

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### 1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian dilakukan di tiga wilayah kerja Puskesmas Bantul yaitu di Puskesmas Kasihan 1, Puskesmas Kasihan 2, dan Puskesmas Sedayu 1.

##### a. Puskesmas Kasihan 1

Puskesmas kasihan 1 merupakan puskesmas pertama yang berada di wilayah Kasihan. Puskesmas ini beralamat di jalan Bibis, Gendeng, Bangunjiwo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta. Wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 terbagi menjadi 2 desa yang terdiri dari 29 dusun. Jumlah

Puskesmas Kasihan 1 memiliki program rutin untuk pengelolaan penyakit kronis atau yang sering disebut (PROLANIS) untuk memfasilitasi penderita diabetes dan hipertensi agar dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Kegiatan prolanis ini dilaksanakan 1 bulan sekalisetiap hari Sabtu. Tempat pelaksanaan kegiatan tersebut berada di Aula Puskesmas Kasihan 1. Adapun kegiatan yang di laksanakan yaitu pemberian pendidikan kesehatan, pemeriksaan kesehatan dan senam bersama. Dengan adanya program ini peneliti menjadi mudah untuk menemukan responden atau keluarga penderita DM melalui penderita DM yang mengikuti program PROLANIS.

b. Puskesmas Kasihan 2

Puskesmas Kasihan 2 merupakan puskesmas ke dua yang ada di wilayah kasihan. Batas wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 yaitu sebelah utara adalah Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman, sebelah timur adalah Kecamatan Sewon Bantul, sebelah selatan adalah Kecamatan Sewon Bantul, sebelah barat adalah Kelurahan Tamantirto Kecamatan Kasihan Bantul. Wilayah kerja Puskesmas Kasihan II memegang 2 Desa yaitu Desa Tirtonirmolo dan Desa Ngestiharjo yang terdiri dari 24 dusun dengan jumlah penduduk 17.176 jiwa. Puskesmas Kasihan 2 beralamat di Jalan Padokan, Kelurahan Tirtonirmolo, Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul.

Puskesmas Kasihan 2 juga memiliki banyak program yang diberikan untuk masyarakat salah satunya untuk penderita DM yaitu program PROLANIS yang dilaksanakan setiap minggu padahari Sabtu. Program PROLANIS ini seperti program yang ada di Puskesmas Kasihan 1 bedanya hanya waktu pelaksanaannya. Program lain yang diberikan untuk keluarga dan masyarakat yaitu POSYANDU yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan hidup dengan mendeteksi dini, pemantauan dan tindak lanjut resiko penyakit yang menular secara mandiri dan berkesinambungan. Kegiatan ini melibatkan peran dari masyarakat sehingga peneliti sangat terbantu dengan adanya program ini untuk membantu proses pengambilan data.

c. Puskesmas Sedayu 1

Puskesmas Sedayu 1 merupakan Puskesmas yang berada di Kecamatan Sedayu dan terletak di Dusun Panggang, Kelurahan Argomulyo, Kecamatan Sedayu, Kabupaten Bantul. Puskesmas Sedayu 1 dalam tatanan wilayah kerjadibagi menjadi 2 Desa yaitu Desa Argosari dan Argomulyo. Desa Argosari sendiri memiliki 13 dusun sedangkan Desa Argomulyo memiliki 1 dusun. Puskesmas Sedayu 1 ini juga seperti Puskesmas Kasihan 1 dan 2 yang memiliki program yaitu PROLANIS dimana program ini sangat membantu peneliti dalam melakukan pengambilan data.

Program PROLANIS di Puskesmas Sedayu dilaksanakan rutin setiap hari Sabtu di Puskesmas Sedayu 1. Peneliti dapat mengambil data di puskesmas apabila penderita DM datang bersama keluarganya. Apabila penderita DM datang sendiri tanpa pendampingan keluarga, peneliti meminta alamat untuk datang ke rumah penderita sehingga peneliti dapat bertemu dengan responden yaitu keluarga penderita DM.

2. Karakteristik Responden

Data demografi pada responden di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1, Kasihan 2 dan Sedayu 1 Yogyakarta berdasarkan sampel penelitian sebanyak 96 responden seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.1.

Data demografi usia, jenis kelamin, hubungan dengan penderita DM, pendidikan terakhir, pekerjaan dan dalam bentuk nilai distribusi dan frekuensi (N=96)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
Remaja Akhir (17-25)	29	30,2
Dewasa Awal (26-35)	22	22,9
Dewasa Akhir (36-45)	15	15,6
Lansia Awal (46-55)	19	19,8
Lansia Akhir (56-65)	11	11,5
Jenis kelamin		
Laki – laki	37	38,5
Perempuan	59	61,5
Hubungan dengan penderita DM		
Anak/Menantu	53	55,2
Cucu	14	14,6
Orangtua	1	1,0
Pasangan	27	28,1
Saudara	1	1,0
Pendidikan terakhir		
SD	2	2,1
SMP	3	3,1
SMA	71	74,0
PT	20	20,8
Pekerjaan		
Buruh	7	7,3
Honorer	6	6,3
PNS	15	15,6
Pelajar/Mahasiswa	24	25,0
Wiraswasta	15	15,6
Lain-lain	29	30,2
Mendampingi		
Ya	66	68,8
Tidak	30	31,3
Mendapatkan edukasi management DM		
Ya	50	52,1
Tidak	46	47,9

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan hasil tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa usia terbanyak yaitu pada kategori remaja akhir sebanyak 29 orang (30,2%) dengan usia sekitar 17 sampai dengan 25 tahun, jenis kelamin responden terbanyak yaitu

pada perempuan sebanyak 59 orang (61.5%). Hubungan dengan penderita DM yang terbanyak yaitu anak atau menantu dengan jumlah 53 orang (55,2%). Dari pendidikan terakhir responden yang paling banyak adalah SMA sebanyak 71 orang (74.0%). Untuk pekerjaan responden yang paling banyak yaitu lain-lain meliputi ibu rumah tangga, pensiunan, dll dengan hasil 29 orang (30.2%). Hasil pendapatan terbanyak oleh responden yaitu < 1600000 perbulan dengan total 59 responden (61.5%). Responden yang mendampingi penderita DM dalam memberikan edukasi sebanyak 66 orang (68.8%) dan responden yang pernah mendapatkan edukasi tentang manajemen DM sebanyak 50 orang (52.1%).

### 3. Analisis Univariat

Tabel 4.2.

Data motivasi, pengetahuan, dan perilaku dukungan keluarga (N=96)		
Kuesioner	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pengetahuan		
Baik	9	9.4
Cukup	71	74.0
Kurang	16	16.7
Motivasi		
Baik	16	16.7
Cukup	58	60.4
Kurang	22	16.7
Frekuensi Membantu		
Sangat Sering	19	19.8
CukupSering	59	61.5
Kurang	18	18.8
Perasaan Membantu		
Sangat Membantu	12	12.5
Cukup Membantu	67	69.8
KurangMembantu	17	17.7

Sumber: Data Primer, 2019

Dari tabel 4.2 di dapatkan hasil bahwa 74.0% responden memiliki pengetahuan yang cukup. Pada hasil motivasi 60.4% responden memiliki motivasi yang cukup. Dilihat dari frekuensi membantu, banyak responden dikatakan cukup dalam frekuensi membantu penderita DM dalam memajemen DM dengan hasil 61.5% sebanyak 59 orang sedangkan untuk perasaan membantu di dapatkan hasil terbanyak pada kategori cukup yaitu 69.8% atau sebanyak 67 orang.

## **B. Pembahasan**

### 1) Karakteristik demografi keluarga pasien DM

#### a. Usia

Dari hasil penelitian pada tabel 4.1 di dapatkan hasil bahwa usia responden terbanyak antara 17-25 tahun yang termasuk dalam kategori remaja akhir. Usia pada kategori remaja akhir ini merupakan masa peralihan dari remaja menjadi dewasa di ikuti oleh perkembangan hormon pada seseorang yang mengubahnya menjadi berbeda secara fisik yang lebih matang, pemikiran yang terbuka dan terorganisir (Depkes RI, 2009). Tugas-tugas yang dilakukan pada usia remaja yang akan memasuki usia dewasa ini terbilang sangat berat. Seperti yang dijelaskan dalam buku Pikunas (1976) yang dikutip oleh Yusuf (2006) bahwa pada masa remaja akhir ini merupakan masa dimana seseorang berusaha mencari jati dirinya, memantaskan diri kepada orang lain sehingga dirinya dapat di terima di masyarakat.

Hasil penelitian ini mayoritas responden yang tinggal bersama penderita DM berada pada usia produktif sehingga dalam membantu penderita DM untuk menjalankan manajemen diri yang baik dapat terbantu. Menurut Kemenkes RI (2018) usia produktif yaitu pada usia 15-60 tahun sedangkan usia non produktif yaitu diatas 60 tahun.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 4.1 di dapatkan hasil bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu 59 responden. Banyaknya responden perempuan di pengaruhi oleh jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Bantul terbanyak adalah perempuan yaitu 32.032 jiwa (Kemenkes RI, 2018). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang di lakukan oleh Rahayu (2018) yang menyatakan bahwa keluarga penderita DM yang berperan utama dalam memberikan perawatan kepada penderita DM yaitu berjenis kelamin perempuan sebanyak 59 orang. Hal ini selaras dengan pendapat Friedman (2010) dimana anggota keluarga khususnya perempuan memang mempunyai peran yang sangat penting sebagai pemberi perawatan utama. Dimana perempuan berperan sebagai seorang ibu, rata-rata mempunyai ketelatenan dan kesabaran saat merawat keluarganya yang sakit.

c. Hubungan dengan penderita

Berdasarkan hasil dari penelitian pada tabel 4.1 hubungan responden dengan penderita DM terbanyak yaitu hubungan anak atau menantu dengan jumlah 53 orang. Pada kriteria inklusi sudah dicantumkan

bahwa responden tinggal satu rumah dengan penderita sehingga responden dengan penderita tinggal bersama. Menurut Friedman (2010) mengungkapkan bahwa manfaat keluarga yaitu untuk mengurangi stressor penderita dalam menjalankan perawatan DM, karena biasanya pasien DM akan mengalami stress dan jenuh dengan pengobatan yang di jalani sehingga lalai dengan pengobatannya. Oleh karena itu dengan adanya keluarga di sekitar penderita DM dapat membantu penderita dalam manajemen penyakitnya.

Di wilayah penelitian ini memang paling banyak di temui penderita DM yang tinggal bersama dengan anak dan menantunya. Mengingat lokasi pada penelitian ini berada di perdesaan dimana warganya masih sangat kental dengan adat budaya. Menjaga dan merawat orangtua yang membutuhkan bantuan orang lain merupakan kewajiban seorang anak kepada orangtuanya. Kedekatan seorang anak dengan orangtuanya merupakan hal yang sangat diharapkan dalam sebuah keluarga. Seorang anak akan mengalami perubahan peran secara bermakna ketika merawat orangtuanya yang menderita penyakit kronis Luthfa (2016). Peran dukungan yang dilakukan seorang anak kepada orangtuanya yaitu dengan memberikan dukungan emosional dan informasional. Dukungan emosional dan informasional dari seorang anak yang dapat membantu orangtuanya dalam menjalani terapi penyakitnya dinyatakan berhasil apabila kondisi dari orangtuanya cenderung membaik. Triyanto et al (2015) menyatakan bahwa

dukungan seperti apapun akan memberikan dampak positif bagi penderita DM.

d. Pendidikan terakhir

Dari tabel 4.1 dapat dilihat bahwa pendidikan terakhir responden yang paling banyak yaitu SMA dengan hasil 71 orang. Pendidikan tertinggi dalam masyarakat Yogyakarta khususnya wilayah Bantul adalah SMA dengan jumlah 19.934 orang Pemda DIY (2018). Wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 dan Puskesmas Kasihan 2 serta Puskesmas Sedayu 1 merupakan wilayah pedesaan. Pada masyarakat wilayah pedesaan umumnya memang memiliki tingkat pendidikan tertinggi yaitu SMA/SMK dengan harapan setelah lulus dari sekolah dapat mencari pekerjaan untuk membantu perekonomian keluarga. Pendidikan merupakan cara bagi seseorang untuk meningkatkan pengetahuannya. Dengan memiliki pengetahuan yang baik akan mendapatkan manfaat yang baik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Saturnus dan Hasneli (2015) mengatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap kemampuannya dalam menerima informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Responden dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih paham dan patuh terkait perawatan DM. Dari penelitian Handayani (2012) pendidikan merupakan faktor prediposisi yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Karena

pendidikan akan membuat orang lebih sadar dan mengerti terkait pentingnya kesehatan.

e. Pekerjaan

Berdasarkan tabel 4.1 pada pekerjaan responden banyak memilih lain-lain yang di maksudkan yaitu bekerja sebagai ibu rumah tangga, pensiunan dan lain-lain selain yang tercantum pada kuesioner. Pekerjaan merupakan suatu usaha untuk memenuhi kebutuhan hidup. Seseorang yang bekerja akan lebih mengesampingkan kesehatannya karena tuntutan pekerjaan. Responden yang bekerja yang lebih banyak menghabiskan waktunya untuk mengurus pekerjaan sehingga waktu untuk membantu penderita DM untuk datang ke pelayanan kesehatan akan berkurang (Mahmudah, 2012). Dari penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi (2014), dalam penelitiannya dijelaskan bahwa walaupun responden lebih sering menghabiskan waktunya untuk bekerja tetapi mempunyai pengetahuan yang baik untuk membantu penderita DM mengontrol gula darah ataupun pemeriksaan lain di pelayanan kesehatan sehingga responden tetap terpapar informasi terkait penyakitnya.

2) Pengetahuan

Pada tabel 4.2 didapatkan bahwa 71 responden mempunyai pengetahuan yang cukup. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Badriah (2014) dengan hasil penelitian yaitu semua caregiver memiliki pengetahuan yang cukup bahkan rendah. Hasil

penelitian tersebut ditunjukkan dengan pernyataan caregiver menyebutkan bahwa mereka tidak mengetahui tentang penyakit DM. Kurangnya pengetahuan akan berdampak kepada ketidakmampuan keluarga dalam mengambil tindakan untuk melakukan pengelolaan terhadap penyakit DM sehingga akan timbul komplikasi akibat penyakit DM.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dan Sukmarini (2017), tingkat pengetahuan yang rendah dapat mempengaruhi kepercayaan diri untuk mampu memutuskan sesuatu yang harus dijalani. Sehingga pengetahuan yang cukup dapat mempengaruhi tingkat kepercayaan keluarga untuk membantu penderita melakukan *self-management* DM dengan cukup. Pengetahuan responden/keluarga terkait pentingnya menjalankan manajemen DM akan membuat keluarga lebih percaya diri untuk membantu penderita DM menjalankan pengobatannya.

Menurut Mulyani (2014), tingkat pengetahuan akan membuat seseorang lebih paham dan mampu memajemen dirinya bahkan orang lain. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Muhibuddin (2016), menunjukkan bahwa semakin tinggi skor pengetahuan keluarga maka semakin rendah kadar HbA1c yang dimiliki oleh pasien DM. Meningkatnya pengetahuan tentang diabetes oleh keluarga bermanfaat untuk mempromosikan perilaku kesehatan keluarga yang positif otomatis juga pada pasien DM.

Keluarga yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang apa saja faktor risiko yang dapat mempengaruhi kadar gula darah, cara pengendalian stres, infeksi pada kaki diabetes, diabetes dengan kehamilan, dan gangguan ginjal dapat bermanfaat dalam mengelola pasien DM, sehingga dukungan yang diberikan keluarga pada pasien DM dapat diberikan secara optimal.

### 3) Motivasi

Berdasarkan tabel 4.2 hasil dari penelitian didapatkan sebagian besar responden memiliki motivasi yang cukup yaitu dengan jumlah 58 orang. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia dan pekerjaan responden. Dalam penelitian ini sebagian besar responden berusia 17-26 tahun, dimana usia tersebut merupakan usia produktif. Usia produktif dimulai dari usia 15 tahun sampai 60 tahun (Depkes RI, 2009).

Pada penelitian ini responden juga memiliki pekerjaan terbanyak yaitu ibu rumah tangga dan pensiunan dimana tugas ibu rumah tangga sangat berhubungan dengan dukungan yang diberikan untuk penderita DM dalam merawatnya. Rahayu (2014) dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa ibu rumah tangga sebagai *caregiver* utama dalam merawat penderita DM membutuhkan banyak waktu luang yang cukup, sehingga dalam mengerjakan tugas rumah tangga dapat berjalan dengan bersamaan merawat anggota keluarga yang sakit.

Motivasi keluarga dalam membantu penderita DM menjalankan manajemen diri DM sangat diperlukan. Motivasi merupakan dorongan dari dalam diri untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Estrela, 2019). Motivasi juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu dari dalam diri sendiri. Apabila motivasi keluarga tinggi dalam membantu manajemen diri penderita DM, maka akan berusaha untuk mewujudkan apa yang menjadi keinginannya atau tujuannya tersebut, sehingga penderita DM sangat terbantu dalam melakukan *self-management* DM. Faktor lain yaitu motivasi dari luar responden seperti anggota keluarga yang lain ataupun dari penderita DM. Motivasi keluarga yang baik akan selalu memiliki perilaku dan kepercayaan diri yang baik untuk melakukan sesuatu hal (Notoatmodjo, 2010).

#### 4) Perilaku Dukungan Keluarga

Berdasarkan tabel 4.2 dilihat dari frekuensi membantu, sebagian responden termasuk dalam kategori cukup dengan hasil 59 orang dan perasaan membantu sebagian besar adalah cukup sering membantu dengan hasil 67 orang dan menurut keluarga, mereka telah cukup membantu keluarga yang sakit. Hasil penelitian ini dapat dipengaruhi oleh hasil lainnya yang mendukung seperti motivasi yang cukup, pengetahuan yang cukup, pekerjaan responden dan hubungan responden dengan penderita DM.

Motivasi merupakan suatu hal yang dapat mempengaruhi frekuensi keluarga dalam memberikan dukungan kepada penderita

DM. Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa motivasi keluarga dalam kategori cukup, sehingga dalam memberikan dukungan keluarga menjadi tidak optimal. Menurut penelitian Khodijah (2014), individu yang memiliki motivasi lebih tinggi akan mencapai hasil yang lebih baik dibandingkan dengan individu yang memiliki motivasi rendah atau tidak memiliki motivasi sama sekali, sehingga keluarga yang memiliki motivasi cukup menjadi kurang dalam memberikan dukungan keluarga.

Faktor lain yang mempengaruhi perilaku dukungan keluarga terhadap pasien DM yaitu pengetahuan keluarga. Dari hasil penelitian menyatakan bahwa pengetahuan keluarga dalam kategori cukup, sehingga dalam memberikan dukungan kepada penderita DM kurang optimal. Menurut penelitian Muharina (2014), faktor yang paling mempengaruhi keluarga untuk memberikan dukungan kepada penderita DM adalah tingkat pengetahuan keluarga. Pengetahuan baik yang dimiliki keluarga terkait DM akan menimbulkan kesadaran keluarga dan akhirnya keluarga berperilaku sesuai dengan apa yang mereka ketahui (Notoatmodjo, 2010).

Pekerjaan juga merupakan faktor yang mempengaruhi dalam perilaku dukungan keluarga yang cukup. Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai IRT dan pensiunan. Secara umum pekerjaan ini berhubungan dengan dukungan dan beban keluarga sebagai

*caregiver* utama. Sebagai *caregiver* utama tentunya memerlukan waktu luang yang cukup sehingga dapat merawat anggota keluarga dengan DM. Terlepas dari pemberian perawatan kepada penderita DM, *caregiver* juga memerlukan dukungan dari luar seperti finansial untuk membantu perawatan penderita DM.

Berdasarkan hasil penelitian ini selain pekerjaan, perilaku dukungan keluarga juga dapat di pengaruhi oleh hubungan keluarga dengan penderita DM yang sebagian besar adalah anak atau menantu. Menurut penelitian Luthfa (2016), hubungan keluarga dengan penderita yang dapat membantu penderita DM dalam mempengaruhi perkembangan kesehatannya yaitu pasangan, sehingga keluarga dalam memberikan dukungan kepada penderita DM menjadi cukup membantu karena hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan keluarga mayoritas adalah anak atau menantu.

Peran *caregiver* sangat bervariasi sesuai dengan status dan keterkaitannya dengan penerima asuhan, *caregiver* akan mengalami perubahan peran secara bermakna ketika yang menjadi *caregiver* adalah orang tua, suami atau istri, anak, saudara kandung, ataupun teman (Lutfha, 2016).