

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gamping 1 Sleman, Yogyakarta. Puskesmas Gamping 1 beralamat di Jl. Delingsari, Desa Ambarketawang, Gamping, Sleman Yogyakarta. Luas Puskesmas Gamping 1 Sleman adalah 26.60 Ha. Wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman terdiri dari dua desa yaitu Desa Ambarketawan dan Desa Balecatur. Wilayah desa Ambarketawang membujur dari arah utara keselatan meliputi wilayah seluas kurang lebih 635.8975 Ha. Terdiri dari 13 pendukuhan yaitu Mejing Lor, Mejing Wen, Mejing Kidul, Gamping Lor, Gamping Tengah, Gamping Kidul, Patukan, Bodeh, Tlogo, Depok, Kalimantan, Mancasan, Watulangkah yang terdiri dari 38 RW dan 10 RT. Wilayah desa Amarketawang berbatasan langsung dengan desa Balecatur disebelah barat, desa Banyuraden dan desa Ngesitharjo disebelah timur, desa Sidoarum di sebelah utara dan desa tamantiro dan desa bangunjiwo disebelah selatan.

Jadwal pelayanan kesehatan di Puskesmas Gamping 1 dimulai dari hari Senin sampai Sabtu, pada pukul 07:30 – 12:00 WIB untuk hari Senin sampai Kamis, pukul 07:30 – 10:30 WIB untuk hari Jumat, dan pukul 07:30 – 11:00 WIB pada hari Sabtu. Pelayanan yang ada di Puskesmas Gamping 1 meliputi poli umum, ruangan tindakan, poli

lansia, poli gigi, layanan konsultasi gizi, poli KIA, pelayanan KB, pelayanan farmasi/obat, fisioterapi, psikologi, kesehatan lingkungan, pelayanan laboratorium, Puskesmas keliling, dan Prolanis (pengelolaan penyakit kronis) yang mulai dibuka pada bulan Mei 2016. Program Prolanis berupaya mengajak pasien dengan penyakit kronis untuk mengelola kesehatannya dengan baik agar kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis tetap optimal.

Puskesmas Gamping 1 memiliki tiga Puskesmas pembantu yaitu Mancasan, Gejayan dan Jatengan. Puskesmas Gamping 1 belum memiliki perkumpulan ataupun kegiatan terkait dengan penyakit *life limiting illness* yang diadakan di internal puskesmas, sehingga pasien dengan *life limiting illness* hanya mendapatkan informasi apabila berkonsultasi dengan dokter saat melakukan pemeriksaan saja.

Hampir semua pasien dengan *life limiting illness* melakukan pemeriksaan di Puskesmas Gamping 1 yang diantar oleh keluarga. Lama pasien kontrol dibagi menjadi dua yakni setiap 10 hari dan setiap satu bulan tergantung pada keadaan pasien.

2. Analisa Univariat

1) Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah keluarga pasien dengan penyakit *life limiting illness* (Stroke, Ca mammae, Diabetes Mellitus, Gagal jantung, gagal ginjal, dan PPOK) yang berada di wilayah kerja dari Puskesmas Gamping 1 Sleman, Yogyakarta. Karakteristik

responden dalam penelitian ini dapat dilihat dari tabel 4 dan tabel 5 berikut ini :

Tabel 4. Distribusi frekuensi karakteristik keluarga pasien *life limiting illness* di Puskesmas Gamping 1, Sleman, Yogyakarta (n=40)

No	Variabel	Frekwensi (n)	Presentase (%)	Mean
1	Usia			49,02
2	Suku			
	Jawa	40	100	
	Total	40	100	
3	Jenis Kelamin			
	Laki-laki	5	12,5	
	Perempuan	35	87,5	
	Total	40	100	
4	Pendidikan Terakhir			
	Tidak sekolah	7	17,5	
	SD	10	25,0	
	SMP	6	15,0	
	SMA	15	37,5	
	Perguruan Tinggi	2	5,0	
	Total	40	100	
5	Pekerjaan			
	PNS	2	5,0	
	Wiraswasta	15	37,5	
	IRT	19	47,5	
	Petani / buruh	4	10,0	
	Total	40	100	
6	Pendapatan Perbulan			
	< Rp. 1.500.000	38	95,0	
	Rp. 1.500.000 – Rp. 3.000.000	2	5,0	
	Total	40	100	
7	Hubungan dengan pasien			
	Pasangan hidup	10	25,0	
	Anak	30	75,0	
	Total	40	100	
8	Dukungan dari anggota keluarga terdekat			
	Tidak ada	27	67,5	
	Pasangan hidup	1	2,5	
	Saudara	12	30,0	
	Total	40	100	

(Sumber Data Primer, 2019)

Berdasarkan data responden pada tabel 4 diatas menunjukkan bahwa usia rata – rata responden adalah 49,02 untuk suku mayoritas jawa sebesar (100%), jenis kelamin lebih didominasi oleh perempuan sebesar (87,5%) sedangkan laki – laki sebesar (12,5%). Dalam penelitian ini tingkat pendidikan responden berbeda – beda mulai dari tingkat terendah yakni tidak sekolah sebesar (17,5%), dan lulusan SMA sebesar (37,5) dengan mayoritas pekerjaan responden ibu rumah tangga (IRT) sebesar (47,5%) dan rata – rata pendapatan responden <Rp. 1.500.000 sebesar (95,0%). Hubungan dengan anggota keluarga yang dirawat sebagian besar anak (75,0%), serta responden mengungkapkan tidak ada dukungan yang diterima dari anggota keluarga yang lain sebesar (67,5%).

Berdasarkan tabel 5 dibawah menunjukkan bahwa mayoritas keluarga responden menderita penyakit dengan *life limiting illness* seperti gagal jantung kongestif sebanyak 12 orang atau sebesar (30,0%) dari seluruh responden berjumlah 40 orang. Rata – rata lama merawat sebesar 45,20 dengan tingkat ketergantungan anggota keluarga yang menderita penyakit *life limiting illness* mayoritas dibantu total sebesar (70,0%) serta sebagian besar responden sebesar (65,0%) mengungkapkan tidak ada keluhan apapun saat merawat anggota keluarga yang menderita penyakit dengan *life limiting illness*.

Tabel 5. Karakteristik pasien *life limiting illness* di Puskesmas Gamping 1, Sleman, Yogyakarta (n=40)

No	Variabel	Frekwensi (n)	Presentase (%)	Mean
1	Penyakit anggota keluarga yang menderita <i>life limiting illness</i>			
	Stroke	8	20,0	
	Ca mammae	3	7,5	
	DM komplikasi	8	20,0	
	Gagal jantung kongestif	12	30,0	
	Gagal ginjal kronik	3	7,5	
	PPOK	5	12,5	
	Stroke dengan DM komplikasi	1	2,5	
	Total	40	100	
2	Lama merawat(dalam bulan)			45,20
3	Tingkat ketergantungan pasien			
	Di bantu sebagian	12	30,0	
	Di bantu total	28	70,0	
	Total	40	100	
4	Keluhan yang diderita keluarga yang merawat			
	Tidak ada	26	65,0	
	Kelelahan	6	15,0	
	Sakit kepala	5	12,5	
	Rematik	2	5,0	
	Paresthesia (kesemutan)	1	2,5	
	Total	40	100	

(Sumber Data Primer, 2019)

2) Gambaran Karakteristik Kesiapan Merawat Pada Responden

Kesiapan keluarga dalam merawat diukur dengan *Caregiving Inventory* (CGI) dengan nilai rentang kesiapan merawat mulai dari 0 – 118, dimana 0 tidak siap dalam merawat dan 118 siap dalam merawat. Kesiapan responden dalam merawat dapat dilihat pada tabel 6 berikut :

Tabel 6. Kesiapan merawat pada responden (keluarga) di Puskesmas Gamping 1, Sleman, Yogyakarta (n=40)

Variabel	Hasil	
	Mean	Min – Max ± SD
Kesiapan merawat	27.92	23 – 26 ± 3.901

(Sumber Data Primer, 2019)

Tabel 6 diatas menunjukkan bahwa kesiapan reponden dalam merawat rata – rata yakni 27.92 dengan nilai tertinggi 26 dan nilai terendah 23, sedangkan SD 3.901. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kesiapan responden dalam merawat tidak siap.

3) **Gambaran Karakteristik Kualitas Hidup Pada Responden**

Kualitas hidup keluarga menggunakan kuesioner (*World Health Organization Quality of Life*) WHOQOL – BREF dengan nilai rentang total kualitas hidup mulai dari 0 – 100, dimana 0 kualitas hidup tidak baik dan 100 kualitas hidup baik. Dimensi kesehatan fisik mulai dari 0 - 35, dimensi psikologis mulai 0 – 30, dimensi lingkungan mulai 0 – 40, dan dimensi sosial mulai 0 – 15. Secara rinci, hasil dari perhitungan kualitas hidup perdomain dapat dilihat pada tabel 7 berikut:

Tabel 7. Hasil kualitas hidup pada responden (keluarga) di Puskesmas 1 Gamping, Sleman, Yogyakarta (n=40)

Variabel	Hasil	
	Mean	Min – Max ± SD
Total Kualitas Hidup	45,68	36 – 54 ± 4.834
Kesehatan fisik	14.80	12 – 19 ± 1.522
Psikologis	11.17	8 – 14 ± 1.448
Dukungan sosial	1.40	0 – 16 ± 3.572
Lingkungan	2.48	18 – 37 ± 3.457

Dari tabel 7 dapat dilihat bahwa dalam skala 0 – 100, skor total kualitas hidup menunjukkan bahwa mean 45,68 dengan nilai tertinggi 54 dan nilai terendah 36, sedangkan SD 4.834. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup responden selama merawat tidak baik.

Skor rata – rata tertinggi domain kesehatan fisik sebesar 14.80, dengan nilai tertinggi 19 dan nilai terendah 12, sedangkan SD 1.522. Domain psikologis sebesar 11.17 dengan nilai tertinggi 14 dan nilai terendah 8, sedangkan SD 1.448. domain lingkungan sebesar 2.48 dan terakhir domain dukungan sosial sebesar 1.40.

3. Analisis Bivariat

1) Hubungan Kesiapan Responden Dalam Merawat dengan Kualitas Hidup Responden

Hubungan kesiapan responden dalam merawat dengan kualitas hidup, domain kesehatan fisik, domain psikologi, domain sosial, dan domain lingkungan yang menggunakan uji Pearson Product Moment. Secara rinci bisa dilihat di tabel 8 berikut ini :

Tabel 8. Hubungan kesiapan merawat dengan kualitas hidup pada responden (keluarga) di Puskesmas 1 Gamping, Sleman, Yogyakarta (n=40)

Variabel	Kesiapan Merawat	
	r	p
Total Kualitas Hidup	0,578	0,000
Kesehatan Fisik	0,537	0,000
Psikologis	0,550	0,000
Sosial	0,534	0,000
Lingkungan	0,547	0,000

(Sumber Data Primer, 2019)

Berdasarkan tabel 8 menunjukkan bahwa nilai uji korelasi antara kesiapan merawat dengan total kualitas hidup, domain kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan menunjukkan semua nilai $p = 0,000$ berarti terdapat korelasi yang bermakna antar kesiapan merawat dengan total kualitas hidup responden, kesehatan fisik responden, psikologis responden, sosial dan lingkungan responden.

Nilai r tertinggi adalah total kualitas hidup sebesar $0,578$ diikuti oleh domain psikologis dengan nilai $r = 0,550$, domain lingkungan menunjukkan nilai $r = 0,547$, selanjutnya domain kesehatan fisik dengan nilai $r = 0,537$, dan terakhir domain sosial dengan nilai $r = 0,534$. Hal ini menunjukkan bahwa kesiapan merawat dengan total kualitas hidup dan domain kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan untuk kekuatan korelasi sedang dengan arah korelasi positif.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik data demografi responden

1) Usia

Hasil penelitian pada tabel 3 menunjukkan bahwa usia responden rata – rata 49 tahun. Menurut Santrock (2011) membagi masa dewasa dibagi menjadi 3 tahapan yaitu masa dewasa dini (18 – 40 tahun), masa dewasa menengah (41 – 60 tahun) dan lanjut usia > 60 tahun. Karakteristik usia pada penelitian ini adalah masa dewasa menengah yang

mengalami peningkatan kemampuan kognitif mulai dari perbendaharaan kata, memori verbal dan kecepatan dalam pemrosesan informasi, serta terjadi perubahan penampilan fisik. Usia dewasa menengah juga melakukan penyesuaian diri secara mandiri terhadap kehidupan dan harapan sosial, kebanyakan usia dewasa menengah telah mampu menentukan masalah – masalah dengan cukup baik sehingga cukup stabil dan matang secara emosional (Muzkkiyah & Suharnan, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Utami dan Karim (2014) yang menyatakan bahwa, usia dewasa menengah sudah mulai mengalami penurunan fungsi, sejalan dengan bertambahnya usia, seseorang akan mengalami perubahan fungsi tubuh baik secara fisik maupun psikososial. Meningkatnya umur, dapat mempengaruhi kualitas fisik seseorang sehingga kualitas hidupnya menurun (Utami & Karim, 2014).

Selain itu, Friedman (2010) juga mengatakan bahwa usia merupakan faktor utama yang mempengaruhi struktur peran dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga, sehingga kedewasaan usia seseorang maka dukungan keluarga yang diberikan semakin baik.

2) Suku

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden adalah suku Jawa. Hal ini disebabkan oleh tempat dan lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gamping 1 Sleman, Yogyakarta. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh responden saat pengambilan data, sekitar 37 responden mengatakan secara umum pada suku Jawa tanggung jawab ada di anak laki – laki, karena dianggap sebagai figur yang paling kuat, tetapi kenyataannya anak perempuan yang paling banyak merawat, karena sebagian besar laki – laki dituntut untuk bekerja sementara yang perempuan lebih banyak di rumah.

Suku sangat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan, nilai, keyakinan dan kebiasaan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit (Amelia, Nurchayati & Elita, 2014).

3) Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini adalah perempuan. Perempuan memiliki peran yang sangat penting sebagai pemberi asuhan primer tidak hanya untuk lansia yang lemah, tetapi juga untuk semua anggota keluarga yang masih bergantung karena keterbatasan fisik akibat suatu penyakit

(Friedman, 2010). Selain itu, jumlah perempuan lebih banyak daripada laki – laki, di Daerah Istimewa Yogyakarta, jumlah perempuan sebanyak 1.823.121 sedangkan laki – laki sebanyak 1.794.963 (Biro Tata Pemerintahan Setda DIY, 2018).

4) Pendidikan Terakhir

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pendidikan terakhir adalah SMA. Menurut Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2016), SMA masuk dalam kategori pendidikan menengah atas. Pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami penyakit, pengelolaan diri dan perawatan penyakit termasuk penyakit yang diderita oleh anggota keluarga, sehingga pendidikan SMA diyakini dapat melakukan perawatan penyakit keluarga dengan baik (Ningtyas, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Pradono dan Sulistyowati (2013) menyatakan bahwa, tingkat pendidikan sangat signifikan berpengaruh terhadap tingkat kesehatan yang dialami seseorang, hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin baik dalam mengontrol kesehatannya, baik kesehatan diri sendiri maupun keluarganya, sehingga dapat terhindar dari masalah – masalah kesehatan.

Menurut Luthfa (2016), pendidikan dikaitkan dengan kemampuan menerima informasi, semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga yang merawat maka akan semakin baik dalam menerima informasi dan meningkatkan kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kronis.

5) Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berprofesi sebagai ibu rumah tangga (IRT). Berdasarkan data Badan Pusat Statistika Provinsi DIY bahwa jumlah penduduk DIY yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga pada tahun 2015 yakni berjumlah 475.397 jiwa (Badan Pusat Statistik Provinsi DIY, 2018). Pekerjaan sama halnya dengan pendapatan, dimana pekerjaan akan menghasilkan upah atau gaji. Pekerjaan akan membuat keluarga mampu membiaya anggota keluarga yang sakit.

6) Pendapatan

Hasil penelitian menunjukan bahwa mayoritas responden berpendapatan dibawah < Rp. 1.500.000. Responden dalam penelitian ini cenderung berpenghasilan rendah. Menurut Friedman (2010), pada keluarga dengan status ekonomi rendah, kesehatan sering kali merupakan

prioritas bawah dibandingkan pekerjaan, makanan, dan hunian, kecuali ada krisis kesehatan itu sendiri.

Berdasarkan hasil wawancara dengan 40 responden saat pengambilan data, semua responden mengatakan menggunakan BPJS dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga walaupun berpenghasilan rendah tetap dapat memperoleh akses kesehatan, namun terdapat beberapa jenis obat yang harus ditebus oleh keluarga karena tidak terdapat di dalam program BPJS. Menurut UU No. 24 tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan asuransi kesehatan yang di tanggung oleh pemerintah. BPJS terbagi menjadi 2 yaitu non – miskin seperti Askes, PNS, Jamsostek dan miskin seperti Jamkesmas, jamkesda, dan surat pernyataan miskin (Ningtyas, 2013).

7) Hubungan dengan pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden paling banyak hubungan dengan pasien adalah anak. Hal ini sesuai dengan usia anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* yang rata – rata sudah lanjut usia dan pasangan hidupnya sudah meninggal, sehingga yang memberi perawatan di rumah adalah anak.

Seorang anak, meskipun telah berkeluarga, tetap wajib harus berbakti kepada kedua orang tuanya. Kewajiban ini

tidaklah gugur bila seseorang telah berkeluarga. Berbakti kepada orang tua merupakan salah satu masalah penting dalam Islam, karena dengan jalan berbakti kepada orang tua salah satunya dapat menggapai ridha Allah SWT. Di dalam Al – Qur’an, setelah memerintahkan manusia untuk bertauhid, Allah memerintahkan untuk berbakti kepada orang tua, yang tercantum dalam surat al – Isra’ ayat 23 – 24 :

وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ إِنَّمَا يُبَلِّغُنَّ
عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا آفٌ وَلَا
تَنْهَهِمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا

“Dan Tuhanmu telah memerintahkan agar kamu jangan menyembah selain Dia dan hendaklah berbuat baik kepada ibu bapak. Jika salah seorang di antara keduanya atau kedua-duanya sampai berusia lanjut dalam pemeliharaanmu, maka sekali-kali janganlah engkau mengatakan kepada keduanya perkataan “ah” dan janganlah engkau membentak keduanya, dan ucapkanlah kepada keduanya perkataan yang baik.” (QS. al-Isra’ : 23).

وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا
رَبَّيْنِي صَغِيرًا

"Dan rendahkanlah dirimu terhadap keduanya dengan penuh kasih sayang dan ucapkanlah,"Wahai Tuhanku! Sayangilah keduanya sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku pada waktu kecil." (QS. al-Isra’ : 24).

Ayat ini mengandung makna bahwa memerintahkan kita (sebagai anak) untuk berbuat baik, bertutur sapa baik,

dan berlaku sopan santun kepada kedua orang tua dengan rasa penuh hormat dan memuliakannya, sehingga mereka merasa senang terhadap kita, serta mencukupi kebutuhan-kebutuhan mereka yang sah dan wajar sesuai kemampuan kita (sebagai anak).

Menurut Friedman (2010), pemberi asuhan keperawatan bervariasi sesuai dengan posisi atau hubungan dengan penerima asuhan seperti pasangan hidup, orang tua, anak, saudara kandung, teman dan ibu adalah pemberi asuhan primer bagi anak yang mengalami sakit kronis, sedangkan pasangan atau anak usia dewasa adalah pemberi asuhan pada lanjut usia.

8) Dukungan dari anggota keluarga terdekat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden tidak menerima dukungan dari anggota keluarga terdekat dalam merawat. Berdasarkan hasil wawancara dengan seluruh responden saat pengambilan data, sekitar 27 responden mengatakan menghabiskan banyak waktu luangnya atau bahkan sebagian besar waktunya untuk merawat keluarga yang sakit tanpa bantuan keluarga terdekat, hal itu karena mayoritas keluarga terdekat bertempat tinggal jauh dari rumah responden dan sudah menikah.

b. Karakteristik terkait penyakit anggota keluarga yang dirawat

1) Penyakit anggota keluarga yang menderita *life limiting illness*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas keluarga responden menderita penyakit gagal jantung kongestif. Menurut WHO (2016), menyebutkan bahwa 17,5 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskuler pada tahun 2012, yang mewakili dari 31 % kematian di dunia. Indonesia menduduki tingkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa (WHO, 2016).

Indonesia sendiri belum ada data statistik secara khusus yang menunjukkan prevalensi penyakit gagal jantung kongestif, dari data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan Indonesia tahun 2013 yaitu terdapat 7,2 % penduduk Indonesia menderita penyakit jantung dan penyakit jantung menempati urutan ketiga terbanyak jumlah pasien di rumah sakit di Indonesia. Penyakit jantung di Daerah Istimewa Yogyakarta dilaporkan menduduki peringkat keempat penyebab kematian (Dinkes DIY, 2013).

2) Lama Merawat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata – rata responden merawat keluarganya adalah 45 bulan. Lama merawat memang memiliki pengaruh yang signifikan

sebagai pengalaman dalam merawat. Pengalaman yang diperoleh keluarga dalam menangani anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* (LLI) akan mempengaruhi kesiapan keluarga untuk melakukan tindakan selanjutnya.

Pengalaman yang diperoleh akan membantu keluarga untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang. Hal ini dikarenakan pengalaman mengenai suatu tindakan tertentu telah tersimpan dalam memori dan ketika keluarga menghadapi sebuah situasi yang sama atau yang hampir sama maka pengalaman yang telah tersimpan di *recall* sehingga individu siap untuk merespon suatu situasi (Badriah, Wiarsih & Permatasari, 2014).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Magasi, Buono, Yancy, Ramirez, dan Grady (2019), menyatakan bahwa merawat dalam jangka waktu yang lama membuat keluarga dalam memberikan perawatan akan berubah. Hal ini sesuai dengan yang didapatkan saat pengambilan data, dimana responden mengatakan bahwa ketika melakukan perawatan dalam jangka waktu yang lama, lebih cenderung responden tidak terlalu teliti karena menganggap perawatan yang diberikan sudah biasa dilakukan.

3) Tingkat ketergantungan pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dibantu total oleh responden. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni, Miro, dan Kurniawan (2016), mengatakan bahwa semakin lama menderita penyakit kronis membuat kondisi pasien semakin memburuk karena menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari – hari dan kemampuan untuk bekerja, sehingga membutuhkan peran keluarga untuk melakukan perawatan ekstra, perawatan ekstra inilah yang lama kelamaan akan mempengaruhi kualitas hidup keluarga.

Sesuai dengan hasil wawancara dari seluruh responden saat pengambilan data, sekitar 28 responden mengatakan pasien *life limiting illness* semakin tergantung semakin banyak tugas yang dilakukan oleh responden, sehingga mempengaruhi kualitas hidup.

4) Penyakit yang diderita selama merawat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak menderita penyakit saat menjadi caregiver, tetapi sekitar 14 responden mengeluhkan kelelahan dan sakit kepala. Merawat anggota keluarga yang sakit dalam jangka waktu yang lama menghabiskan sebagian besar waktu dan energi para anggota keluarga yang merawat, sehingga akan

berdampak pada kondisi fisik anggota keluarga yang merawat (Badriah,Wiarsih & Permatasari, 2014).

2. Gambaran Tingkat Kesiapan Merawat

Tingkat kesiapan keluarga dalam merawat menunjukkan bahwa tingkat kesiapan yang rendah. Hal ini berdasarkan hasil kuesioner tingkat kesiapan merawat paling rendah pada pertanyaan 1 yang berkaitan dengan informasi, selain itu berdasarkan wawancara pada responden saat pengumpulan data, sekitar 34 responden mengungkapkan bahwa kurangnya informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang penyakit yang diderita serta cara penanganan kondisi pasien secara benar, membuat keluarga semakin terbebani dalam melakukan peran mereka, sehingga hal tersebut kemudian mempengaruhi keluarga dalam kesiapan memberikan perawatan yang baik bagi pasien.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulidia (2014) tentang hubungan pengetahuan keluarga tentang luka diabetes dengan kesiapan merawat anggota keluarga yang menderita luka diabetes di rumah sakit umum Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki keluarga tentang luka diabetes membuat keluarga merasa yakin dan percaya bahwa keluarga mengetahui atau memahami penyakit keluarganya, sehingga menyebabkan keluarga lebih percaya diri dalam merawat anggota keluarganya, yang kepercayaan diri tersebut diartikan sebagai kesiapan.

Kesiapan merawat dalam penelitian ini berhubungan juga dengan beberapa faktor demografi responden yaitu mulai dari usia keluarga yang merawat yang rata – rata 49 tahun, dimana usia ini sudah mulai mengalami penurunan fungsi tubuh baik secara fisik maupun psikososial yang menyebabkan responden tidak bisa maksimal dalam merawat keluarga yang sakit (Utami & Karim, 2014).

Faktor yang mempengaruhi juga adalah pendapatan responden yang dimana rata – rata responden berpendapatan dibawah < Rp. 1.500.000, karena pendapatan yang rendah ini membuat responden memprioritaskan pengobatan kesehatan itu terakhir setelah makanan dan hunian (Friedman, 2010).

Faktor selanjutnya adalah lama merawat, dimana lama merawat inilah yang sangat berhubungan dengan kesiapan merawat, karena dari lama merawat inilah sebagai pengalaman untuk meningkat kesiapan merawat, tetapi pada kenyatannya responden mengatakan ketika melakukan perawatan dalam jangka waktu yang lama, responden cenderung tidak telalu teliti karena menganggap perawatan yang diberikan sudah biasa (Magasi, Buono, Yancy, Ramirez, & Grady, 2019) .

Faktor terakhir adalah tingkat ketergantungan pasien. Pasien *life limiting illness* semakin tergantung maka semakin banyak tugas yang dilakukan oleh responden, ketika banyak tugas yang dilakukan inilah

yang membuat responden kesulitan dalam meningkat kesiapan merawat (Steele & Davies, 2014).

Penelitian lain juga yang dilakukan oleh Ferrell dan Kravitz (2017) mengatakan bahwa banyaknya tugas yang harus dijalani oleh *caregiver* membuat *caregiver* harus mempunyai keterampilan, hal ini sangat berhubungan dengan tingkat ketergantungan pasien. Keterampilan yang harus dimiliki mulai dari merawat pasien secara fisik seperti : mengangkat, memindahkan, mengatasi rasa sakit dan nyeri, serta membantu makan atau pemenuhan kebutuhan lainnya. Keterampilan yang dimiliki inilah yang menjadi awal kesiapan dalam merawat, sehingga disini keluarga minimal menerima dukungan dari petugas kesehatan untuk pelatihan keterampilan merawat pasien. Dalam penelitian ini dijelaskan juga bahwa selain keterampilan yang menunjang kesiapan merawat, ada juga pengetahuan dan komitmen yang tidak kalah penting dalam merawat.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Fujinami, *et al* (2015) ditemukan juga bahwa keterampilan menjadi salah satu alasan keluarga untuk siap melakukan perawatan kepada pasien di rumah. Keterampilan yang dimiliki meliputi perawatan fisik, dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari. Keterampilan yang dimiliki inilah yang membuat keluarga percaya diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Di dalam penelitian tersebut tidak dijelaskan untuk tingkat kesiapan merawatnya

hanya membahas persiapan keterampilan yang harus dimiliki keluarga dalam merawat pasien di rumah.

3. Gambaran Kualitas Hidup

Hasil analisis pada tabel 7 menunjukkan bahwa kualitas hidup responden rendah. Kualitas hidup keluarga yang rendah ini dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Pada penelitian ini domain kualitas hidup yang paling mempengaruhi adalah domain kesehatan fisik. Hal ini dikarenakan responden lebih banyak mengeluhkan kelelahan dan sakit kepala selama melakukan perawatan, karena sebagian besar waktu dan energi yang dimiliki dihabiskan untuk merawat, waktu istirahat disiang maupun dimalam hari sangat kurang serta kegiatan untuk merawat diri menjadi sangat terbatas karena seluruh kegiatan difokuskan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

Menurut Steele dan Davies (2014) juga mengungkapkan bahwa gejala pasien yang membutuhkan palliative care seringkali membutuhkan perhatian 24 jam/hari, sehingga mengganggu keluarga yang merawat mulai dari tidak bisa tidur, kelelahan, dan bahkan meningkatkan kematian pada keluarga yang merawat.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Siwalette (2014) mengatakan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya yaitu faktor kesehatan fisik. Keluarga yang melakukan

perawatan kepada pasien penyakit terminal secara terus menerus akan berdampak pada kondisi fisik. Kondisi fisik yang sering dirasakan seperti kurang tidur, capek, pegal – pegal, kelelahan, pusing dan nyeri otot. Masalah fisik ini akan beresiko memicu timbulnya penyakit bagi anggota keluarga yang merawat dan juga mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan.

Penelitian lain juga yang dilakukan oleh Badriah, Wiarsih dan Permatasari (2014) mengatakan bahwa pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis mengalami dampak fisik, emosi, sosial dan ekonomi yang akan mempengaruhi kualitas hidup keluarga. Dampak fisik yang dirasakan keluarga adalah lelah, capek, jenuh, insomnia, dan terbebani karena harus menjalankan rutinitas dalam waktu yang lama.

4. Hubungan Tingkat Kesiapan Keluarga dengan Kualitas Hidup Keluarga

Hasil analisis pada tabel 8 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kesiapan dengan kualitas hidup. Hasil penelusuran literatur bahwa belum ditemukan penelitian yang menghubungkan antara tingkat kesiapan dengan kualitas hidup, tetapi ada dua penelitian yang mendukung bahwa tingkat kesiapan mempengaruhi kualitas hidup.

Pertama, penelitian yang dilakukan oleh Magasi, Buono, Yancy, Ramirez, dan Grady (2019) menunjukkan bahwa tingkat kesiapan

mempengaruhi kualitas hidup. Walaupun di dalam penelitian tersebut bukan fokusnya ke perawatan pasien dengan *life limiting illness* (LLI) tetapi dilihat dari kondisi keluarga yang merawat akan memiliki tingkat stress yang kurang lebih sama karena sama – sama keadaan yang mengancam kehidupan, sehingga dari stress itulah akan mempengaruhi kualitas hidup keluarga.

Kecemasan, stres dan depresi menjadi salah satu yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pada domain psikologi. Menurut *International Psychogeriatrics* (2015) menyebutkan bahwa, dalam merawat anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* keluarga mengalami stress. Stress biasanya muncul saat pasien terdiagnosa penyakit, hal ini disebabkan adanya proses penyesuaian anggota keluarga terhadap masalah yang dihadapi, ditambah lagi diawal terjadinya penyakit pasien membutuhkan perawatan yang sangat kompleks dengan biaya yang besar. Stress akan bertambah parah sejalan dengan perkembangan penyakit. Besarnya biaya perawatan dan lamanya penyakit dialami oleh anggota keluarga dengan *life limiting illness*.

Stres yang berkepanjangan pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan *life limiting illness* apabila tidak ditangani secara efektif akan menimbulkan beberapa masalah kesehatan yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya yaitu mulai dari menurunnya kekebalan tubuh, kardiovaskuler, neuro endokrin, insomnia, tekanan

darah tinggi, depresi, penyakit jantung, bahkan stress yang berkepanjangan dapat meningkatkan angka kematian pada keluarga yang merawat (Khan & Alam Khan, 2017; Liu, Wang & Jiang, 2017).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Petruzzo, Paturzo, Naletto, dan Cohen (2017) menunjukkan bahwa tingkat kesiapan akan mempengaruhi *caregiver* di kualitas hidupnya dimana terdapat faktor depresi selama merawat dalam jangka waktu yang panjang, dari faktor depresi inilah yang mempengaruhi kualitas hidup *caregiver*.