	Saya dapat menangani sebagian besar situasi yang muncul saat bersama orang yang saya rawat	0	1	2	3
35.	Saya mampu menghadapi situasi sulit	0	1	2	3
Kepuasan dalam Memberikan Perawatan					
36.	Merawat adalah hal yang penting bagi saya	0	1	2	3
37.	Saya tidak suka menjadi caregiver	3	2	1	0
38.	Saya merasa frustrasi pada orang yang saya rawat	3	2	1	0
39.	Saya menikmati menjadi caregiver	0	1	2	3
40.	Saya puas dengan kehidupan saya sebagai caregiver	0	1	2	3
Total skor saya					

2.5 Hubungan Beban dan Kualitas Hidup *Caregiver*

Beberapa artikel penelitian terkait hubungan beban dengan kualitas hidup *caregiver*, sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Penelitian Terdahulu

NO	Peneliti	Tahun	Judul	Hasil
1.	Adianta IKA, Wardianti GA	2018	<i>Family burden in type II diabetes mellitus patients</i>	Analisis beban keluarga pasien diabetes menyatakan 66,7% mengalami beban objektif dalam kategori berat, sedangkan 70,6% mengalami beban subjektif dalam kategori sedang.
2.	Ogunmodede Adebisola Jane, Abiodun Olatunji, Makanjuola Alfred Bamiso, Olarinoye John Kola, Ogunmodede James Ayodele, Buhari Olubunmi Ideraoluwa	2019	<i>Burden of Care and Psychological Distress in Primary Caregivers of Patients with Type -2 Diabetes Mellitus in A Tertiary Hospital in Nigeria</i>	Empat puluh dua persen (42%) pengasuh mengalami sedikit atau tidak ada beban, 47% memiliki beban ringan hingga sedang, 8% memiliki beban sedang hingga berat, sementara 3% memiliki beban berat. Ketika skor ZBI dikotomi menjadi beban 'rendah' dan 'tinggi', 89% ditemukan mengalami beban rendah, sementara 11% mengalami beban tinggi. Pada regresi logistik, wanita ditemukan empat kali lebih mungkin mengalami beban tinggi, sementara Tiga puluh lima (35%) persen pengasuh memiliki skor GHQ > 3, menandakan tekanan psikologis dan tekanan psikologis ditemukan secara signifikan terkait dengan beban.
3.	Sayed Mohammad MirHosseini, Reza Mohammad pourhodki, Ali Abbasi, Mohammad Hasan Basirinezhad, Hossein Ebrahimi.	2020	<i>The Relationship between Caring Burden and Quality of Life in Caregivers of Type 2 Diabetes</i>	Usia rata-rata pengasuh adalah $41,86 \pm 12,78$ tahun. Skor rata-rata beban perawatan dan kualitas hidup peserta masing-masing adalah $53,21 \pm 49,61$ dan $61,02 \pm 20,71$. Terdapat korelasi terbalik yang signifikan antara skor rata-rata beban perawatan dan kualitas hidup pengasuh. Berdasarkan hasil penelitian ini, pemberian dukungan sosial dan informasi bagi pengasuh direkomendasikan untuk mengurangi beban perawatan dan selanjutnya meningkatkan kualitas hidup.
4.	Milagros Rico-Blázquez, Víctor Quesada-Cubo, Elena Polentinos-Castro, Raquel Sánchez-Ruano, M Ángeles Rayo-	2022	<i>Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic conditions. A gender-differentiated analysis</i>	Beban yang dirasakan dikaitkan dengan kualitas hidup dalam model yang disesuaikan untuk wanita (-0,12 poin; 95% CI: -0,19; -0,06), dan bantuan rumah tangga dikaitkan dalam model yang disesuaikan untuk

NO	Peneliti	Tahun	Judul	Hasil
	Gómez, Isabel del Cura-González & Grup CuidaCare		<i>in a cross-sectional study</i>	pengasuh pria (-0,12 poin; 95% CI: -0,19; -0,05).
5.	Setyoadi, Sindy Wahyuarista Meiliana, Faradinanta Oktavia Hakim, Yati Sri Hayati, Niko Dima Kristianingrum, Annisa Wuri Kartika, Prinovi Sapta Sandi	2024	<i>The Burden of Family Caregivers in the Care of Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Literature Review</i>	Sebagian besar Kualitas Hidup (QoL) Pengasuh Keluarga buruk (53,6%) dengan total skor berkisar antara 6,23-22,7 (M $\pm$ SD = 14,02 $\pm$ 4,80). Kualitas hidup yang rendah dari pengasuh keluarga adalah laki-laki, memiliki usia lanjut, sudah menikah, pendidikan rendah, hubungan suami istri, karyawan, dan memberikan perawatan kurang dari 5 tahun.