

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Lansia adalah seseorang yang telah berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuhnya sehingga dapat berdampak pada kemunduran atau gangguan fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Setiyorini, 2018). Lansia adalah kategori manusia yang telah memasuki tahap akhir kehidupan, kelompok ini akan mengalami suatu proses yang dinamakan *Ageing Process* atau bisa disebut dengan penuaan (Leni et al., 2022).

Usia tua merupakan suatu keadaan yang harus diterima seseorang sebagai suatu kenyataan dan fenomena biologis. Karena kehidupan akan diakhiri dengan proses penuaan yang berakhir dengan kematian (Hutapea R, 2005). Dalam bukunya, Siti Rachmah mengatakan setiap makhluk hidup akan mengalami proses menua, proses tersebut bukan suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif dimana terdapat proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Siti Rachmah, 2022).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

World Health Organization (WHO) mengklasifikasikan usia lanjut dalam empat kelompok, yaitu :

1. Usia pertengahan (*middle age*) berusia antara 45 – 59 tahun,
2. Usia lanjut (*elderly*) berusia antara 60 – 74 tahun,
3. Usia lanjut tua (*old*) berusia antara 75 – 90 tahun,
4. Usia sangat tua (*very old*) berusia >90 tahun.

Pernyataan lain oleh Hurlock (1979) lansia terbagi kedalam dua kelompok, yaitu : *Early old age* adalah seseorang yang berusia 60 – 70 tahun dan *advance old age* adalah seseorang yang sudah berusia >70 tahun, Kusharyadi (Setiyorini, 2018).

Depkes RI membagi usia lanjut kedalam 5 kelompok, yang terdiri dari :

- 1) Pra lansia yang berusia antara 45 – 59 tahun;
- 2) Lansia yang berusia 60 tahun atau lebih;
- 3) Lansia risiko tinggi adalah yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan;
- 4) Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa;
- 5) Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain (Siti Rachmah, 2022).

2.1.3 Permasalahan pada Lansia

Beberapa permasalahan yang terjadi pada lansia, menurut (Kusumo, 2020) adalah :

- Menurunnya fungsi pendengaran contohnya suara yang terdengar tidak jelas, kata-kata yang diucapkan sulit dimengerti
- Penurunan fungsi penglihatan
- Penurunan kekuatan dan keseimbangan tubuh. Kepadatan tulang pada lansia cenderung berkurang, sendi lebih rentan mengalami gesekan, struktur otot mengalami penuaan
- Kulit mengendur, kering, berkerut, kulit kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak
- Perubahan fungsi pernapasan dan kardiovaskular
- Kehilangan gigi, penurunan fungsi indera seperti pengecap dan penciuman, tidak mudah merasakan lapar, mudah diare, sembelit dan kembung
- Menurunnya fungsi kognitif seperti daya ingat, kemampuan belajar, kemampuan memahami, kemampuan memecahkan masalah dan kemampuan dalam mengambil keputusan.

Adapun menurut (Siti Rachmah, 2022) membagi permasalahan lansia menjadi empat aspek, meliputi :

1) Fisik

Masalah fisik yang kerap dihadapi lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit degeneratif contohnya radang sendi. Selain itu, akibat kondisi fisik yang mulai melemah lansia akan mengalami keluhan saat melakukan aktivitas yang cukup berat misalnya mengangkat beban yang berlebihan yang menyebabkan nyeri pada persendiannya. Pada beberapa indera juga akan mengalami penurunan seperti indera penglihatan, pendengaran, dll.

2) Kognitif

Masalah lain yang tak kalah penting yang akan dihadapi lansia ialah terkait perkembangan kognitif. Contohnya semakin hari semakin menurunnya daya ingat terhadap sesuatu (pikun). Masalah tersebut dapat berdampak terhadap kehidupannya sehari-hari karena lansia akan sulit mengingat hal-hal yang mereka lakukan contohnya minum obat, memastikan lansia sudah makan atau belum, dll.

3) Emosional

Terkait masalah emosional, lansia akan lebih sensitif perasaannya. Contohnya rasa ingin selalu berkumpul dengan keluarga, kondisi tersebut memerlukan kesadaran dari anggota keluarganya. Ketika lansia merasa tidak diperhatikan atau tidak dihiraukan oleh anggota keluarganya, maka lansia akan sering marah apalagi jika ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia. Terkadang lansia juga masih kepikiran dengan ekonomi keluarga atau anaknya yang belum mapan, hal tersebut menjadi beban bagi lansia sehingga tidak sedikit lansia yang mengalami stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4) Spiritual

Terkait spiritual yang sering dihadapi lansia diusia senjanya contohnya kesulitan menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak mendekatkan diri pada Tuhan maka akan semakin banyak dan meningkatkan nilai beribadah. Lansia akan merasa kurang

tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum melakukan ibadah, dan merasa sedih ketika menjumpai permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya.

2.1.4 Penyakit Degeneratif yang Muncul pada Lansia

Kusumo menjelaskan dalam bukunya, ada beberapa penyakit yang sering muncul saat usia lanjut, diantaranya adalah :

1. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Hipertensi merupakan kondisi dimana tekanan darah sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastoliknya melebihi 90 mmHg (*The Joint National on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 8 (JNC-8), 2014*).

2. Diabetes Mellitus (DM)

(American Diabetes Association, 2010; Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015) menjelaskan DM atau kencing manis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan gula darah tinggi melebihi 200 mg/dl yang diakibatkan oleh kerusakan sel beta pankreas (pabrik yang memproduksi insulin dalam tubuh).

3. Penyakit Sendi (Artritis)

(Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2014) dalam (Kusumo, 2020) menjelaskan Artritis adalah penyakit autoimun yang berakibat pada kerusakan sendi dan kecacatan serta memerlukan pengobatan dan kontrol jangka panjang.

4. Stroke

Stroke adalah penyakit yang terjadi karena suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu akibat tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, 2017 dalam (Kusumo, 2020).

5. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

6. Kemenkes dalam (Kusumo, 2020) menjelaskan PPOK adalah penyakit paru kronik (menahun) yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas, yang semakin lama akan semakin memburuk dan tidak sepenuhnya dapat kembali normal.

2.2 Konsep Caregiver

2.2.1 Definisi Caregiver

Caregiver adalah seseorang yang memberikan pengasuhan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar pada individu yang selanjutnya dievaluasi sesuai dengan perkembangan yang terjadi. *Caregiver* juga dapat diartikan sebagai pelaku rawat yang memberikan perawatan atau dukungan pada orang lain yang memiliki penyakit. Seseorang yang mengambil peran dan tanggung jawab untuk merawat orang yang sakit (tidak mampu merawat dirinya sendiri) juga dapat disebut *caregiver* (Ati, et al., 2024). Widyanti dan Marnie dalam (Yani et al., 2022) menjelaskan, *caregiver* adalah individu bisa dari keluarga, teman, atau yang memiliki hubungan lain yang memberikan pengasuhan dan dukungan fisik, praktis, serta emosional. Selain itu juga memberi perhatian, bantuan, perlindungan, pengawasan, dan kenyamanan kepada orang lain yang memerlukan bantuan karena sakit atau tidak mampu merawat dirinya sendiri.

2.2.2 Jenis – jenis Caregiver

Menurut (Handini et al., 2024) *Caregiver* dibagi dalam dua jenis, yang pertama berdasarkan konteks dan kebutuhan individu yang dirawat dan yang kedua berdasarkan sifatnya.

a. Berdasarkan konteks dan kebutuhan individu

1) *Caregiver* Informal

Biasanya berasal dari anggota keluarga, teman, atau tetangga yang dekat dan secara sukarela memberikan perawatan kepada individu yang memerlukan bantuan dan biasanya tidak memperoleh imbalan jasa.

2) *Caregiver* Profesional

Adalah individu yang sudah dilatih menjadi profesional untuk memberikan perawatan, seperti perawat, bidan, atau asisten medis.

3) *Caregiver* Formal di Fasilitas Kesehatan

Caregiver yang bekerja di rumah sakit, di pusat perawatan jangka panjang, atau pusat kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan secara medis atau non-medis.

4) *Caregiver* Sosial

Seseorang yang memberikan dukungan sosial kepada individu yang mengalami kesulitan, contohnya dalam konteks dukungan mental atau dukungan bagi kelompok rentan.

5) *Caregiver* Anak

Orang tua atau pengasuh yang memberikan perawatan khusus kepada anak-anak dengan kebutuhan khusus atau anak-anak yang sakit.

6) *Caregiver* untuk Orang Disabilitas

Caregiver yang memberikan perawatan kepada individu yang memiliki keterbatasan fisik, intelektual, atau perkembangan.

7) *Caregiver* Paliatif

Caregiver yang fokus pada perawatan paliatif, yang memberikan dukungan khusus kepada individu yang menghadapi penyakit terminal.

b. Berdasarkan sifatnya

1) *Agency Caregiver*

Untuk dapat menjadi *agency caregiver*, seseorang harus memiliki kualifikasi sebagai *certified Nursing Assistant (CNA)* atau asisten perawat tersertifikasi. Pada umumnya, *agency caregiver* akan diminta untuk melakukan tugas keperawatan umum untuk orang-orang yang dirawat. *Agency Caregiver* bisa bekerja di panti jompo untuk jangka pendek, atau melakukan kunjungan ke rumah pasien, atau bekerja di rumah sakit.

2) *Caregiver* Panti Jompo

Menjadi *caregiver* di panti jompo membutuhkan sikap positif untuk bekerja dengan lansia, yang banyak di antaranya mungkin mengalami masalah ingatan, kehilangan kemampuan fisik, dan mengalami masalah kesehatan mental saat mereka memasuki usia senja.

3) *Home Caregiver*

Home caregiver akan pergi ke rumah pasien untuk memberikan perawatan dan dukungan. Mereka kerap kali dikontrak oleh agensi dan akan diberikan tugas untuk memberikan perawatan kepada beberapa pasien secara rutin dan berkala. *Homecare* disediakan untuk berbagai kalangan, mulai dari lansia yang menginginkan lebih banyak kemandirian dibandingkan dengan bantuan hidup, hingga penyandang disabilitas permanen yang memerlukan bantuan berkelanjutan. *Home caregiver* akan memberikan dukungan sosial dan psikologis serta bantuan fisik pada pasien yang dikunjungi.

4) *Caregiver Paliatif*

Pengelolaan perawatan paliatif di rumah sakit biasanya dirancang untuk perawatan orang – orang yang mengalami kondisi menjelang ajal. Umumnya pasien paliatif di rumah sakit adalah orang – orang dengan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan seperti kanker, gagal ginjal kronis, stroke (CVA), dsb, sehingga tujuan dari memberikan perawatan pada pasien paliatif ini adalah meningkatkan kualitas hidup pasien di sisa hidupnya.

5) *Adult Daycare Caregiver*

Tempat penitipan ini disediakan untuk pasien dewasa penyandang disabilitas permanen yang memerlukan kombinasi perawatan medis, pengawasan, pendidikan, dan dukungan sosial setiap harinya. Kondisi ini umum terjadi pada orang dewasa yang memiliki keterbatasan yang menghalangi mereka untuk dapat bekerja secara mandiri di masyarakat.

6) *Virtual Online Caregiver*

Dewasa ini, perawatan secara online telah menjadi salah satu fasilitas yang memudahkan masyarakat dalam mendapatkan perawatan kesehatan karena sangat terjangkau dan efisien untuk merawat orang-orang yang tidak memerlukan bantuan fisik secara aktif. Cara kerjanya adalah *caregiver* akan menelpon atau *check-in* dengan klien secara teratur untuk mendiskusikan kebutuhan dan kesulitan mereka, memberikan pengingat pengobatan, dan membantu mereka melakukan intervensi di

rumah untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Umumnya, jika memberikan layanan perawatan secara online, yang terbaik adalah bekerja dengan klien dalam model *hybrid* sehingga *caregiver* juga dapat mengunjungi klien secara langsung dan rutin.

7) *Independent Caregivers*

Jenis *caregiver* ini tidak terikat atau tidak bekerja melalui suatu agensi. *Caregiver* seringkali dipekerjakan langsung oleh keluarga untuk memberikan perawatan kepada klien. Sebagai pengasuh mandiri, *caregiver* dapat membangun hubungan yang lebih dekat dengan keluarga dan klien dalam jangka waktu yang lama.

2.2.3 Klasifikasi Usia *Caregiver*

Seseorang untuk dapat dikatakan sebagai *caregiver* formal biasanya harus berusia minimal 18 tahun. Namun, beberapa negara bagian di dunia mengizinkan *caregiver* berusia 16 tahun keatas, asalkan mereka bekerja dibawah penyedia layanan PCA berlisensi karena *caregiver* yang lebih muda memerlukan pemantauan rutin oleh profesional. Berbeda perlakuan dengan *caregiver* informal yang tidak ada batasan usia resmi, praktik nyata menunjukkan banyak yang memulai peran *caregiving* sejak usianya masih dibawah 16 tahun (Ethel Shepherd, 2025).

WHO secara global mengelompokkan kategori usia seseorang dengan menggunakan pendekatan *life-course* (siklus hidup) sebagai berikut:

- Bayi (Neonatus) : 0 – 1 tahun
- Balita (Toddler) : 1 – 3 tahun
- Anak – anak : 4 – 12 tahun
- Remaja (Adolescents) : 13 – 19 tahun
- Dewasa muda : 18 – 24 tahun
- Dewasa (Adult) : 25 – 59 tahun
- Lansia (Elderly) : \geq 60 tahun

2.2.4 Peran *Caregiver* Informal pada Lansia

Caregiver informal memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup lansia, *caregiver* informal biasanya merupakan anggota keluarga atau teman, yang memberikan perawatan jangka panjang kepada lansia dan biasanya tanpa ada imbalan. Mereka mungkin tinggal di wilayah atau serumah yang sama dengan orang yang mereka rawat. Menurut (Bethesda, 2024). *caregiver* berperan dalam membantu kebutuhan sehari-hari orang lain dengan:

- Membantu kebutuhan pribadi seperti mandi, berpakaian, dan mobilitas
- Melakukan atau mengatur pekerjaan rumah tangga seperti membersihkan, berbelanja, dan memasak
- Mengelola keuangan
- Perencanaan perawatan dan layanan seperti membuat janji temu, menyediakan transportasi, dan melaporkan masalah
- Bertanggung jawab atas orang yang dirawatnya dalam artian ini sering mengunjungi
- Memberikan dukungan baik fisiologis maupun psikologis

Dalam memenuhi Perawatan Jangka Panjang (PJP) yang tidak mampu dilakukan secara mandiri oleh lansia, disini peran *caregiver* informal dibutuhkan untuk membantu dan mendampingi lansia dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari. *Caregiver* bertugas memberikan bantuan dalam aspek fisik, mental, sosial budaya dan spiritual. *Caregiver* lansia harus memiliki pengetahuan dasar tentang pendampingan dan pemberian bantuan yang tepat untuk lansia yang membutuhkan PJP (Ati et al., 2024).

2.2.5 Jenis - jenis Beban *Caregiver*

Beban yang dirasakan *caregiver* informal diartikan sebagai pengalaman yang dialami *caregiver* informal ketika memberikan perawatan pada lansia yang dipengaruhi oleh berbagai macam faktor misalnya karakteristik lansia, *caregiver* itu sendiri, dan lingkungan, hal ini dapat memunculkan dampak pada kesehatan *caregiver* baik fisik maupun psikologis saat beban yang diterima melebihi batas.

Seorang *caregiver* kerap kali dihadapkan dengan beban perawatan finansial, emosional, fisik, dan sosial. *Caregiver* juga memiliki dampak beban perawatan paling besar yang kaitannya dengan kesehatan, dukungan keluarga/teman dan tanggungjawab, karena *caregiver* informal cenderung tidak memiliki akses ke perawatan profesional serta pelatihan tentang perawatan yang terbatas. Hal ini dapat meningkatkan beban perawatan bagi mereka (Mamom & Daovisan, 2022).

Jagannathan dalam (Muryani & Sri, 2019) mengatakan beban *caregiver* dapat berupa beban objektif dan beban subjektif.

a) Beban Objektif

Beban objektif adalah beban yang dihadapi *caregiver* dalam kehidupan sehari-hari contohnya masalah keuangan, hubungan sosial, dan waktu luang (Muryani & Sri, 2019).

Dalam penelitian lain menyatakan beban objektif adalah beban yang terkait dengan berbagai permasalahan praktis selama proses perawatan, seperti terganggunya kegiatan di lingkungan sosial, berkurangnya waktu luang dan waktu istirahat serta bertambahnya kebutuhan dan pengeluaran (Fitriani dan Handayani, 2018).

b) Beban subjektif

Beban subjektif adalah beban yang dirasakan *caregiver* yang kaitannya dengan emosional dalam merawat pasien Jagannathan dalam (Muryani & Sri, 2019). Beban subjektif merupakan beban yang dirasakan dari reaksi emosional atas tugas – tugas pengasuhan (Kamila dan Dewi, 2023)

2.2.6 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Beban *Caregiver* Informal

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Kong et al., 2021) faktor-faktor yang berpengaruh terhadap beban *caregiver* informal, meliputi:

a) Usia

Temuan dalam penelitian mengatakan bahwa banyak kelompok usia lanjut yang memberikan perawatan informal daripada kelompok usia muda, ini menjadi penyebab kekhawatiran karena mencerminkan kenyataan bahwa para individu yang sudah tidak muda

harus merawat orang lanjut usia. Kemampuan untuk memberikan perawatan terpengaruh seiring bertambahnya usia karena akan terjadi penurunan kekuatan dan mobilitas dalam menjalankan tugasnya (Kong et al., 2021).

b) Jenis Kelamin

Hubungan antara jenis kelamin dengan beban pada *caregiver* informal dan pemberian perawatan konsisten dengan penelitian lain di seluruh dunia. Pengasuhan keluarga berakar dari tradisi dan nilai sosial yang berlaku, dimana anggota keluarga perempuan sering kali dididik untuk mengelola pekerjaan rumah tangga dan tanggung jawab pengasuhan, sementara anggota keluarga laki-laki difokuskan untuk memberikan dukungan finansial bagi keluarga (Kong et al., 2021).

c) Penyakit yang di derita

Tugas memberikan perawatan kepada orang sakit sangat berat dan dapat menyebabkan penurunan status kesehatan bagi pengasuh, baik secara fisik maupun psikologis. Setiap lansia memiliki riwayat penyakit yang berbeda dan beban pengasuhan yang berbeda tergantung pada penyakit yang di derita oleh lansia yang dirawat. Semakin banyak penyakit yang diderita lansia maka semakin besar pula beban pengasuhan yang dirasakan *caregiver* informal (Kong et al., 2021).

2.2.7 Dampak dari Beban yang Dirasakan *Caregiver* Informal

Beban pengasuhan dapat memiliki dampak buruk bagi *caregiver* informal dan penerima perawatan. Beberapa dampak negatif yang mungkin terjadi bagi penerima perawatan adalah penganiayaan, memburuknya gejala neuropsikiatri demensia, dan gangguan kognitif, serta menurunnya kualitas hidup. Sedangkan bagi *caregiver* informal, aspek fisik, psikologis, sosial, dan finansial dari beban perawatan dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental mereka. *Caregiver* informal cenderung mengalami lebih banyak stres, lebih banyak depresi, efikasi diri dan kesejahteraan subjektif yang lebih rendah dibandingkan dengan yang bukan *caregiver*, dan dampak negatif lebih terasa diantara mereka yang merawat lansia dengan demensia (Helmi Nugroho et al., 2022).

2.2.8 Alat Ukur Beban *Caregiver*

Penulis dalam penelitian ini menggunakan *Zarit Burden Interview (ZBI)* versi Bahasa Indonesia sebagai alat ukur yang digunakan untuk mengukur beban yang dirasakan *caregiver*. *ZBI* pertama kali dikembangkan pada tahun 1985 oleh Profesor Steven H. Zarit dari Universitas Pennsylvania yang kemudian diterjemahkan kedalam versi Bahasa Indonesia oleh Rahmat LAE (2009). *ZBI* juga menjadi instrumen yang paling banyak digunakan dan divalidasi untuk populasi yang berbeda sehingga memiliki konsistensi internal yang baik ($\alpha = 0,92$), sensitivitas 98,5%, dan spesifisitas 93,9%. Dari 22 item pertanyaan, *ZBI* mempunyai 5 domain yaitu fisik atau kesehatan *caregiver*, beban emosional atau psikologi, beban ekonomi dan beban sosial serta hubungan antara pasien dan keluarga (Hanifati & Gayatri, 2024). Pertanyaan bersifat tertutup sehingga responden tidak perlu menjawab dengan kalimatnya sendiri. Perhitungan dicetak pada skala Likert dengan 5 pilihan respon mulai dari 0 = 'tidak pernah' hingga 4 = 'hampir selalu'. Skor item lalu dijumlahkan untuk mendapatkan skor total mulai dari 0 hingga 88, skor yang lebih tinggi menunjukkan beban yang lebih besar (Domínguez-Vergara et al., 2023)

Tabel 2.1 Kuisisioner *Zarit Burden Interview (ZBI)*

Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
1. Apakah anda merasa bahwa keluarga anda (lansia) 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 ketika merawat keluarga anda, sementara anda memiliki tanggung jawab lain terhadap keluarga anda sendiri?	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

Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
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
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 harus 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

Sumber: *Academy of the Medicine Singapore*, 2010

Kategori :

1. Sedikit / tidak ada beban = 0 - 20
2. Beban ringan sampai sedang = 21 - 40
3. Beban sedang hingga berat = 41 - 60
4. Beban Berat = 61 - 88

2.3 Subjective Well-Being

2.3.1 Definisi Subjective Well-Being

Subjective well-being (SWB) atau kesejahteraan subjektif adalah sebuah konsep yang mengacu pada bagaimana seseorang mengevaluasi kualitas hidup mereka secara subjektif, baik

dari segi afek positif maupun negatif serta kepuasan hidup secara keseluruhan dari domain dan aktivitas tertentu dalam kehidupan mereka (Stone & Mackie, 2019). *Subjective well-being* adalah istilah yang mempunyai hubungan erat dengan kebahagiaan (*happiness*). Bukhari dan Khanam dalam penelitian (Lharasati & Naila, 2019) menyebutkan bahwa kebahagiaan merupakan bagian dari *subjective well-being* dimana hal tersebut merupakan suatu pandangan yang bersifat subjektif dari keseluruhan hidup yang dijalani individu.

Diungkapkan Diener dalam (Irianti, 2020) bahwa definisi *subjective well-being* dapat dibagi kedalam tiga kategori. Pertama, *subjective well-being* bukanlah sebuah pernyataan subjektif tetapi beberapa keinginan berkualitas yang ingin dimiliki setiap orang. Kedua, *subjective well-being* merupakan sebuah penilaian secara keseluruhan dari kehidupan yang dijalani seseorang yang mengacu pada berbagai macam kriteria. Ketiga dari *subjective well-being* adalah saat dipakai dalam percakapan sehari-hari dimana perasaan positif lebih besar daripada perasaan negatif. Diener dan Pavot juga mengatakan *subjective well-being* merupakan kategori yang luas terkait fenomena yang menyangkut respon-respon emosional seseorang, domain kepuasan dan penilaian-penilaian global atas kepuasan hidup (Irianti, 2020)

2.3.2 Teori – teori *Subjective Well-Being*

Literatur terkait *subjective well-being* sangat luas dan tersebar di berbagai bidang keilmuan, studi terkait *subjective well-being* muncul dalam bidang ilmu tradisional seperti filsafat, ekonomi, dan psikologi, serta di bidang-bidang baru seperti kesehatan masyarakat dan ekologi manusia. Tinjauan literatur *subjective well-being* sebelumnya cenderung berfokus pada satu bidang ilmu. Mengingat bahwa studi *subjective well-being* teoritis dan empiris sering tersebar di seluruh batas disiplin ilmu. Tinjauan dalam satu disiplin ilmu jarang menggabungkan teori dan bukti empiris untuk *mendapatkan* wawasan baru tentang arah penelitian (Das et al., 2020).

Landasan teori *subjective well-being* cenderung berasal dari psikologi dan berfokus pada mekanisme dimana *subjective well-being* individu dipengaruhi oleh faktor internal (pribadi) dan

eksternal (sosial). Kirti dkk mengelompokkan teori-teori mengenai *subjective well-being* ke dalam empat kategori utama, yaitu:

1. Teori Pemenuhan dan Keterlibatan

Maslow dan Wilson menyebutkan teori pemenuhan dan keterlibatan adalah teori telik, teori-teori ini menyatakan bahwa *subjective well-being* meningkat ketika kebutuhan atau tujuan tertentu terpenuhi. Seperti yang didefinisikan oleh Wilson, “terpenuhinya kebutuhan menyebabkan kebahagiaan, dan sebaliknya, bertahannya kebutuhan yang tidak terpenuhi menyebabkan ketidakbahagiaan.” Teori berbasis tujuan berfokus pada keinginan tertentu yang disadari oleh seseorang dan tindakan yang diambil untuk memenuhinya, pemenuhan keinginan itu pada akhirnya mengarah pada *subjective well-being* (Kirti et al., 2020).

2. Teori Orientasi Pribadi

Meskipun variabel demografi seperti kesehatan, pendapatan, latar belakang pendidikan, dan status perkawinan telah dianggap sebagai penentu dan proksi kebutuhan, tujuan, dan aktivitas. Eksplorasi variabel demografi ini menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut hanya menjelaskan sebagian kecil dalam *subjective well-being*. Headey dan Wearing mengatakan bahwa setiap orang memiliki tingkat dasar *subjective well-being* yang unik, yang terutama ditentukan oleh orientasi pribadi mereka (Kirti et al., 2020).

3. Teori Evaluatif

Teori ini memandang *subjective well-being* sebagai perbandingan mental antara kehidupan, kondisi, atau keadaan individu dengan standar objektif atau subjektif tertentu. Kondisi pribadi yang melampaui standar ini menghasilkan *subjective well-being* yang lebih tinggi dan sebaliknya. Perbandingan ini dan tingkat *subjective well-being* terkaitnya dapat bersifat sadar seperti dalam evaluasi kehidupan, atau tidak sadar seperti dalam proses emosional. Dengan demikian, teori evaluatif menganggap evaluasi sebagai hasil utama dan penentu *subjective well-being* (Kirti et al., 2020).

4. Teori Emosi

Teori emosi berfokus pada bagaimana emosi positif dan negatif tidak hanya menjadi hasil tetapi juga penentu langsung dan menengahi *subjective well-being*. Meskipun rangkaian teori

ini agak tumpang tindih dengan teori pemenuhan dan keterlibatan yang menekankan hubungan antara kesenangan dan rasa sakit dengan kebutuhan dan pemenuhan tujuan, teori emosi mewakili perluasan penting yang menunjukkan mekanisme tambahan melalui emosi yang memengaruhi aktivitas dan memperkuat *subjective well-being* (Kirti et al., 2020).

2.3.3 Komponen – komponen *Subjective Well-Being*

Dua komponen utama dalam *subjective well-being* yakni *emotional well-being* (kesejahteraan emosional) yang dibagi lagi menjadi emosi positif dan negatif, emosi positif meliputi perasaan senang, bahagia, dan gembira sedangkan emosi negatif meliputi perasaan tidak senang, marah, dan sedih. Komponen kedua adalah *life satisfaction* (kepuasan hidup) yang merujuk pada sejauh mana individu merasa bahwa hidup mereka sesuai dengan standar pribadi mereka, Diener dalam (Tan et al., 2021).

2.3.4 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi *Subjective Well-Being*

(Das et al., 2020) dalam penelitiannya menemukan dan merangkum faktor yang teridentifikasi berpengaruh terhadap *subjective well-being* menjadi tujuh kategori besar, meliputi:

1. Demografi Dasar, meliputi usia, jenis kelamin, dan ras/etnis.
2. Status Sosial Ekonomi, meliputi pendapatan, pendidikan, pekerjaan, struktur keluarga, dan status imigrasi
3. Kesehatan, meliputi kesehatan umum atau yang dilaporkan sendiri, penyakit, cacat mental dan fisik, kualitas tidur, dan aktivitas fisik.
4. Kepribadian, meliputi lima ciri kepribadian besar dan sifat-sifat bernuansa, seperti kemandirian diri, optimisme, dan harga diri.
5. Dukungan sosial, meliputi jumlah hubungan/relasi, kualitas hubungan, teman, keluarga, kepuasan keluarga, kepuasan sosial, dan diskriminasi.
6. Agama dan budaya, meliputi konseptualisasi *subjective well-being*, religiusitas, dan kunjungan ke rumah ibadah (masjid, pura, gereja, dll).

2.3.5 Alat Ukur *Subjective Well-Being*

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan kombinasi dua skala pengukuran untuk mengukur tingkat *subjective well-being* pada responden, yaitu *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS) yang dikembangkan oleh Diener, dkk (2006) dan *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) yang dikembangkan oleh Watson dkk (1988).

a. *The Satisfaction With Life Scale* (SWLS)

SWLS adalah instrumen singkat berisi 5 item yang dirancang untuk mengukur penilaian kognitif global tentang kepuasan hidup seseorang. Skala ini biasanya hanya membutuhkan waktu sekitar satu menit untuk pengisian dimana responden menjawab pada skala Likert. Kepuasan hidup dalam konteks ini mengacu pada penilaian menghakimi atas hidup seseorang berdasarkan standar mereka sendiri. SWLS bertujuan untuk mengukur aspek kognitif daripada aspek emosional dari kepuasan hidup, dan tidak berfokus pada domain tertentu seperti karier atau hubungan.

Tabel 2.2 Kuisisioner *Satisfaction With Life Scale* (SWLS)

Pertanyaan	Pilihan Jawaban						
	Sangat Setuju	Setuju	Sedikit Setuju	Netral	Sedikit Tidak Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
Dalam banyak hal, kehidupan saya mendekati ideal saya	7	6	5	4	3	2	1
Kondisi hidup saya sangat baik	7	6	5	4	3	2	1
Saya puas dengan hidup saya	7	6	5	4	3	2	1
Sejauh ini saya telah mendapatkan hal-hal penting yang saya inginkan dalam hidup ini	7	6	5	4	3	2	1
Jika saya dapat mengulang kembali hidup ini, hampir tidak ada yang ingin saya ubah dalam hidup saya	7	6	5	4	3	2	1

Sumber: Fetzer Institute, 2024

Skor :

Sangat puas dengan hidup = 31 – 35

Sedikit tidak puas = 15 – 19

Puas dengan hidup = 26 – 30

Tidak puas dengan hidup = 10 – 14

Sedikit puas = 21 – 25

Sangat tidak puas dengan hidup = 5 – 9

Netral = 20

b. *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

PANAS adalah ukuran laporan diri yang digunakan untuk menilai tingkat afek positif dan negatif. Terdiri dari 20 item yang menanyakan sejauh mana responden telah mengalami emosi yang berbeda selama jangka waktu tertentu. Ada dua skor yang dihasilkan dari dua skala yang disertakan dalam PANAS: satu untuk afek positif (PA) dan satu untuk afek negatif (NA). Skor total untuk setiap skala dihitung melalui penjumlahan setiap item yang menilai faktornya masing-masing. Skor potensial untuk PANAS berkisar antara 10 hingga 50 untuk setiap skala PA dan NA. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat pengaruh yang lebih tinggi. Keterbatasan PANAS meliputi ketidakmampuannya untuk mendiagnosis gangguan tertentu dan penerapannya yang terbatas dalam lintas budaya. Bahkan dengan keterbatasan ini, PANAS dapat membantu melacak tingkat emosi positif dan negatif pasien secara efisien.

Tabel 2.3 Kuisisioner *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

No	Pertanyaan	Sangat jarang/ tidak pernah	Jarang	Kadang - kadang	Sering	Sangat sering
1.	Antusias	1	2	3	4	5
2.	Bersemangat	1	2	3	4	5
3.	Bangga	1	2	3	4	5
4.	Penuh semangat (kuat)	1	2	3	4	5
5.	Terinspirasi	1	2	3	4	5
6.	Aktif	1	2	3	4	5
7.	Waspada	1	2	3	4	5
8.	Bertekad	1	2	3	4	5
9.	Ceria	1	2	3	4	5
10.	Penuh perhatian	1	2	3	4	5
11.	Gelisah	1	2	3	4	5
12.	Tertekan	1	2	3	4	5
13.	Bersalah	1	2	3	4	5
14.	Takut	1	2	3	4	5
15.	Marah	1	2	3	4	5
16.	Iri	1	2	3	4	5
17.	Malu	1	2	3	4	5
18.	Gugup	1	2	3	4	5
19.	Cemas	1	2	3	4	5
20.	Tak berdaya	1	2	3	4	5

Sumber: Fetzer Institute, 2024

Skor :

No Pertanyaan

1 – 10

11 – 20

Keterangan

Afek Positif / Emosi Positif

Afek Negatif / Emosi Negatif

Semakin tinggi skor PA, semakin tinggi tingkat afek positif seseorang. Sebaliknya, semakin tinggi skor NA, semakin tinggi tingkat afek negatif.

Interpretasi:

- **Skor PA/NA maksimum:** 50 (jika semua item dijawab "5")
- **Skor PA/NA minimum:** 10 (jika semua item dijawab "1")
- **Skor PA/NA maksimum:** 50
- **Skor PA/NA minimum:** 10

Kombinasi dari instrumen SWLS dan PANAS untuk mengukur tingkat *subjective well-being* umum digunakan bahkan pada banyak penelitian terdahulu. Di Indonesia, contohnya pada penelitian (Nadiyahusofia, 2017); (Khasanah & Zulfiyah, 2020); dan (Firmansyah & Widuri, 2014). Untuk memperoleh skor *subjective well-being*, perlu dilakukan perhitungan dengan rumus sebagai berikut, $SWB = SWLS + (PA - NA)$. Semakin tinggi hasil dari skor yang didapat, maka semakin menunjukkan nilai *Subjective Well-Being* individu tersebut.

Kategori skor dari nilai *subjective well-being* menyesuaikan dengan konteks dan tujuan dari penelitian tersebut. Menurut Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) dalam buku panduannya tentang *subjective well-being* disebutkan bahwa salah satu cara untuk mengelola sejumlah besar nilai responden adalah dengan membuat ambang batas tertentu berdasarkan perhitungan yang sesuai dengan jumlah dan nilai *subjective well-being* dari responden. Maka dari itu, penulis membuat kategori "tinggi", "sedang" dan "rendah" berdasar pada panduan yang ada agar hasil yang didapatkan valid. Dalam membagi kategori skor, penulis menggunakan rumus kategorisasi berdasarkan sebaran normal (distribusi normal). Rumus ini digunakan untuk mengklasifikasikan skor menjadi tiga kategori berdasarkan nilai rata-rata (μ) dan simpangan baku (σ). Kategorinya sebagai berikut:

- a) Kategori rendah: Skor < $(\mu - \sigma)$
- b) Kategori sedang: \leq Skor < $(\mu + \sigma)$
- c) Kategori tinggi: Skor $\geq (\mu + \sigma)$

2.4 Hubungan *Subjective Well-Being* dengan Beban yang dirasakan *Caregiver Informal*

Tabel 2.4 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Tahun	Judul	Hasil
1	Mingmei Cheng, Hualei Yang, and Qian Yu	2023	Impact of informal caregiving on caregivers' subjective well-being in China: a longitudinal study	Pemberian perawatan informal secara signifikan mengurangi kesejahteraan subjektif perawat dan efek negatifnya lebih kuat bagi perawat frekuensi tinggi. Analisis subkelompok mengungkapkan bahwa pemberian perawatan informal memberikan dampak negatif yang lebih besar terhadap wanita, mereka yang tinggal di pedesaan, menikah, bekerja, dan hidup terpisah dari orang tua. Analisis mekanisme lebih lanjut menunjukkan bahwa penurunan pendapatan upah, waktu luang, dan waktu tidur merupakan saluran yang melaluinya secara informal perawatan memberikan efek kesejahteraan perawat.
2	Gunn Steinsheim, Wenche Malmedal, Turid Follestad, Bonnie Olsen, and Susan Saga	2023	Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: a cross-sectional study	Beberapa kovarian secara statistik terkait dengan beban subjektif pada empat tingkatan. Ovariati ini termasuk kesehatan diri, tekanan mental, usia, mengatasi pengunduran diri dan penolakan, dukungan emosional dan instrumental, penggunaan zat, dan humor di tingkat perawat informal; gejala perilaku dan psikologis demensia, tingkat keparahan demensia, dan tingkat disabilitas di tingkat penerima perawatan; tingkat perawatan. menjadi perawat utama, dan kepuasan hubungan sebelumnya pada tingkat konteks relasional; dan perawat informal menghabiskan waktu dengan teman, kegiatan santai, pembatasan sosial, dan pengetahuan tentang layanan kesehatan yang tersedia di tingkat konteks masyarakat.
3	Ingvild Lilleheie, Jonas Debesay,	2021	The tension between carrying a burden	Hasilnya mencerminkan ketidakseimbangan mengenai

No	Peneliti	Tahun	Judul	Hasil
	Asta Bye, and Astrid Bergland		and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital	kebutuhan perawatan relatif terhadap waktu, peran sosial, keadaan fisik dan emosional, dan sumber daya perawatan formal. Empat tema muncul dari wawancara: 1) Menjembatani kesenjangan, 2) Keluarga adalah keluarga, 3) Tidak pernah cukup, dan 4) Stres dan kesusahan.
4	Rich K & Upton D	2017	Subjective wellbeing amongst informal caregivers of people with wounds: A cross-sectional survey	Para perawat informal dari orang-orang dengan luka-luka skor jauh lebih rendah pada ukuran subjektif kesejahteraan dibandingkan dengan penduduk Australia yang berpengaruh besar ($d = 1,11$). Asosiasi negatif diidentifikasi antara tidur dan kesehatan subjektif, sementara asosiasi positif ditemukan di antara kepuasan yang diberikan oleh perawat, dan hubungan kualitas dengan kesejahteraan subjektif
5	Andrea Flanco, Raffaella D.G. Sartori, Luca Negeri, Saverio Lorini, Giovanni Valle, Antonela	2020	The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders	Peserta yang merasakan beban yang tinggi melaporkan tingkat depresi yang lebih tinggi terkait emosi, kepuasan hidup yang lebih rendah dan daya tahan yang lebih rendah daripada peserta yang merasakan beban yang rendah. Tak ada grup perbedaan muncul dalam arti yang dirasakan dan dukungan sosial. Analisis regresi menunjukkan bahwa prediktor terbaik dari beban yang dirasakan adalah kepuasan hidup, diikuti dengan tingkat ketahanan yang lebih rendah, sementara emosi terkait depresi tidak memberikan kontribusi yang signifikan.