

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1, Kabupaten Sleman, Yogyakarta . Puskesmas Gamping 1 merupakan salah satu dari 25 Puskesmas yang berada di Kabupaten Sleman. Luas wilayah kerja dari Puskesmas Gamping 1 ini terdiri dari 2 desa yaitu Desa Ambarkeawang yang terdiri dari 13 dusun serta Desa Balecatur yang terdiri dari 18 dusun. Batasan wilayah kerja dari Puskesmas Gamping 1 terbagi menjadi 4 batasan, pada bagian barat berbatasan dengan Kecamatan Sedayu Bantul, bagian timur berbatasan dengan Desa Banyuraden, bagian utara berbatasan dengan Desa Sidoarum, dan bagian selatan berbatasan dengan Kecamatan Kaihan Bantul.

Terkait pelayanan, Puskesmas Gamping 1 membuka pelayanan kesehatan yang terdiri dari beberapa poli, yaitu poli umum, poli gigi, KIA dan KB, klinik fisioterapi, psikologi, gizi, kesehatan lingkungan, dan laboratorium. Selain itu terdapat layanan konseling jiwa, gizi dan juga konseling terkait penyakit yang dialami. Puskesmas Gamping 1 memiliki berbagai upaya dalam mengatasi masalah kesehatan salah satunya yaitu program Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) untuk pasien diabetes mellitus dan hipertensi yang diadakan setiap Rabu pagi dari jam 7.00 – selesai. Namun, untuk penyakit *life limiting illness* sendiri Puskesmas Gamping 1 belum memiliki program atau upaya terkait hal tersebut.

Hasil Penelitian

1. Analisa data Univariat

a. Hasil Umum Karakteristik Responden

Tabel 2. 1 Distribusi Frekuensi Responden

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Demografi		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	25%
Perempuan	30	75%
Usia		
17-25 tahun	2	5%
26-35 tahun	7	17,5%
36-45 tahun	7	17,5%
46-55 tahun	16	40%
56-65 tahun	8	20%
>65 tahun	0	0%
Pendidikan		
Tidak Sekolah	6	15%
SD	8	20%
SMP	11	27,5%
SMA	7	17,5%
Sarjana	8	20%
Pekerjaan		
Ibu Rumah Tangga	14	35%
Buruh/Petani	5	12,5%
Wiraswasta	10	25%
PNS/Pensiunan PNS	7	17,5%
Lain-lain	4	10%
Pendapatan		
< 1,500.000	25	62%
1,500.000-3.000.000	12	30%
>3.000.000	3	7,5%
Hubungan		
Istri	12	30%
Suami	2	10%
Anak	24	60%
Total	40	100%

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 2.1 menunjukkan karakteristik responden data demografi dan lama merawat anggota keluarga yang sakit. Karakteristik responden yang pertama dalam data demografi yaitu jenis kelamin. Jenis kelamin perempuan dalam penelitian ini sebanyak

30 orang (75%) dan laki-laki sebanyak 10 orang (25%), sedangkan berdasarkan katagori umur, mayoritas umur responden adalah 46-55 tahun sebanyak 16 orang (40%). Selanjutnya hasil perhitungan pendidikan terakhir responden terbanyak yaitu SMP 11 orang (27,5%) dan berdasarkan pekerjaan responden sebagai ibu rumah tangga 14 orang (35%). Karakteristik berdasarkan besar pendapatannya responden terbanyak yaitu < Rp.1,500.000 sebanyak 25 orang (62,5%). Responden yang memiliki hubungan sebagai anak 24 orang (60%).

Tabel 2. 2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan lama merawat

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Mean
Merawat			
Lama merawat dalam bulan			50,38
Tingkat Ketegantungan			
Tidak ada	29	72,5%	
ada	11	27,5%	
Dukungan Keluarga			
Tidak ada	29	72,5%	
Ada	11	27,5%	
Jarak Fasilitas Kesehatan			
1-2,9 km	26	65%	
3-4,9 km	9	22,5%	
5-6,9 km	5	12,5%	
Total	40	100%	

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan katagori lama merawat, hasil perhitungan berdasarkan lama merawat dalam bulan didapatkan nilai tengah sebesar 48 bulan. Selanjutnya tingkat ketergantungan pasien total sebanyak 29 orang (72,5%), sebagian besar responden juga tidak

mendapatkan dukungan dari keluarga sebanyak 29 orang (72,5%), selain itu mayoritas dari responden tidak memiliki kegiatan di masyarakat sebanyak 28 orang (70%). Jarak yang ditempuh responden terbanyak dari rumah ke puskesmas yaitu 1-2,9 kilometer sebanyak 26 orang (65%).

Tabel 2. 3 Tingkat Kesiapan Keluarga dalam Merawat Pasien *Life Limiting Illness*

Variabel	Mean±St Deviasi	Min-max
Tingkat Kesiapan	36,20 ±14,490	23-67

Sumber: Data primer 2019

Tingkat kesiapan pasien menurut hasil perhitungan pengolahan data yaitu nilai *mean* atau nilai rata-rata tingkat kesiapan keluarga yaitu 36,20 kemudian nilai minimal atau nilai terendah 23 sedangkan jumlah nilai maksimum atau tertinggi yaitu 67 dan standar deviasinya adalah ±14,490.

Tabel 2.4 Beban Keluarga dalam Merawat Pasien *Life Limiting Illness*

Variabel	Frekuensi	Persentase
Beban Keluarga		
Tidak ada Beban	0	0
Beban ringan	0	0
Beban sedang	8	20%
Beban berat	32	80%
Total	40	100%

Sumber : Data primer 2019

Dalam tabel beban keluarga dalam merawat pasien *life limiting illness* didapatkan hasil bahwa tingkat beban keluarga yang paling

tinggi yaitu beban berat sebanyak 32 orang (80%) dan beban sedang 8 orang (8%).

2. Analisa data Bivariat

Tabel 3. 1 Hubungan Karakteristik data demografi, Karakteristik Merawat dengan Tingkat Kesiapan Keluarga dengan Beban Keluarga dalam Merawat Pasien *Life Limiting Illness*.

Variabel	Tingkat Kesiapan		Tingkat Beban Keluarga	
	p	r	p	r
Karakteristik Demografi				
Umur	0,027	-0,349*	0,109	0,257
Pendidikan	0,001	0,504**	0,002	-0,470**
Pendapatan	0,000	0,690**	0,000	-0,675**

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan hasil tabel 3.1 didapatkan hasil bahwa umur memiliki hubungan dengan kesiapan keluarga, namun beban keluarga tidak memiliki korelasi dengan umur responden. Selanjutnya pada karakteristik pendidikan terdapat hubungan antara pendidikan dengan kesiapan keluarga dan juga pada beban keluarga. Hasil perhitungan beban keluarga dengan pendidikan dapat diinterpretasikan dengan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin rendah beban yang dialami oleh responden. Selanjutnya pada pendapatan juga memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kesiapan keluarga dan beban keluarga.

Variabel	Tingkat Kesiapan		Tingkat Beban Keluarga	
	p	r	p	r
Karakteristik Merawat				
Lama merawat dalam bulan	0,69	-0,290	0,040	0,327*
Tingkat Ketergantungan	0,612	-0,083	0,864	-0,28
Dukungan Keluarga	0,531	-0,102	0,864	-0,28
Jarak Fasilitas Kesehatan	0,102	-0,262	0,330	-0,157

Sumber : Data Primer 2019

Karakteristik merawat yang terdiri dari lama merawat dalam bulan, tingkat ketergantungan, dukungan keluarga dan jarak fasilitas kesehatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kesiapan keluarga. Sedangkan karakteristik merawat yaitu lama perawatan yang diberikan *caregiver* memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat beban keluarga dengan interpretasi hasil yaitu semakin lama waktu perawatan yang diberikan maka semakin tinggi beban keluarga.

Tabel 3.2 Hubungan Kesiapan Keluarga dengan Beban Keluarga dalam Merawat Pasien *Life Limiting Illness*.

Variabel	Tingkat Kesiapan	
	p	r
Beban Keluarga	0,000	-0,72**

Sumber : Data Primer 2019

Hasil analisis korelasi antara tingkat kesiapan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat pasien *life limiting illness* yang menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi

sebesar 0,000 ($p < 0,005$) yang menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara kesiapan keluarga dengan beban keluarga dan nilai yang didapatkan yaitu $-0,72^{**}$ yang menunjukkan arah korelasi negatif dengan kekuatan hubungan sangat kuat antara tingkat kesiapan dan beban keluarga serta hasil negatif menjelaskan bahwa kedua variable tersebut bersifat tidak searah demikian bisa diartikan bahwa semakin rendah tingkat kesiapan maka semakin tinggi beban keluarga.

B. Pembahasan

1. Karakteristik demografi

Pada penelitian ini terdapat beberapa karakteristik demografi dari *caregiver* diantaranya yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan dengan pasien *life limiting illness*.

Karakteristik demografi yang pertama adalah jenis kelamin. Pada penelitian ini, jenis kelamin responden di dominasi oleh perempuan. Hal ini salah satu bentuk budaya yang telah terbentuk di masyarakat, dimana seorang perempuan dididik sejak kecil untuk mengurus rumah tangga dan laki-laki mencari nafkah. Sehingga ketika ada anggota keluarga yang sakit, maka perempuan akan bertindak sebagai *caregiver* dalam keluarga. Selain itu, wanita juga mampu mendengarkan keluhan, berempati dan mampu memberikan dukungan emosional yang lebih baik kepada anggota keluarga yang sakit daripada laki-laki (Fahrina, 2019).

Karakteristik demografi yang kedua adalah usia mayoritas dari responden adalah antara 46-55 tahun, yang mana pada katagori usia ini sudah memasuki masa lansia awal (Depkes, 2009). Pada masa usia ini, telah muncul perubahan-perubahan fisik dan mental yang akan menyulitkan dalam melakukan perannya sebagai *caregiver* terutama dalam pemenuhan peran saat memberikan perawatan membantu anggota keluarga yang sakit memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Selain itu, pada usia lansia awal ini juga individu juga rentan mengalami stres beberapa lain diantaranya stres budaya, stres ekonomi, dan juga stres psikologis yang bisa muncul karena ketidakmampuan dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Jannah, Yacob & Julianto, 2017).

Karakteristik yang ketiga yaitu tingkat pendidikan terakhir. Mayoritas responden dalam penelitian ini menempuh pendidikan dasar yaitu SD dan SMP. Penelitian yang dilakukan oleh Yuhono (2017) mengungkapkan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan mempengaruhi tingkat pengetahuan diantaranya mengenai tentang masalah kesehatan dan cara merawat anggota keluarga yang sakit. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula pengetahuan yang dimilikinya dalam pemberian perawatan dan tindakan yang harus dilakukan kepada anggota keluarganya yang sakit. Hal ini disebabkan karena tingkat pemahaman dan penyerapan informasi yang diberikan pada seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih

tinggi akan akan berbeda dan akan jauh lebih baik dari seseorang yang tidak bersekolah (Saputro, Susilowati, 2016).

Karakteristik *caregiver* yang keempat adalah pekerjaan. Responden sebagian besar tidak bekerja dan hanya menjadi ibu rumah tangga sebanyak 14 orang. Pekerjaan seseorang berhubungan dengan pendapatan yang didapatkan. Keluarga yang memiliki pekerjaan yang baik akan memiliki pendapatan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan kebutuhan dalam perawatan anggota keluarga yang sakit (Yuhono, 2017).

Karakteristik responden yang kelima yaitu pendapatan. Pendapatan mayoritas responden yaitu <1,500.000 dimana pendapatan ini termasuk katagori dibawah UMR Yogyakarta. Pendapatan juga menjadi salah satu hal yang penting dalam merawat keluarga, karena keluarga harus memenuhi kebutuhan pangan, sandang dan papan. Pendapatan juga mempengaruhi kemampuan responden dalam memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lutz (2016) sumber finansial menjadi masalah utama dalam perawatan keluarga. Jika responden tidak memiliki finansial yang stabil maka akan sulit untuk membayar kebutuhan medis dan kebutuhan hidup lainnya.

Karakteristik yang terakhir yaitu hubungan *caregiver* dengan pasien. Responden dalam penelitian ini mayoritas memiliki hubungan sebagai anak 24 orang dengan anggota keluarga yang mengalami penyakit *life limiting illness*. Sebagaimana yang sudah dijelaskan dalam Al-Quran

bahwa anak wajib berbakti kepada orangtua dan salah satu bentuk bakti kepada orangtua adalah dengan merawat orangtua saat sakit (Abdillah, 2010). Banyaknya *caregiver* yang memiliki hubungan sebagai anak bisa juga disebabkan oleh norma atau adat yang dianut oleh sebagian besar Negara asia. Anak yang sudah dewasa akan mengurus atau merawat orang tuanya yang sakit dan itu sudah menjadi kewajiban moral yang paling dasar dalam masyarakat. Apabila anak menolak untuk merawat orangtuanya yang sakit, maka anak tersebut dianggap rendah oleh masyarakat (Yang *et al.*, 2012; Xiaolin, 2016).

2. Karakteristik terkait perawatan yang diberikan di rumah.

Perawatan yang diberikan di rumah meliputi lama perawatan yang diberikan, tingkat ketergantungan pasien dukungna keluarga dan jarak rumah dengan fasilitas kesehatan.

Karakteristik yang pertama yaitu lama perawatan yang diberikan. Lama perawatan yang diberikan ini rata-rata 50,38 bulan. Pasien *life limiting illness* membutuhkan perawatan yang sangat lama karena penyakit ini bukanlah penyakit yang bisa disembuhkan. Oleh karena itu *caregiver* menghaiskan lebih banyak waktu untuk merawat keluarga yang sakit daripada merawat dirinya sendiri sehingga dapat memunculkan beban fisik serta beban emosional pada *caregiver* (Rafiyah, 2011). Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahal (2016) mengungkapkan bahwa semakin lama durasi waktu merawat anggota

keluarga yang sakit maka makin meningkat pula tingkat kesiapan keluarga dan beban yang dialami keluarga dapat menurun.

Karakteristik kedua yaitu tingkat ketergantungan. Tingkat ketergantungan pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dalam penelitian ini mayoritas adalah tingkat ketergantungan total sebanyak 29 orang. Tingkat ketergantungan dibagi menjadi 3 yaitu tingkat ketergantungan sebagian, sangat tergantung, dan ketergantungan total. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang perlu bantuan dari orang lain meliputi kebersihan diri, *toileting*, mandi, memakai pakaian, menaiki tangga, menyuapi makan dan lain-lain (Fadlulloh, Upoyo, Hartanto, 2014). Ketergantungan pasien akan mengakibatkan tugas dan rutinitas yang harus dilakukan *caregiver* semakin bertambah, hal ini dapat menyebabkan kelelahan fisik pada *caregiver* (Luthfa, 2018).

Karakteristik yang selanjutnya yaitu dukungan keluarga. Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasional dan emosional. Dukungan instrumental adalah dukungan yang berhubungan dengan bantuan biaya/pengobatan, membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan transportasi ketika menjalani terapi serta membantu menjaga keluarga yang sakit saat dibutuhkan. Kemudian dukungan informasional meliputi bagaimana anggota keluarga yang lain ikut berkontribusi untuk memberikan nasihat, saran, dan menyediakan informasi dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Selanjutnya dukungan emosional dapat

berupa semangat, empati, rasa percaya, lingkungan yang nyaman dan kasih sayang yang diberikan kepada anggota keluarga yang sakit (Sidiq, 2014).

Karakteristik yang terakhir adalah jarak rumah *caregiver* dengan fasilitas kesehatan. Jarak fasilitas Kesehatan dari rumah responden mayoritas adalah 1-2,9 kilometer. Penelitian yang dilakukan oleh Savitri (2011) menyatakan bahwa penduduk yang bertempat tinggal jauh jarang memanfaatkan puskesmas sedangkan penduduk yang bertempat tinggal dekat dengan puskesmas sebagian besar memanfaatkan puskesmas dalam perawatan kesehatan. Hal ini bisa disimpulkan jika letak pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi intensitas pemanfaatan layanan kesehatan dan proses pengobatan pasien (Kartika, Wiarsih & Permatasari, 2015 ; Lutz *et al.*, 2016).

3. Hubungan Tingkat Kesiapan dan Beban Keluarga

Pada penelitian ini ditemukan bahwa tingkat kesiapan keluarga dengan beban keluarga memiliki hubungan yang sangat signifikan dan tingkat korelasi negatif yang kuat. Hal ini dapat diartikan bahwa semakin rendah tingkat kesiapan maka semakin tinggi beban yang dialami keluarga. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahal (2016) di India bahwa tingkat kesiapan yang tinggi akan mengurangi tingkat beban yang dialami keluarga, namun apabila tingkat kesiapan rendah maka beban yang dialami keluarga semakin tinggi. Kemudian pada penelitian yang dilakukan oleh Xiaolin (2016) juga mendapatkan hasil bahwa kesiapan keluarga yang rendah akan

meningkatkan beban pada keluarga dan sebaliknya, jika kesiapan keluarga sudah baik maka tingkat beban keluarga akan menurun.

Tingkat kesiapan yang rendah dan beban yang berat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pendapatan, ketergantungan pasien, lama merawat, dukungan dari keluarga, jarak fasilitas kesehatan serta hubungan dengan pasien. Anggota keluarga yang menghabiskan waktu selama 24 jam dalam seminggu, serta tidak memiliki pengetahuan yang kurang maka akan meningkatkan beban pada *caregiver*.

Tingkat kesiapan keluarga dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah jenis kelamin, usia, pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan. Jenis kelamin berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Henrickson (2013) bahwa *caregiver* lebih banyak perempuan daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan perempuan lebih merasa siap daripada laki-laki selain itu, hal ini berkaitan juga dengan hubungan pasien dengan responden. Apabila pasien adalah suami maka akan memilih istrinya sebagai orang yang merawatnya, dan jika pasien adalah orang tua atau lansia mayoritas dari lansia akan memilih anak perempuannya sebagai *caregiver* (Putri, 2017; Luthfa, 2018; Mahal, 2016). Selain itu, wanita juga mampu mendengarkan keluhan, berempati dan mampu memberikan dukungan emosional yang lebih baik dari laki-laki oleh karena itu, jenis kelamin dapat mempengaruhi tingkat kesiapan keluarga.

Kemudian tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kesiapan yang dimiliki oleh seorang *caregiver*. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula pengetahuan yang dimilikinya, maka *caregiver* dengan tingkat pendidikan yang rendah juga memiliki pengetahuan yang rendah. Pengetahuan yang rendah akan menyebabkan keluarga tidak mengetahui apa saja peran yang harus dipenuhi dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Sehingga hal ini akan mengakibatkan keluarga tidak siap dalam memberikan perawatan pada anggota keluarganya (Fahrina, 2019; Saputro, Susilowati, 2016). Tingkat pendapatan keluarga dan pekerjaan yang dimiliki mempengaruhi tingkat kesiapan keluarga. Keluarga yang memiliki pendapatan yang rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dan juga memenuhi kebutuhan dalam merawat pasien itu sendiri (Lutz *et.al.*, 2016) dan keluarga yang memiliki pekerjaan biasanya akan sulit membagi waktu dalam merawat anggota keluarganya yang sakit dan juga pekerjaannya. Namun jika dilihat dari sisi pendapatan maka keluarga yang memiliki pekerjaan akan lebih mampu dan lebih siap dalam menyediakan perawatan (Ardiyani, Herwin, Wiyono, 2017; Puspitasari, 2016).

Beban keluarga dapat dipengaruhi oleh karakteristik *caregiver* termasuk tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan lama merawat anggota keluarga yang sakit (Istiana 2015) *Caregiver* dengan tingkat pengetahuan yang rendah, pendapatan perbulan yang rendah serta tidak memiliki pekerjaan maka akan mengalami beban yang tinggi (Erwanto,

2016). Katagori jenis kelamin dalam penelitian ini yaitu wanita diyakini memiliki tingkat beban lebih tinggi dari laki-laki saat merawat anggota keluarga yang sakit, hal ini disebabkan karena wanita cenderung lebih emosional, (Xiaolin, 2016; Reed *et al.*, 2014).

Beban keluarga juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik terkait perawatan yang diberikan di rumah yang meliputi lama merawat, jenis tindakan atau perawatan yang diberikan sehari-hari dan juga dukungan yang didapatkan dari anggota keluarga yang lain. *Caregiver* yang memiliki waktu merawat yang lebih panjang akan memiliki tingkat beban yang tinggi, karena waktu yang panjang dalam memberikan perawatan menyebabkan *caregiver* merasa jenuh dan lelah secara fisik serta emosional (Xiaolin, 2016; Shu-Ying, Chiao-Li, Yi-Ching, For-Wey, & Chun-Jen, 2008). Selain itu, dukungan dari keluarga juga sangat berpengaruh dengan beban keluarga, *caregiver* yang mendapatkan dukungan dari keluarganya memiliki waktu dan tenaga yang lebih banyak untuk merawat dirinya sendiri dan juga mendapatkan dukungan dari keluarga akan membuat *caregiver* lebih mudah untuk beradaptasi dengan perannya dan situasinya dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Xiaolin, 2016).

Beberapa hal yang tidak berhubungan dengan tingkat kesiapan dan beban keluarga adalah hubungan *caregiver* dengan anggota keluarga yang sakit, dukungan keluarga, dan jarak fasilitas kesehatan. Namun dalam penelitian yang dilakukan oleh Melo (2014). Keluarga memiliki peran

penting dalam transisi menjadi *family caregiver* karena keluarga memainkan peran penting dalam keseluruhan proses perawatan. Hubungan keluarga yang baik antar anggota keluarga, atau antara *caregiver* dengan keluarga yang sakit sangatlah dibutuhkan untuk pemenuhan kebutuhan anggota keluarga yang sakit. Selain itu juga, hubungan yang baik adalah salah satu aspek yang dapat membentuk dukungan yang sesuai yang diperlukan dalam keluarga. Keluarga yang memiliki dukungan yang baik maka akan memiliki waktu dalam merawat dirinya sendiri namun keluarga yang tidak memiliki dukungan dari anggota keluarga yang lain, biasanya akan kewalahan membagi waktu untuk merawat dirinya sendiri dengan merawat anggota keluarganya yang sakit sehingga perawatan yang diberikan kepada anggota keluarganya yang sakit tidak optimal (Putri, 2017).

Selain itu juga, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lutz (2016) bahwa Pasien *life limiting illness* juga membutuhkan pelayanan kesehatan dari Puskesmas atau Rumah Sakit untuk melakukan perawatan rutin. Letak pelayanan kesehatan yang sulit diakses dan tidak terjangkau akan menyulitkan keluarga menjangkau fasilitas kesehatan dan menghambat proses pengobatan sehingga keluarga merasa tidak siap memenuhi perannya sebagai *caregiver* (Puspitasari, 2017).

C. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument penelitian yang sudah tervalidasi dan menempuh penerjemahan *back forward* di Pusat Pelatihan Bahasa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta selain itu juga penelitian ini belum pernah dilakukan di Wilayah Puskesmas Gamping 1 Sleman Yogyakarta.

2. Keterbatasan Penelitian

Proses pengambilan data pada penelitian ini menempuh waktu yang lama dikarenakan beberapa dari responden pindah rumah dan tidak bersedia menjadi responden penelitian.