

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Reflexivity

Proses penelitian ini berjalan sesuai rencana penelitian. Peneliti melakukan penelitian kualitatif ini merupakan pengalaman yang pertama. Peneliti terbiasa melakukan penelitian dengan metode kuantitatif.

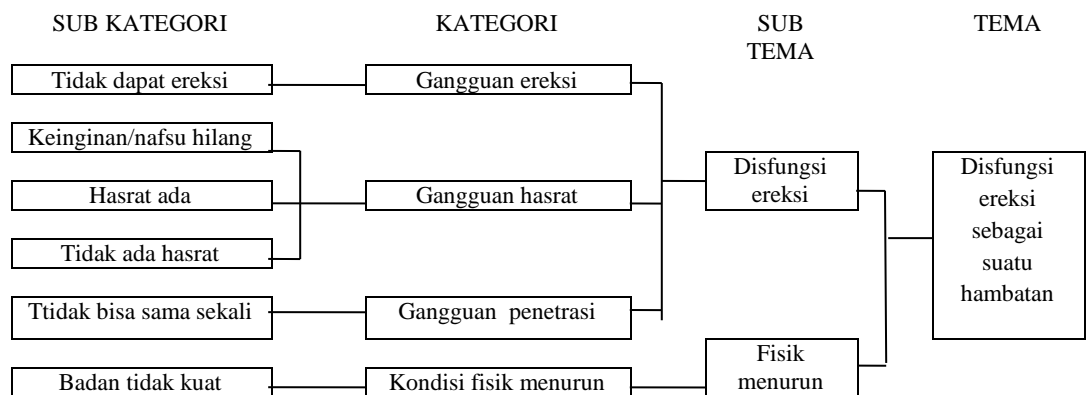
Saat dilakukan wawancara mendalam pada 4 partisipan, semua partisipan mengungkapkan persepsinya bahwa disfungsi ereksi yang dialami mengakibatkan rasa malu, harga diri rendah, stress dan lain-lain. Dari beberapa respon psikis tersebut peneliti sebagai tenaga kesehatan ingin sekali memberikan solusi maupun dukungan, akan tetapi untuk menjaga hasil wawancara agar tetap sesuai dengan tujuan penelitian, maka peneliti tidak akan memberikan itu semua. Peneliti hanya memberikan pertanyaan yang sifatnya menggali pengalaman partisipan setelah mereka didiagnosa diabetes mellitus dengan disfungsi ereksi. Sehingga yang dihasilkan dalam wawancara mendalam adalah hasil secara murni dari ungkapan yang dirasakan dan dialami oleh partisipan.

B. Analisa Tematik

Setelah dilakukan proses analisis tematik, maka didapatkan 6 tema, yaitu; disfungsi sebagai suatu hambatan, masalah interpersonal untuk dapat diterima, berjuang untuk sembuh, solusi dari pasangan hidup, harapan pemenuhan ideal diri, h₆⁶⁸ ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang mengerti kebutuhan.

1. Disfungsi Ereksi Sebagai Suatu Hambatan

Pada penelitian ini ditemukan gambaran disfungsi ereksi yang dialami setelah partisipan menjawab pertanyaan “perubahan apa yang bapak alami saat melakukan hubungan selama mengalami diabetes melitus dengan disfungsi ereksi?” Analisis tematik tema 1 dapat dilihat pada gambar diagram 4.1 berikut ini:



Gambar 4.1
Diagram Analisis Tematik Tema 1 Disfungsi sebagai suatu Hambatan

Pada diagram 4.1 terdapat 1 tema dengan 2 sub tema disfungsi sebagai suatu hambatan, yaitu disfungsi ereksi dan fisik menurun.

a. Disfungsi ereksi

1) Gangguan ereksi

a) Tidak dapat ereksi

Disfungsi ereksi yang paling bermasalah adalah tidak bisa ereksi sama sekali. Keempat partisipan menyampaikan hal ini dengan wajah serius dan tegas:

“Walaupun sudah dirangsang sudah tidak bisa sama sekali ...

“(P2).

2) Gangguan hasrat

Terdapat 3 kategori pokok pada sub tema ini, yaitu keinginan hilang, hasrat ada, dan tidak ada hasrat.

a) Keinginan/nafsu hilang

Berikut ungkapan tidak adanya keinginan/nafsu hilang pada klien pria diabetes melitus:

“...rasanya males aja setiap ingin berhubungan mas” (P2)

b) Hasrat ada

Ada 3 partisipan yang mengatakan bahwa hasrat seksualnya masih ada, sedangkan ukuran tinggi sedang rendahnya tidak disampaikan. Berikut salah satu ungkapan mereka:

“padahal ada kok mas kalau hasrat... heheee...” (P3)

c) Tidak ada hasrat

Ada 1 partisipan yang mengatakan bahwa hasrat seksualnya sudah tidak ada. Berikut salah satu ungkapan mereka:

“Sudah gak ada muncul hasrat mas” (P4)

3) Gangguan penetrasi

Sebagai tambahan data baru yang didapat saat wawancara partisipan secara tidak langsung menyampaikan suatu sub tema sebagai berikut:

a) Tidak bisa sama sekali

Ada 4 partisipan yang mengalami ketidakmampuan penetrasi, hal ini disebabkan karena kondisi fisik yang tidak mendukung atau penis tidak mampu ereksi lagi. Berikut ungkapannya:

“Sudah tidak bisa sama sekali” (P4)

b. Fisik menurun

1) Kondisi fisik menurun

Selain perubahan fungsi seksualnya, ternyata terdapat perubahan fisik yang terjadi pada klien diabetes melitus dengan disfungsi ereksi. Hal ini diungkapkan oleh 4 partisipan ketika ditanya “bagaimana pola hubungan bapak saat diabetes melitus selama disfungsi ereksi ?“ didapatkan sub tema kondisi fisik menurun dengan kategori sebagai berikut:

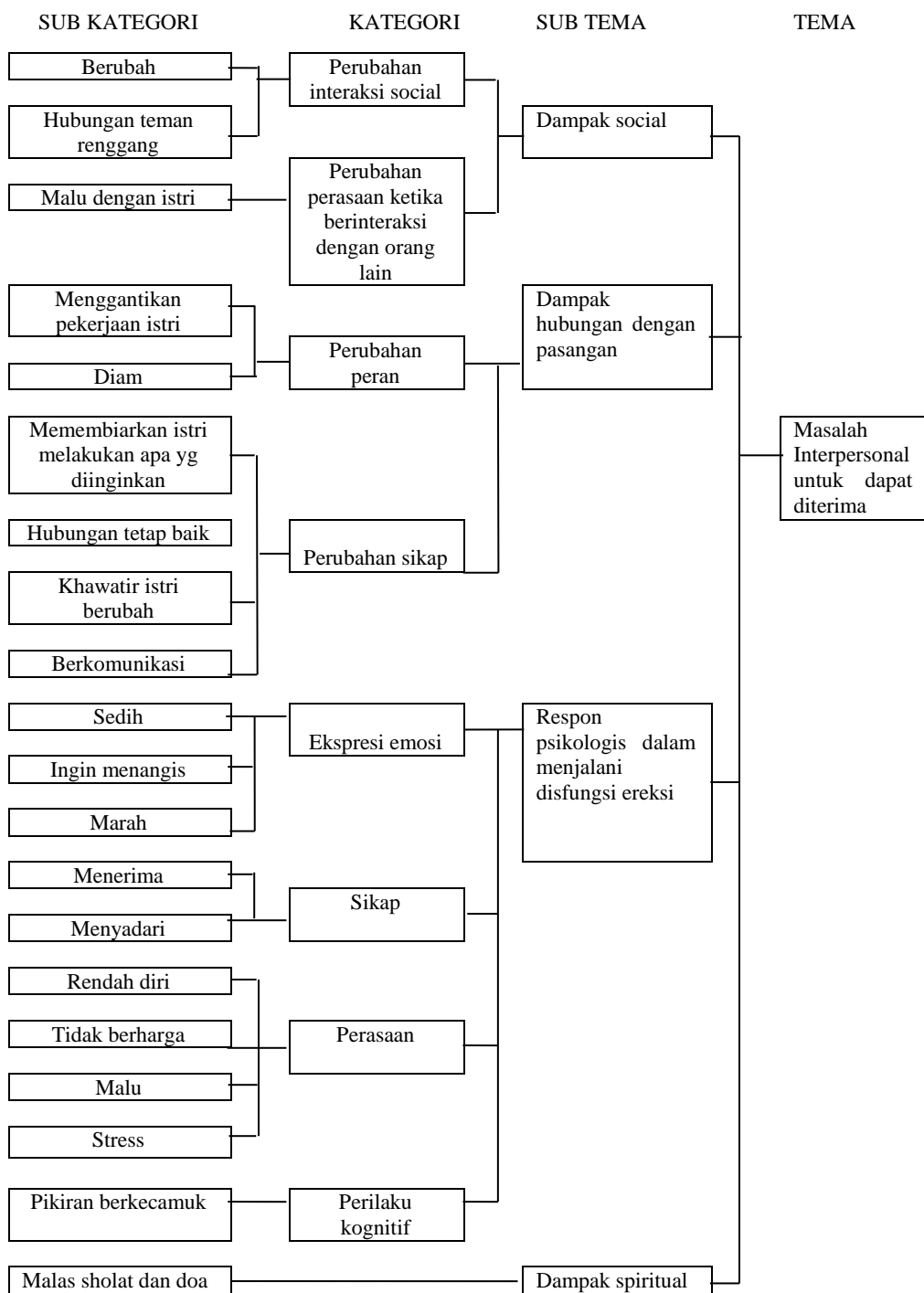
a) Badan tidak kuat.

“Badan lemes... mungkin karena nafsu tidak ada ya mas...”

(P3)

2. Masalah Interpersonal untuk Dapat Diterima

Perubahan fungsi seksual yang menyebabkan disfungsi ereksi berdampak pada kehidupan partisipan. Dampak tersebut adalah dampak sosial, dampak hubungan dengan pasangan, dan dampak spiritual serta respon psikologis dalam menjalani disfungsi ereksi. Analisis tematik disajikan dalam gambar diagram 4.2 berikut ini:



Gambar 4.2

Diagram Analisis Tematik Tema 2 Masalah Interpersonal untuk dapat Diterima

Dari gambar 4.2 didapatkan 4 dampak utama terurai menjadi 4 sub tema dan 8 kategori. Kategori yang muncul antara lain perubahan interaksi sosial, perubahan perasaan ketika berinteraksi dengan orang lain, perubahan peran, dan perubahan sikap. Sedangkan kategori-kategori yang ada antara lain perubahan hidup, hubungan teman renggang, malu dengan istri, menggantikan pekerjaan istri, diam, membiarkan istri melakukan apa yang diinginkan, hubungan tetap baik, khawatir istri berubah, berkomunikasi, serta malas sholat dan berdoa. Selain itu juga terdapat 1 respon psikologis utama yang dirumuskan dari 4 kategori respon psikologis partisipan yaitu ekspresi emosi, sikap, perasaan dan perilaku kognitif dengan 10 sub kategori yaitu sedih, ingin menangis, marah, menerima, menyadari, rendah diri, tidak berharga, malu, stres, dan pikiran berkecamuk.

a. Dampak sosial

Disfungsi ereksi yang dialami partisipan memunculkan respon yang bermacam-macam dan ini ternyata berdampak secara sosial.

1) Perubahan interaksi sosial

Partisipan menyampaikan bahwa hidupnya berubah dan hubungan dengan teman-temannya jadi renggang. Pernyataan ini disampaikan ketika wawancara dengan pertanyaan “kira-kira

dampak apa saja yang bapak rasakan atau alami selama mengalami diabetes melitus dengan disfungsi ereksi?”

a) Berubah

“Keseharian saya jadi berubah...” (P3)

b) Hubungan teman renggang

“... hubungan dengan teman-teman jadi renggang” (P1)

2) Perubahan perasaan ketika berinteraksi dengan orang lain

Empat Partisipan menyampaikan bahwa dengan disfungsi ereksinya ini merasa malu. Kondisi ini terjadi di saat berada dalam pergaulan dengan teman maupun istri.

a) Malu dengan istri

“merasa malu mas...dan yang paling gak enak dengan istri”

(P1)

b. Dampak hubungan dengan pasangan

Perubahan peran dan sikap merupakan dampak yang dialami oleh partisipan, sehingga mempengaruhi proses hubungan dengan pasangan.

1) Perubahan peran

Beberapa perubahan peran yang dialami partisipan terkait penyakit diabetes melitus dengan disfungsi ereksi adalah sebagai berikut:

a) Menggantikan pekerjaan istri

“...menggantikan pekerjaan istri seperti mencuci bahkan bersih-bersih” (P1)

b) Diam

Gangguan disfungsi ereksi yang dialami partisipan akhirnya membuat malu, sehingga memilih lebih baik diam. Berikut pernyataannya:

“Diam saja di rumah “(P4)

2) Perubahan sikap

Setiap partisipan memiliki sikap yang berbeda. Dalam berhubungan/bergaul dengan istri, ada yang membiarkan istri melakukan apa yang diinginkan supaya terjalin hubungan yang tetap baik.

a) Membiarkan istri melakukan apa yang diinginkan

“... Memberikan kebebasan istri mau ngapain aja silahkan...”
(P3)

b) Hubungan tetap baik

Hubungan tetap baik adalah kondisi yang dipertahankan partisipan. Berikut pernyataannya:

“... ya biasalah becanda-canda gitu seperti tidak ada apa-apa” (P1)

c) Khawatir istri berubah

Seiring munculnya rasa malu, maka partisipan memilih untuk diam dan tidak membahas masalah yang dialaminya. Hal ini menyebabkan kekawatiran muncul dalam benak partisipan tentang penerimaan istri terhadap kondisi yang dialaminya selama ini.

“Tapi saya takut istri berubah mas” (P1)

d) Berkomunikasi

Terdapat 2 pernyataan dari partisipan terkait komunikasi, ketika ditanyakan peneliti “bagaimana komunikasinya istri dengan bapak?” Pernyataannya dapat kita lihat seperti yang diungkapkan partisipan berikut:

“Istri berkomunikasi jika ada sesuatu” (P4)

c. Respon psikologis dalam menjalani disfungsi ereksi

Respon psikologis partisipan ketika menghadapi kenyataan bahwa dirinya mengalami disfungsi ereksi sangat bervariasi, mulai dari menerima sampai dengan marah dan merasa rendah. Dari analisis tematik, ditemukan 4 sub-sub tema dari respon psikologis partisipan yaitu ekspresi emosi, sikap, perasaan dan perilaku kognitif. Sub-sub tema tersebut mempunyai beberapa kategori.

1) Ekspresi emosi

Dalam menghadapi disfungsi seksualnya, 4 partisipan yang dapat mengekspresikan emosinya dalam bentuk sedih, menangis dan marah. Berikut kutipan pernyataan partisipan dalam 3 kategori tersebut:

a) Sedih

Dua partisipan menunjukkan ekspresi sedih partisipan ingat terhadap hal terkait disfungsi ereksi yang dialaminya.

“Sedih mas sebenere jika ingat semua itu” (P2)

b) Ingin menangis

Dengan partisipan ketiga (P3) ketika diwawancarai terkait komunikasi dengan istri sehingga teringat semua hal yang pernah dialaminya sehingga partisipan mengungkapkan kalau ingin menangis.

“Saya ingin nangis jika ingat semua itu” (P3)

c) Marah

Saat ditanyakan kepada partisipan keempat (P4) “apa yang lakukan jika saat berhubungan tetapi tidak bisa?” maka P4 menjawab: *“ya kadang saya misuh mas... djiancock...” (P4)*

2) Sikap

Penentuan sikap dalam sub tema didapatkan dari penyimpulan beberapa kategori yang ditemukan, diantaranya menerima, menyadari, mengerti, dan biasa saja. Ungkapan partisipan untuk tiap kategori dapat dilihat berikut ini:

a) Menerima

Dua dari keempat partisipan dapat menerima disfungsi seksual yang dialaminya. Berikut ungkapan-ungkapan mereka:

“Sudah pasrah dan menerima semua ini” (P1)

b) Menyadari

Dua dari keempat partisipan menyampaikan bahwa mereka menyadari akan disfungsi yang dialami. Berikut pernyataan mereka:

“Sehingga saya menyadari hal itu...” (P2)

3) Perasaan

Empat kategori perasaan yang muncul dari respon partisipan atas disfungsi ereksi yang dialami.

a) Rendah diri

Ketika peneliti melakukan wawancara kepada keempat partisipan didapatkan 3 partisipan yang menyatakan bahwa

harga dirinya rendah. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan berikut:

“...saya merasa kalau diri saya rendah banget”(P3)

b) Tidak berharga

Tetap dengan partisipan yang sama (P1, P3), partisipan merasa tidak berharga.

“Merasa tidak berharga aja mas” (P3)

c) Malu

Satu partisipan menyampaikan rasa malunya, baik malu pada pasangan, diri sendiri maupun orang sekitarnya.

“...malu mas“(P4)

d) Stres

Rasa stres karena perubahan hubungan seksualitas ini terjadi pada partisipan dua. Stres yang muncul setiap kali ingat masalah perubahan yang dialaminya.

“...kayak orang stres...“(P2)

4) Perilaku kognitif

Dari sub tema ini, muncul 2 kategori yaitu tanda tanya, berfikir macam-macam. Berikut ungkapan partisipan dalam tiap kategori:

a) Pikiran berkecamuk

Partisipan mengatakan pikirannya macam-macam. Ketika ditanya partisipan tidak bisa mendeskripsikan dan berulang menegaskan “*ya bermacam-macamlah*”.

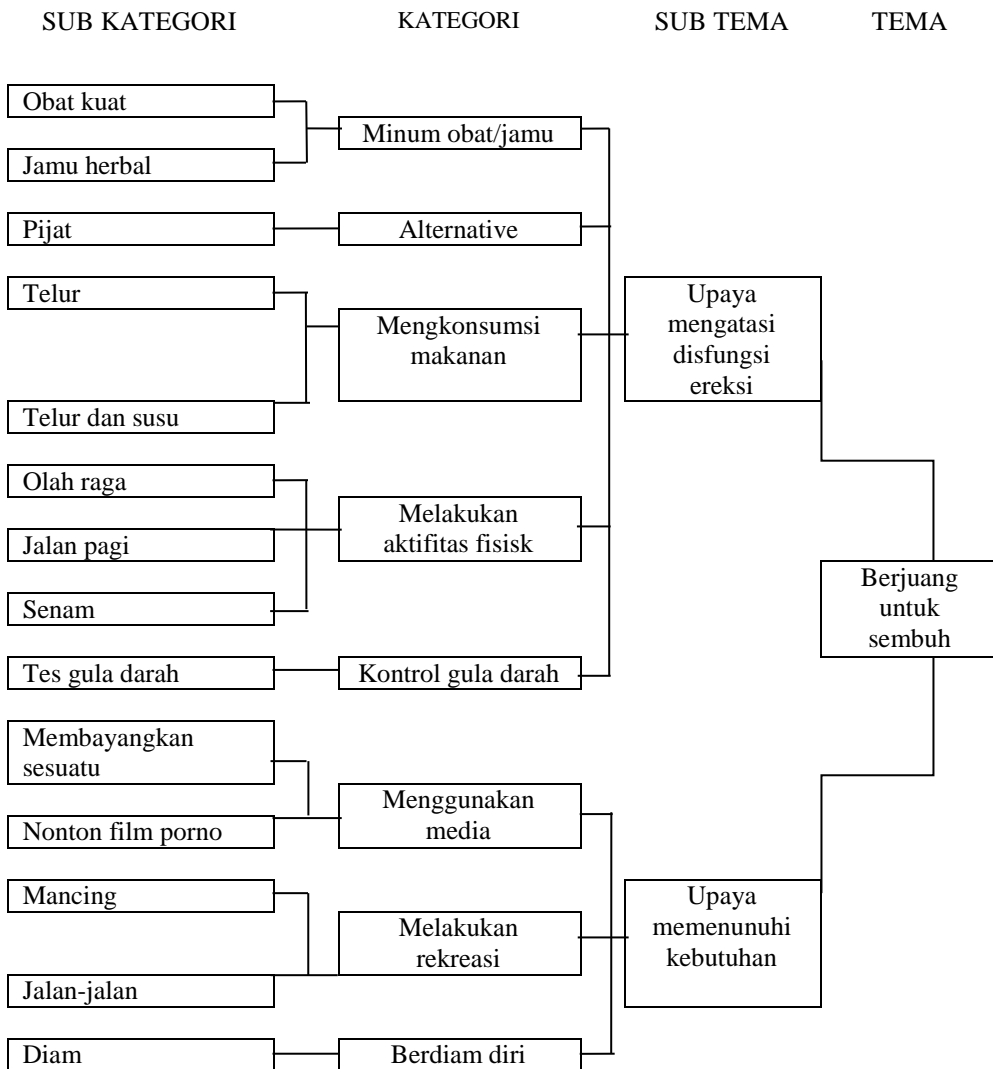
“Banyak pikiran aneh yang muncul dibenak ini” (P3)

d. Dampak spiritual

Disfungsi ereksi yang dialami partisipan memunculkan respon yang bermacam-macam dan ini ternyata berdampak terhadap spiritualnya, dimana partisipan 4 (P4) dengan pernyataannya yaitu, “*sejak itu saya jadi malas sholat dan berdoa*” (P4).

3. Berjuang untuk sembuh

Terdapat 2 hal penting yang saling berkaitan dalam kebutuhan seksual, yaitu ketika terjadi disfungsi ereksi pasti akan ada keinginan berjuang untuk sembuh. Analisis tematik tema 3 ini akan disajikan dalam bentuk gambar 4.3:



Gambar 4.3
Diagram Analisis Tematik Tema 3 Berjuang untuk Sembuh

a. Upaya mengatasi disfungsi ereksi

Berbagai upaya yang dilakukan partisipan, diantaranya mengonsumsi obat/ jamu, terapi alternatif, mengonsumsi makanan, melakukan aktifitas fisik (olah raga), kontrol ke pelayanan kesehatan.

1) Minum obat atau jamu

Salah satu upaya yang mula-mula dilakukan partisipan adalah mengkonsumsi obat (pil) kuat, jamu/herbal. Berikut penuturan mereka:

a) Minum obat kuat

“Pernah saya minum obat kuat Viagra mas.Hehehee...” (P1)

b) Jamu/ herbal

“Saya minumi jamu terus mas siapa tau bisa“ (P2)

“.. minum jamu...” (P3)

2) Alternatif

Upaya lain adalah mengikuti terapi alternatif yaitu pijit. Berikut penuturan partisipan:

“... serta pernah diajak istri ke alternatif untuk pijat mas...” (P1)

3) Mengkonsumsi makanan

Mengkonsumsi dan mengatur makanan menjadi pilihan lain dari 2 partisipan. Mulai dari mengkonsumsi telur ayam kampung, dan susu. Berikut pernyataan mereka:

a) Telur

“... yang ditambah kuning telur ayam kampung” (P3)

b) Telur dan susu

“...sama minum kuning telur dan susu” (P4)

4) Melakukan aktifitas fisik

Aktifitas fisik yang dilakukan partisipan adalah olah raga, jalan dan senam.

a) Olah raga

“Olah raga pagi” (P1)

b) Jalan pagi

“Jalan pagi” (P2)

c) Senam

Partisipan 4 mengatakan ikut senam di pustu dekat rumahnya.

“... senam lansia di pustu mas” (P4)

5) Kontrol ke pelayanan kesehatan

Kontrol yang dimaksud adalah mengontrol kadar gula darah, ini dilakukan oleh 3 partisipan dengan kontrol tiap seminggu sekali.

“... cek up gula darah setiap seminggu sekali di puskesmas” (P1)

b. Upaya memenuhi kebutuhan seksual

Partisipan mempunyai berbagai upaya dalam memenuhi kebutuhan seksual. Upaya partisipan memenuhi kebutuhan seksualnya diantaranya menggunakan media, dan melakukan rekreasi.

1) Menggunakan media

Partisipan menggunakan media berhayal dan menonton film porno untuk membantu memenuhi kebutuhan seksualitasnya.

a) Membayangkan sesuatu

Satu partisipan menggunakan daya hayal/imajinasinya untuk memenuhi kebutuhan seksualnya. Berikut pernyataannya:

“... membayangkan hubungan seks dengan istri” (P1)

b) Nonton film porno

Untuk membantu ereksi meskipun tidak bisa, partisipan melihat film porno. Berikut pernyataannya:

“Heheee... dengan film porno” (P2) (tersipu malu)

2) Melakukan rekreasi

Berbagai upaya dilakukan partisipan supaya kebutuhan seksualnya terpenuhi, diantaranya adalah:

a) Jalan-jalan

Bersama pasangan, partisipan berjalan-jalan ke tempat yang disukai.

“... kadang saya alihkan dengan jalan-jalan sama anak istri”

(P2)

b) Mancing

Selain jalan-jalan, partisipan tiga mempunyai hobi mancing.

Berikut pernyataannya:

“... selain itu juga pergi mancing” (P3)

3) Berdiam diri

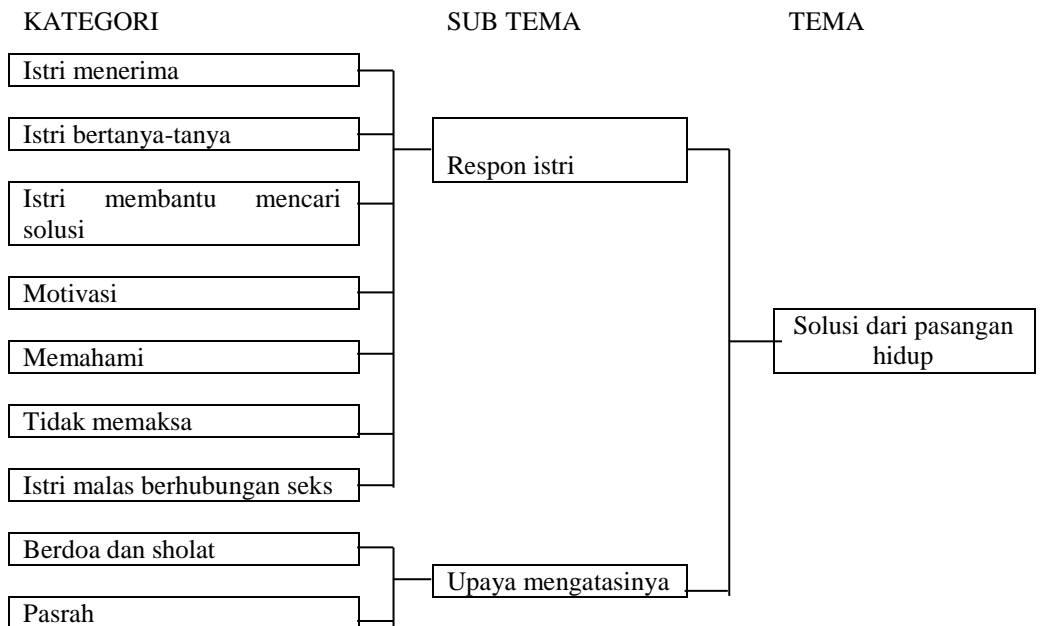
Berdiam diri seperti tidur dan diam adalah salah satu upaya menghilangkan kebingungan yang dialami partisipan.

a) Diam

“... sambil diam di rumah mas...” (P4)

4. Solusi dari pasangan hidup

Terdapat beberapa kategori yang terangkum dalam 2 sub tema ketika muncul pertanyaan dari peneliti “bagaimanakah respon istri dalam membantu masalah yang bapak alami?” Sajian analisis tematik tema 4 dapat dilihat pada gambar 4.4 berikut:



Gambar 4.4
Diagram Analisis Tematik Tema 4 Solusi dari pasangan hidup

a. Respon istri

Berbagai respon yang diberikan istri kepada suami atas disfungsi ereksi yang dialami. Berikut penuturan partisipan tentang respon istrinya:

1) Istri bertanya-tanya

Adanya perubahan tidak seperti biasanya, maka istri partisipan bertanya.

"...pernah bertanya... hal itu kenapa bisa terjadi yah?" (P2)

2) Istri menerima

"Ya... istri saya menerima" (P2)

3) Istri membantu mencari solusi

Tiga partisipan menyampaikan bahwa istri berusaha mencari solusi dengan mengajak ke alternatif, rumah sakit dan bahkan ada yang tidak bosan menyarankan selalu tetap sholat dan berdoa.

“Ngajak konsultasi ke rumah sakit mas” (P2)

4) Memahami

“Istri memahami setelah saya jelaskan” (P2)

5) Tidak memaksa

“Tapi istri tidak memaksa...” (P4)

6) Motivasi

“Tapi istri istri selalu menyarankan untuk tetap sholat dan berdoa meskipun saya malas...” (P4)

7) Istri malas berhubungan seks

“Walaupun ada keinginan istri jadi enggan berhubungan seks setelah kondisi saya seperti ini mas...” (P1)

b. Upaya mengatasinya

Upaya yang dilakukan partisipan atas disfungsi ereksi yang dialami.

Berikut penuturan partisipan tentang upaya yang dilakukan:

1) Sholat dan berdoa

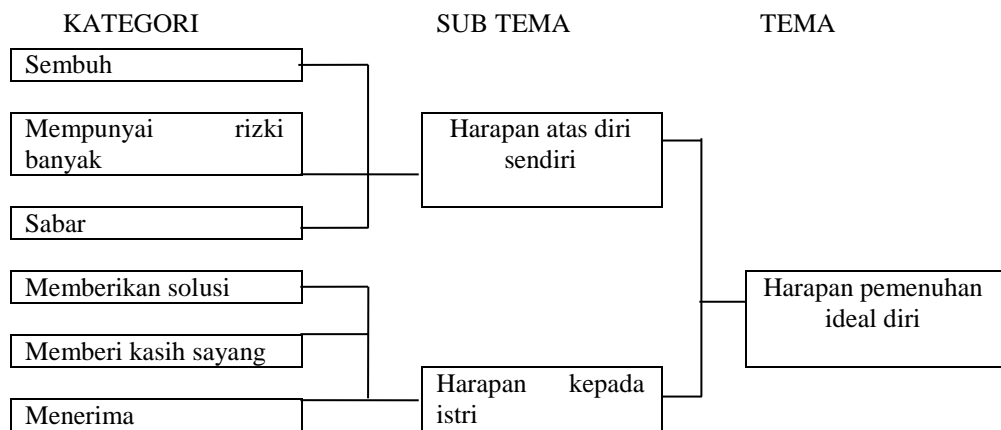
“Saya sholat dan berdoa mas... ya kadang kumpul-kumpul di pengajian bersama bapak-bapak gitu mas” (P2)

2) Pasrah

“...pasrah begitu aja mas.” (P4)

5. Harapan Pemenuhan Ideal Diri

Terdapat 2 sub tema dari beberapa kategori ketika dilakukan wawancara tentang “apa harapan bapak terhadap diri sendiri maupun kepada istri?”. Analisis tematik pada tema ke-5 ini selengkapnya akan disajikan dalam gambar 4.5 berikut ini:



Gambar 4.5

Diagram Analisis Tematik Tema 5 Harapan Pemenuhan Ideal Diri

a. Harapan atas diri sendiri

Ketika ditanya “apa harapan bapak selama mengalami diabetes melitus dengan disfungsi ereksi?”, maka mayoritas menyampaikan keinginan untuk sembuh. Kesembuhan ini bukan hanya kesembuhan atas diabetes melitusnya karena partisipan sudah memahami bahwa diabetes melitus yang dideritanya tidak akan sembuh, namun lebih diutamakan adalah kesembuhan disfungsi

ereksinya. Selain itu, ada harapan lain yang disampaikan oleh salah satu partisipan. Berikut pernyataan partisipan:

1) Sabar

Kesabaran diharapkan oleh partisipan 3 dalam menjalani penyakitnya, disfungsi ereksi dan kehidupan selanjutnya.

“sabar aja dengan kondisi ini” (P3)

2) Sembuh

Seperti pernyataan sebelumnya bahwa keempat partisipan menginginkan kesembuhan ini bukan untuk kesembuhan atas diabetes melitus yang dialaminya karena partisipan sudah memahami bahwa diabetes melitus yang dideritanya tidak akan sembuh, namun lebih diutamakan adalah kesembuhan disfungsi ereksinya. Berikut pernyataannya:

“Meski diabetes tidak sembuh tapi berharap disfungsi ereksinya sembuh lah mas..” (P2)

3) Mempunyai rizki banyak

Dua partisipan mengharapkan selalu diberi rizki yang banyak untuk tetap mampu mempertahankan upaya pengobatan.

“Punya banyak uang untuk berobat atau terapi” (P1)

b. Harapan kepada istri

Partisipan sangat berharap kepada istri agar memberikan solusi, menerima, dan member kasih sayang dalam menghadapi disfungsi ereksi yang dialami. Berikut pernyataan tentang harapannya:

1) Memberikan solusi

Partisipan 1 berharap solusi dari istri. Berikut pernyataannya:

“Harapan saya... istri selalu memberi solusi mas” (P1)

2) Menerima

“Istri menerima sepenuhnya dengan apa yang saya alami” (P4)

3) Memberi kasih sayang

Kasih sayang merupakan hal yang penting bagi partisipan 2, 3, sehingga dia hanya ingin mendapatkan perlakuan yang baik dan kasih sayang yang tulus serta perhatian dari istrinya.

“Berharap istri tidak berhenti memberikan kasih sayang” (P2)

6. Harapan Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Mengerti Kebutuhan

Tema yang ke-6 adalah harapan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang mengerti kebutuhan. Dari pertanyaan “harapan apa yang bapak inginkan dari petugas kesehatan sehubungan dengan masalah ketidakmampuan ereksi yang bapak alami?” maka muncul bermacam jawaban sebagai bentuk kebutuhan dirinya atas pelayanan

kesehatan. Dari 6 kategori yang ditemukan yaitu adanya dokter, perawat, klinik, konsultasi, memberikan solusi dan obat untuk menunjang fungsi seksual, maka dirumuskan 3 sub tema, yaitu adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung, adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan dan adanya obat. Analisa tematik tema 6 ini disajikan dalam gambar 4.6 berikut ini:

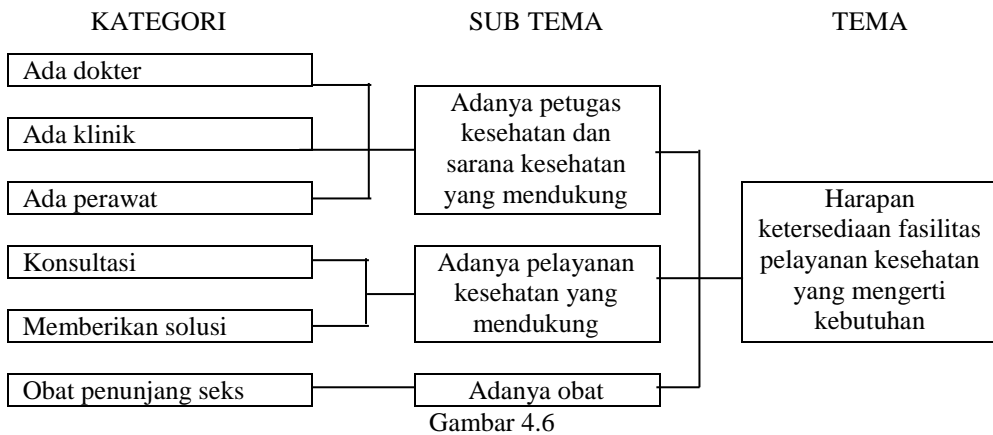


Diagram Analisis Tematik Tema 6 Harapan Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Mengerti Kebutuhan

a. Adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung

Partisipan menginginkan adanya petugas kesehatan dan sarana yang dapat membantu menyelesaikan masalahnya, baik itu dari dokter, perawat maupun klinik. Berikut pernyataan mereka:

1) Ada dokter

“... adanya dokter yang dibiayai oleh pemerintah menangani khusus masalah seperti ini mas.” (P1)

2) Ada klinik

“Klinik yang mendukung..” (P1)

3) Perawat

“Ya termasuk apa itu nanti dari perawat...” (P3)

b. Adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan

Selain ketersediaan tenaga dan sarana kesehatan, partisipan juga membutuhkan adanya jenis pelayanan dari tenaga kesehatan. Kebutuhan tersebut lebih diutamakan pada adanya konsultasi, kesediaan menanyakan tentang masalah seksualnya dan memberikan solusi.

1) Konsultasi

“Ingin berbicara terkait diabetes dan disfungsi ereksi.”(P1)

2) Memberi solusi

“... saya mengharapkan solusi apa saja dari perawat..”(P3)

c. Adanya obat

Adanya keinginan kuat dari empat partisipan untuk berobat agar fungsi seksual partisipan meningkat, sehingga semua partisipan menginginkan adanya obat untuk menunjang fungsi seksualnya.

“Obat yang bisa membuat saya ereksi kembali...” (P1)

C. Pembahasan

Dari hasil penelitian didapatkan 6 tema, yaitu; disfungsi ereksi sebagai suatu hambatan, masalah interpersonal untuk dapat diterima, berjuang untuk sembuh, solusi dari pasangan hidup, harapan pemenuhan ideal diri, harapan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang mengerti kebutuhan.

1. Disfungsi ereksi sebagai suatu hambatan

Disfungsi sebagai suatu hambatan pada tema 1 dibentuk dari 2 sub tema yaitu; disfungsi ereksi dan fisik menurun. Partisipan yang mengalami disfungsi ereksi, meskipun dengan upaya cumbu rayu dan pemanasan dalam waktu yang cukup lama supaya terjadi ereksi, namun hal ini masih tetap tidak dapat terjadi ereksi. Dalam ketidakmampuan ereksi ini menyebabkan partisipan kehilangan hasrat yang sudah dimiliki, sehingga tidak bisa ereksi sama sekali. Pada semua partisipan ketika ingin melakukan hubungan seksual dengan istri, akan tetapi hasrat/ keinginan itu hilang atau sudah tidak ada maka alat kelamin tidak mampu ereksi sama sekali. Sehingga muncul rasa malas setiap kali ingin berhubungan dengan istri.

Keluhan disfungsi ereksi ini menjadi suatu hambatan atau masalah yang paling banyak muncul dialami oleh partisipan diabetes mellitus. Banyak hal yang dapat menyebabkan disfungsi ereksi

tersebut, dimana catatan medis semua partisipan yang sudah mengalami komplikasi hipertensi, penyakit jantung (P4), dan gangguan/penyakit ginjal (P2).

Pada kondisi tersebut sesuai dengan pendapat Sairam, et al., (2010) bahwa disfungsi ereksi dapat terjadi pada sebagian besar pasien diabetes melitus. Banyak faktor resiko yang dapat menyebabkan disfungsi ereksi, dimana disfungsi ereksi pada pria diabetes melitus sering berhubungan dengan kondisi seperti penyakit jantung, hiperkolesterolemia dan hipertensi (Fedele, et al. 2000), sangat kuat berhubungan dengan kontrol glukosa darah, durasi penyakit dan komplikasi diabetes melitus (Sairam, et al., 2010). Selain itu disfungsi ereksi juga sangat kuat dipengaruhi oleh kecemasan dan depresi pasien diabetes melitus baik diabetes melitus tipe 1 maupun tipe 2 (Basu & Ryder, 2004).

Berbagai jenis gangguan pada disfungsi ereksi tersebut sesuai dengan salah satu definisi gangguan/kerusakan ereksi pada pria menurut Rowland dan Incrocci, (2008) yaitu ketidakmampuan persisten atau berulang untuk mencapai atau mempertahankan ereksi sampai selesai aktifitas seksual. Hal ini disebabkan karena diduga kuat terjadi karena banyak faktor diantaranya gangguan neurologi, vaskular atau kombinasi keduanya (Basu & Ryder, 2004).

Kerusakan *vascular* yang terjadi karena adanya aterosklerosis dan komplikasi mikrovaskular, kerusakan ini akan menyebabkan gangguan endotel pada pembuluh darah sehingga mengurangi rigiditas/kekakuan penis yang kaya akan pembuluh darah (Basu & Ryder, 2004; Jackson & Padley, 2008). Neuropati diabetik menjadi penyebab lain dari disfungsi ereksi, kerusakan syaraf otonomik terjadi dengan melibatkan serabut syaraf kecil yang bermielin di mana ia berada di *corpora cavernosum* pada penis, serta serabut syaraf yang lebih besar mengalami kerusakan sehingga terjadilah neuropati perifer. Selain itu, mikroangiopati pada diabetes melitus akan merusak *vasa nervosum* dan aterosklerosis akan membatasi aliran darah ke arteri cavernosum, dua kondisi ini yang bisa juga menyebabkan disfungsi syaraf (Basu & Ryder, 2004).

Disfungsi ereksi sebagai suatu hambatan diantaranya adalah adanya gangguan hasrat seksual/libido. Semua partisipan mengatakan terjadi gangguan hasrat seksual, namun itu bersifat sementara ketika ada stressor seperti perasaan rendah diri, merasa tidak berharga dan stress serta malu karena takut tidak bisa ereksi. Gangguan hasrat ini muncul sebagai keluhan sekunder atas disfungsi ereksi yang dialami, bukan merupakan gangguan yang berdiri sendiri tanpa bisa

dihilangkan. Pernyataan di atas terjadi karena kondisi fisik yang tidak fit (menurun).

Data di atas juga ditunjang dengan pengakuan partisipan yang mengatakan bahwa hasrat seksualnya masih ada dan tetap ada bahkan ada 3 partisipan yang mengatakan libidonya sangat tinggi. Hal ini didukung oleh pendapat Untung (2010) dalam Muhalla (2011) bahwa banyak faktor yang mempengaruhi perubahan hasrat seksual diantaranya adalah faktor psikis yaitu stres berlebihan, rasa jemu dengan pasangan dan pengalaman seksual yang tidak menyenangkan sehingga akan menghambat pasangan dalam melakukan hubungan suami istri.

Penelitian Mccarthy dan Metz (2008) mengatakan bahwa manusia akan mengalami siklus dengan adanya respon secara fisik dan psikologis, termasuk diataranya adanya hasrat (*desire*). *Desire* merupakan komponen utama seksualitas yang sehat. Fase munculnya hasrat ini meliputi antisipasi seksual (keinginan memulai secara seksual), fantasi, rasa rindu menggebu sebagai suatu sensasi rasa dan kesiapan untuk berhubungan seks. Takut dan malu dapat menyebabkan tertahannya nafsu seksual. Hal ini juga dialami oleh partisipan 4, karena rasa malu kepada diri sendiri dan istrinya serta

takut istrinya akan membenci dan komplain kembali dengan kekurangan yang ada pada dirinya.

Namun sebagian besar partisipan mengatakan pada dasarnya tidak ada gangguan dalam hasrat seksual/libido, nafsu itu tetap ada dan bahkan tinggi. Hal ini sesuai dengan yang ditulis oleh Mccarthy dan Metz (2008) bahwa nafsu, bagi pria bukanlah suatu tahapan. Ketika seseorang berada pada kondisi fisik dan kesehatan emosional yang bagus, maka dorongan seksual akan terus ada dalam hidup. Nafsu adalah dorongan keinginan mendesak untuk bersenggama, merupakan motivasi besar untuk melewati kehidupan seksualnya.

Nafsu yang dimiliki pria berbeda dengan wanita. Pada pria, nafsu seksual sangat berhubungan dengan hormon *androgen* (*testosterone*) dan jalur di otak yang mempengaruhi motivasi untuk seksual. Hasrat seksual yang dimiliki oleh pria sangat dipengaruhi oleh stimulasi visual dibanding wanita yang lebih terstimulasi oleh taktil (rabaan dan sentuhan) (Mccarthy & Metz, 2008). Teori ini mendukung tetap adanya hasrat seksual pada partisipan, karena pada dasarnya kadar hormon androgen mereka masih normal dan semua partisipan mengatakan bahwa nafsu seksual itu semakin tinggi ketika melihat film porno.

Seiring dengan disfungsi ereksi yang dirasakan, semua partisipan mengatakan susah melakukan penetrasi (pemasukan penis ke dalam vagina), yang dikarenakan ketidakmampuan untuk ereksi. Hal ini sesuai pernyataan dari Diabetes, UK., 2009; Jackson & Padley, 2008; Waldinger, 2008 bahwa didalam disfungsi ereksi terjadi suatu kerusakan organ seksual terutama pada sistem syaraf karena adanya neuropati perifer pada diabetes melitus menyebabkan kurangnya sensitifitas saraf dan mikroangiopati pada diabetes melitus akan merusak *vasa nervosum* dan aterosklerosis akan membatasi aliran darah ke arteri cavernosum.

a. Fisik menurun

Untuk kepuasan dan kenikmatan dalam berhubungan, partisipan mengatakan bahwa dalam proses hubungan suami istri sudah tidak bisa merasakan apa-apa, karena adanya ketidakmampuan fisik. Penurunan kondisi fisik juga menjadi pemicu disfungsi ereksi yang dialami oleh semua partisipan yang mengatakan kondisi badannya sudah tidak mendukung lagi. Hal ini sesuai pernyataan dari Diabetes, UK, 2009; Jackson & Padley, 2008; Waldinger, 2008 bahwa peningkatan kadar glukosa darah menyebabkan peningkatan metabolisme yang akhirnya membuat badan cepat lelah, dan ini akan

berpengaruh terhadap ereksi, hasrat dan aktifitas seksual dengan pasangan.

2. Masalah interpersonal untuk dapat diterima

Perubahan fungsi seksual yang lain adalah adanya masalah interpersonal untuk dapat diterima, diantaranya adalah dampak sosial, dampak hubungan dengan pasangan, respon psikologis dalam menjalani disfungsi itu sendiri, dan dampak spiritual. Terdapat tiga dampak besar yang terjadi pada partisipan, yaitu; dampak sosial, dampak hubungan dengan pasangan, dan dampak spiritual yang dialami.

a. Dampak sosial

Dampak sosial terlihat pada partisipan 1 yang berumur 46 tahun sebagai pesiunan dini TNI, karena penyakit dan disfungsi ereksi yang diderita maka partisipan tidak lagi bisa bekerja dan tidak bisa berhubungan dengan orang lain dan teman-temannya, partisipan merasa terjadi perubahan hidup yang drastis. Padahal di usia yang masih produktif, dibutuhkan hubungan dan relasi yang kuat dengan para teman sejawat untuk mempertahankan fungsi ekonominya. Karena pada usia produktif, segala kebutuhan partisipan ditanggung sendiri, maka saat ini karir individu sedang menanjak dan individu akan bekerja giat tanpa jeda, mengemban tanggung jawab yang besar

dengan jadwal kegiatan monoton dan rutin. Dengan karakteristik ini, maka individu mempunyai stressor tertinggi dalam memenuhi peran dan fungsi hidupnya.

Partisipan (P2, P3, P4) mengatakan bahwa disfungsi ereksi yang dialaminya membuat partisipan malu dan minder untuk bergaul, partisipan hanya menjadi pendengar saja jika ada teman kerja dan orang lain membicarakan tentang seks dan upaya memenuhinya. Hal ini sesuai pernyataan dari Judith, *et al.*, (2012) bahwa sulit untuk melakukan sosialisasi karena malu dan takut ketahuan bahwa dirinya juga mengalami disfungsi ereksi, mengingat status sosial kemasyarakatan yang disandang, kehidupan rumah tangga yang harmonis dan mempunyai anak. Partisipan menganggap bahwa kondisi sejahtera itu tidak bisa ditukar dengan cerita tentang kelemahan dirinya.

b. Dampak hubungan dengan pasangan

Perubahan fungsi seksual yang dialami partisipan akan berdampak pada pola hubungan dengan pasangan, terjadi perubahan peran sebagai suami dan kepala rumah tangga; perubahan sikap dari partisipan untuk istrinya dan terjadi perubahan komunikasi dengan istri.

Pria diabetes melitus dengan masalah seksual juga akan merasa hancur, depresi, tak berdaya, seperti ada dalam kubang neraka, merasa sudah menghancurkan kehidupan rumah tangga atau hubungan seksual dengan pasangannya, kehilangan harga diri; kepercayaan diri dan kebanggaan sebagai suami, mengalami frustrasi yang menyakitkan. Dia merasa kehilangan kejantanan yang dihargai; dimanusiakan dan dibanggakan, rentan akan emosi, dan kesulitan berhubungan sosial.

Sebagai bentuk imbalan atas ketidakmampuannya memuaskan istri, maka 3 partisipan mengambil alih tugas rumah tangga, baik full maupun tidak. P1 mempunyai waktu yang cukup banyak untuk melakukan semua aktifitas rumah tangga karena partisipan sudah tidak bekerja, partisipan mengungkapkan bahwa partisipan bekerja menggantikan pekerjaan istri seperti, mencuci bahkan bersih-bersih. Pada dasarnya hal ini tidak terlalu berat karena partisipan telah melakukan pekerjaan yang lebih berat sebelumnya, tetapi beban moral dan harga diri sebagai suami inilah yang terkadang muncul menjadi kendala.

Partisipan 2 dan 3 juga melakukan hal yang sama, tetapi kesediaan melakukan kegiatan rumah tangga tujuannya adalah sebagai imbalan, sebagai ganti untuk menyenangkan hati istri, agar

semuanya tetap berjalan dengan harmonis tanpa adanya beban di hati partisipan. Namun terkadang akhirnya partisipan malas bercanda dengan istrinya karena takut muncul ketersinggungan dari kedua belah pihak. Selain itu juga adanya kekhawatiran pada partisipan bahwa sikap menerimanya istri bukan merupakan sikap yang sebenarnya, ada ketakutan sang istri akan membencinya.

Masih ada 2 partisipan (P1, P2) yang belum mengemukakan komunikasi secara terbuka, partisipan hanya diam saja; tidak mau membicarakan dan membahasnya atau memang tidak pernah menanyakan ke istri karena ketidaktahuannya akan efek diabetes melitus terhadap fungsi seksualnya. Diamnya partisipan (P1) adalah karena sudah sampainya partisipan berada pada posisi pasrah dan membiarkan semua itu terjadi, bahkan penghianatan yang dilakukan oleh istrinya sudah tidak menjadi persoalan baginya. Sedangkan P2 yang tidak pernah berdiskusi disebabkan karena rasa takut terhadap pasangan jika tiba-tiba berubah.

Hubungan seks yang baik dan cukup dengan pasangan adalah model hubungan yang fokus dan menikmati seksual yang menyenangkan, tidak perlu membuktikan apapun untuk diri sendiri maupun orang lain, semua hanya tentang penerimaan, kesenangan, kepuasan, seksual yang positif dan realistis serta ekspektasi yang baik

akan suatu hubungan. Keintiman dan kepuasan menjadi tujuan utama pada hubungan seks yang baik dan cukup dengan pasangan sehingga terintegrasi dalam kehidupan sehari-hari (Mccarthy & Metz, 2008).

c. Respon psikologis dalam menjalani disfungsi ereksi

Gangguan seksual telah merubah pola dan kesejahteraan hidup partisipan, mulai adanya perubahan fisik maupun psikis. Respon psikis tiap orang berbeda dalam menghadapinya, tergantung bagaimana mereka memandang seksualitas itu sendiri. Pandangan bahwa seksualitas adalah kebutuhan primer dan harus ada pada pria membuat partisipan merasa sedih, tidak berharga, malu dan marah (P3) ketika ternyata kebutuhan itu terganggu.

Menerima dan menegaskan kepada diri sendiri dan pasangan bahwa mereka adalah element penting dalam hidup dan inti dari hubungan yang selama ini terjalin, merupakan upaya untuk memandang seks sebagai elemen penting dari hidup, dan hubungan yang baik ini akan menambah kepercayaan diri, menambah perasaan terdalam dalam diri bahwa pria memiliki harga diri sebagai manusia (McCarthy & Metz, 2008).

Respon psikologis partisipan (P1, P2, P3) seperti kekecewaan, penyesalan, merasa tidak membahagiakan, rendah diri dan tidak

berharga muncul sebagai bentuk perasaan partisipan atas ketidakmampuannya menjadi pria seutuhnya karena disfungsi ereksi yang terjadi. Sehingga muncul perasaan takut, stres dan putus asa atas apa yang terjadi. Secara umum, pria menginginkan menjadi *the real men* atau pria sejati, yang mempunyai pekerjaan baik; stres yang tertata; hidup yang baik bersama perempuan yang benar dan baik, dan bahkan mendapatkan keberhasilan dan kegagalan yang nyata dan baik pula (McCarthy & Metz, 2008). Namun karena adanya disfungsi, maka seorang pria merasa sudah tidak lagi menjadi pria sejati, dan akhirnya kesejahteraan hidup terganggu.

Sudah banyak dipahami bahwa pria bisa tenang ketika menghadapi perang, badai, topan, gempa bumi, penyakit dan tragedi lainnya dengan keberanian yang besar dan tekad yang kuat, namun pria sama sekali akan tidak tenang dan tak berdaya jika terjadi disfungsi ereksi (Hanash, 2008). Pria diabetes melitus akan merasakan cemas (selama dan ketika tidak melakukan hubungan seksual), sedih, konflik pribadi, rasa bersalah, gangguan peran, diabaikan, malu, takut, tidak mempunyai harapan, tak bangga pada kehidupan seksualnya, tidak percaya diri dan merasa lemah. Selain itu dia merasa tidak mempunyai harga diri di mata istri, merasa tidak berguna, putus asa, bingung, stress, depresi, menyalahkan diri sendiri, cenderung pendiam

atau *uring-uringan*, tidak berkomunikasi dengan baik, konsep diri berubah, tidak bersemangat, tidak bergairah, merasa tidak diterima, dan lain-lain (McCarthy & Metz, 2008).

Kozier & Erb's (2010) mengemukakan, ketika seseorang merasakan kehilangan sesuatu maka muncul kecemasan kemudian sebagai upaya responsif terhadap stimulasi yang ada, maka muncullah mekanisme koping. Reaksi positif dan negatif akan muncul sebagai bentuk mekanisme koping individu. Jika respon yang muncul adalah proses *disequilibrium*, *disorganization* dan *reorganization* maka muncul koping konstruktif. Dalam hal ini dialami oleh beberapa partisipan, mereka telah mampu menerima, ikhlas, mengerti dan memahami disfungsi ereksi sebagai suatu akibat dari diabetes melitus. Namun jika muncul reaksi rumit atas stimulus disfungsi ereksi dan karena tidak adanya dukungan; tidak adanya kepuasan; muncul rasa putus asa dan merasakan masa depan menjadi suram, maka akan muncul reaksi bermusuhan; rasa bersalah dan cemas sehingga individu tidak dapat mengevaluasi diri. Proses evaluasi ini memunculkan ekspresi internal dan eksternal sehingga akhirnya muncul koping konstruktif ataupun destruktif, adaptif atau maladaptif.

Sebagai makhluk perseptif dan adaptif, koping individu atas disfungsi ereksi yang dirasakan adalah menganggap bahwa yang

dialaminya bukanlah suatu penyakit, pikiran digunakan untuk konsentrasi kepada hal-hal positif sehingga partisipan santai dalam menjalani hidup. Namun hampir semua partisipan yang menganggap dirinya rendah dan tidak berguna.

d. Dampak spiritual

Mengikuti pengajian dan mendengarkan tausiyyah merupakan salah satu usaha yang dilakukan partisipan, menurutnya hasrat seksual yang tinggi dan pikiran-pikiran yang tak menentu akan bisa dieleminir dan ditahan dengan adanya tausiyyah dan pengajian yang diikuti, sehingga bisa melupakan keinginan tersebut. Namun ada 1 partisipan (P4) yang mengatakan bahwa sejak sakit dan mengalami gangguan seksual, dia tidak melakukan sholat. Alasan yang diungkapkan adalah karena malas setelah terkena disfungsi ereksi. Hal ini tidak ditanyakan lebih mendalam lagi oleh peneliti dikarenakan sudah jelas alasan yang disampaikan.

Pernyataan di atas didukung oleh hasil penelitian kualitatif dari Casarez, Engebretson dan Ostwald (2010) dalam Muhalla (2011) yang meneliti tentang praktik spiritual dalam manajemen diri pasien Afrika di Amerika yang menderita diabetes melitus, bahwa ada 3 orientasi tentang praktik spiritual dan manajemen diri pasien diabetes melitus, yaitu: praktik spiritual sebagai upaya pengelolaan diri; praktis

spiritual dan manajemen diri sebagai upaya penyembuhan, dan praktik spiritual dapat mempengaruhi manajemen diri pasien diabetes melitus dan menjadi sumber dalam proses perawatan.

3. Berjuang untuk sembuh

Keinginan yang kuat untuk bisa sembuh dan kembali berfungsinya kemampuan seksual mereka membuat mayoritas partisipan berusaha untuk mengatasinya. Cara-cara yang dilakukan partisipan sedikit banyak memberikan efek, baik tidak berefek pada fungsi seksualnya hingga dapat meningkatkan fungsi seksual. Dari tema ini disusun 2 sub-tema besar yaitu upaya partisipan mengatasi disfungsi ereksinya dan upaya untuk memenuhi kebutuhan seksualnya setelah didiagnosa diabetes melitus.

a. Upaya mengatasi disfungsi ereksi

Berbagai upaya dilakukan, mulai dari mengkonsumsi obat kuat, jamu/herbal, baik untuk mengatasi diabetesnya maupun khusus pada disfungsi ereksinya. Selain itu partisipan juga ada yang mengikuti terapi alternatif pijat (P1, P2, P3). Selain obat dan pil, partisipan juga ada yang melakukan pengontrolan glukosa darah, olah raga, dan konsumsi telur dan susu.

Distress psikologis atau depresi akan mempengaruhi motivasi klien seseorang untuk mengatur kondisi diabetesnya (Basu & Ryder,

2004), termasuk mengikuti aturan pengobatan yang sesuai, mempertahankan aktifitas dan memonitor kadar gula darah. Seseorang dengan diabetes melitus dan gangguan mental atau tidak mampu mengatasi masalah/stres seperti depresi akan mempunyai kontrol glukosa darah yang rendah dan resiko tinggi sakit atau meninggal (Williams, Katou & Lin, 2004; Fisher, et al, 2007 dalam Muhalla, 2011), maka dari itu kemampuan mengatasi masalah dan stres sangat penting dimiliki oleh klien diabetes melitus, karena jika stres terjadi maka produk anti insulin akan meningkat diantaranya glukagon, kondisi ini mengakibatkan peningkatan glukosa darah.

Pengendalian kadar glukosa darah ini menurut partisipan akan dapat meningkatkan hasrat seksual/libido. Ungkapan ini didukung oleh penelitian Rachmadi (2008) bahwa pada 26 orang (65%) klien diabetes melitus dengan kadar gula darah puasa >126 mg/dl berkecenderungan 8,7 kali lebih besar mengalami gangguan libido dibandingkan klien dengan kadar gula darah puasa <126 mg/dl sebanyak 3 orang (7.5%). Demikian juga terdapat 27 orang (67,5%) klien diabetes melitus dengan kadar gula 2 jam PP >128 mg/dl berkecenderungan 13,5 kali lebih besar mengalami gangguan libido dibandingkan klien dengan kadar gula 2 jam PP < 128 mg/dl yaitu 2 orang (5%).

Pada uji korelasi yang didapatkan Rachmadi (2008), baik kadar gula darah puasa dan kadar gula darah 2 jam PP mempunyai korelasi positif yang signifikan dengan gangguan libido dengan tingkat korelasi sedang, artinya semakin tinggi kadar gula darah dalam darah akan diikuti dengan semakin tingginya gangguan libido.

Upaya lainnya adalah melakukan olah raga rutin, baik senam lansia (P1, P4), jalan sehat pagi dan sore (P2). Mayoritas partisipan melakukan olah raga, hanya P3 saja yang tidak. Data tersebut berbeda dengan hasil penelitian dari Pariser, *et al.*, (2010) yang mengatakan bahwa meskipun telah dikumpulkan bukti-bukti nyata tentang manfaat olah raga teratur, banyak klien diabetes melitus tipe 2 tidak melakukan olah raga teratur, 40%-43% klien diabetes melitus tipe 2 yang berolahraga tidak memenuhi pedoman ADA untuk kegiatan fisik yang direkomendasikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien tidak memenuhi pedoman aktifitas minimal berada pada tingkatan kurang.

Info Diabetes Melitus (2009) mengemukakan bahwa olah raga akan menurunkan kadar glukosa darah dan mencegah kegemukan. Pada keadaan istirahat, metabolisme otot hanya sedikit membutuhkan glukosa sebagai sumber energi, tetapi saat berolah

raga maka glukosa dan lemak digunakan sebagai sumber utama energi melalui proses pembakaran. Glukosa akan terbakar 15 kali dibanding saat istirahat.

Latihan jasmani berperan utama dalam pengaturan glukosa darah. Pada penderita diabetes melitus tipe 2, produksi insulin tidak terganggu tetapi terjadi resistensi insulin yaitu kurangnya respon reseptor pada sel terhadap insulin, sehingga insulin tidak dapat membantu transfer glukosa ke dalam sel. Pada saat olah raga, permeabilitas membran terhadap glukosa meningkat pada otot yang berkontraksi sehingga resistensi insulin berkurang, dengan kata lain sensitivitas insulin meningkat. Hal ini menyebabkan kebutuhan insulin berkurang. Respon ini bukan merupakan efek menetap atau berlangsung lama, tetapi hanya terjadi setiap kali melakukan olah raga (Info Diabetes Melitus, 2009).

Olah raga teratur akan membakar dan menurunkan kadar glukosa darah. Begitu juga pendapat para ahli yang mengatakan bahwa penatalaksanaan yang benar baik diet, olah raga, aktifitas fisik dan obat akan mempengaruhi pengaturan kadar glukosa darah (McWright, 2008). Telur dan susu adalah makanan tinggi protein, jika dilihat dari komposisinya maka kedua bahan makanan tersebut berguna sebagai zat pembangun, selain mengandung zat lain seperti

lemak. Ini dimungkinkan akan memberikan asupan tenaga yang cukup untuk vitalitas tubuh, walau sampai sekarang belum diketahui oleh peneliti bahwa keduanya mempunyai efek langsung terhadap peningkatan fungsi seksual pria.

b. Upaya memenuhi kebutuhan

Masalah dan stres lazim terjadi dalam kehidupan, pada klien diabetes stres dapat meningkatkan kadar glukosa darah, untuk itu perlu dilakukan upaya untuk mengatasinya. Mayoritas partisipan (4 partisipan) mengatakan mampu mengatasi masalahnya dengan membayangkan sesuatu, nonton film porno, memancing, jalan-jalan dan bahkan diam saja.

Hanash (2008) berpendapat bahwa seseorang yang mengalami masalah seksual, hidupnya akan terasa suram, sehingga beberapa upaya yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan tersebut adalah dengan tontonan atau rekreasi sebagai salah satu bentuk mekanisme koping yang adaptif dalam mengalihkan pikiran.

Roy dan Andrews (1999) dalam Muhalla (2011) mengemukakan bahwa manusia adalah makhluk adaptif, mereka akan beradaptasi dengan semua stimulasi yang mengenai dirinya dalam bentuk, jenis dan ukuran apapun. Dalam proses beradaptasi dengan stimulus yang masuk, terjadi mekanisme koping untuk

mempertahankan diri tergantung apakah koping tersebut adaptif atau mal-adaptif sehingga pada akhirnya muncullah perilaku manusia sebagai bentuk respon atas sesuatu, begitu juga pada partisipan.

4. Solusi dari pasangan hidup

Solusi dari pasangan hidup merupakan salah satu bagian dari dukungan keluarga yaitu adanya respon dari istri. Pasangan hidup menjadi support sistem terdekat bagi partisipan, respon apapun yang ditunjukkan akan membuat perubahan yang signifikan bagi partisipan untuk melalui hari-harinya bersama permasalahan yang dialami.

a. Respon istri

Disfungsi ereksi yang dialami merupakan stimulasi kompleks, karena selain berefek dan berdampak pada diri sendiri juga kepada pasangan sehingga muncul respon istri. Untuk menghadapinya klien mempertahankan dirinya dengan berbagai jenis koping sehingga integritas dirinya tetap terjaga dan tetap berada pada kondisi sejahtera, dan ini sebagai satu bentuk adaptasi terhadap adanya perubahan yang baru muncul dalam kehidupannya.

Telah disampaikan pada sub bab yang lain bahwa respon istri akan mengakibatkan suami merasa didominasi, rendah diri, harga diri rendah, putus asa bahkan membiarkan istri untuk melakukan apapun asal tidak lagi mengganggu kehidupan partisipan sehari-hari.

Juga adanya dukungan untuk mendapatkan pengobatan menjadi harapan dari partisipan yang lain, disamping memberikan kasih sayang solusi dan menerima. Maka dari respon suami dan disfungsi ereksi tersebut muncul berbagai repon istri, diantaranya marah-marah, mengeluh (komplain), dan malas berhubungan. Selain itu juga istri bertanya, menerima, menyadari, memahami, tidak memaksa dan tidak menuntut

Hal diatas didukung oleh Kozier dan Erb's (2010) yang mengatakan bahwa Respon negatif dari istri disebabkan karena ketidaksiapan dan ketidaktahuan istri akan dampak diabetes melitus pada fungsi seksual pria, sedangkan respon positif dari istri disebabkan karena adanya komitmen pernikahan yang tetap dipegang. Sehingga akan tetap ada rasa kasih sayang, mau menerima dan perhatian dari istri kepada suami.

b. Upaya mengatasinya

Pada penelitian ini, partisipan berespon dan beradaptasi dengan gangguan pada fungsi seksualnya. Beberapa mekanisme koping dimunculkan sesuai dengan karakter kepribadian; latar belakang hidup; sosial kemasyarakatan; nilai dan keyakinan hidup; spiritualitas individu dan kehidupan umum. Secara umum

didapatkan bahwa ada 2 mekanisme coping yang dilakukan oleh partisipan, yaitu adanya perubahan spiritual dan pasrah.

Perubahan spiritual merupakan mekanisme coping terbanyak yang muncul pada partisipan. Mayoritas partisipan beradaptasi dengan meningkatkan hubungan dengan Tuhan, diantaranya berdoa dan sholat, sholat dan mengikuti pengajian, pasrah, ikhlas, menganggap penyakit ini adalah ujian Tuhan, bersyukur dan sabar. Beberapa mekanisme coping ini tidaklah datang dengan seketika, walau ada 1 partisipan (P2) yang mengatakan bahwa dia ikhlas terlebih dahulu sebelum istrinya karena telah menyadari konsekuensi dari diabetes melitus akan mengalami gangguan/disfungsi ereksi.

Sisi spiritual ini mengemuka karena spiritual adalah suatu dimensi luas dalam filosofi kehidupan manusia, suatu kepercayaan dan sebagai tema inti dari kehidupan. Spiritualitas seseorang sangat dipengaruhi oleh budaya, nilai, norma, perkembangan, pengalaman hidup dan ide manusia sehingga sangat mempengaruhi kehidupannya (Kozier & Erb's, 2010).

Manusia pada dasarnya adalah makhluk bertuhan, telah ada perjanjian antara manusia dengan Tuhan untuk menjadi hamba-Nya yang baik semenjak berada dalam perut ibu, semenjak ruhnya

ditiupkan oleh sang Khaliq (termaktub dalam al-Qur'an), keyakinan akan Tuhan dan kebutuhan akan kasih sayang Tuhan membuat manusia menyadari bahwa apa yang ada di dunia ini adalah berasal dan akan kembali ke Tuhan. Banyak sekali sumber spiritual yang dapat digunakan oleh manusia untuk meyakini dan menginternalisasikan keimanannya dalam kehidupan sehari-hari, dimana sumber-sumber spiritual digunakan oleh manusia diantaranya untuk beradaptasi terhadap stres.

Pada penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* yang dilakukan oleh Polzer (2005) mengatakan bahwa faktor penting yang mempengaruhi manajemen diri pasien diabet afro amerika adalah spiritualitas. Spiritualitas memegang peranan sentral dalam peran hidup mereka dan menjadi mendukung kerangka kerja untuk sehat sakitnya. Penelitian yang bertujuan untuk menyusun teori tentang pengaruh spiritualitas terhadap manajemen diri pasien diabetes melitus mendapatkan hasil bahwa partisipan merasakan 3 tipologi, yaitu 1) hubungan dan tanggung jawab: Tuhan selalu ada di belakang kita, 2) hubungan dan tanggung jawab: Tuhan ada di garda depan, dan 3) hubungan dan melepaskan diri: Tuhan adalah penyembuh. Tipologi ini bervariasi tergantung pada bagaimana

partisipan mengartikan dan menunjukkan pola hubungannya dengan Tuhan dan pengaruh terhadap manajemen dirinya.

Ikhlas, sabar, pasrah, rela dan bersyukur merupakan komponen spiritual yang tidak datang dengan tiba-tiba, butuh waktu yang panjang untuk bisa berada pada fase tersebut dan itu menandakan meningkatnya ketakwaan seorang hamba kepada Tuhannya. Ikhlas adalah merelakan segala sesuatu yang dialami dan ditimpakan padanya sebagai suatu hal yang pasti akan berujung baik dan mendatangkan hikmah, sedang sabar adalah tahan terhadap stimulasi apapun yang mengenai dirinya, dan bersyukur adalah berterima kasih baik dengan lisan; hati dan perilaku atas apapun nikmat yang diberikan Tuhan kepada hamba-Nya. Proses internalisasi diri akan masalah disfungsi ereksi dan implikasi dalam kehidupan partisipan inilah yang menjadikan mereka mampu menghadapi gejolak hati atas gangguan seksual yang dirasakannya.

Bersamaan dengan ihlas, sabar dan bersyukur, partisipan juga melakukan sholat dan terus memanjatkan doa agar diberikan kesembuhan dan kemudahan dalam menghadapi masalah, khususnya untuk menahan gejolak seksualnya. Dengan sholat partisipan merasa dapat mengurangi libido dan bisa melupakannya dan menurut partisipan koping ini berhasil sehingga dirinya lebih tenang dan

mampu menahan diri. Ungkapan P3 ini sangat didukung oleh keyakinannya bahwa sholat itu akan mencegah perbuatan keji dan munkar, bukan berarti bahwa seksualitas adalah suatu kejelekan, akan tetapi dengan libido yang tinggi dan begitu banyak godaan yang menstimulasi dirinya, termasuk hasrat yang menggebu dalam hatinya itu semua akan bisa ditahan dan diatasi dengan sholat. Dengan sholat seseorang akan merasa tenang karena ada komunikasi langsung dengan sang pencipta.

Sholat adalah sebagai sarana bermunajat dan menghadap pada sang Khalik merupakan bentuk dialog antara hamba dengan Tuhannya, sebagai manifestasi dari penghambaan seseorang, sarana komunikasi dengan sang Pencipta, Allah SWT. Selain itu sholat sebagai tempat segala pengaduan dan menghaturkan kejujuran atas segala yang tidak terungkap pada manusia. Dengan kekhusyukan dan penuh dengan ketundukan dan kepasrahan total kepada Allah maka akan memberikan energispiritual, energi inilah yang mengajak hati menjadi tenteram dan jiwa menjadi damai (Ghazali, 2010).

5. Harapan pemenuhan ideal diri

Harapan terhadap kondisi disfungsi ereksi, dimana partisipan mengharapkan adanya perubahan dari diri sendiri dan istri sebagai pasangan. Harapan atas diri sendiri ditekankan pada kemampuan

bersabar, mendapatkan rizki yang banyak untuk memenuhi kebutuhan berobat sehingga tetap dapat mengontrol kadar gula darah dan penyakitnya, sehingga fungsi seksualnya juga dapat berubah lebih baik, selain itu partisipan juga berharap sembuh dan kembali berfungsi.

Mayoritas partisipan sudah mengetahui bahwa diabetes melitus yang diderita tidak akan sembuh, akan tetapi yang bisa dilakukan adalah mengatur kadar glukosa darah sehingga tetap berada pada ambang batas normal. Kesembuhan yang diinginkan partisipan adalah kesembuhan fungsi seksualnya, sehingga bisa beraktifitas seksual kembali dengan sehat.

Harapan adalah motivasi besar pada diri manusia, keinginan untuk sembuh dan mendapatkan yang terbaik merupakan tanda bahwa manusia masih berada pada fase equilibrium, keseimbangan untuk menjalani kehidupan bergulat dengan idealisme dan kenyataan yang ada. Harapan ini perlu direspon dengan baik oleh petugas kesehatan dan istri.

Sebagian besar partisipan tetap menginginkan adanya peran dari istri dengan tetap memberikan kasih sayang, menerima dan mengerti serta memberikan solusi untuk mengatasi masalah disfungsi ereksinya. Harapan ini bukanlah harapan kosong, namun kehadiran pasangan yang seutuhnya sangat mempengaruhi respon psikologis dan

mekanisme coping partisipan, sehingga akan didapatkan hubungan dan kehidupan pasangan berada pada taraf baik dan sehat.

Sepasang suami istri adalah tim yang penuh keintiman, hubungan dan kepuasan seksual adalah fokus dari pembentukan dan perkembangan kehidupan seksual. Dengan tetap realistis dalam bersikap dan bertindak sesuai dengan usia harapan kehidupan seksual maka akan didapatkan kualitas kehidupan seksual yang baik antar pasangan (McCarthy & Metz, 2008).

6. Harapan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang mengerti kebutuhan.

Kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan yang diperlukan partisipan mencakup 3 hal yaitu adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung, adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan, dan adanya obat.

Suatu keniscayaan dalam menyelesaikan masalah kesehatan seseorang membutuhkan adanya petugas kesehatan, karena merekalah tenaga profesional sesuai bidangnya dan mendapatkan tugas serta tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya. Partisipan menginginkan adanya dokter, perawat dan klinik yang dapat membantu mereka untuk mencari pertolongan dan pengobatan untuk mengatasi disfungsi ereksinya. Selama ini dokter dan

perawat belum memberikan pelayanan yang paripurna dalam menangani masalah seksual partisipan, berbagai alasan mengemuka, mulai dari petugas kesehatan tidak menanyakan, tidak membahas dan memberikan kesempatan konsultasi kepada partisipan serta waktu yang sempit.

Kondisi tersebut memunculkan keinginan adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan, adanya konsultasi khusus dengan sesi waktu yang lebih, empati petugas kesehatan untuk menanyakan dan memperbincangkan tentang seksual dan masalahnya serta memberikan solusi. Solusi yang diinginkan partisipan adalah memberikan penjelasan yang jelas tentang efek diabetes melitus pada kehidupan seksual pria, memberikan alternatif penyelesaian masalah dan obat-obatan penunjang fungsi seksual.

Dukungan dan respon dari petugas kesehatan bervariasi. Menurut partisipan hampir semua petugas kesehatan tidak membahas dan mendiskusikan bahwa disfungsi ereksi dapat terjadi pada klien diabetes melitus, tidak pula memberikan sesi konsultasi untuk menyelesaikan masalah tersebut. Dokter dan perawat tidak pernah bertanya kepada partisipan dan juga tidak mempunyai waktu yang cukup untuk membicarakan disfungsi ereksi, walaupun pada dasarnya partisipan sangat menginginkannya.

Ketersediaan waktu, kesiapan dan kemampuan perawat untuk menerima, menggali dan menyelesaikan masalah seksual klien juga menjadi pertimbangan penyebab bervariasinya dukungan tenaga kesehatan, sehingga seksualitas belum menjadi ranah yang terintegrasi dalam asuhan keperawatan. Dalam kesempatan berbincang dengan perawat, mereka mayoritas menjawab bahwa tidak pernah membahas tentang seksualitas pada klien, karena mereka juga tidak menanyakan. Juga karena dianggap tidak penting untuk kondisi sakit saat ini.

Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa perbedaan perspektif seksual antara petugas kesehatan dan partisipan yang menjadi salah satu penyebab tidak dibicarakannya masalah seksual, termasuk budaya, dan etik. Ketiga respon petugas kesehatan yang disampaikan partisipan di atas menunjukkan bahwa perhatian dokter dan perawat belum terintegrasi pada kebutuhan seksual, akan tetapi masih terpusat pada kebutuhan biologis saja.

Sikap perawat yang dimaksud pada paragraf di atas didukung oleh penelitian Tal (2006) tentang pembuktian hipotesis bahwa tenaga profesional kesehatan tidak memberikan perawatan yang cukup terhadap kesehatan seksualnya dan membantu mendefinisikan kasus yang dialami. Tal (2006) mendapatkan bahwa 86% responden mengakui bahwa mereka tidak memberikan perawatan yang cukup, dan

92% responden sama sekali tidak pernah memulai membahas permasalahan ini dengan klien. Hal ini disebabkan karena 5 faktor, yaitu kurangnya pendidikan seksual, malu, budaya, kurangnya pengalaman perawatan kesehatan dan agama, dan secara signifikan didapatkan bahwa perawat lebih malu untuk menangani isu-isu seksual klien.

Gambaran dukungan dari petugas kesehatan di atas pada dasarnya tidak menjadi permasalahan sepihak saja, hanya dari petugas kesehatan, akan tetapi juga adanya hubungan resiprokal dari klien. Klien juga memegang peranan penting untuk kiranya dukungan itu didapatkan dengan baik dan mendatangkan manfaat. Dari sisi partisipan (P2), masih adanya ungkapan bahwa dia tidak akan menyampaikan kepada orang lain termasuk petugas kesehatan jika petugas sendiri tidak menanyakannya, dan walaupun sudah ditanyakan, partisipan akan memilih siapa yang dapat mendatangkan kenyamanan akan rahasia diri yang akan dibuka, partisipan lebih mendahulukan merahasiakannya dibanding membuka kepada orang lain.

Tidak tersampainya masalah disfungsi ereksi oleh partisipan ini dapat ditegaskan dengan pendapat dari McCarthy & Metz (2008), bahwa mitos tradisional mengatakan bahwa wanitalah yang mempunyai masalah seksual dan tidak untuk pria. pria sejati selalu siap

untuk aktifitas seksual dengan tanpa adanya pertanyaan, keraguan atau perhatian. Padahal pada salah satu studi pada 1740 responden berusia 19-59 tahun sekitar 35-40% individu (31% pria dan 43% wanita) mengalami disfungsi ereksi. Lingkungan tempat partisipan hidup dan tinggal menjadi salah satu penyebab tidak tersampainya masalah disfungsi ereksi yang dialami. Kultur ketimuran, menganggap tabu dan malu, agama, kepercayaan dan kerahasiaan pada umumnya menjadi alasan mengemuka. Walaupun ada pria yang mau mengungkapkannya, ternyata hanya 12% saja yang secara terbuka menceritakan dan mencari bantuan (Hanash, 2008).

D. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini ada beberapa hal yang menjadi perhatian peneliti salah satunya yaitu, peneliti sebagai pemula dalam penelitian kualitatif. Namun secara umum semua dapat diatasi, tidak menjadi suatu keterbatasan berarti dan tidak menjadikan kontens penelitian berubah dari tujuan semula.