

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

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

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman, Yogyakarta. Lokasi Puskesmas Gamping 1 terletak di Jl. Delingsari, Desa Ambarketawang, Gamping, Sleman Yogyakarta. Puskesmas Gamping 1 Sleman memiliki luas bangunan 26,60 Ha. wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman terdiri dari dua desa yaitu Desa Ambarketawang 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, dan Watulangkah yang terdiri dari 38 RW dan 10 RT. Wilayah desa Ambarketawang berbatasan langsung dengan desa Balecatur di sebelah barat, desa Banyuraden dan desa Ngesitharjo di sebelah timur, desa Sidoarum di sebelah utara dan desa Tamantiro dan desa Bangunjiwo di sebelah selatan. Pasien LLI hanya mendapatkan informasi apabila berkonsultasi dengan dokter saat melakukan pemeriksaan. Lama

pasien kontrol dibagi menjadi dua, yakni setiap 10 hari dan setiap satu bulan tergantung pada keadaan pasien.

## 2. Karakteristik Demografi Responden

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Usia, Jenis Kelamin, Agama, Suku, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Pendapatan Penyakit Pasien, Lama Merawat Pasien, Hubungan dengan Pasien, Tingkat Ketergantungan Pasien, Dukungan Keluarga, dan Uji Beda Karakteristik Kedua Kelompok di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1, Sleman, Yogyakarta (N=50)**

Karakteristik	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen		P-Value
	Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)	
Usia:					
Mean	43,76		35		0,01*
Min-Max	26-63		23-52		
Jenis Kelamin:					
a. Laki-Laki	3	12	10	40	0,02*
b. Perempuan	22	88	15	60	
Agama:					
a. Islam	24	96	23	92	0,55
b. Kristen	1	4	2	8	
Suku:					
a. Jawa	24	96	24	96	0,97
b. Melayu	1	4	-	-	
c. Banjar	-	-	1	4	
Pendidikan Terakhir:					
a. Tidak Sekolah	4	16	-	-	0,00*
b. SD	10	40	3	12	
c. SMP	10	40	16	64	
d. SMA	-	-	6	24	
e. PT					
Pekerjaan:					
a. IRT	18	72	9	36	0,04*
b. Petani	-	-	1	4	
c. Buruh	3	12	9	36	
d. PNS	-	-	1	4	
e. Wiraswasta	2	8	5	20	
f. Pedagang	2	8	-	-	
Pendapatan:					

Karakteristik	Kelompok Kontrol		Kelompok Eksperimen		P-Value
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	
	(n)	(%)	(n)	(%)	
a. < 1.500.000	18	72	2	8	0,00*
b. 1.500.000-3.000.000	6	24	18	72	
c. > 3.000.000	1	4	5	20	
Penyakit Pasien:					
a. DM	5	20	6	24	0,22
b. Gagal Jantung	4	16	9	36	
c. Stroke	7	28	5	20	
d. PPOK	5	20	1	4	
e. Kanker	4	16	4	16	
Lama Merawat:					
Mean	4,76		5,80		0,82
Min-Max	2-8		2-15		
Tingkat Ketergantungan					
a. Sebagian	19	76	21	84	0,48
b. Total	6	24	4	16	
Hubungan Caregiver dan Pasien:					
a. Anak	15	60	18	72	0,41
b. Istri	5	20	2	8	
c. Suami	2	8	3	12	
d. Cucu	-	-	2	8	
e. Mertua	1	4	-	-	
f. Adik	2	8	-	-	
Dukungan Keluarga Lain					
a. Tidak ada	-	-	2	8	0,15
b. Ada	25	100	23	92	
Total	25	100	25	100	

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

n : Jumlah Sampel

Berdasarkan Tabel 4.1, distribusi karakteristik demografi menunjukkan bahwa responden kelompok kontrol berusia 43,76 tahun dan kelompok eksperimen berusia 35 tahun. Mayoritas responden pada kedua kelompok berjenis kelamin perempuan, agama Islam, dan suku Jawa. Selanjutnya diketahui bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah SMP dan SMA, pekerjaan adalah IRT, penghasilan adalah < Rp. 1.500.000,00 pada kelompok kontrol dan Rp. 1.500.000,00 – Rp. 3.000.000,00 pada kelompok eksperimen, Penyakit yang lebih banyak dirawat responden kelompok kontrol adalah stroke dan kelompok eksperimen adalah gagal jantung dengan hasil lama merawat pada kelompok kontrol 4,76 tahun dan pada kelompok eksperimen 5,80 tahun. Tingkat ketergantungan pasien adalah sebagian, hubungan dengan pasien yang paling banyak adalah anak, dan dukungan keluarga lainnya adalah anak lainnya dari pasien.

Uji beda pada data karakteristik demografi menggunakan *Mann-Withney* didapatkan data yang berbeda signifikan antara kedua kelompok penelitian dengan  $p < 0,05$  yaitu usia dengan  $p = 0,01$ , jenis kelamin dengan  $p = 0,02$ , pendidikan terakhir dengan  $p = 0,00$ , pekerjaan dengan  $p = 0,04$ , dan pendapatan 0,00.

### 3. Perbedaan Kesiapan *Caregiver* Keluarga Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok.

**Tabel 4.2 Hasil Analisis Perbedaan Kesiapan *Caregiver* keluarga Sebelum dan Setelah Intervensi pada Masing-Masing Kelompok dengan Uji *Paired T Test* (N=50)**

<b>Kelompok</b>		<b>Mean±S.D</b>	<b>p-Value</b>
Kontrol (n=25)	<i>pre-test</i>	68,12±9,38	0,02*
	<i>post-test</i>	71,20±9,51	
Eksperimen (n=25)	<i>pre-test</i>	69,00±8,64	0,00*
	<i>post-test</i>	162,32±23,11	

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

S.D : Standar Deviasi

\* : Nilai Bermakna

Berdasarkan Tabel 4.2, hasil analisis perbedaan *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol nilai  $p = 0,020$  menunjukkan perbedaan kesiapan *caregiver* keluarga yang bermakna. Selanjutnya, hasil analisis perbedaan *pretest* dan *posttest* untuk kelompok eksperimen diperoleh nilai  $p = 0,000$  yang menunjukkan peningkatan kesiapan *caregiver* keluarga.

### 4. Perbedaan Kesiapan *Caregiver* keluarga antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Eksperimen Setelah Intervensi.

**Tabel 4.3 Hasil Analisis Perbedaan Kesiapan Antar Kelompok Sebelum dengan Uji *Independent Samples T-Test* dan Setelah dengan Uji *Mann-Withnay* (N=50)**

<b>Kelompok</b>		<b>Mean±S.D</b>	<b>p-Value</b>
Kontrol (n=25)	<i>pre-test</i>	68,12±9,38	0,73
Eksperimen (n=25)	<i>pre-test</i>	69,00±8,63	
Kontrol (n=25)	<i>post-test</i>	71,20±9,51	0,00*
Eksperimen (n=25)	<i>post-test</i>	162,32±23,11	

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

S.D : Standar Deviasi

\* : Nilai Bermakna

Berdasarkan Tabel 4.3, dapat diketahui bahwa hasil analisis perbedaan *prettest* kesiapan *caregiver* keluarga didapatkan nilai  $p=0,73$  yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan, sedangkan pada *posttest* kesiapan *caregiver* keluarga, didapatkan nilai  $p = 0,000$  yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan peningkatan kesiapan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien yang signifikan pada kelompok eksperimen yang dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah dilakukam intervensi yang berupa penggunaan mobile application My Semah pada responden kelompok eksperimen.

#### **5. Perbedaan Kualitas Hidup *Caregiver* keluarga Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Intervensi Pada Masing-Masing Kelompok.**

Berdasarkan Tabel 4.4, menunjukkan bahwa dalam domain kesehatan fisik pada kelompok kontrol *pretest* dan *posttest* didapatkan nilai  $p = 0,71$  yang menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas hidup *caregiver* keluarga dalam domain kesehatan fisik pada kelompok kontrol. Selanjutnya, dalam domain psikologis pada kelompok kontrol *pretest* dan *posttest* didapatkan nilai  $p = 0,09$  yang menunjukkan terdapat peningkatan kualitas hidup *caregiver* keluarga yang bermakna dalam domain psikologis pada kelompok kontrol. Domain yang ke 3 pada kelompok kontrol yaitu sosial, kelompok kontrol *pretest* dan *posttest* didapatkan nilai  $p = 0,02$  yang menunjukkan ada perbedaan kualitas hidup *caregiver* keluarga dalam domain sosial

pada kelompok kontrol, tetapi cenderung menurun. Domain yang terakhir pada kelompok kontrol yaitu lingkungan, kelompok kontrol *pretest* dan *posttest* didapatkan nilai  $p = 0,80$  yang menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas hidup *caregiver* keluarga dalam domain lingkungan pada kelompok kontrol.

**Tabel 4.4 Hasil Analisis Perbedaan Kualitas Hidup Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Setelah Intervensi dengan Uji Wilcoxon (N=50)**

Kelompok	Variabel		Median (Q1-Q3)	p-Value	
Kontrol (n=25)	Kesehatan Fisik	<i>pretest</i>	44,00 (44,00-56,00)	0,71	
		<i>posttest</i>	44,00 (44,00-56,00)		
	Psikologis	<i>pretest</i>	44,00 (44,00-50,00)	0,09*	
		<i>posttest</i>	50,00 (50,00-56,00)		
	Sosial	<i>pretest</i>	50,00 (44,00-56,00)	0,02*	
		<i>posttest</i>	44,00 (44,00-50,00)		
	Lingkungan	<i>pretest</i>	50,00 (44,00-56,00)	0,80	
		<i>posttest</i>	50,00 (44,00-56,00)		
	Eksperimen (n=25)	Kesehatan Fisik	<i>pretest</i>	44,00 (44,00-50,00)	0,00*
			<i>posttest</i>	56,00 (56,00-63,00)	
		Psikologis	<i>pretest</i>	44,00 (44,00-50,00)	0,00*
			<i>posttest</i>	69,00 (56,00-69,00)	
Sosial		<i>pretest</i>	50,00 (44,00-56,00)	0,00*	
		<i>posttest</i>	63,00 (56,00-69,00)		
Lingkungan		<i>pretest</i>	50,00 (44,00-50,00)	0,00*	
		<i>posttest</i>	63,00 (56,00-69,00)		

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

S.D : Standar Deviasi

\* : Nilai Bermakna

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas, menunjukkan bahwa dalam domain kesehatan fisik pada kelompok eksperimen *pretest* dan *posttest* didapatkan nilai  $p = 0,00$  yang menunjukkan terdapat peningkatan kualitas hidup *caregiver* keluarga yang bermakna dalam domain kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.

## 6. Perbedaan Kualitas Hidup *Caregiver* keluarga antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Eksperimen Setelah Intervensi.

**Tabel 4.5 Hasil Analisis Perbedaan Kualitas Hidup *Caregiver* keluarga Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Eksperimen Sebelum dan Setelah Intervensi dengan Uji *Mann-Withnay* (N=50)**

	Variabel	Kelompok	Median (Q1-Q3)	p-Value
<i>pretest</i>	Kesehatan Fisik	Kontrol	44,00	0,41
		Eksperimen	(44,00-50,00)	
	Psikologis	Kontrol	44,00	0,84
		Eksperimen	(44,00-50,00)	
	Sosial	Kontrol	50,00	0,94
		Eksperimen	(44,00-56,00)	
	Lingkungan	Kontrol	50,00	0,69
		Eksperimen	(44,00-51,50)	
<i>posttest</i>	Kesehatan Fisik	Kontrol	56,00	0,00*
		Eksperimen	(44,00-56,00)	
	Psikologis	Kontrol	56,00	0,00*
		Eksperimen	(50,00-69,00)	
	Sosial	Kontrol	50,00	0,00*
		Eksperimen	(44,00-63,00)	
	Lingkungan	Kontrol	56,00	0,00*
		Eksperimen	(50,00-63,00)	

Keterangan :

N : Jumlah Populasi

S.D : Standar Deviasi

\* : Nilai Bermakna

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat diketahui bahwa hasil analisis perbedaan *posttest* kualitas hidup *caregiver* keluarga tersebut, dalam semua domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan didapatkan nilai  $p = 0,00$  yang menunjukkan bahwa



terdapat perbedaan peningkatan kualitas hidup *caregiver* keluarga dalam merawat pasien yang signifikan pada kelompok eksperimen yang dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi yang berupa penggunaan *mobile application* My Semah pada responden kelompok eksperimen.

## 7. Hasil Uji *Resgresi Linear* Variabel Dependen dan Data Karakteristik Demografi.

- a. Uji *regresi linear* kesiapan *caregiver* keluarga dan data karakteristik demografi

**Tabel 4.6 Hasil Analisis Kesiapan *Caregiver* keluarga dan Karakteristik Demografi Yang Turut Mempengaruhi Hasil Penelitian (Variabel Antara) Dengan *Uji Regresi Linear* (N=50)**

Variabel Dependen	Intervensi	Variabel Penggangu	<i>P-Value</i>
Kesiapan <i>Caregiver</i> keluarga	My Semah		0,00
		Lama merawat	0,06
		Pekerjaan	0,13
		Hubungan dengan pasien	0,08

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa terdapat variabel pengganggu antara intervensi yang diberikan terhadap variabel dependen kesiapan *caregiver* keluarga dengan nilai  $p < 0,25$  yaitu lama merawat, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien. Dilihat dari nilai  $p$  beberapa variabel pengganggu tersebut memiliki nilai signifikansi yang tidak lebih berpengaruh dari pemberian intervensi My Semah.

b. Uji *regresi linear* kualitas hidup dan data karakteristik demografi

Berdasarkan Tabel 4.7 dapat diketahui bahwa terdapat variabel pengganggu antara intervensi yang diberikan terhadap variabel dependen kualitas hidup dengan  $p < 0,25$ . Variabel pengganggu pada dimensi kesehatan fisik yaitu usia, jenis kelamin, agama, dan pendidikan. Berikutnya, variabel pengganggu pada dimensi psikologis adalah pendapatan responden. Selanjutnya, variabel pengganggu pada dimensi sosial yaitu usia, lama merawat, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan dukungan lain. Beberapa variabel pengganggu pada masing-masing dimensi kualitas hidup *caregiver* keluarga tersebut dilihat dari nilai  $p$  memiliki nilai signifikansi yang tidak lebih berpengaruh dari pemberian intervensi My Semah.

**Tabel 4.7 Hasil Analisis Kualitas Hidup dan Karakteristik Demografi Yang Turut Mempengaruhi Hasil Penelitian (Variabel Antara) Dengan Uji Regresi Linear (N=50)**

Variabel Dependen	Intervensi	Variabel Pengganggu	P-Value
Kesehatan Fisik	My Semah	Usia	0,004
		Jenis Kelamin	0,074
		Agama	0,159
		Pendidikan	0,104
Psikologis	My Semah	Pendapatan	0,004
Sosial	My Semah	Usia	0,020
		Lama Merawat	0,182
		Jenis Kelamin	0,248
		Agama	0,076
		Pendidikan	0,020
		Dukungan Lain	0,020
Lingkungan	My Semah	Jenis Kelamin	0,018
		Agama	0,047
		Suku	0,098
		Penyakit Pasien	0,078
		Pendapatan	0,175
		Hubungan dengan Pasien	0,117
		Dukungan Lain	0,007

## 8. Pesan dan Kesan dari Responden Kelompok Eksperimen Tentang My Semah.

Berikut ini merupakan rangkuman jawaban responden kelompok eksperimen (n=25) dari pertanyaan yang telah diberikan oleh peneliti didalam *google form*. Petanyaan tersebut berisikan pesan dan kesan selama penggunaan My Semah, pengaruh pada diri responden setelah menggunakan My Semah, kekurangan My Semah, tambahan yang

diperlukan pada My Semah, dan rekomendasi My Semah kepada orang lain.

a. Pesan dan Kesan

Jawaban semua responden pada pertanyaan ini dapat disimpulkan bahwa *mobile application* My Semah sangat membantu mereka dalam menambah pengetahuan tentang merawat pasien terutama dalam mengetahui apa yang harus dilakukan saat menghadapi pasien seperti menangani gejala yang sedang dialami pasien dan memberi pemahaman kepada pasien tentang gejala dari penyakitnya, sehingga beberapa responden mengatakan dirinya menjadi lebih percaya diri dan lebih tenang karena telah mengetahui apa yang harus dilakukan saat menghadapi pasien. Selain itu responden mengatakan juga bisa belajar mengevaluasi diri dalam merawat pasien serta mereka baru memahami bahwa ketika merawat pasien mereka juga harus cukup memperhatikan diri sendiri.

b. Pengaruh pada diri responden

Jawaban responden pada pertanyaan ini sebagian besar mengatakan bahwa pengaruh My Semah terhadap dirinya lebih pada perbuatan yang positif, yaitu memberikan bacaan atau materi yang sesuai dengan keadaan responden yang sedang

memberikan perawatan kepada pasien termasuk memberikan pengetahuan yang sebelumnya belum diketahui oleh para responden. Sebagian besar pernyataan responden dapat disimpulkan bahwa My Semah membuat mereka belajar menjadi lebih baik dalam merawat anggota keluarga, belajar lebih ikhlas dalam merawat pasien, meringankan beban mereka dalam merawat pasien, dan menjadi pemberi dukungan serta motivasi bagi para responden. Selain hal-hal tersebut ada juga responden yang berpendapat bahwa banyak informasi yang dia dapatkan dan terapkan bukan hanya untuk merawat pasien, tapi juga untuk orang lain yang membutuhkan perawatan dan pengetahuan juga.

c. Kekurangan My Semah

Jawaban dari sebagian besar atau 17 responden mengatakan tidak ada kekurangan dan sudah cukup bagus. Selanjutnya, sebagian responden lainnya mengatakan ada beberapa kekurangan dari My Semah diantaranya kadang aplikasi susah untuk dibuka, ukuran tulisan/font terlalu besar, kurang ada gambar dan video, suka loading, st saat membuka catatan aplikasi sering terhenti, dan kadang aplikasi tidak bisa dibuka jika memori penuh dan harus menghapus aplikasi lainnya terlebih dulu agar memori kosong.

d. Tambahan yang Diperlukan

Pada pertanyaan ini banyak responden yang memberikan sarannya untuk dapat ditambahkan kedalam My Semah diantaranya materi tentang cara menangani pasien Alzaimer/pikun agar responden bisa lebih sabar menghadapinya, fitur tambahan seperti konsultasi kesehatan yang berlanjut dengan contoh bergambar atau video, cara memberikan pertolongan pertama pada pasien yang gawatdarurat, ditambahkan gambar atau video untuk penanganan gejalanya, dapat disambungkan ke Puskesmas.

e. Merekomendasikan My Semah

Pada pertanyaan ini peneliti ingin mengetahui sejauh mana aplikasi My Semah menjadi rekomendasi para responden terhadap orang lain terutama orang yang juga merupakan keluarga yang sedang merawat pasien dengan LLI. Jawaban dari semua responden adalah sangat merekomendasikan aplikasi My Semah ini untuk orang yang senasib dengan dirinya terutama teman dan tetangga dengan sebagian besar alasan karena My Semah dapat memberikan informasi dan menambah wawasan tentang cara merawat pasien dengan LLI.

## **B. Pembahasan**

### **1. Efektivitas Edukasi Melalui My Semah terhadap Tingkat Kesiapan *Caregiver* Keluarga**

Tingkat kesiapan responden kelompok kontrol dalam merawat pasien pada waktu *pretest* dan *posttest* hasilnya menunjukkan bahwa tingkat kesiapan responden dalam merawat pasien tidak siap. Namun, hasil analisis perbedaan *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol menunjukkan perbedaan kesiapan *caregiver* keluarga yang bermakna, sedangkan kesiapan responden kelompok eksperimen dalam merawat pasien pada waktu *pretest* hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar tidak siap dan pada waktu *posttest* kelompok eksperimen hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat kesiapan responden dalam merawat pasien berada pada tingkat siap.

a. Faktor yang mempengaruhi kesiapan *caregiver* keluarga responden kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol saat *pretest* dan *posttest* tersebut dipengaruhi oleh keterpaparan informasi pada saat peneliti melakukan wawancara terhadap responden, sehingga timbul rasa keingintahuan responden kelompok kontrol untuk mencari informasi lebih mengenai apa yang telah ditanyakan oleh peneliti dengan mencari tahu pada berbagai sumber seperti berdiskusi

dengan anggota keluarga yang lain atau tetangga. Letak lingkungan tempat tinggal antar responden kelompok kontrol juga memungkinkan terjadinya pertukaran informasi antar responden kelompok kontrol ataupun dengan tetangga lainnya serta menurut wawancara keluarga *caregiver* juga turut serta ikut mengantarkan pasien ke posyandu lansia sehingga menambah pengetahuan dari responden kelompok kontrol tersebut.

Menurut Soleimaninejad *et al* (2019), sumber pengetahuan untuk menambah pengetahuan dari *informal caregiver* dalam melakukan perawatan terhadap pasien memiliki banyak cara yang dapat dilakukan dari cara yang tradisional seperti bertukar informasi dengan orang terdekat baik antar keluarga serumah ataupun dengan orang yang lebih berpengalaman dalam melakukan perawatan serupa seperti tetangga atau orang yang tinggal di area lingkungan tempat tinggal *caregiver*, sedangkan cara yang lebih modern yaitu dengan literasi media (media elektronik, media cetak, dll) dan literasi digital (*handphone*, *tablet*, atau *computer*) yang menggunakan akses internet (Beach *et al.*, 2019; Soleimaninejad *et al.*, 2019). Lebih lanjut Soleimaninejad *et al* (2019) menyatakan bahwa untuk cara tradisional bukti yang diberikan tidak relevan karena belum tentu



kebenarannya dan kebanyakan hanya asumsi belaka, sedangkan dengan menggunakan cara yang lebih modern responden tentu dapat menentukan informasi yang lebih tepat dari sumber yang terpercaya.

Selanjutnya terdapat waktu satu bulan dalam waktu *pretest* hingga *posttest* untuk merawat pasien juga dapat memberikan penambahan pengalaman bagi responden untuk mengevaluasi dan melakukan apa yang belum dilakukan setelah mengetahui pertanyaan wawancara yang diberikan oleh peneliti, sehingga pada responden kelompok kontrol tingkat kesiapannya dapat meningkat meskipun hasilnya masih menunjukkan dalam kategori yang tidak siap.

Menurut Edelman *et al* (2018) menyatakan bahwa semakin tinggi *caregiver* dapat menilai tingkat pengetahuan dan kemampuan diri mereka dalam melakukan perawatan kepada pasien, maka semakin tinggi kesiapan mereka dalam memberikan perawatan. Mungkin evaluasi diri yang tinggi terhadap tingkat pengetahuan dan kemampuan diri mereka dalam melakukan perawatan mempengaruhi persepsi *caregiver* tentang kesiapan mereka untuk menangani tugas perawatan yang menuntut dengan sukses. Tingkat kesiapan diri yang bertambah dari waktu ke waktu

dikaitkan dengan penambahan pengetahuan dan kemampuan secara mandiri yang lebih aktif dengan cara individu maupun sosial. Oleh karena itu, terlepas dari tantangan yang ditimbulkan oleh perawatan jangka panjang terhadap pengalaman *caregiver*, *social worker* dan profesional kesehatan lainnya harus mendorong *caregiver* agar lebih aktif secara individu maupun sosial sebagai cara untuk menambah pengetahuan dan kemampuan secara mandiri, yang membantu kesiapan perawatan yang mereka berikan.

b. Efektifitas My Semah pada Kesiapan *Caregiver* Keluarga

Hasil pada penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Alvariza *et al* (2020) dengan menggunakan intervensi edukasi berbasis *web* pada sampel responden sebanyak 200 orang, tingkat kesiapan *caregiver* keluarga dapat meningkat dengan  $p=0,05$ . Hasil pada penelitian ini dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu My Semah berisikan materi edukasi yang dibutuhkan responden selama merawat responden dan *follow up* dengan membuat grup *WhatsApp*. Faktor pertama, materi-materi yang terdapat dalam pilihan *menu* aplikasi My Semah yang merupakan bentuk dari edukasi dalam merawat pasien *life limiting illness* (LLI) dapat menambah pengetahuan

responden kelompok eksperimen, sehingga menambah tingkat kesiapan dari responden kelompok eksperimen dalam melakukan perawatan secara mandiri kepada pasien dengan *life limiting illness* (LLI).

Hal tersebut diatas didukung oleh Holm *et al.* (2017) yang menyatakan bahwa untuk meningkatkan kesiapan dalam memberikan perawatan, *caregiver* keluarga memerlukan informasi dan dukungan praktis dan emosional. Intervensi yang berbasis edukasi dibuat berdasarkan pengetahuan, keberadaan, dan tindakan, yang dapat digambarkan sebagai komponen pendidikan, praktis, dan emosional yang dibutuhkan oleh *caregiver* keluarga agar menjadi lebih siap untuk memberikan perawatan. Fokus utama intervensi yang berbasis edukasi adalah untuk mempromosikan pengetahuan dan informasi (mengetahui) dan dengan demikian juga mendukung *caregiver* keluarga dalam keberadaan dan perbuatan mereka.

Kesiapan untuk memberikan perawatan telah digambarkan sebagai perasaan siap, baik dalam hal memberikan perawatan praktis, tetapi juga untuk emosi dan stres yang terkait dengan memberikan perawatan. Dapat diasumsikan bahwa jika intervensi yang berbasis edukasi membuat *caregiver* keluarga lebih

berpengetahuan dan memiliki banyak informasi, itu juga bisa membuat mereka merasa lebih siap untuk tantangan emosional dan praktis dari keterlibatan mereka dalam memberikan perawatan. Dalam beberapa penelitian yang telah dilakukan Holm *et al* dapat membuktikan bahwa intervensi yang berbasis edukasi untuk *caregiver* dalam perawatan paliatif di rumah memiliki efek positif yang signifikan terhadap tingkat kesiapan *caregiver* keluarga untuk memberikan perawatan (Holm *et al.*, 2015, 2016, 2017).

Sebagian besar intervensi edukasi sebelumnya disampaikan baik secara tatap muka atau dalam dokumen tertulis. Saat ini peneliti mencoba untuk memberikan edukasi kepada *caregiver* melalui salah satu dari pilar keempat TIK (teknologi, informasi, dan komunikasi) yaitu *mHealth* atau *mobile application* yang berupa My Semah. Menurut Alvariza *et al* (2020) intervensi edukasi yang menggunakan teknologi *mHealth* yang berbasis internet merupakan platform alami untuk mendistribusikan informasi, dengan keunggulan unik aksesibilitasnya yang mudah dan potensi untuk mengurangi hambatan geografis dan waktu.

Salah satu cara untuk melatih *caregiver* keluarga adalah dengan memberikan intervensi melalui teknologi elektronik dan

internet termasuk *mHealth*. Internet adalah salah satu sumber informasi yang digunakan oleh *caregiver* untuk mendapatkan informasi kesehatan. Informasi kesehatan yang tersedia pada media yang berbasis internet dapat memiliki peran penting dalam pengambilan keputusan oleh *caregiver* tentang penyediaan layanan perawatan yang lebih baik untuk pasien *life limiting illness* (LLI) (Soleimaninejad *et al.*, 2019). Selain itu, menggunakan informasi kesehatan yang diperoleh dari media internet seperti *mHealth* dapat meningkatkan kesehatan mental *caregiver* dan dapat menjadi efektif dalam proses perawatan pasien *life limiting illness* (LLI) dan membantu *caregiver* keluarga mengelola lebih baik akses ke penyediaan layanan kesehatan dan medis mereka (Efthymiou *et al.*, 2017).

Penggunaan intervensi berbasis *mHealth* untuk mendukung *caregiver* keluarga telah meningkat akhir-akhir ini. Salah satu *systematic review* dari Ploeg *et al.* (2018) yang membahas tentang intervensi berbasis internet seperti *mHealth* dalam semua tinjauannya menyimpulkan bahwa konten, struktur, dan durasi sangat berbeda antara intervensi yang dilaporkan, yang mencakup berbagai desain; kelompok dukungan online, *mHealth*, *mHealth* yang dikombinasikan dengan dukungan telepon atau dukungan

email, dan *mHealth* yang dikombinasikan dengan pertukaran dengan *caregiver* lainnya secara online.

Secara keseluruhan, dari beberapa ulasan diatas melaporkan berbagai hasil peningkatan kesiapan *caregiver* keluarga, seperti peningkatan pengetahuan, kemandirian diri, harga diri, keterampilan mengatasi masalah, kesejahteraan dan mengurangi kecemasan, depresi, stres, ketegangan, dan beban.

Poin penting tentang memperoleh informasi melalui media yang berbasis internet termasuk dalam penggunaan *mHealth* adalah bahwa *caregiver* yang tidak memiliki keterampilan atau kemampuan dalam menggunakan media berbasis internet akan kesulitan dalam mendapatkan dan memahami informasi kesehatan yang dibutuhkan serta tidak memiliki akses ke informasi kesehatan online/elektronik sebagai pengetahuan yang luas dalam memberikan perawatan kepada pasien (Witten & Humphry, 2018). Sebagai pengguna media yang berbasis internet membutuhkan kemampuan untuk membaca, menggunakan *smarthphone/tablet/komputer*, mencari informasi dan memahami serta memanfaatkan pengetahuan dari kesehatan online/elektronik yang dimiliki untuk menerapkannya, sehingga dapat

meningkatkan kesiapan *caregiver* dalam memberikan perawatan kepada pasien *life limiting illness* (LLI) (Dashti *et al.*, 2017).

Faktor kedua yaitu dengan *follow up* dengan membuat grup *WhatsApp*. Mengingat segi kepraktisan dan efisien maka dibuatlah sebuah Grup *WhatsApp* yang digunakan untuk memonitor responden kelompok eksperimen setiap 1x/minggu terkait dengan pemahaman materi yang telah dipelajari secara mandiri dirumah serta mengenai penggunaan aplikasi seperti kendala, masukan, serta saran dari keluarga pasien. Pada grup *WhatsApp* tersebut selain digunakan untuk memonitor, responden kelompok eksperimen juga aktif dalam mengemukakan pendapat dan saling berkomentar mengenai materi-materi yang terdapat pada My Semah dan saling *sharing* mengenai pengalaman dalam memberikan perawatan pada pasien *life limiting illness* (LLI).

Para responden kelompok eksperimen dalam grup *WhatsApp* My Semah menemukan pengalaman kelompok yang membantu dirinya untuk dapat lebih merasa siap dengan berinteraksi dalam grup *WhatsApp* tersebut dan tidak mungkin dapat disamakan ketika mereka berinteraksi dengan teman, keluarga atau psikolog yang mereka temui dalam pengaturan individu karena dalam kelompok mereka dapat berbagi perasaan seperti depresi,

kecemasan, ketakutan dan kemarahan dengan orang lain, yang tidak hanya mendengarkan mereka tetapi juga mengalami perasaan yang sama (Cipolletta *et al.*, 2018). Memiliki masalah yang sama dan menjadi serupa memungkinkan para responden kelompok eksperimen untuk merasa berkurangnya perasaan kesendirian, lebih dapat dipahami dengan baik, bangga pada diri mereka sendiri, lebih menerima kondisi dari pasien *life limiting illness* (LLI), lebih saling percaya satu sama lain dan membantu mereka meningkatkan harga diri dan efikasi diri (Aoun *et al.*, 2013).

Grup WhatsApp tersebut berguna untuk meningkatkan pengetahuan *caregiver* tentang penyakit dan mungkin strategi koping mereka, bertukar informasi dan saran tentang manajemen perawatan untuk pasien yang mereka rawat dan membantu pemahaman tentang materi yang terdapat pada My Semah. Grup *WhatsApp* tersebut juga memungkinkan untuk membuka diri dari isolasi yang khas dari mereka yang hidup lama sebagai *caregiver* (di Fiore *et al.*, 2017).

Monitoring melalui grup *WhatsApp* yang diberikan peneliti kepada *caregiver* merupakan monitoring untuk materi pengetahuan seputar My Semah termasuk permasalahan yang



terkait dengan kondisi pasien. Menurut Anna (2018) menyatakan bahwa *monitoring* kesehatan yang didistribusikan secara *online* lebih baik diberikan untuk *caregiver* daripada intervensi sebelumnya yang hanya menunggu atau pasif, memberdayakan *caregiver* untuk mengelola kondisi kesehatan pasien secara aktif yang dimonitoring oleh tenaga kesehatan memungkinkan kesiapan *caregiver* yang lebih baik.

c. Faktor Pendukung Intervensi My Semah terhadap Kesiapan *Caregiver* Keluarga

Faktor pendukung yang secara statistik turut mendukung efektifitas intervensi edukasi melalui My Semah adalah lama merawat pasien, pekerjaan responden, dan hubungan dengan pasien.

1) Lama Merawat Pasien

Lama merawat pasien yang dilakukan oleh responden menjadi salah satu variabel karakteristik yang membantu mempengaruhi hasil tingkat kesiapan pada responden kelompok eksperimen setelah diberikan edukasi melalui aplikasi My Semah. Lamanya durasi waktu yang telah dihabiskan *family caregiver* dalam menghadapi kondisi pasien dengan LLI yang terjadi terus menerus sepanjang lintasan

penyakit merupakan tantangan sekaligus pembelajaran (Faronbi *et al.*, 2019).

Proses ini diilustrasikan tidak hanya dalam kesiapan praktis *caregiver* keluarga, tetapi juga dalam pengelolaan proses emosional dan mental. *Caregiver* keluarga melalui proses di mana mereka secara aktif belajar dan merefleksikan seluruh pengalaman dalam merawat pasien. Situasi *family caregiver* dalam perawatan paliatif sebagai bentuk transisi di mana pengasuh berusaha untuk menegakkan rasa normalitas sepanjang lintasan penyakit (Holm *et al.*, 2015).

Penelitian ini membuktikan bahwa tingkat kesiapan *caregiver* keluarga yang lebih tinggi tidak selalu bergantung pada seberapa lama durasi yang dihabiskan sebagai *family caregiver*. Penjelasan dari penelitian lain mengungkapkan bahwa beban stres emosional berkembang selama waktu memberikan perawatan. Ketika penerima perawatan bergantung sepenuhnya pada mereka untuk penyediaan semua bentuk perawatan, kemudian sebagai penerima perawatan pasien LLI menjadi lebih parah, waktu yang dihabiskan *caregiver* untuk menyediakan perawatan meningkat, selalu mendorong ketergantungan perawatan dan kebanyakan

*caaregiver* merasa bingung karena kurangnya pengetahuan dalam menghadapi kesiapan tersebut dari pengalaman sebelumnya (Oyegbile & Brysiewicz, 2017).

Adanya edukasi melalui My Semah pada kelompok eksperimen membuat pengalaman mereka berkualitas dalam memberikan perawatan, karena telah terlengkapi dengan pengetahuan yang cukup dari materi yang sesuai dengan kebutuhan *family caregiver* untuk merawat pasien LLI. Pengalaman yang didukung dengan pengetahuan yang cukup dari hasil edukasi dan penerapan praktik memberikan perawatan secara langsung akan lebih berkualitas dibandingkan *family caregiver* yang berjalan sendiri tanpa pengetahuan dalam mengambil pengalaman mereka pada periode waktu yang mereka habiskan. Hal tersebut sesuai dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh Holm *et al* pada (2015, 2016, 2017) yang membuktikan bahwa intervensi yang berbasis edukasi untuk *caregiver* dalam perawatan paliatif di rumah memiliki efek positif yang signifikan terhadap tingkat kesiapan *caregiver* keluarga untuk memberikan perawatan.

## 2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu karakteristik responden yang turut mempengaruhi intervensi yang diberikan pada penelitian ini. Pekerjaan kedua kelompok responden bila digabungkan mayoritasnya adalah IRT, namun pada kelompok eksperimen IRT dan buruh memiliki persentase yang sama. Menurut Fujinami *et al* (2015) *caregiver* keluarga sering kehilangan pekerjaan karena harus fokus untuk memberikan perawatan kepada pasien LLI di rumah.

Pendapat diatas memang sering terjadi, namun pada penelitian ini tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sebagian yang tidak memerlukan bantuan sepenuhnya. Jika *caregiver* keluarga bekerja sebagai IRT dan tidak memiliki dukungan lain untuk berinteraksi sosial maka dapat memiliki resiko untuk terjadinya stress, kecemasan, depresi, dan masalah psikologis lainnya dalam jangka panjang yang akan mempengaruhi kesiapannya dalam merawat pasien (Cheng *et al.*, 2013).

Pekerjaan memainkan peran lain dalam mendukung *caregiver* keluarga kelompok eksperimen untuk melakukan interaksi sosial. Menurut Ferrell & Kravitz (2017) bahwa tetap

bekerja bisa menjadi salah satu cara untuk pengalihan beban pada *caregiver* keluarga yang memiliki komitmen untuk juga merawat pasien. Keterampilan saat bekerja mengasah kesiapan *caregiver* untuk lebih memahami keinginan pasien dalam memberikan perawatan, seperti dalam bekerja mereka berusaha menunjukkan tingkat kinerja yang terbaik saat bekerja. Saat bekerja, interaksi sosial dapat terjalin dan memiliki potensi yang lebih besar untuk mendapatkan dukungan sosial dari teman lainnya saat bekerja.

### 3) Hubungan dengan Pasien

Salah satu karakteristik yang turut mendukung intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah hubungan *caregiver* dengan pasien yang sebagian besar adalah anak yang berjenis kelamin perempuan. Menurut Lozano *et al* (2017) menjelaskan bahwa anak perempuan memberikan perawatan dengan intensitas yang lebih tinggi daripada anak dewasa laki-laki dan juga anak perempuan harus lebih sering menggabungkan tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Anak perempuan lebih memiliki rasa tanggung jawab untuk menjadi orang yang merawat anggota keluarganya yang sakit, karena tanggung jawabnya tersebut anak perempuan lebih

bersikeras untuk memahami edukasi yang diberikan dan hal tersebut berpengaruh pada peningkatan kesiapan keluarga pada *caregiver*.

## **2. Efektivitas Edukasi Melalui My Semah terhadap Kualitas Hidup Keluarga**

- a. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup *caregiver* keluarga responden kelompok kontrol

Domain psikologis pada kelompok kontrol menunjukkan peningkatan kualitas hidup *caregiver* keluarga yang bermakna. Hal ini berkaitan dengan proses wawancara pada saat *pretest*. Para responden pada kelompok kontrol menjawab pertanyaan dengan antusias, kebanyakan dari mereka mengaku stres dan depresi karena dihadapkan pada rutinitas yang sama setiap harinya karena mayoritas responden adalah IRT. Wawancara secara lisan mengungkapkan bahwa mereka memikul beban psikologis yang berat pada saat merawat pasien dan kemudian hanya dipendam sendirian tanpa ada komunikasi dengan orang lain, peneliti hanya menyarankan agar para responden tersebut dapat membuka komunikasi dengan mengutarakan keluhannya pada orang terdekat atau keluarga lainnya yang mereka percaya seperti suami, saudara lainnya, mertua, teman ataupun sekedar bersantai dengan

melakukan kegiatan lainnya yang sederhana seperti bercanda dengan anak, menonton TV ataupun bernyanyi sambil merawat pasien.

Menurut Wittenberg *et al* (2017) *caregiver* keluarga memiliki tanggung jawab komunikasi yang sangat besar terkait dengan perawatan, seperti berbagi riwayat medis pasien dengan penyedia, menyampaikan diagnosis dan prognosis kepada anggota keluarga lainnya, dan membuat keputusan tentang perawatan dengan pasien. Sementara stres dan beban *caregiver* telah banyak diterima pada perawatan keseharian pasien, sedikit yang diketahui tentang bagaimana beban komunikasi, tantangan komunikasi nyata atau yang dirasakan sehingga *caregiver* lebih cenderung untuk diam memendam beban tersebut sendirian dan enggan untuk membuka diri dengan keluarga atau sahabat, sehingga berdampak pada kualitas hidup *caregiver*. Sebenarnya membuka diri berkomunikasi dengan keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mencegah, membagi, mengadaptasi, mengurangi dan atau memperbaiki masalah yang ditemukan dalam keluarga itu sendiri. Oleh karena itu keluarga mempunyai posisi yang strategis untuk dijadikan sebagai bagian dari alat pemecah beban

psikologis yang terjadi (Oktowaty *et al.*, 2018; Wittenberg *et al.*, 2017).

b. Efektifitas My Semah pada Kualitas Hidup *Caregiver* Keluarga

Hasil pada penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Li *et al* (2019), yang melakukan intervensi pemberian pendidikan kesehatan pada *caregiver* keluarga dengan sampel responden sebanyak 159 orang, berhasil meningkatkan kualitas hidup keluarga kelompok eksperimen dengan  $p=0,05$ .

Sebagai faktor utama yang mempengaruhi peningkatan yang signifikan pada kualitas hidup, menambahkan pengetahuan *caregiver* tentang perawatan pasien dirumah menjadi sangat penting dilakukan. Perawatan dan bantuan untuk kegiatan kehidupan sehari-hari dari pasien *life limiting illness* (LLI) seringkali tidak terduga. Anggota keluarga yang menjadi *caregiver* dalam situasi ini tiba-tiba menemukan diri mereka dibutuhkan, namun tanpa pelatihan dan pengetahuan sebelumnya. Konteks ini berkontribusi pada tingkat tinggi beban *caregiver*, juga mempengaruhi memburuknya kualitas hidup mereka. Selain itu, tanpa bimbingan pengetahuan, perawatan untuk pasien LLI tidak dapat diharapkan untuk dipahami dan



dilakukan dengan benar oleh *caregiver*. Hal tersebut berkontribusi terhadap kembalinya pasien ke rumah sakit akibat dari memburuknya keadaan pasien LLI dan komplikasi dari perawatan di rumah yang tidak sesuai (Costa *et al.*, 2015; Day *et al.*, 2018).

Akuisisi pengetahuan oleh *caregiver* tidak sewenang-wenang, tetapi diperoleh melalui bimbingan seorang profesional kesehatan pada saat keluar dari rumah sakit atau ketika kembali ke masyarakat. Program dukungan untuk *caregiver* setelah keluar dari rumah sakit telah menunjukkan efek menguntungkan ketika diberikan secara terstruktur dalam intervensi edukasi untuk *caregiver* keluarga, sehingga pasien LLI dapat menerima perawatan yang tepat di rumah. Bertambahnya pengetahuan dari *caregiver* tersebut memberikan keringan pada *caregiver* untuk memberikan perawatan pada pasien LLI dan berdampak positif pada semua dimensi baik kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan yang menjamin peningkatan kualitas hidup pada *caregiver* (Araújo *et al.*, 2015; Day *et al.*, 2018).

Beberapa penelitian telah menyarankan implementasi intervensi dengan *mobile application* yang mengorientasikan *caregiver* keluarga dalam konteks rumah, yang menawarkan edukasi penambahan pengetahuan untuk pengembangan kesiapan

keterampilan teknis perawatan dan dukungan emosional, karena ini dianggap lebih efektif dalam mengurangi beban dan meningkatkan kualitas hidup (Andebe *et al.*, 2017; Fishbein *et al.*, 2017; Fortier *et al.*, 2016; Greer *et al.*, 2019; Salimian *et al.*, 2019; Soh *et al.*, 2018). Selain itu, intervensi tersebut juga memiliki efek positif pada pengurangan penggunaan layanan dan penerimaan kembali rumah sakit, karena intervensi tersebut meningkatkan kemampuan *caregiver* untuk melakukan kegiatan yang diperlukan untuk perawatan yang memadai bagi pasien LLI (Day *et al.*, 2018; Tricco *et al.*, 2014).

Inovasi *mobile application* telah diciptakan di beberapa negara untuk meningkatkan sumber daya pengetahuan dan keterampilan *caregiver* keluarga yang mendedikasikan dirinya dalam perawatan paliatif untuk pasien (Beck *et al.*, 2017; Chung *et al.*, 2018; Fishbein *et al.*, 2017; Slater *et al.*, 2018). *Mobile application* dikenal sebagai alat yang efektif bagi perawat untuk memandu *caregiver* keluarga dalam merawat pasien karena menawarkan berbagai keunggulan dibandingkan materi yang diberikan dengan bahan cetak. Pendidikan berbasis *mobile application* dapat memberikan panduan, informasi, dan dorongan kepada pasien dan *caregiver* keluarga tanpa batasan tempat atau

waktu (Sturt *et al.*, 2018). Selain itu, intervensi berbasis *mobile application* memiliki potensi untuk meningkatkan perawatan dengan merancang *design application* yang khusus untuk memberikan pelatihan kepada *caregiver* keluarga dalam merawat pasien dan menambah pengetahuannya tentang manajemen gejala pada penyakit LLI (Lunde *et al.*, 2018). Penggunaan informasi berbasis aplikasi telah terbukti menjadi cara yang hemat biaya untuk memberikan layanan perawatan kesehatan khusus kepada pasien setelah keluar dari rumah sakit dengan membekali pengetahuan bagi keluarganya untuk perawatan secara mandiri di rumah. Uraian tersebut diatas dapat memberikan bukti bahwa memberikan edukasi berbasis *mobile application* dapat meningkatkan kualitas hidup pada semua domain (Lunde *et al.*, 2018).

Faktor terakhir yang turut mempengaruhi tingkat kualitas hidup pada penelitian ini adalah interaksi sosial. Merawat pasien yang menderita penyakit LLI dapat mempengaruhi interaksi sosial bagi *caregiver* keluarga. Perubahan interaksi sosial dapat terlihat dari kurangnya berkomunikasi, tidak aktif lagi di kegiatan masyarakat, dan keterbatasan dalam pergaulan yang disebabkan oleh tugas dan peran untuk merawat pasien (Apker, 2014; Ferrell

& Kravitz, 2017; Fujinami *et al.*, 2015; Ronoatmodjo, 2018). Efek dari memberikan perawatan pada kesehatan *caregiver* memainkan peran yang sangat penting dalam konteks sosial dan individu. Koneksi ini diwakili oleh "stres dan coping" sedemikian rupa sehingga stres terkait dengan sumber daya pribadi dan sosial dari situasi yang menghasilkannya. Hubungan interpersonal dalam kehidupan pengasuh sangat penting. Dengan demikian, tugas dalam memberikan perawatan mengganggu kemampuan *caregiver* untuk membangun dan memelihara hubungan interaksi sosial, menjaga kualitas hubungan ini, dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan masyarakat. Beberapa hubungan interaksi sosial dan waktu yang dihabiskan *caregiver* dengan pasien yang bergantung membuat dimensi sosial *caregiver* berubah, sebagian besar waktu dihabiskan ke lingkungan perawatan, sehingga domain lingkungan pada kualitas hidup *caregiver* juga berubah (Cipolletta *et al.*, 2018; Lloyd *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2014).

Pada responden kelompok eksperimen interaksi sosial antar responden di fasilitasi dengan adanya grup *WhatsApp*, dalam grup ini responden dapat saling berbagi keluhan dan pengalaman sesama *caregiver* keluarga yang merawat pasien dengan LLI. Menurut Fiore *et al* (2017) peluang untuk meningkatkan

dukungan terhadap interaksi sosial dan pendidikan adalah bukan lebih dalam hal menggunakan kembali teknologi aplikasi yang ada tetapi dengan agregasi yang lebih baik dengan konten dan target orang-orang yang jelas satu tujuan. Misalnya, *caregiver* mendapat manfaat dari forum khusus penyakit LLI serta forum juga dapat membahas yang terkait dengan pelayanan kesehatan di wilayah mereka, baik untuk dukungan tetapi dapat juga untuk membandingkan praktik perawatan dan mengelola harapan mereka. Semua ini dapat diintegrasikan ke dalam portal dan aplikasi yang sama, meskipun tantangan di sini adalah dalam hal menyediakan konten yang berkualitas.

Selanjutnya menurut Gallardo-Flores *et al* (2018) pada penelitiannya menyatakan bahwa *caregiver* keluarga yang memiliki kualitas hidup yang baik adalah mereka yang sering melakukan interaksi sosial terhadap orang-orang di lingkungannya. Perasaan kesepian biasanya hadir dalam *caregiver* keluarga ini di awal masa memberikan perawatan, dan saat ini seiring dengan kemajuan era dari revolusi industri 4.0, penggunaan teknologi informasi baru dan perkembangan jejaring sosial meningkatkan proses komunikasi. *Caregiver* yang memiliki fasilitas dan memaksimalkan jejaring sosial ini merasakan

dukungan dalam dimensi sosial, lingkungan, bahkan psikologis yang lebih besar pada diri mereka dalam proses memberikan perawatan. Mereka memang tidak dapat memiliki hubungan pribadi dengan cara yang mereka inginkan karena kurangnya waktu luang mereka, tetapi pengetahuan mereka tentang teknologi informasi yang baru ini memungkinkan mereka untuk mengekspresikan perasaan sehari-hari dan menerima dukungan emosional dari orang lain di lingkungan dekat mereka (Anna, 2018; Cipolletta *et al.*, 2018; Heynsbergh *et al.*, 2018).

c. Faktor Pendukung Intervensi My Semah terhadap Domain Kesehatan Fisik Kualitas Hidup *Caregiver* Keluarga

1) Usia

Terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi hasil dari penelitian ini salah satunya yaitu usia responden yang berbeda, responden pada kelompok eksperimen rata-rata memiliki usia pada kategori dewasa awal, sedangkan pada kelompok kontrol memiliki kategori usia dewasa akhir. Hasil ini sesuai dengan penelitian dari Xie *et al* (2016) yang menyatakan bahwa pada usia dewasa muda menunjukkan domain fisik yang lebih baik, dewasa muda cenderung lebih kuat secara fisik dan berfungsi lebih baik secara fisiologis,

dengan lebih sedikit keluhan untuk rasa sakit tubuh dan lebih banyak energi untuk kegiatan sosial, yang memberikan bantuan sementara dari peran *caregiver* keluarga.

Semakin usia bertambah, kekuatan kondisi fisik berkurang dan fungsi tubuh manusia memburuk, meningkatkan risiko penyakit. *Caregiver* keluarga dengan penyakit kronis diminta untuk menanggung rasa sakit yang disebabkan oleh penyakit mereka sendiri selain merawat anggota keluarga mereka yang lanjut usia dan memiliki penyakit dengan LLI. Hal ini menyebabkan penurunan pada domain fisik maupun domain psikologis yang membangkitkan kecemasan, depresi, dan emosi negatif lainnya serta berdampak pada domain sosial dan lingkungan karena beban perawatan yang diemban (Anggraini *et al.*, 2018; Fitriana & Ambarini, 2012; Ronoatmodjo, 2018; Wiksuarini *et al.*, 2018).

## 2) Jenis Kelamin

Perempuan lebih memiliki rasa tanggung jawab untuk menjadi orang yang merawat anggota keluarganya yang sakit terkait dengan peran gender yang diperoleh secara sosial dan memandang bahwa laki-laki umumnya mengambil peran ini hanya ketika tidak ada perempuan dalam lingkaran dekat

kerabat untuk melakukannya. Perempuan memberikan perawatan dengan intensitas yang lebih tinggi daripada pria dan juga harus lebih sering menggabungkan tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Perempuan walaupun memiliki kekuatan fisik dibawah laki-laki namun perempuan dipandang lebih giat melakukan suatu pekerjaan. Selain itu perempuan lebih memperhatikan kondisi fisiknya dan kesehatan keluarganya (Ljubljana *et al.*, 2016; Lozano *et al.*, 2017).

### 3) Agama

Secara keseluruhan, status kesehatan fisik yang lebih baik, yang diukur dengan berbagai indikator, cukup terkait dengan tingkat keterlibatan agama yang lebih tinggi, bahkan ketika didefinisikan oleh banyak indikator dan diperiksa dalam berbagai kelompok (kelainan klinis, jenis kelamin, kelompok usia, ras/etnis, dan kelas sosial) dalam populasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa koping agama penting untuk hasil kesehatan mental dan fisik untuk berbagai keadaan kehidupan, terutama masalah kesehatan dan berkabung. Koping dengan melalui ajaran agama juga tampaknya mengurangi tingkat depresi dan kecemasan sehubungan



dengan berkabung dan peristiwa kehilangan lainnya (Alves *et al.*, 2010).

Signifikansi dan hubungan faktor agama tertentu dengan hasil kesehatan akan berpotensi bervariasi di berbagai kategori sosial yang berbeda (misalnya ras/etnis, denominasi, usia, kelas sosial, dan wilayah). Agama itu sangat berperan dalam membentuk perilaku (misalnya, mengambil risiko dan perilaku melindungi) yang penting bagi kesehatan fisik dan mental. Ini termasuk secara langsung dan secara resmi melarang perilaku tertentu yang merupakan risiko kesehatan (misalnya, pembatasan diet dan larangan penggunaan alkohol dan tembakau), serta perilaku yang mendorong kesehatan yang kondusif (misalnya olahraga teratur). Pola khas gaya hidup dan perilaku kesehatan ini dapat menghasilkan tingkat penyakit kronis dan akut yang lebih rendah di dalam kelompok agama yang teridentifikasi. Selain itu, penganut agama mungkin telah mengurangi risiko untuk keadaan kehidupan yang penuh tekanan karena ajaran agama mewujudkan pedoman umum untuk perilaku (misalnya moderasi dan kepatuhan) yang mencegah penyimpangan

individu dan mendorong kerukunan antarpribadi (Choi *et al.*, 2016).

#### 4) Pendidikan

Pendidikan dalam data statistik membuktikan pengaruhnya dalam mendukung pemberian edukasi melalui My Semah. Kelompok eksperimen yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada penelitian ini memiliki dimensi yang meningkat pada dimensi kesehatan fisik. Hal tersebut dapat dijelaskan oleh Fagerström *et al* (2020) yang penelitiannya memiliki hasil yang sama dengan penelitian ini. Fagerström menjelaskan bahwa *caregiver* yang memiliki riwayat putus sekolah atau berpendidikan lebih rendah memiliki tingkat kesehatan fisik yang lebih rendah berkaitan dengan sepanjang lintasan waktu dalam memberikan perawatan. Lebih lanjut tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki tingkat kesehatan fisik yang lebih tinggi pula, karena *caregiver* yang berpendidikan tinggi lebih memiliki wawasan pengetahuan yang lebih tinggi mengenai penyelesaian permasalahan yang mereka hadapi sehingga stress yang mereka alami lebih rendah dan tidak terlalu membebani kondisi fisik. Penelitian lainnya dari Araújo *et al* (2015)

membuktikan bahwa *caregiver* dengan pendidikan tinggi lebih memiliki wawasan pengetahuan untuk menjaga kesehatan dirinya sendiri dan memiliki kesadaran dalam permasalahan kesehatan yang mereka alami.

Pendidikan yang lebih tinggi berkaitan erat dengan pengolahan pengetahuan serta pengelolaan informasi yang didapatkan. Seseorang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih luas termasuk dalam memahami teknologi. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi lebih mudah memahi dan lebih dapat melakukan pengolahan secara mandiri tentang apa yang dianjurkan dan diberikan, seperti memahami cara penggunaan dan isi materi pada aplikasi My Semah ini, dengan begitu kesehatan fisik diri *caregiver* keluarga dan pasien dapat mneingkat (Anggraini *et al.*, 2018; Holm *et al.*, 2015; Kosasih *et al.*, 2018). Pendidikan adalah faktor lain yang dapat menjelaskan bahwa intervensi edukasi yang diterima oleh *caregiver* dapat meningkatkan kualitas hidup *caregiver* keluarga. Hubungan ini telah dilaporkan juga dalam beberapa literatur, tentang hubungan antara kualitas hidup dan tingkat pendidikan *caregiver*

keluarga (Choi *et al.*, 2016; Rangel *et al.*, 2013; Hongjuan Yu *et al.*, 2017).

Ketrampilan, pendidikan, dan pengalaman sangat mempengaruhi *caregiver informal* dalam proses pengambilan keputusan dalam merawat pasien. Individu yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan menilai segala sesuatu lebih realistis, individu ini lebih memilih menerima keadaan apa adanya dan bersikap positif terhadap stressor yang dimiliki serta segera mencari beberapa solusi untuk mengatasi stressor (Ljubljana *et al.*, 2016).

d. Faktor Pendukung Intervensi My Semah terhadap Domain Psikologis Kualitas Hidup *Caregiver* Keluarga

1) Pendapatan

Kekuatan finansial yang lebih besar yang dimiliki menentukan kesejahteraan psikologis *caregiver* keluarga. Sumber pendapatan *caregiver* keluarga yang mampu bertahan dalam menopang pembiayaan pengobatan dan kebutuhan keseharian pasien LLI dapat meminimalisir masalah psikologis yang dihadapi, sementara *caregiver* keluarga yang memiliki pendapatan yang lebih rendah akan kesusahan dalam memberikan pembiayaan pada pengobatan pasien yang akan

berdampak pada masalah beban psikologis akibat masalah finansial yang dialami (Tavares *et al.*, 2020).

*Caregiver* keluarga yang merawat pasien dengan LLI biasanya mengalami masalah keuangan. Masalah keuangan yang dialami meliputi kesulitan mendapatkan biaya pengobatan, kehilangan pekerjaan karena harus merawat pasien di rumah maupun di rumah sakit, dan pendapatan yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga karena perawatan pasien penyakit kronis. Keuangan yang tidak stabil dapat berdampak negatif bahkan stress yang dirasakan oleh *caregiver* keluarga yang merawat akibat memikirkan beban perawatan terhadap ekonomi keluarganya, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup *caregiver* keluarga yang merawat (Ferrell & Kravitz, 2017; Ronoatmodjo, 2018; Sun *et al.*, 2015).

Meskipun biaya perawatan kesehatan langsung mungkin tampak lebih substansial, biaya tidak langsung merupakan kenyataan pahit bagi pasien dan family *caregiver* setiap hari, yang dapat mengancam kebutuhan paling mendasar dan ujian dari kesiapan *caregiver* keluarga yang harus dihadapi. Apabila *caregiver* keluarga pasien memiliki kesiapan dalam strategi

finansial maka perawatan untuk pasien secara langsung tidak menjadi beban pikiran tambahan untuk pasien (Ferrell & Kravitz, 2017; Fujinami *et al.*, 2015; Grant *et al.*, 2013; Sun *et al.*, 2015).

Berdasarkan hasil wawancara dengan 50 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 *caregiver* 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 (*BPJS Kesehatan*, 2017).

e. Faktor Pendukung Intervensi My Semah terhadap Domain Sosial  
Kualitas Hidup *Caregiver* keluarga

1) Usia

Hasil ini sesuai dengan penelitian dari Xie *et al* (2016) yang menyatakan bahwa pada usia dewasa muda

menunjukkan keberfungsian yang lebih baik pada kekuatan fisiologis dengan lebih sedikit keluhan untuk rasa sakit tubuh maka *caregiver* keluarga lebih banyak energi untuk menjalankan kegiatan sosial. Selanjutnya, pada usia yang lebih tua masalah fisiologis seringkali terjadi, sehingga mengganggu kemampuan *caregiver* untuk membangun dan memelihara hubungan interaksi sosial.

Yu *et al* (2016) menyatakan bahwa usia dewasa merupakan usia yang sudah cukup matang dalam pengalaman hidup dan jiwa untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Alasannya karena dalam usia dewasa seseorang sudah lebih mampu untuk berpikir rasional, mampu mengendalikan emosi dan semakin toleran terhadap orang lain, sehingga mampu untuk mengambil keputusan yang tepat dalam perawatan anggota keluarga yang sakit.

Seiring bertambahnya usia pada anak dan orang tua, sifat hubungan orang tua-anak sering berubah sehingga anak-anak dewasa dapat mengambil peran pengasuhan untuk orang tua mereka yang lebih tua. Meskipun pengasuhan adalah masalah kritis, anak-anak dewasa umumnya mengalami waktu bertahun-tahun dengan orang tua dalam kesehatan yang baik,

dan kualitas hubungan dan pertukaran dukungan memiliki implikasi penting bagi kesejahteraan di luar peran pengasuhan. Banyaknya penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar orang dewasa merasa dekat secara emosional dengan orang tua mereka, dan dukungan emosional seperti dorongan, persahabatan, dan melayani sebagai orang kepercayaan, umumnya dipertukarkan di kedua arah (Thomas *et al.*, 2017).

## 2) Lama Merawat

Karakteristik demografi *caregiver* keluarga pada lama memberikan perawatan kepada pasien mendukung intervensi My Semah yang diberikan pada domain sosial kualitas hidup responden kelompok eksperimen. Menurut Lloyd *et al* (2016) semakin lama *caregiver* keluarga memberikan perawatan kepada pasien, maka semakin banyak stimulus masalah yang harus di selesaikan oleh *caregiver* membuat *caregiver* mengurangi aktivitasnya untuk melakukan interaksi sosial dengan orang disekitar. Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa lamanya *caregiver* keluarga dalam memberikan perawatan kepada pasien LLI tanpa adanya pengetahuan untuk menyelesaikannya menambah berkurangnya domain sosial pada *caregiver* keluarga karena



*caregiver* berfokus pada masalah yang dihadapi dan mengabaikan kegiatan lainnya. Pada penelitian ini responden di fasilitasi dengan pengetahuan untuk dapat mengatasi masalah yang dihadapi, sehingga kegiatan untuk interaksi sosial tidak terganggu.

### 3) Jenis Kelamin

Pada dimensi jenis kelamin pada penelitian ini yang mayoritasnya perempuan, domain sosial menunjukkan peningkatan. Penelitian yang dilakukan oleh Ljubljana *et al* (2016) menjelaskan bahwa perempuan lebih memiliki kedekatan kepada keluarga dan temannya secara psikologis dan lebih terbuka dengan masalah yang sedang dihadapi, berbeda dengan laki-laki yang secara psikologis lebih memilih untuk memendam dan mencari solusi dari permasalahannya sendiri. Hal tersebut menunjang domain sosial pada penelitian ini karena kebutuhan untuk berinteraksi untuk mengurangi stres dan mencari dukungan lain dapat terpenuhi.

Alasan lain disebabkan oleh fakta bahwa secara tradisional wanita diharapkan untuk lebih tinggal di rumah dan memberikan perawatan langsung untuk keluarga serta perempuan juga lebih terlibat dalam perawatan rumah

tangga. Mereka masuk ke dalam peran ini baik sebagai istri, anak perempuan atau menantu perempuan. Di sisi lain, laki-laki biasanya dipandang sebagai pencari nafkah atau mencari mata pencaharian keluarga dan berkomitmen untuk bekerja di luar rumah serta terlibat dalam pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga dan masyarakat. Berkaitan dengan beberapa alasan tersebut diyakini bahwa perempuan lebih banyak tinggal bersama orang yang mereka sayangi dan mencurahkan tenaga untuk membantu merawat keluarga karena sifat welas asih yang mereka miliki (Faronbi *et al.*, 2019).

Perempuan lebih memiliki rasa tanggung jawab untuk menjadi orang yang merawat anggota keluarganya yang sakit terkait dengan peran gender yang diperoleh secara sosial dan memandang bahwa laki-laki umumnya mengambil peran ini hanya ketika tidak ada perempuan dalam lingkaran dekat kerabat untuk melakukannya. Wanita memberikan perawatan dengan intensitas yang lebih tinggi daripada pria dan juga harus lebih sering menggabungkan tanggung jawab pekerjaan dan keluarga (Lozano *et al.*, 2017).

#### 4) Agama

Karakteristik Agama dalam penelitian ini memang tidak dapat membuktikan *caregiver* keluarga dalam ketaaatannya untuk beribadah. Namun, potensi sumberdaya sosial pada agama Islam untuk bertemu satu dengan yang lain cukup besar seperti pengajian atau mendatangi majelis ta'lim. Menurut penjelasan yang diberikan oleh Alves *et al* (2010) bahwa partisipasi dalam kelompok agama memberikan sejumlah manfaat dalam hal peningkatan sumber daya sosial. Keuntungan-keuntungan ini termasuk ukuran jaringan sosial seseorang, frekuensi interaksi dengan anggota jaringan, baik pertukaran aktual maupun yang diantisipasi (dukungan subyektif) dari berbagai jenis bantuan informal dan formal (yaitu bantuan instrumental, sosioemosional, dan penilaian), dan persepsi positif dari mendukung hubungan (mis. kepuasan dan bantuan yang diantisipasi).

Secara aspek sosial bagi seorang muslim tentunya sangat berpedoman kepada Al Qur'an dan Hadist. Dalam banyak ayat Al-Qur'an, sebagai tuntunan sosial terhadap oran tua Allah mengingatkan agar manusia berbuat baik pada kedua orangtuanya. Salah satunya yaitu :

لِي شَكَرًا أَنْ غَامَيْنِ فِي وَفِصْلُهُ وَهَنْ عَلَى وَهَنَا أُمُّهُ حَمَلَتْهُ بِوَلَدَيْهِ لِإِنْسَانًا وَوَصَّيْنَا  
 ١٤ لَمَصِيرًا إِلَيَّ وَلِوَلَدَيْكَ

*“Dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu-bapaknya; ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapikannya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepada-Ku dan kepada dua orang ibu bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu.”* [QS: Luqman [31]: 14].

Kemudian juga terdapat hadist sahih untuk berbakti kepada orang tua meski dalam keadaan yang sangat penting sekalipun yaitu :

Suatu ketika, seorang sahabat bernama Jahimah pernah datang kepada Nabi dan berkata, “Ya Rasulullah aku ingin ikut perang dan aku datang kepadamu untuk meminta saran”. Rasulullah pun bertanya, “Apakah kamu masih mempunyai ibu?” “Ya, masih,” jawabnya. Maka beliau bersabda, “Kalau begitu, temanilah ia, karena surga itu terletak di kedua kakinya.” (HR. Ahmad).

Ayat Al-Qur’an dan Hadist diatas merupakan suatu penekanan bahwa agama Islam mengajarkan umat muslim untuk selalu berbakti kepada orang tua dengan cara memuliakannya, mencukupi kebutuhannya, dan menemani serta merawatnya apabila sakit.

## 5) Pendidikan

Pendidikan yang lebih tinggi pada kelompok eksperimen meningkatkan kesejahteraan *caregiver* keluarga dalam domain sosial, dengan berbekal kemampuan untuk berkomunikasi dan mengartikulasikan jaringan pendukung, *caregiver* dengan pendidikan yang lebih tinggi dapat lebih mudah mengarahkan seseorang dan lebih mudah untuk mendapatkan pengakuan yang lebih besar terhadap hak dan kebebasan dalam hubungan sosial (Tavares *et al.*, 2020).

## 6) Dukungan Lain

Dukungan lain yang dimiliki responden dalam penelitian ini meningkatkan kesejahteraan dalam domain sosial. Menurut Cipolletta *et al* (2018) dukungan yang diberikan kepada *caregiver* keluarga dalam merawat pasien dapat mengurangi tingkat beban yang dihadapi oleh *caregiver*. Dukungan lain yang diberikan oleh keluarga lainnya atau teman dapat berupa dukungan sosial dan finansial yang dapat menunjang kualitas hidup *caregiver* dalam memberikan perawatan, sehingga dengan lebih ringannya beban yang dimiliki *caregiver* maka hubungan sosial termasuk dengan orang yang memberikan dukungan tersebut dapat meningkat.

Dukungan lainnya ini diketahui melalui wawancara terhadap seluruh responden penelitian adalah berasal dari anak lainnya baik pada kelompok kontrol, maupun pada kelompok eksperimen. Lebih lanjut, hasil dari wawancara tersebut sebagian besar pasien dirawat oleh anak perempuan terakhir yang terlahir dalam keluarga, sedangkan anak lainnya yang sebagian adalah anak laki-laki yang sehari-harinya bekerja diluar rumah atau anak laki-laki yang sudah tinggal terpisah baik didalam kota maupun luar kota, bahkan telah merantau keluar daerah, namun mereka tetap membantu pasien secara finansial untuk biaya pengobatan dan kebutuhan sehari-hari pasien.

Pernyataan paragraf diatas didukung oleh Veloso & Tripodoro (2016) bahwa anggota keluarga yang dekat dengan pasien dapat berperan sebagai *caregiver*, penambah kesejahteraan, keberagaman tugas yang harus dipenuhi, meminimalkan dan mengelola pasienan (pasien dan dirinya sendiri), menjadi fasilitator perawatan paliatif dan bertanggung jawab atas kesinambungan perawatan. Mereka juga memainkan peran sebagai pengendali karena mereka harus membuat keputusan tentang orang yang sakit yang tidak

dapat mereka buat sendiri. Sementara itu untuk anggota keluarga yang jauh dengan pasien perannya lebih sedikit dan kurang intim dibandingkan dengan anggota keluarga yang dekat, mereka dapat berperan serta dalam membantu pemenuhan ekonomi untuk kebutuhan sehari-hari maupun untuk biaya pengobatan pasien dengan cara mengirimkan sejumlah uang.

Selanjutnya menurut Faronbi *et al* (2019) laki-laki yang menjadi pendukung lainnya dari pasien biasanya tidak terlalu dipermasalahkan dalam norma sosial daripada anak perempuan karena secara harfiah tradisional laki-laki dipandang sebagai pencari nafkah atau tulang punggung keluarga dan berkomitmen untuk bekerja di luar rumah untuk mempersiapkan dan menghidupi keluarganya sebagai tanggung jawabnya sebagai kepala keluarga dari keluarga yang dia bentuk maupun untuk membantu kecukupan ekonomi keluarga dari orang tuanya.

f. Faktor Pendukung Intervensi My Semah terhadap Domain Lingkungan Kualitas Hidup *Caregiver* Keluarga

1) Jenis Kelamin

Domain lingkungan dalam penelitian ini selain dipengaruhi oleh intervensi utama, domain tersebut juga turut dipengaruhi oleh demografi jenis kelamin yang mayoritasnya adalah perempuan. Menurut Lozano *et al* (2017) menjelaskan bahwa perbedaan sikap perempuan dan laki-laki pada lingkungannya memiliki perbedaan yang signifikan, dimana perempuan lebih sensitif terhadap hubungannya dengan lingkungan yang mencakup masalah perawatan kesehatan keluarganya, hubungannya dengan lingkungan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, pengaturan dan kebersihan lingkungan rumah. Lebih lanjut menurut Lozano *et al* (2017) Laki-laki dipandang lebih kurang peka terhadap lingkungannya dan lebih berfokus pada pencukupan finansial keluarganya dan melindungi keluarganya dari interaksi sosial yang berdampak negatif bagi keluarganya.

2) Agama

Agama dalam karakteristik demografi penelitian ini turut mempengaruhi intervensi My Semah yang diberikan terhadap



domain lingkungan pada kualitas hidup *caregiver* keluarga. Menurut Mohebbifar *et al* (2015) menjelaskan bahwa kualitas hidup responden dipengaruhi oleh tingkat religiusitas. Lebih lanjut penelitian tersebut dilakukan di Iran yang sebagian besar lingkungannya menganut agama Islam dimana *religiusitas well being* lebih tinggi dari pada *tingkat existensial well being*, dengan begitu sikap kepasrahan dan sabar dalam ajaran agama yang dilakukan oleh responden tersebut menimbulkan sikap positif, sehingga dengan tingkat religiusitas yang tinggi akan menciptakan lingkungan positif bagi pasien dan keluarga yang lain.

### 3) Suku

Suku yang merupakan demografi responden pada penelitian ini turut berpengaruh dalam pemberian edukasi melalui My Semah pada domain lingkungan pada penelitian ini. *Caregiver* Informal yang merupakan keturunan Jawa lebih memiliki sikap pasrah terhadap kejadian ataupun masalah yang harus dialami terkait merawat pasien, hal ini berkaitan dengan semboyan *narimo ing pandum* dimana masyarakat Jawa akan menerima secara ikhlas apapun yang terjadi padanya. Selanjutnya masyarakat Jawa merupakan suku yang

memiliki sikap terbuka baik kepada orang baru maupun informasi baru dan mampu untuk menyerap dan mengaplikasikan pada kehidupannya (Fajriyati & Asyanti, 2017; Prasetyo, 2015). Penjelasan tersebut menjelaskan bahwa dengan adanya sikap terbuka dari responden yang sebagian besar adalah suku Jawa maka dengan memberikan edukasi My Semah *caregiver* keluarga dapat mengaplikasikan informasi tersebut, sehingga domain lingkungan pada kualitas hidup ini dapat meningkat.

Pada karakteristik suku responden, suku Jawa menjadi data yang paling mendominasi jumlahnya pada kelompok kontrol maupun eksperimen. *Caregiver Informal* yang merupakan keturunan Jawa lebih memiliki sikap pasrah terhadap kejadian ataupun masalah yang harus dialami terkait merawat pasien, hal ini berkaitan dengan semboyan *narimo ing pandum* dimana masyarakat Jawa akan menerima secara ikhlas apapun yang terjadi padanya sesuai ketentuan dari Allah (Fajriyati & Asyanti, 2017).

Budaya Jawa memiliki salah satu nilai yang diadopsi secara luas yaitu *Narima Ing Pandum*. Menurut Prof. Dr. Koentjaraningrat yang merupakan antropolog Indonesia,

*Narima Ing Pandum* adalah sebuah sikap penerimaan secara penuh terhadap berbagai kejadian pada masa lalu, masa sekarang serta kemungkinan yang terjadi di masa yang akan datang, sehingga berbakti kepada orang tua dengan tulus dan ikhlas merupakan sikap penerimaan seorang anak yang bertanggung jawab dengan membalas budi, membantu merawat keluarga dengan sifat welas asih yang mereka miliki (Koentjaraningrat, 1985).

#### 4) Penyakit Pasien

Penyakit pasien dalam penelitian ini juga ikut membantu intervensi My Semah dalam meningkatkan domain lingkungan pada kualitas hidup. Telah diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki penyakit *Cardiovascular Disease* (CVD). Penyakit *Cardiovascular Disease* (CVD) pada kedua kelompok penelitian ini berbeda, kelompok eksperimen sebagian besar pasien LLI nya memiliki penyakit gagal jantung, sementara pada kelompok kontrol sebagian besar memiliki penyakit stroke.

Sebuah penelitian membuktikan bahwa QoL pada pasien stroke lebih rendah dibandingkan dengan QoL pada pasien gagal jantung. Lebih lanjut pasien dengan stroke memiliki

tingkat yang rendah pada mobilitas, aktivitas biasa dan perawatan diri. Sebaliknya, pasien gagal jantung menunjukkan keluhan signifikan yang sama dalam mobilitas dan kegiatan biasa tetapi tidak ada dampak signifikan dalam persepsi perawatan diri. Namun, populasi pengasuh juga mengalami tingkat keluhan yang serupa di domain ini. Temuan penelitian tersebut juga menemukan bahwa tingkat kecemasan dan depresi pada *caregiver* keluarga pada pasien stroke lebih tinggi daripada *caregiver* keluarga pada pasien dengan gagal jantung (Pinto *et al.*, 2011). Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa tingkat beban *caregiver* keluarga dalam memberikan perawatan pada kelompok kontrol lebih berat dibandingkan dengan kelompok eksperimen, sehingga pada kelompok eksperimen dengan tingkat beban yang lebih rendah memiliki potensi lebih tinggi untuk memberikan lingkungan yang positif bagi pasien.

Hasil dari kedua kelompok responden penelitian tersebut sesuai dengan prevalensi yang diungkapkan oleh WHO bahwa prevalensi penyakit LLI di dunia yaitu, *Cardiovascular Disease* (CVD) adalah penyebab nomor 1 kematian secara global, diperkirakan 17,9 juta orang meninggal karena CVD

pada tahun 2016, mewakili 31% dari semua kematian global. Dari kematian ini, 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke (WHO, 2017).

Di Indonesia Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Penyakit Jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 1,5%, dengan peringkat prevalensi tertinggi Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, Gorontalo 2%, dan DIY 1,9%. Riskesdas 2018 juga mencatat bahwa prevalensi stroke di Indonesia 10,9 per mil, tertinggi di Provinsi Kalimantan Timur 14,7 per mil, berikutnya DIY 14,6 per mil, dan yang terakhir Sulawesi Utara 14,5 per mil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2018).

##### 5) Pendapatan

Pendapatan responden dalam penelitian ini turut mempengaruhi pemberian edukasi My Semah dalam memberikan peningkatan kualitas hidup pada domain lingkungan. Ketersediaan finansial dari pendapatan responden dapat berfungsi untuk menentukan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk didalamnya adalah membangun sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Selanjutnya Hubungan finansial

dengan lingkungan juga digunakan untuk menunjang kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas dalam lingkungan rumah (Costa *et al.*, 2015).

#### 6) Hubungan dengan Pasien

Variabel kualitas hidup pada domain lingkungan selain dipengaruhi oleh intervensi pemberian edukasi melalui My Semah, juga dipengaruhi oleh hubungan *caregiver* dengan pasien yaitu anak perempuan. Anak perempuan lebih memiliki tanggung jawab dan kepedulian dalam merawat orang tuanya. Peran perempuan dalam lingkum rumah tangga lebih dapat mengatur lingkungan tempat tinggalnya untuk memberikan kenyamanan bagi keluarganya termasuk dalam memberikan kenyamanan bagi lingkungan pasien (Barigozzi *et al.*, 2017).

Hal ini sesuai dengan hasil pernyataan pasien yang dikaitkan dengan usia pasien yang rata-rata sudah lanjut usia dan pasangan hidupnya juga memiliki masalah kesehatan atau bahkan sudah meninggal, sehingga yang memberi perawatan di rumah sebagian besar adalah anak mereka. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Xie *et al* (2016) bahwa jika orang tua tidak dapat merawat pasangan mereka karena masalah kesehatan mereka sendiri, maka anak-anak mereka

memikul tanggung jawab. Memberikan bantuan dengan kegiatan sehari-hari dan dukungan keuangan adalah bagian dari proses alami dan yang diharapkan, sebagai balasan atas perawatan yang mereka terima sebagai anak-anak, dan sebagai tindakan cinta dan hormat kepada orang tua mereka. Menurut Faronbi *et al* (2019) pada sebagian besar negara di dunia tidak terlepas dari pengaruh budaya bahwa anak perempuan lebih cenderung untuk mengambil peran pengasuhan ketika mereka tinggal bersama orang tua mereka dan dapat dipercaya bahwa wanita paling mampu memberikan perawatan pribadi.

Terdapat dua faktor alasan yang menjelaskan bahwa anak perempuan lebih banyak dan lebih sering untuk mengambil tanggung jawab menjadi *caregiver*. Pertama, anak laki-laki dan perempuan memiliki peluang pasar kerja yang tidak sama yang menentukan peluang mereka untuk memberikan biaya perawatan. Kedua, ada norma sosial yang menurutnya masyarakat mengharapkan anak perempuan menjadi pengasuh utama orang tua mereka dan yang membebankan biaya utilitas pada anak perempuan yang menyimpang dari norma ini. Peran norma sosial secara empiris lebih sulit untuk dinilai; mereka pada dasarnya mewakili konsep yang kurang nyata daripada biaya peluang.

Di sisi lain, institusi dan norma sosial tidak mempengaruhi hubungan perawatan dengan anak laki-laki, sedangkan terdapat hubungan antara norma-norma gender dan penyediaan perawatan informal oleh perempuan (Barigozzi *et al.*, 2017).

#### 7) Dukungan Lainnya

Karakteristik demografi dukungan lainnya bagi pasien dan *caregiver* keluarga menjadi pendukung dalam pemberian intervensi melalui My Semah terhadap domain lingkungan dalam kualitas hidup. *Caregiver* keluarga yang memiliki pendukung dalam merawat pasien lebih memiliki keparcayaan diri dalam memberikan perawatan. Dukungan dapat diberikan oleh keluarga serumah/tidak serumah, teman, ataupun tetangga. Dukungan dapat berupa moril, finansial, atau dukungan dalam mencari solusi dalam permasalahan yang dihadapi (Veloso & Tripodoro, 2016). Begitupun dengan penelitian ini terdapatnya dukungan bagi *caregiver* keluarga dapat memberikan keringanan bagi *caregiver* keluarga dalam meringankan beban dari pemberian perawatan, sehingga *caregiver* keluarga responden kelompok eksperimen dapat lebih antusias dalam mempelajari My Semah.



### C. Keterbatasan Penelitian

Adapun beberapa kesulitan yang dihadapi peneliti selama melakukan penelitian ini diantaranya :

1. Responden untuk menjadi kelompok eksperimen sulit untuk didapatkan, karena terkait dengan kepemilikan *smathphone*, sedangkan dilapangan populasi dari *caregiver* yang tidak memiliki *smarthphone* lebih banyak sehingga pada kelompok kontrol setelah kuota sudah terpenuhi, populasi lainnya yang didatangi oleh peneliti namun tidak memenuhi syarat untuk menjadi responden kelompok eksperimen tidak diikut sertakan. Setelah 2 minggu waktu *pretest* dari responden kelompok kontrol berjalan, peneliti baru bisa melengkapi kuota dari responden kelompok *eksperimen* dan baru dapat memulai intervensi serentak setelahnya.
2. Setelah waktu sebulan berlalu pada responden kelompok kontrol *posttest* berjalan dengan lancar, sedangkan pada responden kelompok eksperimen karena berjalan 2 minggu setelah kelompok kontrol maka terdapat kendala yang berupa kebijakan pemerintah untuk melakukan *social distancing* terkait dengan penyebaran pandemik dari virus Covid-19 dan pengumuman peringatan resmi dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta khususnya Magister Keperawatan untuk menghentikan penelitian yang dilakukan secara *face to face*. Kendala

- tersebut dapat diatasi oleh peneliti dengan menyebarkan kuesioner melalui *Google Form* kepada responden kelompok eksperimen untuk pengambilan data *posttest* secara *online* dengan mengoptimalkan grup *WhatsApp* yang telah dibuat untuk fasilitas intervensi sebelumnya.
3. Terdapat kendala pada aplikasi My Semah ketika dipergunakan oleh responden kelompok eksperimen sebagai intervensi yaitu kadang aplikasi tidak dapat dibuka atau dijalankan dan aplikasi juga bisa tiba-tiba saat dijalankan menutup dengan sendirinya. Terdapat beberapa solusi dari pihak pengembang *mobile application* *Bringinggame studio.com* untuk menangani masalah tersebut, ketika aplikasi sudah berhasil di unduh namun tidak dapat dibuka maka peserta harus melakukan *upgrade* pada OS Android, karena aplikasi My Semah kemungkinan membutuhkan sinkronisasi dalam menjalankan datanya pada sistem OS Android yang lebih tinggi. Selanjutnya apabila aplikasi My Semah tidak dapat dibuka padahal sudah melakukan *upgrade* OS Android dan juga apabila aplikasi My Semah saat dijalankan tiba-tiba menutup dengan sendirinya maka kemungkinan ruang data yang dibutuhkan untuk aplikasi My Semah untuk menyimpan dan memproses data tidak cukup sehingga responden disarankan untuk menghapus data lainnya seperti *cache* atau aplikasi lainnya sehingga aplikasi My Semah dapat dijalankan kembali.