

Berdasarkan hasil penelitian tabel 5.3 bahwa dari 32 responden, memiliki proporsi tertinggi caregiver burden dalam kategori sedang dan kualitas hidup yang baik sebanyak 15 responden (75,0%). Caregiver burden dalam kategori berat dan kualitas hidup yang kurang sebanyak 4 responden (80,0%). Caregiver burden dalam kategori ringan dan kualitas hidup yang baik sebanyak 6 responden (85,7%). Caregiver burden dalam kategori ringan dan kualitas hidup kurang sebanyak 1 responden (14,6%). Caregiver burden dalam kategori sedang dan kualitas hidup kurang sebanyak 5 responden (25,0%). Caregiver burden dalam kategori berat dan kualitas hidup kurang sebanyak 4 responden (80,0%). Caregiver burden dalam kategori berat dan kualitas hidup baik sebanyak 1 responden (20,0%). Berdasarkan uji statistik diperoleh *p value* (0,033) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara *caregiver burden* dengan kualitas hidup pasien DM di Jakarta.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1. Gambaran usia *caregiver*

Hasil dari penelitian ini diperoleh data tentang karakteristik *care giver* di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki usia 26-35 tahun sebanyak 11 responden (34,4%). Hal ini menunjukkan bahwa usia *caregiver* adalah usia produktif, memiliki beban pengasuhan yang kompleks karena harus merawat individu yang sakit dan juga harus memenuhi kebutuhan untuk dirinya sendiri. Beban yang dialami tersebut terkait beban objektif ataupun beban subjektif. Beban objektif merupakan beban yang dialami *caregiver* berhubungan dengan berbagai masalah dalam memberikan perawatan seperti hubungan sosial yang terganggu, waktu untuk diri sendiri yang berkurang serta biaya untuk kebutuhan sehari-hari yang bertambah (Fitriani & Handayani, 2020). Beban subjektif berkaitan dengan suatu respon seperti adanya ketakutan, kesedihan, kecemasan, kemarahan, merasa bersalah serta tekanan lainnya (Fitriani & Handayani, 2020)

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Marta (2020) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden yang menjadi *caregiver* adalah anggota keluarga dengan usia 17-35 tahun sebanyak 85%. Hal ini menunjukkan bahwa usia yang masih muda memiliki semangat yang tinggi untuk belajar, lebih mudah dalam menerima informasi, dibandingkan dengan usia yang sudah tua, sudah banyak keperluan dan tanggungan dari keluarga masing-masing sehingga sebagian besar yang menjadi *caregiver* adalah anak atau cucu dari pasien DM itu sendiri, terutama yang masih belum berkeluarga. Menurut Trisnasari (2017) *Caregiver* mempunyai tugas sebagai motivasi mental dalam merawat pasien (memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan formal. *Caregiver* terdiri dari formal dan tidak formal. *Caregiver* formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan

ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran. *Caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya (Kemenkes RI, 2022). Dalam bertugas sebagai caregiver, usia muda lebih cekatan dan memiliki ide yang cukup banyak sehingga dianggap lebih mampu untuk menjalankan tugas sebagai caregiver dan mengatasi masalah yang dihadapi.

Analisa peneliti bahwa dalam penelitian ini sebagian besar caregiver adalah saudara dari pasien DM itu sendiri baik seperti anak, cucu atau saudara lainnya. Dimana sebagian besar *caregiver* memiliki usia yang relatif masih muda, hal ini menunjukkan bahwa kemampuan seseorang dengan usia yang masih muda dapat dengan cepat memberikan pertolongan, memiliki kemauan untuk belajar yang tinggi dan memiliki semangat yang tinggi. Menurut salah satu caregiver, bahwa awalnya mengurus pasien DM terasa berat, namun karena sudah terbiasa dalam mengurus jadi bagi caregiver sudah tidak menjadi hambatan karena sudah terbiasa dalam memberikan pelayanan kepada anggota keluarga yang DM. Pasien DM yang dirawat tidak total care, sehingga hanya memerlukan motivasi dan menyiapkan obat dan mengingatkan terapi yang diberikan dokter. Solusi peneliti untuk *cargiver* dengan usia muda adalah meminta bantuan kepada keluarga yang lain untuk membantu dalam memberikan perawatan kepada keluarga dengan DM.

2. Gambaran jenis kelamin *caregiver*

Hasil dari penelitian ini diperoleh data tentang karakteristik *care giver* di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 21 responden (65,6%). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Ariyanti & Nurrahima, 2021) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden adalah seorang perempuan sebanyak 89,5%. Hal ini menunjukkan bahwa seorang perempuan memiliki sifat keibuan, lemah lembut dan memiliki jiwa kasih sayang yang tinggi. Dimana dengan sifat yang lemah lembut, membuat pasien lebih nyaman, sehingga secara

psikologis dapat membuat pasien tidak merasa stress sehingga gula darah dapat stabil.

Menurut Kemenkes RI (2018) menyatakan bahwa ada lima hal dasar yang harus dimiliki seorang perempuan. Pertama, pengetahuan tentang bagaimana kita bisa mendidik, memberikan makan dan menjaga kesehatan anggota keluarga. Kedua, perempuan harus sehat agar bisa menyetatkan keluarga. Ketiga, mampu memprediksi akan kebutuhan rumah tangga, serta berusaha untuk mencukupi kebutuhannya. Keempat, mampu efektif dan efisienkan pendapatan keluarga. Kelima, perempuan harus mampu menciptakan lingkungan yang sehat bagi keluarganya.

Analisa peneliti bahwa sebagian besar yang menjadi caregiver pada pasien DM disini adalah anggota keluarga sendiri dengan jenis kelamin perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan memiliki jiwa keibuan, memiliki sifat lemah lembut. Selain itu perempuan memiliki kemampuan fisik, keterampilan, kebersihan, mengendalikan emosi, peran sosial, simpati, empati, sabar dan memiliki tingkat adaptasi yang tinggi jika dibanding laki-laki ketika sedang merawat pasien DM yang sedang sakit. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Ranafika Butarbutar (2018) yang menyatakan bahwa jenis kelamin perempuan memiliki perasaan yang lebih peka terhadap emosi orang lain dan lebih mudah mengekspresikan empatinya secara verbal dibandingkan laki-laki.

3. Gambaran pendidikan *caregiver*

Hasil dari penelitian ini diperoleh data tentang karakteristik *care giver* di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki pendidikan SMA sebanyak 14 responden (43,8%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Adianta dan Wardianti, 2018) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 36% dan perguruan tinggi adalah 19%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagai caregiver memiliki pendidikan yang tinggi atau lanjutan, sehingga wawasan yang dimiliki juga luas.

Menurut Kemenkes RI (2022) *Caregiver* terdiri dari formal dan tidak formal. *Caregiver* formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran. *Caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya. Meskipun demikian pendidikan dan pengetahuan caregiver juga perlu didukung, maka pendidikan juga mendukung caregiver dalam melaksanakan tugas.

Analisa peneliti bahwa pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki *caregiver* akan memberikan dampak terhadap pengontrolan gula darah guna mencegah komplikasi dari DM. Anggota keluarga dengan pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan anggota keluarga dengan pendidikan dasar. Sebagai *caregiver* anggota keluarga pasien DM dengan kemampuan kognitif yang baik akan memiliki konsep pencegahan luka yang lebih baik pula untuk mencegah terjadinya luka diabetes. Harapannya komplikasi DM dapat dikendalikan.

4. Gambaran pekerjaan *caregiver*

Hasil penelitian ini diperoleh data tentang karakteristik *care giver* di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai IRT sebanyak 16 responden (50,0%), swata 40% dan wirawasata 10%. Dalam hal ini yang menjadi caregiver adalah ibu sebagai IRT.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Kristaningrum, 2021) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden caregiver adalah sebagai ibu rumah tangga atau tidak bekerja sebanyak 36,5%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar caregiver adalah perempuan dengan tidak bekerja atau belum bekerja atau sebagai ibu rumah tangga.

Menurut Kemenkes RI (2018) menyatakan bahwa seorang perempuan sebagai ibu rumah tangga bisa mendidik, memberikan makan dan menjaga kesehatan anggota keluarga. Selain itu seorang perempuan sebagai ibu rumah tangga tidak wajib mencari nafkah. Namun mampu mampu memprediksi

akan kebutuhan rumah tangga, serta berusaha untuk mencukupi kebutuhannya. Ibu rumah tangga mampu efektif dan efisien pendapatan keluarga. Ibu rumah tangga harus mampu menciptakan lingkungan yang sehat bagi keluarganya.

Asumsi peneliti bahwa perempuan sebagai ibu rumah tangga lebih bertanggung jawab terhadap kegiatan rutin keluarga dan mereka mungkin berpengalaman tentang manajemen diri pasien DM. Dengan kata lain sebagai ibu rumah tangga dalam menentukan sifatnya lebih didasarkan pada perasaannya dibanding pengetahuan terhadap objek tertentu. Ibu rumah tangga lebih memiliki toleransi terhadap perawatan pasien bahkan berusaha mencegah komplikasi dari DM. Dalam hal ini, yang menjadi caregiver tidak hanya satu orang saja, tetapi semua anggota keluarga juga ikut berpartisipasi dalam hal merawat pasien DM. Misalkan salah satu berhalangan, yang terbiasa merawat memberikan instruksi, sehingga dengan bekerja sama maka beban dapat berkurang.

5. Gambaran karakteristik usia penderita DM

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang karakteristik pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki usia 46-55 tahun sebanyak 24 responden (75,0%). Menurut Depkes RI (2009) usia ini termasuk dalam kategori lansia awal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Kristaningrum, 2021) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden penderita DM memiliki usia 46-60 tahun sebanyak 63,3%. Hal ini menunjukkan bahwa usia diatas 40 tahun sudah mulai mengalami penurunan fungsi organ. Dimana semakin bertambah usia maka semakin menurun imunitasnya sehingga mudah terserang penyakit.

Menurut (Handayani, (2022) bahawa usia yang menginjak 40 tahun sudah mulai mengalami banyak perubahan baik fisik, psikis, sosial dan ekonomi sering dengan pertambahan usia. Hal tersebut juga berdampak pada perubahan kualitas hidup pada pasien DM. Penambahan usia terutama diatas 40 tahun pada pasien DM akan berdampak pada perubahan anatomis,

fisiologis dan biokimiawi. Hal ini akan mengakibatkan kerentanan terhadap suatu penyakit serta bisa menimbulkan kegagalan dalam mempertahankan imunitas.

Analisa peneliti bahwa penyakit DM pada lansia awal (46-55 tahun) dapat berdampak pada berbagai masalah baik secara fisiologi, psikologis maupun sosial. Serta dapat menimbulkan berbagai keterbatasan yang akan berakibat pada kualitas hidup. Selain dengan adanya faktor usia dan penurunan fungsi tubuh, juga berdampak pada penurunan kemampuan dalam perawatan diri dan pelaksanaan manajemen DM sehingga masalah kesehatan akan mudah muncul. Maka akan berpengaruh terhadap kondisi kualitas hidupnya.

6. Gambaran karakteristik jenis kelamin penderita DM

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang karakteristik pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 17 responden (53,1%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Paris et al., 2023) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden pasien DM memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 74,5%. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan memiliki resiko lebih besar terkena DM dibandingkan dengan laki-laki.

Menurut Decroli (2019) menyatakan bahwa beberapa penyakit lanjutan pada DM antara lain meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke, neuropati atau kerusakan syaraf pada kaki sehingga terjadi ulkus kaki, infeksi, bahkan sampai amputasi kaki, retinopati diabetikum sebagai penyebab utama kebutaan karena rusaknya pembuluh darah kecil pada retina mata, penyebab utama penyakit gagal ginjal, resiko kematian pada penderita DM dua kali lipat dibandingkan dengan yang tidak menderita DM. Pada perempuan memiliki kualitas hidup yang rendah daripada laki-laki, hal ini dikarenakan wanita mudah mengalami peningkatan indeks masa tubuh, penurunan hormone estrogen dan rendahnya aktifitas fisik serta mudah mengalami stress yang dapat mengganggu kondisi mentalnya sehingga kualitas hidupnya lebih rendah daripada laki-laki.

Analisa peneliti bahwa pasien DM baik laki-laki maupun perempuan harus berhati-hati dan harus dapat mempertahankan kadar gula darah tetap stabil. Pola hidup perlu dijaga agar tidak timbul komplikasi yang lebih berat. Perempuan secara alami memiliki hormon estrogen, memiliki harapan untuk hamil dan melahirkan maka resiko terjadinya ketidakstabilan gula darah juga lebih besar. Maka perlu dilakukan cek up secara teratur supaya komplikasi dapat dihindari.

7. Gambaran karakteristik pendidikan penderita DM

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang karakteristik pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki pendidikan PT sebanyak 13 responden (40,6%). Sedangkan caregiver ijazah terakhir adalah lulusan SMA, dimana sebagian besar caregiver masih melanjutkan pendidikan perguruan tinggi, tidak hanya berhenti SMA saja.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Kristaningrum, 2021) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden pasien DM memiliki pendidikan tinggi yaitu SMA dan PT sebanyak 60%. Hal ini menunjukkan bahwa responden pasien DM walaupun sudah berumur memiliki sangat tinggi untuk belajar ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Menurut Decroli (2019) edukasi perlu diberikan kepada pasien dengan DM. Dimana pasien dengan pendidikan yang tinggi baik SMA maupun PT akan lebih mudah dalam menerima informasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan. Pasien yang dapat mengontrol gula darah dengan baik maka dapat mencegah terjadinya komplikasi.

Analisa peneliti bahwa pasien dengan pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan pasien dengan pendidikan dasar. Sehingga diharapkan pasien dan anggota keluarga lainnya dapat menerapkan pola hidup yang sehat. Supaya kejadian komplikasi pada pasien DM dapat diminimalisir. Pendidikan pasien DM adalah perguruan tinggi karena sebagian besar pasien adalah orang berpendidikan, sehingga lebih mudah menerima informasi. Selain itu memiliki wawasan yang lebih luas. Pasien memahami dampak jika tidak patuh dalam melaksanakan terapi. Dalam hal

ini tugas caregiver memberikan motivasi, dan semangat. Selain itu pasien DM juga masih mampu beraktifitas secara mandiri maka beban dari caregiver tidak berat.

8. Gambaran karakteristik pekerjaan penderita DM

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang karakteristik pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar responden sudah tidak bekerja atau sebagai IRT sebanyak 22 responden (68,8%).

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Paris et al., 2023) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden sudah tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga sebanyak 63%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah lansia awal atau pra lansia dimana dengan usia diatas 40 tahun sudah mulai terjadi penurunan fungsi organ sehingga sudah tidak mampu untuk bekerja lagi.

Menurut Handayani (2022) lanjut usia mengalami banyak perubahan baik fisik, psikis, sosial dan ekonomi sering dengan pertambahan usia. Hal tersebut juga berdampak pada perubahan kualitas hidup pasien DM itu sendiri. Penambahan usia terutama pada pasien DM akan berdampak pada perubahan anatomis, fisiologis dan biokimiawi. Maka dari itu sebagian besar responden sudah tidak mampu untuk bekerja karena terjadi kelamahan fisik dan menurunnya fungsi organ.

Analisa peneliti bahwa sebagian besar penderita DM adalah pasien yang sudah tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena usia yang sudah lansia awal serta terjadinya penyakit DM sehingga terjadi kelamahan fisik serta menurunnya fungsi organ. Karena organ tubuh pasien DM sudah menurun maka terjadi penurunan imunitas, akibatnya banyak penderita DM yang sudah tidak kuat untuk melakukan pekerjaan. Untuk memenuhi aktifitas fisik supaya gula darah terkontrol maka diperlukan olahraga dan perubahan gaya hidup yang lebih sehat.

9. Gambaran karakteristik lama sakit penderita DM

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang karakteristik pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar lama sakit penderita DM 10-15 tahun sebanyak 20 responden (62,5%). Artinya sebagian besar responden menderita DM diusia 35-40 tahun. Di usia muda, kebanyakan orang cenderung mempunyai pola makan yang tidak sehat. Sebagai contoh, banyak anak muda yang lebih menyukai fast food dan makanan-makanan manis seperti donat, kue, hingga minuman boba dibandingkan mengkonsumsi makanan sehat. Jika kebiasaan tersebut tidak diubah, bisa menderita DM di usia muda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hariani *et al.*, (2020) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden sudah menderita DM selama lebih dari 10 tahun sebanyak 53,4%. Hal ini menunjukkan bahwa pasien DM dapat bertahan hingga 10 tahun lebih disebabkan karena beberapa faktor seperti kemampuan menjaga pola hidup yang sehat, kemampuan menjaga gula darah tetap stabil.

Menurut Decroli (2019) yang menyatakan bahwa keberadaan penyakit DM sedikit banyak akan mempengaruhi kesehatan pasien, hal ini dapat diakibatkan karena memburuknya kontrol glukosa yang kemungkinan dapat disebabkan karena kerusakan sel beta yang terjadi seiring dengan bertambah lamanya seseorang menderita penyakit DM. Pasien yang telah menderita DM selama 10 tahun atau lebih memiliki rata-rata kadar glukosa darah dan HbA1c yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang telah menderita DM kurang dari 5 tahun dan antara 5 sampai 10 tahun. Ketika mengkonsumsi gula secara berlebihan, terjadi peningkatan resistensi insulin. Peningkatan resistensi insulin membuat tubuh tidak dapat memproses kelebihan gula dengan baik. Lonjakan kadar gula darah kemudian tak bisa terhindarkan dan memicu penyakit DM tipe 2. Selain pola makan, faktor seperti usia, berat badan, genetik, dan gaya hidup juga turut berperan dalam berkembangnya penyakit DM.

Analisa peneliti bahwa dengan menjaga pola hidup dan gaya hidup yang sehat maka dapat mempertahankan gula darah tetap stabil. Meskipun sudah

menderita DM lebih dari 10 tahun pasien tetap energik. Maka diperlukan edukasi dan motivasi agar pasien DM dapat terus rutin dalam menjaga pola hidup sehat, sehingga kualitas hidup pada pasien DM juga dapat meningkat.

B. Analisa Univariat

1. Gambaran Caregiver Burden

Hasil dari penelitian diperoleh data tentang variabel independen pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar memiliki *caregiver burden* dalam kategori sedang sebanyak 20 responden (62,5%). Beban sedang yang dirasakan oleh caregiver keluarga mengalami kesulitan yang cukup berat dalam merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit DM. Caregiver merasa sangat kelelahan, stres, atau cemas, mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang mengalami penyakit DM. Namun masih mampu merawat anggota keluarganya secara mandiri meskipun secara gotong royong.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Adianta and Wardianti (2018) yang menyatakan bahwa sebagian besar caregiver burden pada pasien DM memiliki kategori sedang sebanyak 70,5%. Hal ini menunjukkan bahwa beban keluarga pada penderita DM yang mengalami beban relatif sedang. Hal ini tampak dari tekanan psikologis, keluhan masalah fisik, perubahan interaksi sosial, dan masalah keuangan akibat proses perawatan yang dilakukan pada pasien.

Caregiver dengan tingkatan ringan ditunjukkan dengan beban yang ringan, merasa memperoleh kepuasan pribadi dengan membantu mengurangi penderitaan kerabat mereka. Sedang caregiver dengan tingkatan sedang yaitu pemberian perawatan telah digambarkan sebagai beban atau stres dari pengasuh namun masih mampu diatasinya sendiri. Sedangkan caregiver dengan tingkatan berat yaitu pengasuh merasa memiliki beban yang berat tampak dari fisik dan emosionalnya, bahkan tidak mampu mengatasi masalahnya sendiri.

Menurut Marta (2020) *Caregiver* pada masyarakat Indonesia umumnya adalah keluarga, dalam hal ini adalah pasangan, anak, menantu, cucu atau

saudara yang tinggal satu rumah. Apabila dalam keluarga tidak mampu dalam merawat anggota keluarga yang sakit maka beban psikologis yang dirasakan oleh caregiver antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah dan tidak pasti. hal-hal atau tugas yang dapat dilakukan oleh informal atau *family caregiver* adalah membantu dalam perawatan personal yang meliputi berpakaian, mandi, dan urusan toilet; membantu dalam mobilitas, seperti berjalan atau membantu membaringkan ditempat tidur; melakukan tugas-tugas keperawatan, termasuk pengawasan obat atau mengganti pakaian; mengawasi dan memonitor recipient; memberikan dukungan emosional; sebagai teman dekat bagi *recipient*; melakukan tugas-tugas praktis rumah tangga, termasuk memasak, berbelanja, pekerjaan rumah; serta membantu masalah-masalah finansial dan kerja administratif.

Analisa peneliti bahwa sebagian besar *caregiver* mengalami beban objektif yang cukup berat. Hal ini yang berkaitan dengan beban obyektif, dikarenakan oleh biaya perawatan pasien DM yang cukup tinggi. Selain itu, pendapatan keluarga yang tidak terlalu tinggi berpengaruh terhadap kondisi kehidupan, seperti pemenuhan kebutuhan nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga.

2. Kualitas Hidup Pasien DM

Hasil penelitian diperoleh data tentang variabel dependen pasien DM di Jakarta, dimana dari 32 responden sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik sebanyak 22 responden (66,7%). Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien DM tampak dari kemampuan pasien dalam merawat diri, menjaga gula darah tetap stabil, mengendalikan makan makanan yang dapat meningkatkan kadar gula darah.

Caregiver informal yang merupakan *caregiver* dari anggota keluarga menerima anggota keluarga yang menderita DM dimana sebagai keluarga sebagai *caregiver* akan selalu berusaha dan yakin dalam memberikan perawatan yang terbaik untuk penderita DM dengan baik, dari aspek ekonomi maupun aspek fisik seperti kelelahan. Ketika *caregiver* merasa yakin dan terus semangat dalam merawat keluarga maka beban yang dirasakan tersebut

akan terasa lebih ringan. Sehingga hal tersebut juga akan mempengaruhi penilaian *caregiver* terhadap kualitas hidupnya pada aspek fisik ataupun aspek ekonomi secara lebih positif (Ariyanti, 2021).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Wahyuni, N and Anna (2018) yang menyatakan bahwa sebagian besar kualitas hidup pasien DM adalah tinggi sebanyak 56,18%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu dalam mempertahankan kadar gula darah agar tetap stabil, mampu menjaga pola makan dengan baik. Serta kemampuan pasien untuk selalu berolahraga secara teratur.

Menurut *World Health Organization* (2022) Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang nilai dan konsep di dalam hubungannya untuk mencapai harapan hidupnya. Kualitas hidup adalah derajat seseorang dalam menikmati hidupnya, kenikmatan tersebut mempunyai dua komponen yaitu pengalaman dan kepuasan responden dalam menjalani suatu aktifitas. Pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang nilai dan konsep untuk mencapai harapan hidup atau kenikmatan hidup. Kualitas hidup merupakan lingkup kesehatan yang kompleks dan multi faktorial yang dipengaruhi oleh berbagai aspek kesehatan dan kesejahteraan. Kualitas hidup menggabungkan dua dimensi tujuan yaitu peningkatan hidup yang obyektif, seperti kondisi kesehatan atau standar hidup, dan peningkatan kesejahteraan.

Analisa peneliti bahwa kualitas hidup penderita DM sangat penting karena dengan kualitas hidup menggambarkan persepsi penderita dalam kepuasan dalam derajat kesehatan dan keterbatasan yang perlu evaluasi untuk meningkatkan pengobatan DM. Upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pada kelompok responden yang mempunyai pendidikan rendah dapat dicapai dengan cara memberikan pendidikan kesehatan dengan metode yang dapat dipahami oleh pasien misalnya menggunakan media gambar. Pasien juga diharapkan memiliki kartu perkembangan penyakit serta buku panduan yang berisi berbagai informasi mengenai penyakit DM tipe 2, mulai dari tanda dan gejala, komplikasi, jadwal pengobatan, pola makan, cara penyuntikan insulin, latihan jasmani, dan cara untuk mengendalikan gula.

C. Analisa Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 32 responden, memiliki proporsi tertinggi caregiver burden dalam kategori sedang dan kualitas hidup yang baik sebanyak 15 responden (75,0%). Berdasarkan uji statistik diperoleh *p value* (0,033) yang artinya ada hubungan yang signifikan antara *caregiver burden* dengan kualitas hidup pasien DM di Jakarta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil (Kristaningrum et al., 2021) yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara caregiver burden dengan kualitas hidup pada pasien DM, dimana hasil dari uji statistik dengan uji spearman rank didapatkan nilai *p-value* < 0,05 (0,000) dengan nilai korelasi - 0.333. Artinya semakin berat beban dari caregiver maka kualitas hidup pasien DM semakin menurun. Sebaliknya, semakin ringan beban caregiver maka semakin tinggi kualitas hidup pasien DM.

Menurut Marta (2020) *Caregiver* pada masyarakat Indonesia umumnya adalah keluarga, dalam hal ini adalah pasangan, anak, menantu, cucu atau saudara yang tinggal satu rumah. Apabila dalam keluarga tidak mampu dalam merawat anggota keluarga yang sakit maka beban psikologis yang dirasakan oleh caregiver antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah dan tidak pasti. hal-hal atau tugas yang dapat dilakukan oleh informal atau *family caregiver* adalah membantu dalam perawatan personal yang meliputi berpakaian, mandi, dan urusan toilet; membantu dalam mobilitas, seperti berjalan atau membantu membaringkan ditempat tidur; melakukan tugas-tugas keperawatan, termasuk pengawasan obat atau mengganti pakaian; mengawasi dan memonitor recipient; memberikan dukungan emosional; sebagai teman dekat bagi *recipient*; melakukan tugas-tugas praktis rumah tangga, termasuk memasak, berbelanja, pekerjaan rumah; serta membantu masalah-masalah finansial dan kerja administratif.

Menurut WHO (2022) Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang nilai dan konsep di dalam hubungannya untuk mencapai harapan hidupnya. Kualitas hidup adalah derajat seseorang dalam menikmati hidupnya, kenikmatan tersebut mempunyai dua komponen yaitu pengalaman dan kepuasan responden dalam menjalani suatu aktifitas. Pengertian tersebut

dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang nilai dan konsep untuk mencapai harapan hidup atau kenikmatan hidup. Kualitas hidup merupakan lingkup kesehatan yang kompleks dan multi faktorial yang dipengaruhi berbagai aspek kesehatan dan kesejahteraan. Kualitas hidup menggabungkan dua dimensi tujuan yaitu peningkatan hidup yang obyektif, seperti kondisi kesehatan atau standar hidup, dan peningkatan kesejahteraan.

Menurut Kemenkes RI (2022) *Caregiver* terdiri dari formal dan tidak formal. *Caregiver* formal merupakan perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran. *Caregiver* yang tidak formal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional dan tanpa melakukan pembayaran seperti keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya. Meskipun demikian pendidikan dan pengetahuan caregiver juga perlu didukung, maka pendidikan juga mendukung caregiver dalam melaksanakan tugas.

Analisa peneliti bahwa semakin tinggi beban caregiver burden semakin buruk kualitas hidup pasien DM. Dalam hal ini tingkat beban caregiver dalam kategori sedang, artinya *caregiver* keluarga mengalami kesulitan yang cukup berat dalam merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit DM. Caregiver merasa sangat kelelahan, stres, atau cemas, mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang mengalami penyakit DM. Namun masih mampu merawat anggota keluarganya secara mandiri meskipun secara gotong royong. Tinggi, sedang dan rendahnya *burden* yang dialami oleh caregiver dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup. Oleh sebab itu diperlukan komunikasi dengan keluarga agar saling berbagi tugas dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Diharapkan dengan berbagi tugas maka beban dari caregiver dapat menurun dan kualitas hidup pada pasien DM dapat meningkat.