

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah penyakit penyebab kematian tertinggi ke-8 di dunia pada tahun 2021 (World Health Organization, 2024). World Health Organization (WHO) mendefinisikan diabetes melitus sebagai penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (atau gula darah), yang seiring waktu menyebabkan kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf. Di Indonesia sendiri, diabetes melitus masuk ke dalam 5 besar penyakit penyebab kematian tertinggi pada tahun 2018 (Situs Resmi Rumah Sakit Siloam, 2024).

Prevalensi diabetes melitus dapat dilihat dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Pada tahun 2007 prevalensi diabetes melitus di Indonesia khususnya wilayah perkotaan adalah sebesar 5,7%. Prevalensi DM tertinggi terdapat di Kalimantan Barat dan Maluku Utara (masing-masing 11,1%), diikuti Riau (10,4 %) dan Nanggroe Aceh Darussalam (8,5%). Prevalensi DM terendah di Papua (1,7%), diikuti NTT (1,8%). Penderita diabetes melitus pada tahun 2007 didominasi oleh perempuan dengan prevalensi sebesar (6,4%), sementara laki-laki hanya sebesar (4,9,0%).

Pada tahun 2013, prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 adalah sebesar 1,5%, dengan prevalensi tertinggi di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%), Kalimantan Timur (2,3%), Bangka Belitung dan Jawa Timur dengan masing-masing prevalensi sebesar (2,1%). Prevalensi diabetes melitus tertinggi berdasarkan diagnosis dokter berada pada rentang usia 55-64 tahun sebesar 4,8%, dan terendah pada rentang usia 15-24 tahun sebesar 0,1%. Sementara prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter atau gejala pada penduduk umur ≥ 15 adalah sebesar 2,1%, dengan prevalensi tertinggi di provinsi Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), Nusa Tenggara Timur (3,3%), DKI

Jakarta dan Daerah Istimewa Yogyakarta dengan masing-masing prevalensi sebesar (3,0%). Prevalensi diabetes melitus tertinggi berdasarkan diagnosis dokter dan gejala berada pada rentang usia 55-64 tahun sebesar 5,5%, dan terendah pada rentang usia 15-24 tahun sebesar 0,6%. Penderita diabetes melitus didominasi oleh perempuan daripada laki-laki. Prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis dokter, pada perempuan sebesar 1,7%, pada laki-laki sebesar 1,4%. Prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis dokter atau gejala, pada perempuan sebesar 2,3%, sementara laki-laki sebesar 2,0%.

Prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 di tahun 2018 adalah sebesar 2,0%, dengan prevalensi tertinggi di provinsi DKI Jakarta (3,4%), disusul oleh Daerah Istimewa Yogyakarta dan Kalimantan Timur masing-masing sebesar (3,1%), Sulawesi Utara (3,0%), dan Jawa Timur sebesar (2,6%). Prevalensi diabetes melitus tertinggi berdasarkan diagnosis dokter berada pada rentang usia 55-64 tahun sebesar 6,3%, dan terendah pada rentang usia 15-24 tahun sebesar 0,1%. Penderita diabetes melitus didominasi oleh perempuan daripada laki-laki. Prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis dokter, pada perempuan sebesar 2,4%, pada laki-laki sebesar 1,7%.

Artikel di situs resmi Kementerian Kesehatan yang diterbitkan pada tahun 2022 menyebutkan bahwa pada tahun 2021 Indonesia menduduki peringkat ke-5 sebagai negara dengan jumlah penderita diabetes melitus terbanyak di dunia berdasarkan data yang diungkapkan oleh Atlas IDF (*International Diabetes melitus Federation*) edisi ke-10. Diperkirakan total populasi diabetes melitus dewasa yang berusia antara 20-79 tahun adalah sebanyak 19.465.100 orang. Sementara itu, total populasi dewasa berusia 20-79 tahun adalah 179.720.500, sehingga bila dihitung dari kedua angka ini maka diketahui prevalensi diabetes melitus pada usia antara 20-79 tahun adalah 10,6%. Lebih lanjut dalam Atlas IDF edisi ke-10, prevalensi terendah berada pada rentang usia 20-24 tahun sebesar (2,2%), dan tertinggi pada rentang usia 75-79 tahun sebesar (24%).

Dari data Riskesdas di atas, provinsi DKI Jakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, dan Jawa Timur masuk ke 6 besar

provinsi dengan prevalensi diabetes melitus tertinggi di tahun 2013 dan 2018. Di Jawa Timur sendiri, berdasarkan karakteristik tempat tinggal, penderita diabetes berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur didominasi oleh penduduk daerah perkotaan dengan prevalensi 2,62%, cukup jauh bila dibandingkan dengan daerah pedesaan yang prevalensinya hanya sebesar 1,35%. Sementara dilihat dari usia dan jenis kelamin sama seperti data-data sebelumnya, yakni didominasi oleh kelompok usia 55-64 tahun dengan prevalensi sebesar (7,13%) dan didominasi oleh perempuan sebesar (2,46%), lebih besar dibanding dengan laki-laki yang sebesar (1,56%). Prevalensi tertinggi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur adalah di Kota Madiun sebesar (4,22%), disusul dengan Kota Mojokerto sebesar (3,83%), Surabaya sebesar (3,48%), Sidoarjo sebesar (3,47%), dan di Gresik sebesar (3,44%).

Diabetes melitus memiliki 2 tipe, yaitu tipe 1 dan tipe 2. Ozougwu dkk. (2013) mengemukakan bahwa diabetes melitus tipe 1 adalah tipe diabetes melitus yang bergantung insulin, disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin oleh beta sel pankreas. Sementara diabetes melitus tipe 2 tidak bergantung pada insulin, melainkan disebabkan oleh penurunan sensitivitas jaringan target terhadap insulin atau yang disebut dengan resistensi insulin. Diabetes melitus tipe 2 adalah tipe yang paling banyak diderita, mencakup 90% dari total keseluruhan penderita diabetes melitus di dunia (*International Diabetes Federation*). Gejala pada diabetes melitus tipe 2 sama dengan diabetes melitus tipe 1, namun gejala tersebut tidak nampak atau hanya muncul sedikit, sehingga penderitanya baru terdiagnosa beberapa tahun kemudian saat gejala-gejala tersebut semakin jelas dan bahkan telah mencapai tahap terjadi komplikasi (*International Diabetes Federation*).

Pada tahap awal, diabetes melitus kerap tidak disadari oleh penderitanya, sehingga penderita baru merasakan gejala diabetes melitus kala penyakitnya telah sampai di tahap lanjut dan bergejala (IDF, 2014). Diabetes melitus dapat mengakibatkan komplikasi diantaranya serangan jantung dan stroke, infeksi kaki yang berat (menyebabkan gangren, dapat mengakibatkan amputasi), gagal ginjal stadium

akhir dan disfungsi seksual. Setelah 10-15 tahun dari waktu terdiagnosis, prevalensi semua komplikasi diabetes melitus meningkat tajam (situs resmi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Oleh karenanya, diabetes melitus memerlukan perawatan khusus untuk mencegah kondisi penderita yang memburuk. Penderita diabetes melitus membutuhkan orang lain yang disebut *caregiver* untuk membantu, menjaga, merawat dalam memenuhi kebutuhannya, dalam hal ini adalah keluarga (Siswoariwibowo, A. et al. 2017). Perawatan yang dapat dilakukan oleh penderita diabetes melitus adalah menerapkan pola makan yang sehat dan teratur, mengelola stress, dan beraktivitas fisik sesuai dengan kapasitasnya, berhenti mengonsumsi rokok dan alkohol, istirahat yang cukup dan teratur, teratur melakukan pemeriksaan gula darah, mengonsumsi obat-obatan maupun suntik insulin, juga mencukupi kebutuhan cairan tubuh dengan meminum air putih (Situs resmi Rumah Sakit Siloam, 2024). Pada penderita diabetes melitus yang telah mengalami komplikasi, rangkaian perawatan diabetes melitus tersebut bisa sulit dilakukan tanpa bantuan *caregiver*, hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Goldberg & Salloway Rickler (2011), bahwa banyak orang yang menderita penyakit kronis, termasuk diabetes melitus, tidak mampu menjalani hidup sendiri dengan baik tanpa *caregiver*. Dengan ini dapat disimpulkan bahwa *caregiver* sangatlah penting untuk penderita diabetes.

Caregiver terbagi menjadi dua, yaitu formal dan informal. *Caregiver* formal merupakan perawat yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan, ataupun tenaga profesional lain yang diberikan dan dikenai biaya keuangan sebagai pembayaran jasa yang telah dilakukan. Sedangkan *caregiver* informal merupakan *caregiver* yang tidak dibayar atau dilatih oleh badan-badan hukum, seperti pasangan, anak, menantu atau teman dekat bagi seseorang yang memerlukan perawatan (Kemenkes, RI , 2019).

Orang yang bertanggungjawab dalam merawat penderita telah diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, yaitu suami/istri, orang tua, anak, atau saudara sekandung yang paling sedikit berusia 17 (tujuh belas) tahun, dalam hal

ini merupakan keluarga dari penderita, wali atau pengampu dan pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Keluarga adalah unit terkecil dalam lingkungan sosial. Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi pada bidang kesehatan, dimana keluarga mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawab terkait permasalahan kesehatan dalam keluarga (Friedman, 2010). Berkaitan dengan hal tersebut, maka keluarga bertanggungjawab dalam pemeliharaan dan proses penyembuhan anggota keluarga lain yang memerlukan perawatan, misal keluarga yang sakit, maupun lansia yang memerlukan perhatian khusus terkait pemeliharaan kesehatannya. Dengan ini, maka dapat disimpulkan bahwa keluarga dapat berperan sebagai *caregiver* informal anggota keluarga yang lain, sejalan dengan yang didefinisikan oleh Kasper, et. al. (2015) bahwa *caregiver* dari anggota keluarga merupakan seseorang yang memberi perawatan informal alias tidak dibayar pada orang yang lebih tua dalam keluarga, misalnya pasangan, orang tua, kakek dan/atau nenek, maupun saudara.

Perawatan yang dapat dilakukan keluarga sebagai *caregiver* informal meliputi bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, membantu pemberian pengobatan, serta membantu sosialisasi di dalam lingkungan (Julianti, 2013). *Caregiver* diharap dapat membantu individu yang sakit maupun lansia untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian, bahkan berjalan. Selain itu, *caregiver* juga diharapkan untuk membantu individu yang sakit untuk mampu mandiri, misalnya dengan membantu menyiapkan makanan, mencuci pakaian, dan membantu mengatur pemberian obat-obatan (Yan dkk., 2023).

Caregiver memiliki tantangan tersendiri dalam melakukan tugas-tugasnya. Salah satu tantangannya adalah *caregiver* harus berusaha menyeimbangkan kesehatan fisik dan mentalnya agar dapat memberikan perawatan dan bantuan yang maksimal pada individu yang dirawatnya. Hal tersebut dapat berakibat pada kondisi kesehatan *caregiver* itu sendiri. Beberapa penelitian mendefinisikan kondisi demikian sebagai *caregiver strain* atau juga bisa disebut dengan *caregiver burden*.

Song dkk., (2022) mendefinisikan *caregiver* burden sebagai sejauh mana pengasuh merasa bahwa pengasuhan mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan fisik atau emosional, kehidupan sosial, status keuangan. Tantangan yang dihadapi oleh *caregiver* berkontribusi besar terhadap beban psikologis, fisik, dan keuangan. Tekanan kronis berperan terhadap memburuknya status kesehatan fisik para *caregiver* dengan meningkatkan kerentanan mereka terhadap penyakit dan mengurangi harapan hidup mereka (Iavarone dkk., 2024). Masalah kesehatan *caregiver* seringkali dikaitkan dengan peningkatan risiko yang signifikan terhadap melemahnya sistem imun, permasalahan kardiovaskular, dan penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, anemia, artritis, dan lain-lain. Menjadi *caregiver* erat kaitannya dengan kualitas hidup yang buruk, yang mana ini juga dikaitkan dengan efek negatif dari gejala depresi (Martis dkk., 2024).

Semua beban yang dialami oleh seorang *caregiver* kerap kali ditambah dengan pemikiran *caregiver* yang bersangkutan bahwa kesehatan orang lain lebih penting daripada dirinya. Hal tersebut sesuai dengan temuan studi yang dilakukan King, A. et al. (2021) menyatakan bahwa semakin besar dampak buruk pengasuhan (dampak pada emosi, fungsi sosial, keuangan, fisik, dan spiritual) yang dirasakan *caregiver*, maka *caregiver* tersebut memiliki waktu yang lebih sedikit untuk dirinya sendiri, dan *caregiver* yang bersangkutan akan menganggap bahwa kesehatan orang lain lebih penting daripada kesehatannya sendiri.

Caregiver burnout bisa menjadi hal yang tak terelakkan bagi seorang *caregiver*. *Caregiver burnout* adalah kondisi kelelahan fisik, emosi dan mental yang dialami oleh pengasuh saat merawat orang sakit, lansia, atau penyandang disabilitas (Situs resmi Halodoc, 2021). Dengan dukungan sosial yang baik pun, *caregiver* tetap dapat mengalami *burnout*. Seperti dilaporkan oleh Kurniawan & Carina (2024, 22 September), William Buntoro (75), penderita alzheimer yang dirawat oleh anaknya, Alfin Dwipayana (40), selama enam tahun terakhir. *Burnout* sempat dialami oleh Alfin sebagai *caregiver*, dan tantangan terbesar dirinya kala menjadi *caregiver* ayahnya adalah komunikasi, agar tercipta interaksi yang dapat mengurangi risiko Alzheimer.

Waktu “*me time*” sebanyak 2 hingga 3 jam dipilih Alfin sebagai jalan untuk mengatasi *burnout* tersebut, yang mana dihabiskannya dengan berkumpul bersama teman-temannya. Di sisi lain, keberadaan sang ibu membantu menetralkan suasana apabila Alfin dan ayahnya mengalami ketidakcocokan.

Hal serupa dialami oleh Dita Yolashasanti, *caregiver* suaminya yang merupakan seorang penderita stroke. Seperti yang dilaporkan oleh Gracia (2024, 17 Juli), dalam wawancaranya dengan Dita, *burnout* sempat dialami oleh Dita dalam merawat suaminya. Komunikasi dengan anak-anaknya, bantuan, obrolan dengan orang lain, dan mindset untuk mengabaikan masa lalu dan masa depan serta fokus pada masa kini, adalah cara-cara yang ditempuh Dita selama mengalami *burnout*. Dita terbantu dengan lingkungan yang suportif selama menjadi *caregiver*. Di sisi lain, suami Dita juga sabar dan kooperatif sehingga Dita dapat segera pulih dari *caregiver burnout* yang dialaminya.

Namun di kasus terburuk, stress/tekanan tak tertangani yang dialami *caregiver* dapat membuat *caregiver* melakukan tindakan irasional seperti menyelakai pasien yang dirawatnya. Dilaporkan oleh Afifah & Sartika (2019, 22 Desember) dari Grogol, seorang suami penderita stroke dipukuli dengan tongkat oleh istrinya yang menjadi *caregiver* dirinya lantaran sang istri stress dengan kondisi suaminya. Menurut Loewenstein (dalam O'Connor, et al., 2002), penyimpangan dari perilaku rasional berasal dari konflik internal antara respons visceral dan respons kognitif yang didasari alasan tertentu. Dalam studinya, O'Connor mengoperasionalkan teori Loewenstein dengan menempatkan respon visceral sebagai diri ‘ingin’, dan respons kognitif yang menggambarkan kepentingan jangka panjang serta didasari alasan tertentu sebagai diri ‘seharusnya’. Hasil dari studi tersebut menunjukkan bahwa diri ‘ingin’ lebih emosional dan kurang rasional dibandingkan dengan diri ‘harus’. Lebih lanjut, diri ‘ingin’ akan lebih mendominasi kala seseorang sedang dihadapkan pada situasi konflik di masa kini, dibandingkan dengan kala seseorang sedang mengantisipasi konflik atau mengingat kembali konflik. Emosi dari perilaku aktual individu sesuai dengan respon diri ‘ingin’ mereka. Ketika dihadapkan dengan konflik interpersonal, tampaknya orang-orang

mengikuti reaksi 'ingin' mereka dan gagal bertindak sesuai kepentingan jangka panjang terbaik mereka. Hasil ini memberikan dukungan empiris untuk argumen teoritis Loewenstein bahwa reaksi yang lebih mendalam seharusnya relatif lebih kuat pada saat pengambilan keputusan daripada respons rasional.

Hasil penelitian Anaforoğlu İ., *et al* (2012) yang berjudul “Depresi, Kecemasan, dan Kualitas Hidup *Caregiver* Keluarga Pasien Diabetes melitus Tipe 2” (*Depression, Anxiety and Quality of Life of Family Caregivers of Patients with Type 2 Diabetes Melitus*), menunjukkan bahwa *caregiver* pasien keluarga penderita diabetes melitus tipe 2 lebih rentan mengalami depresi dan penurunan kualitas hidup. Penelitian lain menunjukkan bahwa diabetes melitus sendiri juga erat kaitannya dengan kondisi psikologis yang buruk dan depresi. Resiko diabetes melitus meningkat pada penderita depresi, dan resiko depresi meningkat pada penderita diabetes melitus (Holt RI *et al*, 2014). Hal tersebut tentu dapat membuat beban *caregiver* bisa menjadi lebih berat, baik dari segi fisik dan emosional. Para *caregiver* tersebut harus merawat penderita diabetes melitus dengan memenuhi kebutuhan fisiknya, namun di sisi lain juga harus menghadapi emosi yang tidak stabil sebagai akibat dari resiko gejala depresi pada individu yang dirawatnya.

Kondisi demikian serupa dengan yang dialami oleh informan E dan I:

“Bapak itu sekarang sering marah-marah sejak sakit, kata dokter karena komplikasinya itu makanya ngaruh ke emosinya bapak gitu, Non. Sekarang kalo makan milih-milih, dulu sukanya tahu, dimasak apa aja mau, sekarang kalo sudah suka satu makanan, yaudah itu terus yang dimakan. Ya gimana, harus sabar. Belum lagi bapak suka nangis, lihat Youtube aja nangis loh, Nona, bayangkan. Suami saya ini gak pernah nangis, tapi sekarang nangisan. Pengaruh komplikasinya itu tadi, yang sampe sarafnya. Sama dokter saya disuruh hati-hati biar bapak gak mikir atau emosi.” (*Informan E/29112024*)

“Suami saya kalo marah itu meledak-ledak, melampiaskannya ke anak istri, ya gitu sejak sakit udah langsung begitu. Ya sakit semua badannya jadinya gitu. Saya sabar aja, ya mau gimana. Anak saya itu yang kadang gak sabaran, saya yang bilangin, ayahmu memang sakit nak, sabar.” (*Informan I/29112024*)

E adalah seorang pegawai negeri yang memiliki suami penderita diabetes melitus selama 2 tahun. E menjelaskan bahwa dirinya harus menghadapi emosi suaminya yang tidak stabil, baik amarah maupun kesedihan. Di sisi lain, E diminta oleh

dokter untuk menjaga kondisi suaminya agar stabil secara emosi agar penyakit yang diderita suaminya tidak semakin parah. I adalah seorang pegawai yang baru saja pensiun dan yang kini menjadi ibu rumah tangga. Suaminya menderita diabetes melitus selama 10 tahun, beberapa bulan terakhir, suaminya mengalami komplikasi yang membuatnya harus dioperasi di bagian kakinya. Sejak mengalami berbagai komplikasi, emosi suami I semakin tidak stabil dan sering meledak-ledak. I dibantu oleh anaknya, namun anak I tidak sabar sehingga selain menjaga emosi suaminya agar tetap stabil, I juga harus menstabilkan emosi anaknya.

Caregiver informal seringkali dianggap remeh, terlebih dalam beberapa budaya merawat orang yang sakit dianggap sebagai bentuk tanggung jawab, bakti, maupun wujud kasih sayang. Peran *caregiver* informal dianggap ‘hanya’ menjaga orang sakit/lansia, sehingga tak jarang keluhan kesah para *caregiver* atas lelahnya dianggap sebagai tindakan yang kurang etis karena seolah tidak tulus dalam merawat orang yang sakit. Padahal pada kenyataannya, menjadi *caregiver* bukanlah hal yang mudah karena harus menyeimbangkan waktu untuk diri sendiri dan orang yang tengah dirawat. Waktu untuk diri sendiri yang dimaksud adalah waktu untuk bekerja/mengenyam pendidikan, waktu untuk berproses melakukan hal yang ingin dicapai, dan waktu untuk menyenangkan diri sendiri dengan melakukan hal yang disukai. Di sisi lain, orang lain cenderung akan menyalahkan *caregiver* apabila terjadi penurunan kondisi pada orang tengah dirawat, meskipun *caregiver* telah berusaha semaksimal mungkin dalam merawat. Hal ini dapat menimbulkan konflik pada diri *caregiver*, yakni konflik intrapersonal.

Schelling (dalam O'Connor, et al., 2002) mendefinisikan konflik intrapersonal sebagai konflik yang terjadi antara dua diri yang ada pada setiap individu, yaitu diri individu yang mencari kepuasan sesaat dengan diri yang mementingkan kepentingan jangka panjang. Pada konteks *caregiver*, konflik intrapersonal yang dialami dapat berupa perasaan lelah dan keinginan untuk beristirahat dan didengarkan, namun di sisi lain dirinya juga ingin terus merawat pasien yang tengah dirawat serta merasa tidak

boleh 'egois' dengan meminta waktu sendiri. Hal tersebut juga berlaku pada konteks *caregiver* penderita diabetes mellitus.

Beberapa kondisi tersebut sejalan dengan yang diungkapkan oleh informan E dan I:

"Jelas saya pengen *refreshing*, Nona. Tapi saya gak bisa, selalu kepikiran suami. Anak saya pernah ngajak saya jalan-jalan, tapi baru sebentar saya udah minta pulang, takut bapak kenapa-kenapa, padahal ya bapak gak papa. Gak tenang saya."

"...ya kalo dicari-cari waktu buat *refreshingnya* ya pasti ada kok, tapi yaudah itu gak bisa, kepikiran suami terus, gak akan tenang juga *refreshingnya*, jadi mending gak usah."

"Saya semua yang ngerjain kerjaan rumah. Termasuk mikirin semua masalah rumah kayak misalnya gimana kalo anak sakit, itu udah saya semua yang mikir. Sama dokter, suami saya disuruh gak boleh banyak pikiran. Yaudah semua semua saya. Padahal kalo dulu itu tugas dibagi dua, sekarang gak bisa, saya semua."

"...namanya tetangga, pasti nanya-nanya suami saya kenapa, pasti adalah omongan-omongan tentang kok bisa kasep gitu ketemunya sakitnya. Ya saya cuma nangis aja udah, orang-orang kan enak ya bilang sabar sabar aja, ini yang ngerasain loh." (Informan E/29112024)

"Pasti capek, pengen banget *refreshing* tapi gak bisa sama sekali, karena wes kepikiran terus suami saya gimana kalo saya tinggal. Saya belanja ke tukang sayur aja loh mbak, ditelponi terus, 'ojok suwe-suwe' gitu, padahal sebentar banget. Ya udah gak pernah *refreshing* lagi mbak sejak juli itu, takut kenapa-kenapa kalo ditinggal. Sampe anak saya bilang 'mamah, kita gak pernah jalan-jalan lagi ya mah sejak ayah sakit, ke Surabaya gitu mah', ya saya cuma suruh anak saya sabar."

"Wes di rumah itu saya semua yang ngerjain kerjaan rumah. Anak saya untungya bisa bantu."

"Ya yang juli itu dropnya mbak. Sampe sekarang itu ada luka di kakinya, habis dioperasi, ya *kroak* gitu. Wes biasa orang-orang tanya ke saya, kok bisa loh sampe gitu. Wes biar gak panjang-panjang ya tak bilang, 'ya udah rejekiku, mau gimana lagi, terima aja'. Waktu itu saya dateng ke kyai, sama kyainya dibilang, 'Kalo bapak sudah gak mau ke rumah sakit, biarkan aja Bu, kalo minta apa-apa yaudah langsung dikasih aja', ya kan saya *deg* gitu ya mikirnya. Ya Allah, yaudah saya jalani mbak, saya pasrah." (Informan I/29112024)

Kedua subjek, baik E dan I mengungkapkan bahwa merekalah yang melakukan seluruh pekerjaan rumah seperti membersihkan rumah sampai dengan mengurus pakaian seperti mencuci, melipat, dan menyetrika. Kedua subjek juga mengungkapkan hal yang sama tentang keinginannya, yakni keluar rumah dan berjalan-jalan sejenak untuk melepaskan penat, namun hal tersebut tidak bisa dilakukan karena E dan I sama-sama khawatir dengan kondisi suami di rumah. I mengungkapkan, terkadang dirinya lelah, ingin beristirahat dan berbincang dengan ibu-ibu di tukang sayur agar lelahnya sedikit teralihkan, namun tidak bisa karena suaminya terus meneleponnya karena tidak mau ditinggal. Kedua subjek juga mengungkapkan hal yang sama tentang omongan-omongan yang mereka terima dari orang-orang saat kondisi suami-suami mereka drop.

Hal yang dialami oleh I dan E menunjukkan bahwa *caregiver* jelas dapat mengalami konflik intrapersonal.

Berdasarkan prevalensi penyakit, dan kompleksitas permasalahan yang dihadapi *caregiver*, utamanya *caregiver* penderita diabetes melitus dalam uraian di atas, maka peneliti mengangkat penelitian yang berjudul “Konflik Intrapersonal *Caregiver* Pada Penderita Diabetes Melitus” dengan lokasi penelitian di Kota Surabaya. Pemilihan Kota Surabaya sebagai lokasi penelitian didasarkan pada data prevalensi diabetes melitus tahun 2018 dimana penderita diabetes melitus didominasi oleh penduduk yang tinggal di daerah perkotaan. Surabaya adalah kota terbesar di Provinsi Jawa Timur, yang juga menjadi ibukota provinsi dan merupakan pusat rujukan pasien dari berbagai daerah di Jawa Timur.

1.2 Signifikansi penelitian

Penelitian terkait *caregiver* penderita diabetes melitus telah dilakukan sebelumnya, oleh Alsaedi, Y. E. dkk yang berjudul “*Assessment of Type II Diabetes melitus Patients’ Caregiver’s Burnout Level: A Cross-Sectional Study in Taif, Saudi Arabia*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *caregiver* yang memiliki tingkat stress yang lebih rendah dan bahkan tidak ada cenderung berusia lebih muda, laki-laki, lajang, memiliki gelar Sarjana, memiliki keturunan pasien, merawat pasien diabetes melitus tipe 2 dengan usia lebih muda, durasi diabetes melitus tipe 2 yang lebih pendek, pasien yang cenderung tidak menggunakan kursi roda, pasien yang cenderung tidak diberi resep regimen insulin kompleks, pasien dengan parameter kontrol glikemik yang lebih baik, dan pasien dengan kadar HDL yang lebih tinggi.

Beberapa penelitian terkait konflik intrapersonal, dan *caregiver* telah dilakukan sebelumnya. Terdapat persamaan dan perbedaan pada metode, tujuan penelitian, dan subjek.

Salah satu studi terkait konflik intrapersonal adalah penelitian Wijaya, I., Dwiantoro, L., & Dwidiyanti, M. (2024) yang berjudul “Gambaran Konflik Intrapersonal Perawat *Scoping Review*”. Desain yang digunakan pada studi tersebut

adalah *scoping review*, yang mana metode ini digunakan untuk mengidentifikasi literatur yang luas dan mendalam yang telah dikumpulkan dari berbagai sumber yang berbeda dengan berbagai metode penelitian dan yang terkait dengan topik penelitian. Gambaran konflik intrapersonal perawat pada hasil review ini adalah ; (1) Konflik yang berhubungan dengan karir, terhalang studi lanjut; (2) Konflik yang berhubungan dengan kehidupan keluarga. Perawat ingin membantu perekonomian keluarga namun pasangan meminta mengurus anak dan rumah; (3) Konflik yang berhubungan dengan kehidupan kerja-keluarga atau durasi tidur; (4) Konflik yang berhubungan dengan agama dengan contoh seorang perawat wanita muslim baru diterima bekerja di rumah sakit namun terdapat aturan wajib melepas jilbab. Persamaan studi tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan adalah kesamaan variabel yakni konflik intrapersonal. Terdapat banyak perbedaan dengan studi yang akan dilakukan ini, yakni perbedaan jenis dan metode yang mana studi tersebut adalah *Scoping Review*, sementara penelitian yang akan dilakukan ini adalah penelitian kualitatif yang bertujuan untuk memperoleh gambaran mendalam tentang fenomena yang diteliti. Perbedaan lainnya adalah perbedaan subjek yang mana subjek penelitian tersebut adalah orang yang berprofesi sebagai perawat dimana perawat adalah *caregiver* formal, sementara subjek penelitian yang akan dilakukan ini adalah *caregiver* informal penderita diabetes melitus.

Penelitian lain tentang konflik intrapersonal juga dilakukan oleh Agustian R. D. (2018) dengan judul “Hubungan Antara Konflik Intrapersonal dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah 61 perawat diambil dengan menggunakan teknik total sampling Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 83,6% perawat mengalami konflik intrapersonal yang tinggi dan sebesar 16,4% perawat lainnya memiliki konflik intrapersonal yang sedang. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa sistem kerja *shift* dan beban kerja yang berat menyebabkan perawat dituntut untuk selalu bekerja profesional dengan jam kerja yang tinggi

sehingga perawat banyak kehilangan waktu untuk keluarga atau sosial dan menghalanginya untuk menjalankan kewajibannya di luar rumah sakit karena harus menyeimbangkan tuntutan dan tanggung jawab pekerjaan dengan tuntutan dan tanggung jawab keluarga atau sosial. Hasil uji Kendall Tau menunjukkan nilai signifikan sebesar 0,044 yang mana apabila nilai uji signifikansi $<0,05$ mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan antara konflik intrapersonal kerja perawat dengan kinerja perawat di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Nilai koefisien korelasi sebesar -0,244 menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi bersifat negatif dan bersifat lemah karena nilai korelasinya lebih kecil dari 0,5. Kesamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan ada pada variabel yakni konflik intrapersonal. Perbedaannya terletak pada metode penelitian dimana penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan penelitian yang akan digunakan adalah kualitatif. Ada sedikit perbedaan pada subjek, dimana penelitian ini menggunakan subjek *caregiver* formal berupa perawat, sementara penelitian yang akan dilakukan adalah *caregiver* informal.

Penelitian terkait *caregiver* juga pernah dilakukan sebelumnya oleh Nenobais, A., Yusuf, A., & Andayani, S. R. D. (2020) dengan judul “Beban Pengasuhan *Caregiver* Keluarga Klien dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang”. Metode penelitian tersebut adalah kuantitatif deskriptif dengan subjek penelitian 104 perawat keluarga pasien dengan skizofrenia, yang berkunjung di rawat jalan dan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Naimata di Kupang Nusa Tenggara Timur. Hasil penelitian menunjukkan beban ringan sampai sedang adalah 23,1%, beban sedang hingga berat 49%, beban berat 22,1% dan sedikit atau tidak ada beban 5,8%. Merawat klien skizofrenia dianggap beban karena merasa saudara mereka meminta pertolongan lebih banyak dari yang dibutuhkan membuat mereka lelah, menghabiskan waktu mereka karena klien harusnya mampu dengan kondisi yang sehat secara fisik, *caregiver* merasa malu karena perilaku klien yang sering berubah. *Caregiver* tidak punya waktu untuk bekerja dan menghasilkan uang, merasa merawat klien sambil melaksanakan kewajiban rutin lainnya dalam keluarga membuatnya merasa tertekan. Persamaan

penelitian tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada subjek yakni *caregiver* informal, meskipun terdapat perbedaan spesifikasi subjek dimana penelitian tersebut adalah *caregiver* penderita skizofrenia, sementara subjek penelitian yang akan dilakukan adalah *caregiver* penderita diabetes melitus. Perbedaan lainnya terdapat pada metode yang digunakan, dimana penelitian tersebut menggunakan kuantitatif deskriptif sementara peneliti kali ini menggunakan metode kualitatif.

Penelitian lain terkait *caregiver* adalah penelitian oleh Bruinsma, J., Peetoom, K., Bakker, C., Boots, L., Verhey, F., & Vugt, M. D. (2022) dengan judul penelitian “*‘They simply do not understand’: a focus group study exploring the lived experiences of family caregivers of people with frontotemporal dementia*”. Metode penelitian ini adalah metode kualitatif. Subjek adalah pasangan atau anggota keluarga lain yang menjadi *caregiver* pasien demensia frontotemporal. Hasil menunjukkan bahwa para subjek kesulitan memahami dalam merawat keluarga yang dirawatnya, sehingga pada akhirnya menimbulkan rasa kesepian. Dukungan sosial dapat membantu rasa kesepian yang dialami *caregiver*, namun dukungan tersebut harus mencakup strategi yang dapat digunakan oleh *caregiver* untuk menginformasikan dan melibatkan keluarga dan teman dalam situasi perawatan, sehingga dapat mencegah kesepian. Terdapat persamaan metode antara penelitian tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan, yakni metode kualitatif. Selain itu terdapat kesamaan subjek yakni *caregiver* yang merupakan *caregiver* informal, meskipun terdapat perbedaan spesifikasi subjek dimana penelitian tersebut adalah *caregiver* penderita demensia frontotemporal, sementara subjek penelitian yang akan dilakukan adalah *caregiver* penderita diabetes melitus.

1.3 Fokus Penelitian

Berdasarkan uraian di atas, maka fokus penelitian ini adalah tentang bagaimana gambaran konflik intrapersonal *caregiver* pada penderita diabetes melitus?

1.4 Tujuan Penelitian

Mengacu pada fokus penelitian, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran konflik intrapersonal *caregiver* pada penderita diabetes melitus.

1.5 Manfaat Penelitian

Secara manfaat diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat teoritis dan praktis, yakni:

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan psikologi, utamanya pada psikologi kepribadian dan psikologi sosial.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi subjek

Penelitian ini diharapkan dapat membuat subjek dapat mengetahui konflik yang tengah dialaminya secara lebih detail sehingga nantinya hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan subjek di kemudian hari untuk memilih respon yang tepat terhadap konfliknya tersebut.

- b. Bagi penderita yang dirawat oleh subjek

Diharapkan agar penelitian ini dapat memberikan gambaran konflik dan tantangan yang dihadapi oleh subjek, sehingga penderita dapat memahami dan memberi dukungan pada subjek dengan menjadi pasien yang kooperatif dan sabar.

- c. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan peneliti di masa yang akan datang tentang konflik intrapersonal yang dialami oleh para *caregiver*, utamanya *caregiver* penderita diabetes melitus.