



UNIVERSITAS INDONESIA

**MAKNA KEHIDUPAN
KLIEN DENGAN DIABETES MELITUS KRONIK
DI KELURAHAN BANDARHARJO SEMARANG
*SEBUAH STUDI FENOMENOLOGI***

Tesis

**Oleh:
DWI HEPPY ROCHMAWATI
0906 5737 42**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MAKNA KEHIDUPAN
KLIEN DENGAN DIABETES MELITUS KRONIK
DI KELURAHAN BANDARHARJO SEMARANG
*SEBUAH STUDI FENOMENOLOGI***

Tesis

**Diajukan sebagai Persyaratan untuk Memperoleh
Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Oleh:
DWI HEPPY ROCHMAWATI
0906 5737 42**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dwi Heppy Rochmawati

NPM : 0906 5737 42

Tanda Tangan : Aheppy R

Tanggal : 1 Juli 2011

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Dwi Heppy Rochmawati
Program Studi : Ilmu Keperawatan Kekhususan Jiwa
Judul Tesis :

Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronis di Kelurahan Bandarharjo Semarang sebuah Studi Fenomenologi.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI :

Pembimbing : Prof. Achir Yani S. Hamid, DN. Sc.

: Novy Helena C.D., S. Kp., M.Sc.

Penguji I : Herni Susanti, S. Kp., MN.

Penguji II : Ns.Tjahjanti K., M.Kep., Sp.Kep. J.



Ditetapkan di Depok tanggal : 1 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil'alamiin, Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan taufiq dan hidayah-Nya kepada kita sebagai hamba-Nya, sehingga sampai saat ini kita masih tetap diberikan nikmat kesehatan dan kesempatan untuk tetap beribadah kepada-Nya, untuk mencapai Ridho-Nya.

Penyusunan Tesis berjudul Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronik di Kelurahan Badarharjo Semarang sebuah Studi Fenomenologi ini selesai karena dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc., selaku Pembimbing I penyusunan tesis.
2. Novy Helena C.D., S.Kp., M.Sc., selaku Pembimbing II penyusunan tesis.
3. Dewi Irawaty, MA. Phd., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Mustikasari, S.Kp., M.Sc., selaku pembimbing akademik.
6. DR. Budi Anna Kelliat, S.Kp., M.App.Sc., selaku pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Herni Susanti, S.Kp., MN., selaku pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp., MN, selaku pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
9. Seluruh partisipan yang telah terlibat dalam penelitian ini.
10. Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya serta seluruh staf akademik yang membantu selama proses pendidikan.
11. Iwan Ardian, SKM., M.Kes., Dekan FIK Unissula Semarang yang memberi kesempatan studi lanjut dan memotivasi untuk maju.

12. Wahyu Endang Setyowati, SKM. dan Ade Irmawati, S.Kep., Ns., Tim Keperawatan Jiwa FIK Unissula yang selalu memotivasi dan mendukungku.
13. Indra Tri Astuti, Sri Wahyuni, Tutik Rahayu, Anjas Surtiningrum, Sri Hartini MA dan Sri Karyati, rekan senasib sepenanggungan.
14. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Angkatan tahun 2009.
15. Rekan-rekan Program Pascasarjana Kekhususan Jiwa Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2009.
16. Bapak, Ibu dan Ibu mertuaku yang tidak pernah lelah memberikan dukungan dan doa buatku.
17. Hery Apriyanto, suami tercinta ; Kiky Ilyasa, Vicky Ilyasa dan Ricky Ilyasa, tiga permata hatiku, yang memberikan dukungan secara fisik, psikologis, spiritual dan material sepanjang proses studi.
18. Eko Hendra Ikmawati dan Mustaqim Kakakku, Adik-adikku Tri Henny Kurniawati, Hetty Catur Ellyawati dan Hemi Wika Mulyawati, yang banyak membantu selama proses studi.
19. Siyam Riyanah dan Siti Rohmah yang dengan setia selalu meringankan bebanku selama proses studi.
20. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu-persatu.

Akhir kata, terima kasih kepada semuanya dan penulis sadar bahwa penulisan tesis ini masih perlu penyempurnaan lebih lanjut, maka penulis berharap masukan, koreksi dan kritik membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Jakarta, Juni 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Heppy Rochmawati

NPM : 0906 5737 42

Program Studi : Magister Keperawatan

Departemen : Keperawatan Jiwa

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Noneksklusif Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

MAKNA KEHIDUPAN KLIEN DENGAN DIABETES MELITUS KRONIK DI
KELURAHAN BANDARHARJO SEMARANG SEBUAH STUDI
FENOMENOLOGI

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 1 Juli 2011

Yang menyatakan



(Dwi Heppy Rochmawati)

ABSTRAK

Nama : Dwi Heppy Rochmawati
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronis, di
Kelurahan Bandarharjo Semarang sebuah Studi Fenomenologi

Tesis ini membahas bagaimana klien Diabetes Melitus memberikan makna kehidupan dalam kondisi sakitnya. Tujuan dalam penelitian ini menguraikan persepsi, respon psikososial, kebutuhan penatalaksanaan, harapan dan makna kehidupan klien. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Hasil penelitian menemukan tujuh tema besar yang sesuai dengan tujuan penelitian dan satu tema tambahan yaitu beban yang dihadapi klien. Kesimpulannya makna kehidupan klien didapatkan dalam kondisi penderitaan dan pendalaman nilai spiritual. Penelitian ini menyarankan penggunaan model Adaptasi Roy dalam pengembangan teori keperawatan khususnya masalah psikososial; tersusunnya format pengkajian psikososial sebagai panduan mengidentifikasi masalah psikososial di keluarga, rumah sakit maupun masyarakat.

Kata kunci : makna kehidupan, diabetes melitus, kualitatif

ABSTRACT

Name: Dwi Heppy Rochmawati
Study Program: Master of Nursing

Title: Meaning of Life Clients with Diabetes Mellitus Chronic, in Semarang
Kelurahan Bandarharjo a Phenomenology Study

This thesis discussed how the client Diabetes Mellitus give life meaning in the pain condition. The purpose of this study described the perceptions, psychosocial responses, needs management, client expectations and the meaning of life. This study is a descriptive qualitative research design. The study found seven broad themes consistent with the purpose of research and one additional theme is the burden faced by the client. In conclusion the meaning of the life of the client obtained under conditions of suffering and deepening of spiritual values. This study suggests the use of Roy's adaptation model in nursing theory development in particular psychosocial problems; compilation format psychosocial assessment as a guide to identify psychosocial problems in families, hospitals and the community.

Key words: the meaning of life, diabetes mellitus, qualitative

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SKEMA	xii
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1. Tujuan Umum Penelitian	5
1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa	6
1.4.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan	6
1.4.3. Perkembangan Riset Keperawatan	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Diabetes Melitus	7
2.1.1. Definisi	7
2.1.2. Penyebab	8
2.1.3. Kronologi	9
2.1.4. Aspek Psikososial terkait Diabetes Melitus	10
2.1.4.1. Teori Stress Adaptasi	12
2.1.4.2. Konsep Kehilangan	14
2.1.4.3. Beban yang Dihadapi Pasien	16
2.2. Landasan Teoritis yang Mendasari Makna Kehidupan	19
2.2.1. Teori Eksistensial	20
2.2.1.1. Filsafat Logoterapi	21
2.2.1.2. Sumber-Sumber Makna Hidup	22
2.2.1.3. Teknik Menemukan Makna Hidup	23
2.2.2. Teori Humanistik	28
2.3. Peran Perawat Jiwa bagi Klien	31
2.4. Kerangka Pikir Penelitian	32
2.5. Metode Riset Kualitatif dengan Pendekatan Fenomenologi	38
3. METODE PENELITIAN	
3.1. Rancangan Penelitian	40
3.2. Sampel dari Penelitian	40
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian	43

3.3.1. Tempat Penelitian	43
3.3.2. Waktu Penelitian	44
3.3. Etika Penelitian	44
3.4. Prosedur Pengumpulan Data	45
3.4.1. Cara Pengumpulan Data	45
3.4.2. Prosedur Pengumpulan Data	47
3.4.3. Instrument Pengumpulan Data	47
3.5. Pengolahan dan Analisis Data	48
3.6. Keabsahan Data	53
4. HASIL PENELITIAN	
4.1. Gambaran Karakteristik Partisipan	55
4.2. Analisa Tema	58
4.2.1. Tema 1 : Persepsi tentang Penyakit	61
4.2.2. Tema 2 : Respon terhadap Perubahan karena Diabetes Melitus..	67
4.2.3. Tema 3 : Kebutuhan Penatalaksanaan Diabetes Melitus	71
4.2.4. Tema 4 : Harapan tentang Diri Sendiri	75
4.2.5. Tema 5 : Harapan terhadap Orang lain	76
4.2.6. Tema 6 : Makna Penderitaan	80
4.2.7. Tema 7 : Makna Spiritual	84
4.2.8. Tema 8 : Beban yang dihadapi Klien	88
5. PEMBAHASAN	
5.1. Pembahasan Hasil Penelitian	91
5.1.1. Persepsi tentang Penyakit	91
5.1.2. Respon terhadap Perubahan karena Diabetes Melitus	95
5.1.3. Kebutuhan Penatalaksanaan Diabetes Melitus	101
5.1.4. Harapan Klien terhadap Kondisi Sakitnya	104
5.1.5. Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus	106
5.1.6. Tema Lain yang Muncul : Beban Klien Akibat Penyakit DM ..	114
5.2. Pembahasan Aplikasi Model Adaptasi Roy dalam Penelitian	115
5.3. Keterbatasan Penelitian	118
5.4. Implikasi Hasil Penelitian	118
5.4.1. Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa	118
5.4.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan Jiwa	119
5.4.3. Penelitian	119
6. SIMPULAN DAN SARAN	
6.1. Simpulan	121
6.2. Saran	122
6.2.1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa	122
6.2.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan	123
6.2.3. Keluarga dan Masyarakat	123
6.2.4. Perkembangan Riset Keperawatan	124
DAFTAR REFERENSI	125
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Kerangka Teori Stress dan Adaptasi Roy	32
Gambar 2.2.	Kerangka Pikir Penelitian	38
Gambar 3.1.	Analisa Data Penelitian Kualitatif	52



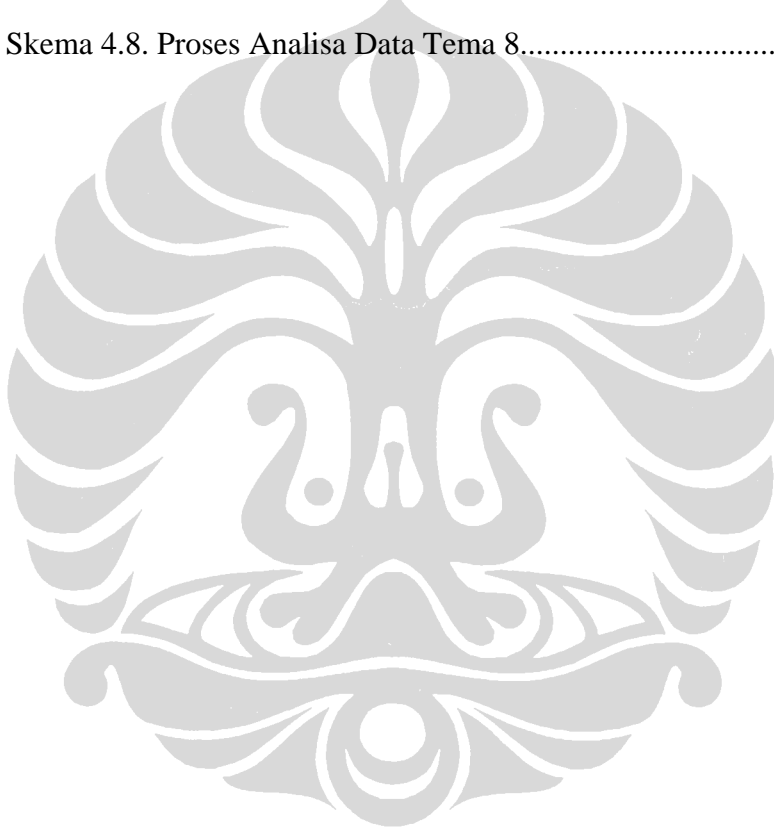
DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 3 Instrumen Data Demografi
- Lampiran 4 Panduan Wawancara
- Lampiran 5 Instrument Field Note
- Lampiran 6 Jadwal Penelitian dalam Minggu
- Lampiran 7 Uji Etik Penelitian
- Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9 Karakteristik dan Deskripsi Partisipan
- Lampiran 10 Kisi-Kisi Tema
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup



DAFTAR SKEMA

Skema 4.1. Proses Analisa Data Tema 1.....	60
Skema 4.2. Proses Analisa Data Tema 2.....	66
Skema 4.3. Proses Analisa Data Tema 3.....	71
Skema 4.4. Proses Analisa Data Tema 4.....	75
Skema 4.5. Proses Analisa Data Tema 5.....	76
Skema 4.6. Proses Analisa Data Tema 6.....	80
Skema 4.7. Proses Analisa Data Tema 7.....	84
Skema 4.8. Proses Analisa Data Tema 8.....	88



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar gula dalam darah. Data mengenai epidemiologi penyakit Diabetes Melitus telah menunjukkan adanya peningkatan dari tahun ke tahun. Data epidemiologi menunjukkan bahwa jumlah penderita Diabetes Mellitus di dunia dari 110,4 juta pada tahun 1994 akan melonjak 1,4 kali lipat (175,4 juta) pada tahun 2000 dan akan melonjak dua kali lipat (239,3 juta) pada tahun 2010 (Purnomo, 2002). Prevalensi di Indonesia berdasarkan berbagai penelitian epidemiologis berkisar antara 1,5% – 2,3% pada penduduk usia > 15 tahun, di Manado justru mencapai 6,1%. Di daerah Urban Jakarta jumlah tersebut meningkat dari 1,7% (1982) menjadi 5,7% (1993), demikian pula di Makassar meningkat dari 1,5% (1981) menjadi 2,9% (1998), namun di daerah rural ternyata masih rendah seperti Tasikmalaya prevalensi 1,2%, di Tanah Toraja 0,8%. Hasil penelitian di Semarang tahun 1975 mendapatkan prevalensi 1,46% dan di Pekajangan (1979) mendapatkan angka prevalensi lebih tinggi yaitu 2,4%, yang diduga adanya faktor genetik (Soeharyo, 2007).

Diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi Diabetes Melitus (DM) di Indonesia mencapai 21,3 juta orang (Diabetes Care, 2004). Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diperoleh bahwa proporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki ranking ke-2 yaitu 14,7%, sedangkan untuk daerah pedesaan, DM menduduki ranking ke-6 yaitu 5,8%. (Yoga, 2009).

Pemahaman yang baik tentang penyakit Diabetes melitus akan sangat banyak membantu. Sejumlah klien pada kenyataannya sulit menghadapi situasi di mana ia merasa berbeda dari orang lain (Taylor, 2009). Klien dengan Diabetes Melitus mau tidak mau akan mengalami gangguan atau perubahan dalam pola hidup.

Baik itu dalam hal mengatur gaya hidup terkait pola makan, pengobatan maupun dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Semua pilihan tersebut tergantung pada mekanisme coping individu, kemampuan untuk berubah dan menyesuaikan diri dengan penyakitnya serta ketrampilan yang dimiliki klien untuk mempertahankan keseimbangan hidup. Pemaknaan hidup di tengah penderitaan yang menahun bisa merupakan semangat untuk tetap menjalani keadaan yang serba sulit. Dengan pemaknaan yang positif akan membentuk sebuah keseimbangan.

Keseimbangan atau homeostasis merupakan mekanisme tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi berbagai kondisi yang dialaminya. Proses homeostasis dapat terjadi apabila tubuh mengalami stress yang secara alamiah tubuh akan melakukan mekanisme pertahanan diri untuk menjaga kondisi agar tetap seimbang. Homeostasis adalah suatu proses pemeliharaan stabilitas dan adaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitar yang terjadi secara terus menerus. Homeostasis terdiri atas homeostasis fisiologis dan psikologis. Homeostasis psikologis berfokus pada keseimbangan emosional dan kesejahteraan mental (Hidayat, 2006). Manusia akan senantiasa berinteraksi dengan lingkungan sebagai proses pertukaran energi secara terus menerus dalam rangka memelihara haemodinamika, yang bertujuan untuk penyesuaian diri agar mampu mempertahankan kehidupannya. Manusia itu unik, artinya manusia akan berusaha menemukan dan menciptakan nilai-nilai yang akan memberikan makna bagi kehidupannya untuk mempertahankan keseimbangannya. Eksistensi dari keberadaan manusia itu adalah kebermaknaan dirinya dalam kehidupan. Ketika manusia gagal menciptakan kebermaknaan maka hal-hal yang mungkin dialami antara lain kesepian, kesendirian ataupun keterasingan (Yuwono, 2010).

Kehidupan ini selalu mempunyai makna bahkan dalam keadaan apapun dan bagaimanapun, termasuk dalam penderitaan sekalipun, hasrat hidup bermakna merupakan motivasi utama dalam kehidupan ini. Manusia memiliki kebebasan dalam upaya menemukan makna hidup, yakni melalui karya-karya yang diciptakannya, hal-hal yang dialami dan dihayati -termasuk cinta kasih-, atau dalam setiap sikap yang diambil terhadap keadaan dan penderitaan yang tidak

mungkin terelakkan. Manusia dihadapkan dan diorientasikan kembali kepada makna, tujuan dan kewajiban hidupnya. Kehidupan tidak selalu memberikan kesenangan kepada kita, tetapi senantiasa menawarkan makna yang harus kita jawab. Tujuan hidup bukanlah untuk mencapai keseimbangan tanpa tegangan, melainkan seiring dalam kondisi tegangan antara apa yang kita hayati saat ini dengan prospek kita di masa depan (Muhid, 2010).

Penderitaan memberikan suatu makna manakala individu menghadapi situasi kehidupan yang tidak dapat dihindari. Bilamana suatu keadaan sungguh-sungguh tidak bisa diubah dan individu tidak lagi memiliki peluang untuk merealisasikan nilai-nilai kreatif, maka saatnya untuk merealisasikan nilai-nilai bersikap. Individu yang berada dalam penderitaan, ia mengalami ketegangan atas apa yang seharusnya terjadi dengan apa yang sebenarnya terjadi dalam kenyataan. Kondisi sakit merupakan stressor tersendiri bagi klien, klien harus beradaptasi dengan perubahan kesehatan yang dialaminya. Apalagi bila yang dideritanya merupakan sebuah penyakit kronis menahun yang tidak bisa disembuhkan, Diabetes Melitus merupakan salah satu dari sekian banyak penyakit kronis. Apabila klien tidak bisa menerima kondisi sakitnya, klien akan menjadi putus asa, merasa tidak berguna, tidak mau bersosialisasi dan akhirnya bisa mengakibatkan depresi.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan tentang Diabetes Melitus di Semarang di antaranya adalah tentang Gangguan Muskuloskeletal pada Penderita Diabetes Mellitus di RS Dr. Kariadi Semarang oleh Hery Djagat Purnomo pada tahun 2002, dengan hasil 10% menderita rematik, 80% disabilitas musculoskeletal dan sisanya osteoartritis; Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Pendidikan terhadap Kepatuhan Diit pada Penderita Diabetes Melitus Rawat Jalan di RS. Dr. Kariadi Semarang oleh Mahasiswa Ahli Gizi, hasilnya ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan pendidikan terhadap kepatuhan diit klien Diabetes Melitus; Motivasi Klien Diabetes Melitus dalam Menjalankan Program Diit oleh Rochmawati pada tahun 2003 di Kelurahan Panggung Lor Semarang, dengan hasil bahwa klien Diabetes Melitus yang menjalankan program diit secara teratur karena ingin menekan biaya perawatan dan pengobatan. Contoh-contoh

penelitian tersebut belum ada yang membahas tentang aspek psikososial klien dengan Diabetes Melitus.

Dari hal tersebut penulis tertarik untuk meneliti tentang Diabetes Melitus ditinjau dari aspek psikososial di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang. Puskesmas Bandarharjo adalah salah satu puskesmas yang berada di bawah binaan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah merawat klien dengan Diabetes Melitus. Kebanyakan klien yang datang adalah mereka yang kurang berhasil dalam mengontrol atau mengendalikan kadar gula di dalam darah. Alasan pemilihan tempat tersebut didasarkan atas belum banyaknya dilakukan penelitian terkait di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo apalagi yang terkait dengan masalah psikososial. Fokus dari aspek psikososial yang akan menjadi titik berat adalah bagaimana pengalaman klien Diabetes Melitus kronik dalam memaknai hidupnya dan berdamai dengan kondisi sakitnya.

Berdasarkan latar belakang tersebut, sangat menarik untuk menggali pengalaman pada klien. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi akan sangat tepat digunakan untuk menggali pengalaman klien Diabetes Melitus Kronik dalam memaknai kehidupan. Pendekatan fenomenologi tersebut diharapkan dapat mengungkap secara rinci dan mendalam tentang pengalaman klien sehingga dapat digunakan untuk pengembangan keperawatan jiwa dan perbaikan pemberian pelayanan kesehatan masyarakat.

1.2. Rumusan Masalah

Klien dengan Diabetes Melitus akan mengalami kondisi dimana penyakit tersebut tidak bisa disembuhkan, yang bisa dilakukan adalah mempertahankan kadar gula dalam darah untuk tetap stabil (Taylor, 2009). Namun banyak klien yang belum menyadari hal tersebut, klien menganggap bahwa penyakitnya bisa disembuhkan. Akibatnya banyak klien yang kemudian merasakan putus asa, tidak memiliki harapan ke depan seiring dengan gejala-gejala Diabetes Melitus yang dirasakan tidak bersahabat, seperti mudah lelah, malas, rasa lemas, mudah mengantuk, tidak

bertenaga sepanjang hari sehingga klien memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan memenuhi kebutuhannya. Kebanyakan klien membutuhkan waktu cukup lama untuk bisa menerima bahwa mereka mengidap Diabetes Melitus. Banyak yang harus dipelajari dan diubah, sehingga mudah bagi mereka untuk merasa panik dan tidak berdaya. Selanjutnya, di banyak bagian kehidupan, mereka mudah menyalahkan apapun sehubungan dengan Diabetes Melitus, padahal masalah yang timbul tidak ada hubungannya sama sekali dengan penyakit tersebut. (Taylor, 2009).

Pemberian makna dalam kehidupan sebagai penyandang Diabetes Melitus seumur hidup memegang peranan yang sangat penting bagi klien, untuk mempertahankan keseimbangan dalam hidup. Namun belum ada penelitian spesifik mengarah penjelasan yang mendalam tentang pengalaman klien sebagai penderita Diabetes Melitus dalam memaknai kehidupannya sebagai dasar bagi perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan jiwa komunitas yang holistik. Oleh karena itu dalam penelitian ini penulis ingin menggali lebih dalam tentang makna kehidupan pada klien dengan Diabetes Melitus.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan pengalaman – pengalaman klien penderita Diabetes Melitus dan bagaimana mereka memaknai kehidupan sebagai penyandang penyakit Diabetes Melitus.

1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk menguraikan :

- 1.3.2.1. Persepsi klien Diabetes Melitus terhadap penyakit.
- 1.3.2.2. Respon psikososial klien penderita Diabetes Melitus kronik terhadap perubahan akibat penyakit.
- 1.3.2.3. Kebutuhan klien yang diharapkan dari keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan terkait dengan kondisi.

1.3.2.4. Harapan klien terhadap keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan.

1.3.2.5. Makna hidup klien Diabetes Melitus

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai dasar pengembangan model keperawatan jiwa komunitas di Indonesia. Pada penelitian ini akan diperoleh gambaran pengalaman klien penderita Diabetes Melitus yang meliputi : persepsi klien tentang Diabetes Melitus, respon psikososial klien, makna kehidupan klien penderita Diabetes Melitus, kebutuhan klien Diabetes Melitus yang diharapkan dari keluarga, masyarakat, petugas kesehatan dan harapan klien penderita Diabetes Melitus. Pengalaman tersebut dapat menjadi data dasar yang menghasilkan pengetahuan baru yang akan berguna untuk mengembangkan instrument/panduan yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang tepat.

1.4.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan

Konsep yang dihasilkan akan mendasari pengembangan model intervensi keperawatan jiwa komunitas terutama dalam bidang psikososial. Pemahaman tentang masalah psikososial akan melandasi penyusunan asuhan keperawatan jiwa keluarga dan pengembangan terapi-terapi spesialis jiwa keluarga khususnya bidang psikososial.

1.4.3. Perkembangan Riset Keperawatan

Studi ini akan menghasilkan wawasan tentang pengalaman klien Diabetes Melitus dalam memaknai hidupnya sebagai dasar pengembangan terapi-terapi spesialis keperawatan jiwa di tatanan keluarga dan komunitas. Pengembangan riset keperawatan yang dilakukan akan meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep Diabetes Melitus, landasan teoritis yang mendasari makna kehidupan, peran keperawatan jiwa, pendekatan menggunakan model konseptual Adaptasi Roy dan alasan pemilihan metodologi penelitian.

2.1. Diabetes Melitus

2.1.1. Definisi

Diabetes Melitus adalah sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh peningkatan glukosa dalam darah atau hiperglikemia dan berkaitan dengan defisiensi kerja insulin (Brunner & Suddarth, 2002). Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronis yang kompleks yang melibatkan : (1) kelainan metabolisme karbohidrat, protein, lemak dan (2) berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neurologi (Barbara, 1996).

Diabetes Mellitus adalah kelainan yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang dihubungkan dengan defisiensi kerja dan atau sekresi insulin secara absolut atau relatif (Soeharyo, 2007). Diabetes Melitus atau penyakit gula atau kencing manis adalah suatu kumpulan aspek gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik yang sifatnya absolut maupun relatif (Habibie, 2010).

Diabetes Melitus adalah suatu jenis penyakit yang disebabkan menurunnya hormon insulin yang diproduksi oleh kelenjar pankreas. Adanya kondisi

penurunan hormon ini mengakibatkan seluruh gula (glukosa) yang dikonsumsi tubuh tidak dapat diproses secara sempurna, sehingga kadar glukosa dalam tubuh akan meningkat (Utami, 2004). Dari beberapa pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa Diabetes Melitus adalah sebuah kelainan menetap yang merupakan sekumpulan gejala yang ditandai dengan peningkatan kadar gula di dalam darah akibat ketidakmampuan kelenjar pankreas memproduksi insulin secara absolut maupun relatif yang bertugas untuk menetralkan kadar gula di dalam darah.

2.1.1. Penyebab

Penyebab Diabetes Melitus adalah kurangnya produksi dan ketersediaan insulin dalam tubuh atau terjadinya gangguan fungsi insulin, yang sebenarnya jumlahnya cukup. Kekurangan insulin disebabkan terjadinya kerusakan sebagian kecil atau sebagian besar sel-sel beta pulau langerhans dalam kelenjar pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin. Jika dirunut lebih dalam, ada beberapa faktor yang menyebabkan Diabetes Melitus, yaitu : a). genetik atau faktor keturunan ; b). virus dan bakteri, di antaranya *rubella*, *mumps*, *human coxsackievirus B4*, yang menurunkan daya imun dan merusak sel beta pankreas ; c). bahan toksik atau beracun, yaitu *alloxan*, *pyrinuron (rodentisida)*, *streptozotin* (produk sejenis jamur), *cassava/singkong* yang mengandung glikosida sianogenik yang dapat menyebabkan kerusakan pankreas ; dan d). nutrisi, nutrisi yang berlebihan dan menimbulkan obesitas bisa menyebabkan Diabetes Melitus (Utami, 2004).

Penyebab lain, para ahli membagi Diabetes Melitus menjadi dua, yaitu DM tipe 1 dan tipe 2. Pada DM tipe 1, penyebab utamanya ialah kondisi kekurangan pada proses penyerapan makanan. Fungsi utama dalam menurunkan kadar gula darah secara alami dengan cara : a). meningkatkan jumlah gula yang disimpan di dalam hati ; b). merangsang sel-sel tubuh

agar menyerap gula ; c). mencegah hati mengeluarkan terlalu banyak gula. Jika insulin berkurang, kadar gula di dalam darah akan meningkat. Diabetes tipe 1 ini sebagian besar dialami oleh penderita di bawah usia 30 tahun (75%). Pada Diabetes Melitus tipe 2, gangguan utama justru pada volume reseptor (penerima), yakni sel-sel darah. Dalam kondisi ini, produktivitas insulin bekerja dengan baik, namun tidak didukung oleh kuantitas volume reseptor yang cukup pada sel darah, keadaan ini dikenal dengan resistensi insulin. Penderita tipe 2 ini kebanyakan berusia di atas 40 tahun, yaitu sekitar 90% (Habibie, 2010).

2.1.2. Kronologi

Diabetes Melitus sangat erat kaitannya dengan mekanisme pengaturan gula normal. Pada kondisi normal, kadar gula tubuh akan selalu terkendali, berkisar antara 70 – 110 mg/dl. Sehabis makan, terjadi penyerapan makanan seperti tepung-tepungan (karbohidrat) di usus dan kadar gula darah akan meningkat. Peningkatan kadar gula darah ini akan memicu produksi insulin oleh pankreas.

Hormon insulin diproduksi oleh kelenjar pankreas. Pankreas mengandung kurang lebih 100.000 pulau langerhans dan setiap pulau mengandung 100 sel beta. Berkat pengaruh hormon insulin ini, gula dalam darah sebagian besar akan masuk ke dalam berbagai macam sel tubuh, terbanyak pada sel otot, yang akan digunakan sebagai bahan energi di dalam sel. Sel otot kemudian menggunakan gula untuk berbagai keperluan yakni sebagai energi, sebagian disimpan sebagai glikogen dan jika masih ada sisa maka akan diubah menjadi lemak dan protein. Jika hormon insulin tidak ada, maka glukosa tidak dapat masuk ke sel dan berakibat glukosa akan tetap berada di dalam pembuluh darah sehingga kadar glukosa di dalam darah meningkat (Habibie, 2010).

2.1.3. Aspek Psikososial Terkait Diabetes Mellitus

Klien dengan Diabetes Mellitus -sebuah penyakit gangguan metabolik yang menetap, menahun dan tidak bisa disembuhkan, melainkan hanya dengan mengendalikan kestabilan kadar gula dalam darah- tentu memiliki keinginan-keinginan dan harapan-harapan agar tetap bisa menjalani kehidupan sehari-hari dengan normal seperti sedia kala. Namun, tidak bisa dipungkiri bahwa kondisi yang menahun dan kadang disertai naik turunnya kadar gula dalam darah akan menyebabkan sebuah permasalahan tersendiri bagi klien. Klien bisa mengalami stress karena kondisi yang menimpunya. Stress diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki oleh klien, sehingga menimbulkan kesenjangan, semakin tinggi kesenjangan, semakin tinggi pula tingkat stress yang dialami oleh klien.

Berdasarkan studi pendahuluan kepada beberapa klien yang sempat berdiskusi dengan peneliti, klien menyampaikan suatu pengharapan bahwa klien bisa kembali normal dalam menjalankan aktifitas sehari-harinya. Bisa bekerja dengan baik, bersosialisasi, makan dengan bebas tanpa ada batasan yang harus diperhatikan, seperti sebelum dinyatakan mengidap Diabetes Mellitus. Namun kenyataan yang dialami, klien merasa sangat kesulitan dengan penyesuaian terhadap kondisi sakit yang dialami, klien harus rutin memeriksakan kadar gula setiap saat, harus mengontrol dan membatasi asupan nutrisi setiap harinya, harus rutin dalam beraktifitas, mengkondisikan pikiran tetap santai dan tidak stress. Padahal seluruh kejadian dalam kehidupan tidak bisa diprediksikan oleh klien, apakah besok akan dilalui dengan bahagia tanpa masalah ataukah kesulitan dan masalah yang akan menghampiri. Apalagi bila kenyataannya bahwa klien harus keluar masuk ke Rumah Sakit untuk opname karena kurangberhasilan mempertahankan kestabilan kadar gula dalam darah. Semua proses kehidupan akan mengalami hambatan. Mulai dari terhambatnya peran sebagai istri, sebagai ibu, sebagai pencari nafkah,

harus berhenti untuk mencapai kembali kesehatannya. Kondisi ini semakin dirasakan oleh klien menambah beban dan stress yang tanpa disadari memperberat penyakitnya.

Klien dengan Diabetes Melitus bisa mengalami kecemasan, karena penyakit ini merupakan penyakit menahun yang tidak bisa disembuhkan, pengobatannya seumur hidup dan harus diimbangi dengan pola pengaturan diet yang ketat. Individu yang tidak dapat menerima penurunan kemampuan dirinya akibat penyakit yang dideritanya tidak menutup kemungkinan akan muncul gangguan psikologis yang akan membawa dampak buruk terhadap penyakitnya. Ketika klien tahu bahwa penyakitnya tidak bisa disembuhkan mereka akan sulit untuk menikmati hidupnya karena harus selalu mengendalikan kadar gula dalam darahnya. Kondisi ini berpengaruh juga terhadap cara pandang klien terhadap masa depannya, klien menjadi pesimis, tidak puas dan merasa tidak percaya pada diri sendiri.

Selain beberapa dampak psikologis, ada pula dampak yang dialami oleh klien dan keluarganya terkait dengan penyakit Diabetes Melitus. Dampak tersebut antara lain : dampak ekonomi, dampak fisik dan dampak sosial. Dampak terhadap ekonomi, bahwa klien yang menderita Diabetes Melitus membutuhkan biaya yang sangat mahal untuk pengobatan dan perawatannya, sehingga akan mempengaruhi pengeluaran keluarga dan berkurangnya pendapatan keluarga. Dampak secara fisik, bahwa penyakit Diabetes Melitus juga bisa menyebabkan komplikasi yang tidak kalah penting, diantaranya yaitu, kondisi kelemahan fisik, berat badan yang terus menurun, rasa kesemutan, gatal-gatal, penglihatan menjadi kabur, stroke dan gangren. Dampak sosial, yang dimaksud adalah bila klien tidak bisa menerima kondisi sakitnya, maka klien akan mengalami rasa putus asa, merasa tidak berguna dan hal ini bisa menimbulkan terjadinya depresi (Price & Wilson, 2006).

2.1.4.1. Teori Stress Adaptasi

Stress adalah respon adaptif yang dipengaruhi oleh karakteristik individual dan atau proses psikologis, yaitu akibat dari tindakan, situasi atau kejadian eksternal yang menyebabkan tuntutan fisik dan atau psikologis terhadap seseorang. Menurut Hans Selye (1956,1976) bahwa stress adalah respon non spesifik tubuh terhadap setiap kebutuhan tanpa memperhatikan sifatnya (Brunner & Suddarth, 2002). Klien dengan penyakit menahun yang tidak bisa disembuhkan bukan tidak mungkin akan mengalami stress, karena kondisi yang mengharuskannya untuk selalu mengontrol makanan yang dikonsumsi, mengontrol kadar gula dalam darah, dan mengatur semua aktifitas kesehariannya.

Menurut Hidayat (2006), sumber stress bisa berasal dari faktor internal maupun eksternal. Sumber stress yang berasal dari internal yaitu bersumber dari diri sendiri; stress individual dapat timbul dari tuntutan pekerjaan atau beban yang terlalu berat, kondisi keuangan, ketidakpuasan dengan fisik tubuh, penyakit yang dialami, masa pubertas, karakteristik atau sifat yang dimiliki dan sebagainya. Sumber stress dari eksternal dapat bersumber dari keluarga, masyarakat dan lingkungan. Stress yang berasal dari keluarga disebabkan oleh adanya perselisihan dalam keluarga, perpisahan orang tua, adanya anggota keluarga yang mengalami kecanduan narkoba dan sebagainya. Sumber stress dari masyarakat dan lingkungan dapat berasal dari lingkungan pekerjaan, lingkungan sosial atau lingkungan fisik, contohnya: tidak tersedianya pilihan makanan di tempat kerja, tidak dapat melakukan olah raga secara teratur.

Penyakit fisik yang dialami menahun menyebabkan perubahan fisik pada klien dengan Diabetes Melitus, apakah itu menjadi lebih kurus, lebih gemuk (bisa menyebabkan terjadinya gangguan citra tubuh dan harga diri rendah situasional) atau merasa lebih cepat lelah dan tidak berdaya merupakan beberapa sumber yang berasal dari dalam individu terkait

pencetus stress individu yang berasal dari dalam atau internal. Sehingga klien dengan Diabetes Melitus dapat digolongkan ke dalam individu yang mengalami stress dengan sumber dari dalam.

Ketika mengalami stress, seseorang akan menggunakan energi fisik, psikis, sosial, budaya dan spiritual untuk beradaptasi. Jumlah energi yang dibutuhkan dan efektifitas upaya adaptasi tersebut bergantung pada intensitas, lingkup dan jangka waktu stressor, serta jumlah stressor lainnya. Adaptasi diperlukan agar tetap berada kondisi seimbang, adaptasi merupakan proses penyesuaian secara psikologis dengan melakukan mekanisme pertahanan diri yang bertujuan melindungi atau bertahan dari serangan atau hal yang tidak menyenangkan. Adaptasi adalah suatu proses yang konstan dan berkelanjutan yang membutuhkan perubahan dalam hal struktur, fungsi dan perhatian suatu lingkungan tertentu. Proses ini melibatkan interaksi antara individu dan lingkungan (Brunner & Suddarth, 2002).

Adaptasi psikologis bisa bersifat konstruktif maupun destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk memecahkan konflik. Bahkan rasa cemas pun bisa menjadi konstruktif, jika dapat memberi sinyal adanya suatu ancaman sehingga individu dapat mengambil langkah-langkah antisipatif untuk mengurangi dampaknya. Sedangkan perilaku destruktif tidak membantu individu mengatasi stressor (Hidayat, 2006).

Klien yang tidak mampu bertahan dengan kondisinya dan justru melakukan mekanisme yang destruktif, maka klien akan mengalami sebuah kondisi yang sangat tidak menyenangkan, dimana kestabilan psikis akan terganggu dan lambat laun bila tidak ditangani secara professional bisa mengakibatkan masalah psikososial. Klien merasa stress, kehilangan dan merasa tidak berdaya akibat penyakit yang dideritanya. Namun apabila klien mampu bertahan terhadap kondisi penyakitnya dan bahkan

bisa beradaptasi dengan baik dengan berperilaku konstruktif, maka kebahagiaan akan didapatkan, klien bisa menemukan makna dalam kehidupannya. Meski dalam kondisi yang bagaimanapun, bukankah kehidupan itu selalu ada maknanya, bahkan dalam kondisi yang paling menderita sekalipun.

2.1.4.2. Konsep Kehilangan

Kehilangan (*loss*) adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami oleh individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan, atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan (Hidayat, 2006). Klien dengan Diabetes Melitus merasa kehilangan karena adanya perubahan dalam hidupnya. Pola hidup yang berubah, gaya hidup dan aktifitas yang dituntut untuk berubah menyesuaikan dengan kondisi penyakitnya. Setiap individu pasti akan bereaksi terhadap kehilangan, respon terakhir terhadap kehilangan akan dipengaruhi oleh respon individu terhadap pengalaman kehilangan sebelumnya.

Menurut Hidayat (2006), jenis-jenis kehilangan bisa dibedakan menjadi lima, yang pertama yaitu : kehilangan objek eksternal, misalnya kecurian atau kehancuran akibat bencana alam. Kedua, kehilangan lingkungan yang dikenal, misalnya berpindah rumah, dirawat di rumah sakit atau berpindah pekerjaan. Ketiga, kehilangan sesuatu atau seseorang yang berarti misalnya pekerjaan, kepergian anggota keluarga atau teman dekat, perawat yang dipercaya, atau binatang peliharaan. Keempat, kehilangan suatu aspek diri, misalnya anggota tubuh, fungsi fisik dan fungsi psikologis. Kelima, kehilangan hidup, misalnya kematian anggota keluarga, teman dekat atau diri sendiri. Klien dengan Diabetes Melitus menahun, tergolong mengalami kehilangan salah satu aspek diri yaitu kehilangan fungsi fisik, dimana tubuh tidak bisa lagi berfungsi sebagai mana semula. Apabila klien belum bisa menerima kondisi sakitnya

dengan pasrah dan ikhlas, maka klien termasuk mengalami kehilangan salah satu aspek diri fungsi psikologis.

Proses kehilangan terdiri dari mengingkari (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi/tertekan (*depression*) dan menerima (*acceptance*). Semua tahapan tersebut pasti akan dilalui oleh klien yang mengalami kehilangan, yang membedakan adalah jangka waktunya. Satu klien dengan klien yang lain tidak sama dalam melalui proses tersebut. Ada yang bisa langsung mencapai fase penerimaan ada yang sangat lama bahkan berbulan-bulan untuk akhirnya dapat menerima kondisi sakitnya (Yosep, 2009).

Kubler-Ross (2005), menggambarkan tahapan reaksi yang biasanya muncul. Reaksi tersebut meliputi:

- *Denial* (penyangkalan)

Shock dan *denial* adalah reaksi pertama yang muncul pada kondisi kehilangan. Penyangkalan muncul dalam ketidaksadaran dan ditunjukkan dengan ansietas yang berlebihan. Jika penyangkalan bertahan dalam waktu lama, hal itu harus diperhatikan. Pada tahap ini, banyak individu melaporkan perasaan mereka yang bingung, disorganisasi dan tidak berdaya.

- *Anger* (marah)

Ketika individu sadar bahwa mereka tidak menunjukkan kemajuan yang signifikan, perasaan marah (*anger*) biasanya muncul. Perasaan marah sering ditujukan kepada tenaga profesional yang menangani, karena tidak mampu menyembuhkan atau karena tidak mampu memenuhi kebutuhan. Bahkan tidak jarang mereka marah kepada Tuhan, setelah banyak upaya kebaikan yang telah diperbuatnya. Perasaan salah berlebihan, selain mengarah ke orang lain, juga dapat diarahkan pada diri sendiri.

- *Bargaining* (tawar menawar)

Tahap ini, memiliki ciri adanya fantasi dalam pikiran individu. Selama proses *bargaining*, dapat dilihat keterlibatan individu dalam aktivitas yang membawa keuntungan tertentu. Wujud penerapan lain, yaitu beralih lebih religius atau mengharapkan keajaiban dengan upaya “membeli “ kemurahan Tuhan.

- *Depression* (depresi)

Depresi biasanya muncul ketika individu sadar bahwa kemarahan mereka tidak bisa mengubah keadaannya, dan mereka tidak bisa menerima keadaan kronis dari kondisi “keterbatasan” tersebut serta implikasinya pada keluarga. Tingkat keparahan depresi tergantung pada bagaimana individu menginterpretasikan dan memaknai sebuah peristiwa serta kemampuan *coping* yang dimiliki

- *Acceptance* (penerimaan)

Acceptance terjadi ketika individu telah dapat menunjukkan beberapa karakteristik, antara lain individu dapat mendiskusikan mengenai kekurangan dirinya pada orang lain, menemukan keseimbangan antara tanggung jawab dan kewajiban, dapat berkolaborasi dengan tenaga profesional dan membuat rencana-rencana jangka pendek dan jangka panjang yang realistis untuk penanganan dan pengobatan.

2.1.4.3. Beban yang dihadapi oleh Pasien

Diabetes Melitus merupakan salah satu contoh dari sekian banyak penyakit yang tergolong dalam penyakit kronis. Penyakit kronis adalah penyakit yang sudah lama diderita dan biasanya karena tidak mendapatkan pengobatan secara lengkap. Penyakit kronis didefinisikan sebagai kondisi medis/masalah kesehatan yang berkaitan dengan gejala-gejala/kecacatan yang membutuhkan penatalaksanaan jangka panjang. Sebagian penatalaksanaan ini mencakup belajar untuk hidup dengan gejala dan kecacatan, sementara juga menghadapi segala bentuk perubahan identitas yang diakibatkan oleh penyakit. Sebagian lagi mencakup menjalani

perubahan gaya hidup dan regimen yang dirancang untuk tetap menjaga agar tanda dan gejala terkontrol dan untuk mencegah komplikasi (Brunner & Suddarth, 2002).

Penyakit kronis dapat dikontrol dengan diet, olah raga dan menjaga kesehatan. Contoh penyakit kronis adalah Diabetes Melitus, Penyakit Jantung, *Arthritis*, *Multiple Sklerosis*, Penyakit Ginjal dan *Lupus Eritematrosus*. Klien dengan Diabetes Melitus, biasanya akan mengalami perubahan dalam dirinya, baik itu perubahan dalam mobilitas fisik maupun tingkat kemandirian klien. Termasuk pula perubahan dalam hidupnya yaitu cara dia memandang dirinya dan berhubungan dengan orang lain. Timbulnya keputusan merupakan hal yang lumrah dan lazim untuk para klien dengan penyakit kronis, termasuk Diabetes Melitus.

Klien dengan Diabetes Melitus akan menanggung sejumlah beban yang harus dijalaninya setiap waktu sepanjang hidupnya, baik itu beban secara fisik maupun psikis. Pertama, beban psikis, perasaan tidak berdaya, putus asa, depresi, cemas, tidak nyaman, dan lain sebagainya. Hal ini didukung oleh penelitian yang pernah dilakukan di Rumah Sakit Umum Tugurejo Semarang oleh salah seorang perawatnya pada tahun 2008 tentang Diabetes Melitus, bahwa ada kaitannya antara Diabetes Melitus dengan kejadian Depresi, hal ini menunjukkan bahwa beban klien yang menderita Diabetes Melitus yang sangat tertekan dengan kondisi sakitnya bisa membawanya pada kondisi Depresi.

Beban yang kedua yaitu beban fisik, di mana terjadi perubahan tubuh dan tuntutan selalu mengontrol kadar gula darah, dan keluhan-keluhan fisik lain (lelah, lesu, letih, lemah, tidak bertenaga, dan lain sebagainya), termasuk biaya perawatan dan pengobatan. Didukung sebuah penelitian lain dilakukan di Pekalongan pada tahun 2005 oleh Yulia Fitriani bahwa dengan beraktifitas fisik secara teratur akan sangat membantu klien Diabetes Melitus mempertahankan keseimbangan kadar gula darahnya.

Jadi peneliti bisa menggarisbawahi bahwa apabila klien Diabetes Melitus melakukan aktifitas secara teratur maka kadar gula di dalam darahnya akan terkontrol, tetapi bila tidak beraktifitas teratur, maka kadar gula tidak bisa terkontrol dan ini bisa merupakan sebuah beban.

Penelitian lain, pada tahun 2003 tentang motivasi klien Diabetes Melitus dalam melaksanakan program diit oleh Rochmawati di Kelurahan Panggung Lor Semarang. Hasilnya bahwa dengan menjalankan beberapa program diit sangat membantu klien mengurangi beban ekonomi untuk biaya perawatan dan pengobatan. Karena dengan pengaturan jadwal dan pola makan bisa mempertahankan kestabilan kadar gula dalam darah, dan hal ini bisa menekan biaya yang harus dikeluarkan untuk membeli obat-obatan penurun kadar gula darah. Beberapa hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa beban yang dialami oleh penderita Diabetes Melitus tidak sedikit, dan membutuhkan metode untuk menangani penyakitnya, misalnya dengan beraktifitas, pengaturan diit dan pengendalian diri.

Beban bisa dilihat dari dua sisi, yaitu beban yang dirasakan oleh klien sebagai partisipan dan beban yang dihadapi oleh keluarga dalam merawat klien selama sakit. Menurut WHO (2008) mengkategorikan beban ke dalam dua jenis beban, yaitu:

- a. Beban obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif dari kesehatan fisik anggota keluarga.
- b. Beban subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, ansietas dan malu dalam situasi sosial, koping stres terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Sedangkan beban yang dihadapi oleh keluarga selama merawat klien

menurut Mohr (2006), terbagi menjadi tiga, yaitu :

- a. Beban Obyektif, merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan dalam merawat penderita. Termasuk dalam beban obyektif adalah : beban biaya finansial untuk pengobatan dan perawatan serta makanan yang bergizi sesuai diit anjuran.
- b. Beban Subyektif, merupakan beban yang berupa distress emosional yang dirasakan anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat penderita. Termasuk dalam beban subyektif diantaranya: ansietas, sedih, frustrasi, dan sebagainya.
- c. Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya.

2.2. Landasan Teoritis yang Menjelaskan tentang Makna Kehidupan

Makna hidup merupakan sesuatu yang dianggap penting dan berharga, serta memberikan nilai khusus bagi seseorang. Makna hidup bila berhasil ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan kehidupan ini dirasakan demikian berarti dan berharga. Pengertian mengenai makna hidup menunjukkan bahwa di dalamnya terkandung juga tujuan hidup, yakni hal-hal yang perlu dicapai dan dipenuhi. Makna hidup ini benar-benar terdapat dalam kehidupan itu sendiri, walaupun dalam kenyataannya tidak mudah ditemukan, karena sering tersirat dan tersembunyi di dalamnya. Bila makna hidup ini berhasil ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan kehidupan dirasakan bermakna dan berharga yang pada gilirannya akan menimbulkan perasaan bahagia. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kebahagiaan adalah ganjaran atau akibat samping dari keberhasilan seseorang memenuhi makna hidup (Bastaman, 2007).

Berbicara tentang makna hidup, maka akan saling berkaitan dengan sebuah teori Eksistensial yang dikemukakan oleh salah seorang ahli Teori Eksistensial, yaitu Victor E. Frankl. Juga Teori Humanisme yang dikemukakan oleh Gordon Allport, Abraham Maslow dan Carl Rogers. Seperti pernah pula diungkapkan oleh Plato bahwa “Kehidupan yang tak teruji bukan kehidupan yang berharga bagi seseorang”, demikian Plato mengutip kata-kata dari Socrates di dalam bukunya *Dialogues* dan *Apology*. Sebenarnya jika seseorang menyelidiki kehidupan secara mendalam, ia akan menemukan bahwa yang dicari oleh jiwa adalah mengetahui makna hidup ini. Para saintis mencarinya di dalam dunia ilmu pengetahuan, para artis di dalam seninya, para filosof mencarinya di dalam filsafat. Apapun minat masing-masing orang tentu berbeda-beda, namun kecenderungan yang sebenarnya adalah sama, yaitu menemukan arti hidup itu sendiri. Ini menunjukkan bahwa jiwa datang ke dunia ini adalah untuk tujuan ini, untuk menyadari dan memahami makna kehidupan ini.

2.2.1. Teori Eksistensial

Victor E. Frankl seorang ahli di bidang *Neuro-psikiatri* (ahli penyakit syaraf & kejiwaan), mengemukakan sebuah teori eksistensial yang kemudian diberi nama Logoterapi. Kata “*logos*” dalam bahasa Yunani berarti makna (*meaning*) dan juga rohani (*sprituality*), sedangkan “*theraphy*” adalah penyembuhan atau pengobatan. Logoterapi secara umum dapat digambarkan sebagai corak psikologi/psikiatri yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi untuk manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang didambakan (Bastaman, 2007).

Ada 3 asas utama logoterapi, yakni: Pertama, hidup itu tetap memiliki makna (arti) dalam setiap situasi, bahkan dalam penderitaan dan kepedihan

sekalipun. Makna adalah sesuatu yang dirasakan penting, benar, berharga dan didambakan serta memberikan nilai khusus bagi seseorang dan layak dijadikan tujuan hidup. Makna hidup apabila telah ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan hidup ini akan berarti. Merasakan kebahagiaan sekaligus terhindar dari keputusaasaan. Sebenarnya makna hidup terdapat dalam kehidupan itu sendiri dan telah terpatri didalamnya, baik dalam kondisi kehidupan senang maupun susah. Kedua, setiap manusia memiliki kebebasan yang hampir tak terbatas untuk menemukan sendiri makna hidupnya. Ketiga, setiap manusia memiliki kemampuan untuk mengambil sikap terhadap penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat dielakkan yang menimpa diri dan lingkungan sekitarnya, setelah upaya mengatasinya telah dilakukan secara optimal tetap tidak berhasil. Pada hakikatnya merupakan inti dari setiap perjuangan hidup, yakni mengusahakan agar kehidupan senantiasa berarti bagi sendiri, keluarga, masyarakat, dan agama (Bastaman, 2007).

2.2.1.1. Filsafat Logoterapi

Menurut Bastaman (2007), Logoterapi memiliki filsafat manusia yang merangkum dan melandasi asas-asas yang tujuannya adalah:

Kebebasan Berkehendak (*The Freedom of Will*)

Kebebasan ini sifatnya bukan terbatas karena manusia adalah makhluk serba terbatas. Manusia sekalipun dianggap sebagai makhluk yang memiliki potensi yang luar biasa, tetapi sekaligus memiliki keterbatasan dalam aspek ragawi (tenaga, daya tahan, stamina, usia), aspek kejiwaan (kemampuan, keterampilan, kemauan, ketekunan, bakat, sifat, tanggung jawab pribadi), aspek budaya (dukungan lingkungan, kesempatan, tanggung jawab sosial, ketaatan pada norma) dan aspek kerohanian (iman, ketaatan beribadah, cinta kasih). Kebebasan disini adalah kebebasan untuk menentukan sikap (*freedom of take a stand*) terhadap kondisi-kondisi tersebut, baik kondisi lingkungan maupun kondisi diri

sendiri. Sesuai dengan julukan kehormatan manusia sebagai” *the self determining being*” artinya manusia dalam batas tertentu memiliki kemampuan dan kebebasan untuk mengubah kondisi hidupnya guna meraih kehidupan yang lebih berkualitas.

Hasrat untuk Hidup Bermakna (*The Will of Meaning*)

Keinginan untuk hidup bermakna memang benar-benar merupakan motivasi utama manusia. Hasrat inilah yang mendorong manusia untuk melakukan berbagai kegiatan seperti bekerja dan berkarya agar hidupnya dirasakan bermakna dan berharga. Hasrat untuk hidup bermakna merupakan suatu fenomena kejiwaan yang nyata dan dirasakan penting dalam kehidupan seseorang. Sebagai motivasi dasar manusia, hasrat untuk hidup bermakna ini mendambakan diri kita menjadi seorang pribadi yang berharga dan berarti (*being some body*) dengan kehidupan yang syarat dengan kegiatan-kegiatan yang bermakna pula.

Makna Hidup (*The Meaning of Life*)

Makna hidup adalah hal-hal yang dianggap penting dan berharga serta memberikan nilai khusus bagi seseorang, sehingga layak dijadikan tujuan dalam kehidupan (*the purpose in life*). Makna hidup dapat ditemukan dalam setiap keadaan yang menyenangkan dan tidak menyenangkan, keadaan bahagia, dan penderitaan, ungkapan seperti “makna dalam penderitaan” (*meaning in suffering*) atau “hikmah dalam musibah” (*blessing in disguise*). Bila hasrat dapat dipenuhi maka kehidupan akan terasa berguna dan berarti (*meaningfull*), atau sebaliknya bila tidak dapat dipenuhi maka hidup akan terasa tidak berguna atau berarti (*meaningless*).

2.2.1.2. Sumber – sumber makna hidup

Selanjutnya bahwa makna hidup berasal dari beberapa sumber, menurut Bastaman (2007) sumber-sumber makna hidup terdiri dari: *Creative*

Value, Experiential Value dan *Attitudinal Value*. Adapun penjabarannya adalah sebagai berikut:

Nilai-Nilai Kreatif (*Creative values*)

Kegiatan berkarya, bekerja, serta melaksanakan tugas dan kewajiban dengan sebaik-baiknya dengan penuh tanggung jawab. Bekerja itu dapat menimbulkan makna dalam hidup. Karena kita merasa berarti dengan memiliki pekerjaan. Pekerjaan adalah sarana untuk menemukan dan mengembangkan makna hidup; makna hidup tidak terletak dalam pekerjaan, tetapi tergantung pada pribadi yang bersangkutan.

Nilai-Nilai Penghayatan (*Experiential values*)

Yaitu keyakinan dan penghayatan akan nilai-nilai kebenaran, kebajikan, keindahan, keimanan, serta cinta kasih. Cinta kasih dapat menjadikan seseorang menghayati perasaan berarti dalam hidupnya. Dengan mencintai dan merasa dicintai, seseorang akan merasakan hidupnya dengan pengalaman yang membahagiakan.

Nilai-Nilai Sikap (*Attitudinal value*)

Yaitu menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, dan keberanian segala bentuk penderitaan yang tidak mungkin dielakkan lagi.

2.2.1.3. Teknik Menemukan Makna Hidup

Masih menurut Bastaman (2007), berikut adalah beberapa teknik untuk menemukan makna dalam kehidupan:

Pemahaman diri

Mengenali dan memahami diri sendiri sangat bermanfaat untuk mengembangkan potensi-potensi positif dan mengurangi hal yang negatif masing-masing pribadi. Hal ini dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain, misalnya dengan merenungkan pengalaman-pengalaman

sendiri, menimbang – nimbang kebaikan dan kesalahan yang pernah dilakukan, mempelajari kembali buku harian, dan sebagainya (Bastaman, 2007).

Bertindak positif

Dengan berpikir positif kita menanamkan dalam pikiran kita hal-hal yang serba baik dan bermanfaat dengan harapan terungkap perilaku yang nyata, tindakan nyata yang mencerminkan pikiran dan sikap yang baik dan positif (Bastaman, 2007).

Mengakrabkan hubungan

Adalah hubungan antara seorang pribadi dengan pribadi lain sehingga dihayati sebagai hubungan yang dekat, mendalam, saling percaya, dan saling memahami, serta merasakan makna bagi masing-masing pihak. Pihak- pihak tersebut bisa keluarga, teman, rekan sekerja, dan sebagainya (Bastaman, 2007).

Pendalaman Catur Nilai

Berupaya untuk memahami dan memenuhi empat macam nilai yang dianggap sebagai sumber makna hidup yaitu nilai-nilai kreatif (kerja, karya, mencipta), nilai-nilai penghayatan (kebenaran, keindahan, kasih, iman), nilai-nilai bersikap (menerima dan mengambil sikap yang tepat atas derita yang tidak dapat dihindari lagi), dan nilai pengharapan (percaya adanya perubahan yang lebih baik di masa mendatang) (Bastaman, 2007).

Ibadah

Ibadah adalah mendekati diri kepada Tuhan dengan cara-cara yang diajarkan-Nya, yaitu agama. Ibadah yang dilakukan secara khusus mendatangkan perasaan tentram, mantap, tabah, serta tidak jarang menimbulkan perasaan seakan-akan kita mendapatkan bimbingan dan petunjuk dalam melakukan suatu perbuatan. Apabila prinsip-prinsip makna hidup telah dipahami, serta latihan-latihan dalam menemukan makna hidup telah diterapkan dan ternyata seseorang berhasil menyadari

adanya hal-hal yang berarti bagi dirinya sendiri, keluarga, dan lingkungannya, ini menunjukkan bahwa makna hidup telah ditemukan. Usaha yang harus dilakukan selanjutnya adalah merealisasikannya dalam kegiatan sehari-hari yang terarah dengan penuh komitmen dalam dirinya (Bastaman, 2007)

Penelitian yang telah dilakukan tentang Makna Kehidupan yang mendukung adalah Makna Hidup dan Penerimaan akan kematian pada remaja yang pernah mengalami kritis, yang dilakukan oleh Muhamad Nur Syuhada' dan kawan-kawan pada tahun 2007. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa makna hidup pada remaja yang pernah mengalami situasi kritis secara medis antar lain : Pertama, berhubungan dengan keluarga yaitu : membahagiakan orang tua, hubungan yang abadi, berbakti kepada orang tua, saling mendukung dan mengerti. Kedua, berhubungan dengan religiusitas yaitu : bersyukur kepada Tuhan, beribadah dan berdo'a kepada Tuhan, taqwa dan berpegang teguh pada ajaran agama, sabar dan ikhlas menjalani hidup, hati yang kaya, yakin kepada Tuhan, berserah diri (Tawakal), dekat dengan Tuhan. Ketiga, berhubungan dengan kegiatan dan aktivitas yaitu : melatih diri dan sebagai pengalaman, membagikan ilmu yang dimiliki. Keempat, berhubungan dengan orang lain dan masyarakat yaitu : membahagiakan orang lain, tidak menyusahkan orang lain, bermanfaat bagi orang lain, peduli dan berbagi. Dan terakhir Kelima, berhubungan dengan nilai-nilai bersikap yaitu : hidup dijalani dengan optimis, bertanggung jawab, hidup itu ada kondisi maksimalnya, mengerti dengan keadaan diri, hidup yang terpenting dapat membuat diri nyaman, menjaga pola hidup sehat, hidup dijalani sebisanya, hidup tidak bisa dipesan, memahami sesuatu yang berbeda, melakukan perbuatan baik, memahami proses kehidupan, hidup seharusnya terarah.

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan akan kematian pada remaja yang pernah mengalami situasi kritis secara medis antara lain : takdir (ketetapan Tuhan), berserah diri dan ikhlas, lebih baik mati dari

pada berbuat dosa, konskuensi dari hidup, karena kesempatan terakhir dari Tuhan, sebagai proses yang harus dijalani. Faktor-faktor tersebut dapat disimpulkan menjadi dua faktor yaitu faktor dimensi keyakinan dan faktor dimensi sikap.

Penelitian tentang makna kehidupan yang lain dilakukan pada remaja dengan penyalahgunaan narkoba, makna yang didapatkan adalah adanya kondisi dari ketidakbermaknaan hidup di balik penderitaan, akhirnya mereka menemukan kembali makna kehidupan dalam peribadahannya kepada Allah, penelitian ini dilakukan oleh Indah Susanti pada tahun 2002. Data hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa pada ketiga subyek penelitian pernah mengalami kurangnya makna hidup sebelum akhirnya menemukan kembali makna hidup baru baginya. Pada subyek penelitian harus melalui enam tahapan kesadaran menuju makna hidupnya yaitu kesadaran akan makna hidup sebelum menggunakan narkoba, kesadaran saat menggunakan narkoba, kesadaran saat menderita dengan narkoba, kesadaran saat membutuhkan tempat rehabilitasi, kesadaran akan makna hidup saat menjalani proses terapi sampai akan kesadaran untuk mewujudkan harapan dan cita-cita. Subyek penelitian menyadari bahwa selama ini makna hidup mereka dengan narkoba justru membuat hidup mereka menderita dan tidak bermakna, sampai akhirnya menyadari dan menyakini bahwa mereka menemukan makna hidupnya saat mereka beribadah kepada Allah, membahagiakan keluarga dan ingin bermanfaat bagi orang lain. Sehingga mereka menjadi optimis untuk melangkah dan mewujudkan masa depan yang diinginkan.

Seperti makna yang ditemukan oleh para pekerja seks komersial, sebuah penelitian yang dilakukan oleh Joko Yulana SS., pada tahun 2007. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa makna hidup PSK pada rentang usia dewasa awal pada keempat subyek memiliki pola umum yang sama di mana tujuan hidup mereka adalah untuk menghidupi diri dan keluarga. Perilaku mereka terbentuk dari hasil pengalaman kegagalan dalam

menjalin hubungan dengan lawan jenis yang didapat dari perjalanan hidup yang pernah dijalani oleh masing-masing subyek. Dari sekian banyak pengalaman yang pernah mereka dapat, ada beberapa pengalaman yang dijadikan suatu titik tolak dalam kehidupan mereka untuk memperoleh pegangan atau pedoman hidup yang mereka jalani. Pedoman hidup yang dimiliki oleh masing-masing subyek direalisasikan dalam perilaku mereka sehari-hari yang mengarahkan mereka kepada aktivitas yang menuju kepada kehidupan yang lebih baik.

Kegagalan dalam membina hubungan yang pernah dialami oleh para subyek dalam penelitian tersebut adalah sebuah kondisi penderitaan yang dialami. Pengalaman penderitaan tersebut membuat subyek penelitian akhirnya menemukan sebuah makna bahwa kehidupan selanjutnya harus lebih baik dari sebelumnya dan bahwa kehidupan tidak hanya untuk diri sendiri tetapi juga untuk menghidupi keluarganya. Orang lain memandangnya sebagai penderitaan karena pekerjaan yang dijalannya rendah dan hina, tetapi subyek melihatnya sebagai sebuah perjuangan untuk tetap mencapai kehidupan yang penuh arti (*meaningfull*).

Penelitian yang dilakukan oleh Breitbart, et al. (2004) tentang makna hidup dan peran spiritual pada klien yang berada di ujung kehidupannya (penderita kanker stadium akhir), dengan melakukan terapi psikoterapi menggunakan logoterapi Victor Frankl, ditemukan tentang makna kehidupan klien. Makna tentang kehidupan klien didapat melalui sebuah penderitaan yang dirasakan karena kanker yang membawa mereka di penghujung kehidupan. Kedua, makna hidup dirasakan lewat pemahaman yang mendalam tentang spiritual, mereka mengakui bahwa kematian tidak dapat dihindarkan dan harus diterima dengan tulus (Breitbart, et al. 2004).

Steger, Oishi dan Kashdan (2009), melakukan penelitian tentang makna kehidupan pada usia dewasa muda, dewasa tengah dan dewasa akhir. Hasil yang didapatkan adalah bahwa dorongan untuk menemukan makna

hidup akan lebih kuat terjadi pada usia dewasa akhir, meskipun pencarian makna hidup akan dilakukan oleh semua individu dalam setiap tingkatan usia dan hal tersebut ada kaitannya dengan kejadian yang dialami oleh seseorang. Tidak ada yang membedakan makna kehidupan yang didapatkan oleh usia dewasa awal, tengah maupun akhir. Artinya, dalam penelitian ini tidak ditemukan bahwa usia yang lebih dewasa akan lebih bisa menemukan makna hidup dibandingkan usia yang lebih muda (Steger, Oishi & Kashdan, 2009).

2.2.2. Teori *Humanistic*

Aliran humanistik mempunyai pertalian yang erat dengan aliran eksistensialisme. Nyatanya, banyak Psikolog Humanistik berorientasi pada eksistensialisme. Menurut Maslow (2008), aliran humanistik mulai muncul sebagai sebuah gerakan besar psikologi dalam tahun 1950-an dan 1960-an. Aliran Humanistik merupakan kontribusi dari psikolog-psikolog terkenal seperti Gordon Allport, Abraham Maslow dan Carl Rogers.

Walaupun psikolog humanistik dipengaruhi oleh psikoanalisis dan behaviorisme, namun aliran ini mempunyai ketidaksesuaian yang sangat berarti dengan psikoanalisis dan behaviorisme. Tekanan utama yang oleh behavioris dikenakan pada stimuli dan tingkah laku yang teramati, pandangan Psikologi Humanistik sebagai penyederhanaan yang keterlaluan yang melalaikan diri manusia sendiri dan pengalaman-pengalaman batinnya, tingkah lakunya yang kompleks seperti cinta, nilai-nilai dan kepercayaan, begitu pula potensinya untuk mengarahkan diri dan mengaktualisasikan diri. Maka psikologi humanistik sangat mementingkan diri (*self*) manusia sebagai pemersatu yang menerangkan pengalaman-pengalaman subjektif individual, yang banyak menentukan tingkah lakunya yang dapat diamati (Maslow, 2008).

Psikolog-psikolog Humanistik pun tidak menyetujui pandangan pesimis terhadap hakekat manusia dan dicerminkan oleh psikoanalisis Freud maupun pandangan netral (tidak jahat dan tidak baik) kaum behavior. Menurut aliran humanistik, kedua aliran itu memandang tingkah laku manusia secara salah yaitu sebagai tingkah laku yang seluruhnya ditentukan oleh kekuatan-kekuatan diluar kekuasaannya; apakah kekuatan-kekuatan itu berupa motif-motif yang tak disadari atau *conditioning* dari masa kanak-kanak dan pengaruh lingkungan. Bertentangan dengan kedua pandangan aliran tadi, aliran Humanistik menyetujui sebuah konsep yang jauh lebih positif mengenai hakekat manusia, yakni memandang hakekat manusia itu pada dasarnya baik. Perbuatan-perbuatan manusia yang kejam dan mementingkan diri sendiri dipandang sebagai tingkah laku patologik yang disebabkan oleh penolakan dan frustrasi dari sifat yang pada dasarnya baik itu. Seorang manusia tidak dipandang sebagai mesin otomatis yang pasif, tetapi sebagai peserta yang aktif yang mempunyai kemerdekaan memilih untuk menentukan nasibnya sendiri dan nasib orang lain.

Psikologi Humanistik dan Eksistensialisme mementingkan keunikan-keunikan pada seorang individu, usahanya mencari nilai-nilai, dan kebebasannya untuk memuaskan diri. Aliran eksistensialisme menekankan beberapa tema dasar yang diantaranya tema menghendaki arti, kecemasan eksistensial, dan menemukan ketiadaan (kehampaan) adalah yang paling tepat (Maslow, 2008).

Tema-tema ini dapat dilihat pada paparan dari Viktor Frankl merupakan salah seorang psikiater yang berorientasi eksistensialisme yang sangat menonjol. Viktor Frankl mendirikan aliran Psikoterapi-Logoterapi dari pengalaman pahit dan lama dalam kamp konsentrasi Nazi yang kejam. "*Logoterapi*" berasal dari perkataan Yunani logos yang berarti "arti/makna" atau "spirit". Maka logoterapi berfokus pada arti eksistensi manusia dan usahanya mencari arti itu.

Untuk menstimulasi pencarian arti dalam diri pasien-pasiennya, Frankl bertanya kepada mereka yang putus asa : “.....*karena kamu hidup begitu menderita kenapa kamu tidak bunuh diri?*” dari jawaban-jawaban mereka, misalnya karena cinta kepada anak, ibu atau kekasih, karena pengabdian kepada tugas atau partai, Dr. Frankl bisa memunculkan dan menggabungkan semua tenaga-tenaga pendorong yang memberi arti kepada kehidupan psikis dan spiritual mereka.

Motto logoterapi adalah pernyataan Nietzsche yang terkenal : “*Ia yang mempunyai sebab untuk hidup dapat menanggungkan hampir segala-galanya*”. Baginya, sebab pokok ledakan gangguan-gangguan emosional adalah rasa frustrasi dari kehendak manusia akan “arti”. Jadi, kehendak akan “arti” adalah watak dasar manusia. Frustrasi terhadap kehendak itu membawa kepada kekosongan dan eksistensial, kepada pertemuan dan ketidakadaan; dengan yang tidak hidup. Frustrasi ini terutama sekali berwujud kebosanan dan “kecemasan eksistensial” yang mungkin sekali bisa membawa kepada apa yang disebut oleh Frankl sebagai “*noogenic neurosis*”. *Noogenic neurosis* adalah suatu neurosis yang timbul akibat konflik moral dan spiritual antara berbagai nilai-nilai, bukan sebagai akibat konflik antara dorongan-dorongan.

Ada dua kutipan pendek dari pandangan eksistensialisme dalam menyangkal psikoanalisis dan behaviour: Pencarian arti (makna) bagi manusia adalah merupakan suatu kekuatan primer dan bukan “rasionalisasi sekunder” dari dorongan-dorongan instink; Arti (makna) itu unik dan khusus hingga harus dan hanya dapat dipenuhi oleh manusia itu sendiri; barulah tercapai kepuasan kehendaknya akan arti (makna).

Beberapa penulis yang mengatakan bahwa arti dan nilai tidak lain hanyalah mekanisme pertahanan, reaksi-reaksi formasi dan sublimasi-sublimasi. Tapi bagi eksistensialisme manusia tidak hidup semata-mata

demis “mekanisme pertahanan” dan juga tidak rela mati demi sebuah “reaksi formasi”. Tapi manusia sanggup hidup maupun mati demi ideal-ideal dan nilai-nilainya.

2.3. Peran Perawat Jiwa bagi Klien

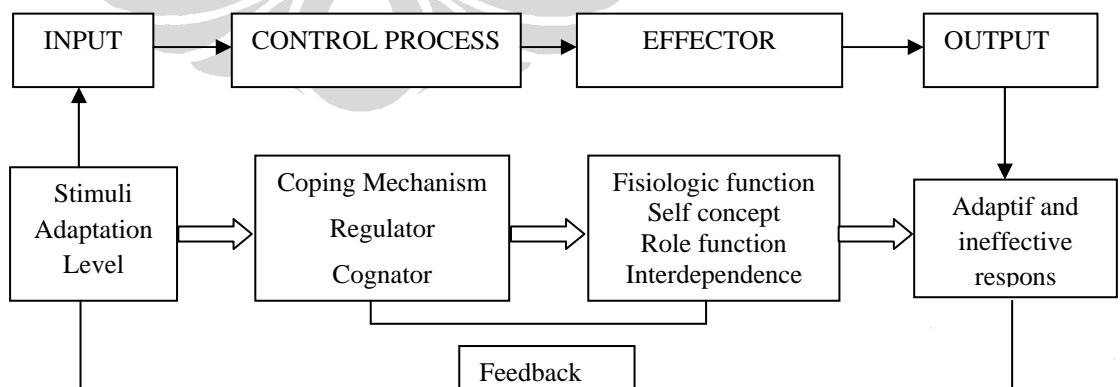
Keperawatan adalah ilmu dan kiat yang merupakan perpaduan dan integrasi dari area teori-teori yang berbeda : ilmu-ilmu sosial, seperti psikologi dan sosiologi, ilmu-ilmu dasar seperti anatomi, fisiologi, mikrobiologi dan biokimia serta ilmu medis tentang diagnose dan pengobatan terhadap penyakit. Keperawatan adalah ilmu yang meliputi aspek biopsikososial, di mana pengkajian dan perencanaan respon manusia terhadap keadaan sakit, hal ini digambarkan dalam kemampuan pengetahuan biologi, psikologi dan sistem sosial dalam keluarga, sahabat dan masyarakat sebagai dasar pelaksanaan praktik. Pendekatan ini dikenal dengan model keperawatan yang holistik.

Perawat hendaknya tetap memanfaatkan kondisi lingkungan sebagai bahan terapi, meskipun keadaan lingkungan penuh dengan stressor. Berbagi pengalaman dan diskusi antara perawat jiwa dengan klien yang berada dalam keadaan cemas dan tertekan dapat dilakukan dengan cara selalu melihat dan menanyakan hikmah apa di balik semua kejadian yang sedang menimpa. Prinsipnya perawat tetap memberikan stimulasi bahwa seburuk apa pun kondisi lingkungan tetap ada kebaikan yang bisa kita petik atau ada pesan tersirat bagi manusia untuk hidup lebih baik. Bila kondisi lingkungan tersebut mengancam hidup maka saatnya membawa klien untuk memenuhi harapan kehidupan yang kekal, sesuai dengan konsep keperawatan : menggunakan lingkungan sosial klien yang mendukung pengalaman terapeutik, berpartisipasi aktif dalam perawatan, meliputi pemecahan masalah sehari-hari di masyarakat, merencanakan aktifitas. (Yosep, 2009).

Peran perawat menjadi sangat penting bagi klien. Klien yang sudah bisa memberikan makna terhadap kehidupannya maka perawat diharapkan akan tetap membantu mempertahankan makna dan tujuan hidup yang telah dipahami dan diyakini oleh klien. Sedangkan bagi klien yang belum bisa memberikan makna dalam kehidupannya, perawat akan memfasilitasi klien untuk menemukannya. Makna hidup tidak diberikan tetapi ditemukan oleh si pemilik hidup, bahwa bagaimanapun hidup itu pasti mempunyai sebuah makna. Kehidupan selalu memiliki sebuah makna, bahkan dalam kondisi yang paling sulit dan menderita. Kejadian dan keberadaan manusia di dunia ini tentu ada makna dan maksud serta tujuannya, yang membedakan antara manusia yang satu dengan yang lainnya, tugas dan tanggung jawab yang harus dipikul dan diselesaikan pun berbeda, bila kejadian manusia satu dengan lainnya sama maka pasti dia tidak akan dilahirkan, karena peran yang harus dia lakukan sudah ada dan dilakukan oleh orang lain.

2.4. Kerangka Pikir Penelitian

Peneliti menggunakan kerangka pikir dalam upaya menggali pengalaman klien Diabetes Melitus dalam memaknai hidup berdasarkan model adaptasi Roy, yang digambarkan dalam proses di bawah ini :



Gambar 2.1 Kerangka Teori Berdasarkan Stres Adaptasi Roy

2.4.1. Teori Adaptasi Sister Callista Roy

Menurut Abi (2007) dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan.

Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik (Roy, 1991), dengan penjelasan sebagai berikut :

2.4.1.1. Input

Roy (1991) mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
- b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- c. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2.4.1.2. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a. Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

b. Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, penguatan (*reinforcement*) dan pengertian yang mendalam (*insight*). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

2.4.1.3. Output.

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang

tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh. Mekanisme yang lain yang dapat dipelajari seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Roy memperkenalkan konsep ilmu Keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut Regulator dan Kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi (Ferry, 2007).

Menurut Ferry (2007) dalam memahami konsep model ini, Callista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

1. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
2. Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
3. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy, diantaranya : Focal stimulus, Kontekstual stimulus dan Residual stimulus.
4. Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya:
 - a. Fungsi Fisiologis; Sistem adaptasi fisiologis diataranya adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan endokrin
 - b. Konsep diri; Bagaimana keluarga mampu mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Mode

- konsep diri berhubungan dengan kondisi psikososial dimana penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual keluarga.
- c. Fungsi peran; Proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran keluarga dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Fokusnya pada bagaimana keluarga dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kapasitasnya dengan memiliki anggota keluarga tunagrahita
 - d. Interdependent; Kemampuan keluarga mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat keluarga itu sendiri maupun kelompok.
5. Dalam proses penyesuaian diri individu harus meningkatkan energi agar mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan, reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini memiliki tujuan meningkatkan respon adaptasi (Ferry, 2007).

Teori adaptasi Sister Callista Roy memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi. Sesuai dengan model Roy, tujuan dari keperawatan adalah membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Kebutuhan asuhan keperawatan muncul ketika klien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal.

2.4.1.4. Paradigma Keperawatan berdasarkan Pendekatan Model Adaptasi Roy

a. Keluarga

Keluarga yang merupakan tempat klien Diabetes Melitus tinggal di dalamnya merupakan fokus utama yang perlu diperhatikan karena klienlah yang menjadi penerima asuhan keperawatan, yang dipandang sebagai *holistic adaptif system*. *Holistic adaptif system* merupakan perpaduan antara konsep sistem dan konsep adaptasi.

Roy memandang keluarga secara holistik yang dalam sistem kehidupannya akan selalu berinteraksi dengan lingkungannya, diantara keduanya akan terjadi pertukaran informasi dan energi.

b. Lingkungan

Menurut Roy, elemen dari lingkungan yaitu semua stimulus yang berasal dari dalam keluarga dan sekitar keluarga. Lingkungan didefinisikan oleh sebagai semua kondisi, keadaan dan pengaruh-pengaruh di sekitar keluarga yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku keluarga (Roy & Adrews, 1991 dalam Alligood & Tomey, 2006). Lingkungan dapat dirancang untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengelola masalah psikososial yang timbul karena menderita Diabetes Melitus.

c. Sehat

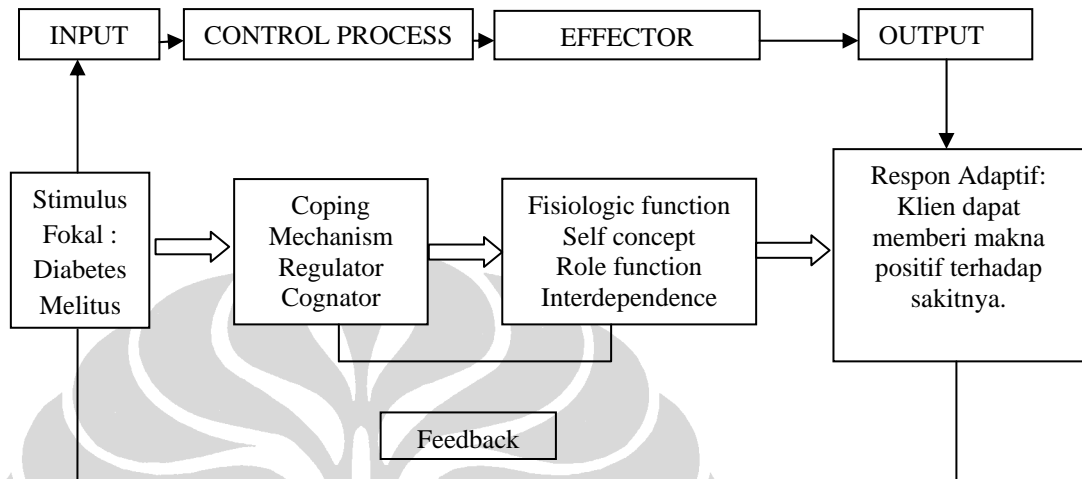
Roy (dalam Alligood & Tomey, 2006, hlm. 154) mendefinisikan sehat sebagai:

A State and a process of being and becoming an integrated and whole person

d. Keperawatan

Tujuan keperawatan menurut Roy adalah meningkatkan respon adaptif klien dan menurunkan respon inefektif klien, dalam kondisi sakit maupun sehat. Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat harus dapat mengatur stimulus fokal, kontekstual dan residual yang ada pada klien, dengan lebih menitikberatkan pada stimulus fokal, yang merupakan stimulus tertinggi.

Dari pengertian di atas dapat digambarkan melalui kerangka mekanisme sebagai berikut ini (Marriner-Tomey, 2006):



Gambar 2.2 Kerangka Pikir Penelitian

2.5. Metode Riset Kualitatif dengan Pendekatan Fenomenologis

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, karena mengamati, meneliti, menemukan data, kata atau kalimat yang tidak bisa dijabarkan atau dituangkan dalam bentuk angka atau hitungan. Menjelaskan atau menuangkan tentang sebuah pengalaman hidup yang unik dan berbeda antara satu klien dengan klien yang lain. Lebih tepat dan mengena sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh penulis.

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan dan menjelaskan kualitas atau keistimewaan dari pengaruh sosial yang tidak dapat dijelaskan, diukur atau digambarkan melalui pendekatan kuantitatif. Penelitian ini merupakan metode penyelidikan untuk mencari jawaban atas suatu pertanyaan, dilakukan secara sistematis menggunakan seperangkat prosedur untuk menjawab pertanyaan, mengumpulkan fakta, menghasilkan suatu temuan

yang tidak bisa ditetapkan sebelumnya dan menghasilkan suatu temuan yang dapat dipakai melebihi batasan-batasan penelitian yang ada pada penelitian kuantitatif. Penelitian kualitatif digunakan untuk memahami suatu masalah penelitian dari sudut pandang/perspektif populasi penelitian yang terlibat (Saryono, 2010).

Dalam penelitian kualitatif, partisipan memiliki kebebasan untuk memberikan jawaban dengan kata-kata mereka sendiri dan lebih kompleks dari sekedar jawaban ya atau tidak. Hubungan antara peneliti dengan partisipan tidak terlalu formal, sehingga lebih bisa fleksibel dalam berkomunikasi, apalagi bila sudah terbina saling percaya, maka partisipan tidak akan canggung berpendapat dengan jujur. Partisipan memiliki kesempatan untuk memberikan respon lebih luas dan detail. Peneliti juga memiliki kesempatan yang lebih besar untuk memberikan respon atas jawaban partisipan dan melanjutkan dengan pertanyaan yang lain untuk menggali informasi yang lebih dalam (Saryono, 2010).

Fokus penelitian fenomenologi ada pada pengalaman individu. Bagaimana individu tersebut memaknai pengalamannya berkaitan dengan fenomena tertentu yang sangat berpengaruh dan sangat berarti bagi individu yang bersangkutan. Pengalaman tersebut berkaitan secara langsung maupun tidak langsung terhadap kesadaran individu. Sumber dari pengalaman tersebut adalah individu yang mengalami sendiri kejadian atau peristiwa tersebut. Dalam hal ini untuk mengungkap makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus maka akan sangat tepat untuk menggali atau mengeksplor pengalaman klien secara langsung dengan menggunakan metode fenomenologi.

BAB 3 METODE PENELITIAN

Pada bab 3 ini dijelaskan tentang rancangan penelitian, sampel dari partisipan, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, analisis data dan keabsahan data.

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode riset kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pendekatan fenomenologi dipilih karena fenomenologi merupakan strategi penelitian yang digunakan untuk mengidentifikasi hakikat pengalaman manusia tentang bagaimanakah makna kehidupan yang didapat oleh klien yang mengalami Diabetes Melitus. Memahami pengalaman-pengalaman hidup manusia menjadikan filsafat fenomenologi sebagai suatu metode penelitian yang prosedur-prosedurnya mengharuskan peneliti untuk mengkaji sejumlah subjek dengan terlibat secara langsung dan relatif lama di dalamnya untuk mengembangkan pola-pola dan relasi-relasi makna (Creswell, 2010; Speziale, 2003; Carpenter, 2003). Dalam proses ini, peneliti mengesampingkan terlebih dahulu pengalaman-pengalaman pribadi agar peneliti dapat memahami pengalaman-pengalaman partisipan yang mengalami Diabetes Melitus dalam memberikan makna tentang kehidupannya.

3.2. Sampel dari Partisipan

Sampel dari penelitian ini adalah seluruh penderita Diabetes Melitus di wilayah Puskesmas Bandarharjo Semarang. Sedangkan partisipan yang merupakan wakil dari sampel penelitian ini diidentifikasi berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Partisipan yang memenuhi kriteria tersebut dalam penelitian ini seluruhnya berjumlah 12 partisipan.

Menurut Creswell (2008) populasi adalah suatu kelompok individu yang memiliki karakteristik yang sama atau relatif serupa. Terdapat pernyataan yang berbunyi bahwa penelitian yang ideal adalah penelitian yang melibatkan populasi secara keseluruhan. Arti penelitian yang ideal adalah penelitian yang hasilnya dapat di-

kenakan kepada seluruh populasi yang ada. Secara teoritis, pernyataan tersebut tepat dan benar, akan tetapi dalam praktiknya terdapat beberapa alasan situasional yang menyebabkan sulitnya menggunakan seluruh populasi, yaitu karena populasi yang terlalu besar, terbatasnya waktu penelitian, pertimbangan biaya, keterbatasan sumber daya manusia dan beberapa alasan efisiensi lainnya (Herdiansyah, 2010).

Partisipan yang ditetapkan dalam penelitian ini tidak dipilih secara acak melainkan dengan menggunakan metode sampel bertujuan (*purposive sample*). (Moleong, 2010). Sampel bertujuan (*purposive sample*) dapat diketahui dari ciri-cirinya sebagai berikut :

- a). Rancangan sampel yang muncul : sampel tidak dapat ditentukan atau ditarik terlebih dahulu.
- b). Pemilihan sampel secara berurutan : Tujuan memperoleh variasi sebanyak-banyaknya hanya dapat dicapai apabila pemilihan satuan sampel dilakukan jika satuannya sebelumnya sudah dijaring dan dianalisis. Setiap satuan berikutnya dapat dipilih untuk memperluas informasi yang telah diperoleh terlebih dahulu sehingga dapat dipertentangkan atau diisi adanya kesenjangan informasi yang ditemui. Dari mana atau dari siapa ia mulai tidak menjadi persoalan, tetapi bila hal itu sudah berjalan, maka pemilihan berikutnya bergantung pada apa keperluan peneliti. Teknik sampling bola salju (*Snowball sampling*) bermanfaat dalam hal ini, yaitu mulai dari satu menjadi makin lama makin banyak.
- c). Penyesuaian berkelanjutan dari sampel : pada mulanya setiap sampel dapat sama kegunaannya. Namun, sesudah makin banyak informasi yang masuk dan makin mengembang, sampel makin dipilih atas dasar focus penelitian.
- d). Pemilihan berakhir jika sudah terjadi pengulangan. Pada sampel bertujuan seperti ini jumlah sampel ditentukan oleh pertimbangan-pertimbangan informasi yang diperlukan. Jika maksudnya memperluas informasi, dan jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijaring, maka penarikan sampel pun sudah dapat diakhiri. Jadi, kuncinya, jika sudah mulai terjadi pengulangan informasi, maka penarikan sampel sudah harus dihentikan.

Penentuan partisipan penelitian berdasarkan beberapa pertimbangan. Pertama, sampel penelitian yang tidak terlalu besar akan sangat mendukung kedalaman hasil penelitian, disamping pertimbangan keterbatasan kemampuan, waktu dan dana. Kedua, sampel penelitian dipilih secara purposive sesuai dengan tujuan penelitian dan berdasarkan parameter-parameter penarikan sampel yang terdiri dari latar, pelaku, peristiwa, dan proses. Ketiga, penentuan jumlah sampel dianggap telah memadai pada saat informasi yang didapat telah mencapai saturasi. Artinya bahwa dengan menggunakan partisipan selanjutnya boleh dikatakan tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti atau mengulang data yang sudah ada, maka data dianggap telah mencapai saturasi. Fokus penelitian kualitatif adalah pada kedalaman dan proses sehingga pada penelitian ini hanya melibatkan 12 partisipan. Hal yang sama dikemukakan oleh Creswell (1989), yang merekomendasikan jumlah sampel yang relatif kecil (kurang dari 10 partisipan) untuk studi fenomenologi dengan mempertimbangkan kemampuan peneliti untuk menggali secara mendalam pengalaman hidup individu dimungkinkan optimal dengan jumlah sampel yang relatif kecil. (Saryono, 2010).

Partisipan dalam penelitian kualitatif ini diseleksi dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria partisipan yang terpilih memiliki karakteristik sebagai berikut : Klien yang didiagnosis Diabetes Melitus, klien didiagnosis Diabetes Melitus Tipe II, berusia lebih dari 30 tahun, mampu berkomunikasi baik dengan menggunakan Bahasa Indonesia, dan klien mampu mengungkapkan pengalaman-pengalamannya sebagai penderita Diabetes Melitus. Peneliti mengidentifikasi calon partisipan berdasarkan data dari Puskesmas Bandarharjo, setelah mendapatkan ijin untuk melakukan penelitian. Berdasarkan data yang didapat dari Puskesmas Bandarharjo jumlah klien dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo, yang mencakup 4 kelurahan sekitar 40 – 60 klien di tiap kelurahan. Dari 40 - 60 orang tersebut, peneliti menyeleksi berdasarkan kriteria calon partisipan yang telah ditetapkan. Peneliti mengikuti program kerja Puskesmas saat menyelenggarakan Posyandu untuk menemui kader kesehatan dan tokoh masyarakat. Selanjutnya, melalui kader kesehatan dan tokoh masyarakat, peneliti mengidentifikasi calon partisipan dalam penelitian. Setelah dirasa memenuhi

syarat yang ditetapkan peneliti memutuskan partisipan-partisipan yang akan dikunjungi untuk membina hubungan saling percaya dan dilakukan wawancara.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Menurut Streubert dan Carpenter (1999), *setting* penelitian adalah lapangan di mana individu menjalani pengalaman hidupnya. Tujuan dilakukan riset di lapangan adalah untuk mendapatkan *setting* natural/alami dimana satu fenomena terjadi, *setting* tempat penelitian memerlukan interaksi sosial tertentu untuk memudahkan dalam mendapatkan informasi. Berkaitan dengan lokasi penelitian Streubert dan Carpenter (1999) menyatakan bahwa pada penelitian kualitatif, pengumpulan data lapangan harus dilakukan dari latar alamiah dimana fenomena terjadi tanpa intervensi dari peneliti baik dalam bentuk rekayasa dan eksperimentasi (Saryono, 2010). Penelitian dilakukan di komunitas wilayah Puskesmas Bandarharjo, yaitu bertempat di rumah partisipan.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang secara langsung, yaitu pada para penderita Diabetes Melitus yang teridentifikasi oleh peneliti dengan bantuan kader kesehatan, tokoh masyarakat dan puskesmas. Hal ini didasarkan pada ditemukannya banyak klien yang menderita Diabetes Melitus. Selain itu, Puskesmas Bandarharjo yang merupakan setting komunitas, tepat dipilih karena untuk penelitian kualitatif jenis fenomenologi akan lebih tepat menggunakan setting yang benar-benar alamiah/natural, karena klien berada pada lingkungan aslinya, klien merasa nyaman karena tidak ada rekayasa, memungkinkan peneliti melihat secara langsung kehidupan klien, mengamati hal yang terjadi, data yang diperoleh lebih berkualitas. Angka penderita Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang menunjukkan kecenderungan meningkat berturut-turut dari tahun 2009, 2010 dan 2011 rata-rata klien yang datang untuk berobat adalah 120 orang, 180 orang (meningkat 50%) dan 240 orang (meningkat 100%) (Data Statistik Puskesmas Bandarharjo, 2011) dari 4 kelurahan (Bandarharjo, Dadapsari, Tanjung mas dan Kuningan).

Peningkatan yang tajam dari jumlah tersebut membuktikan bahwa semakin tahun penderita Diabetes Melitus semakin banyak dan membutuhkan penanganan yang serius.

3.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai Juni 2011 yang diawali dengan kegiatan penyusunan proposal, sidang proposal, pengurusan perijinan, pengumpulan data, analisa data, pengolahan hasil, ujian hasil dan penulisan laporan hasil penelitian (jadwal terlampir pada lampiran 6).

3.3. Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan berbagai pertimbangan etik. Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian berlangsung, untuk itu peneliti berupaya untuk mengantisipasi dan mengatasinya. Resiko yang mungkin timbul atau dampak yang bisa terjadi dalam penelitian ini adalah partisipan merasa terpaksa terhadap keikutsertaannya dalam penelitian, merasa *privacy* terganggu, merasa tidak nyaman dan malu apabila nama dan informasi-informasi yang diberikan diketahui oleh orang lain dan dipublikasikan. Ketidaknyamanan bisa pula terjadi karena proses wawancara yang berkaitan dengan tempat, waktu dan penggunaan alat perekam, diketahui atau didengar oleh orang lain.

Upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi dan meminimalkan faktor resiko tersebut adalah dengan menjelaskan dengan rinci maksud, tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan. Selanjutnya penulis meminta persetujuan kepada partisipan tanpa pemaksaan untuk menjadi partisipan secara suka rela. Partisipan memiliki kebebasan untuk menyetujui atau tidak menyetujuinya dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan (*informed consent*). Pertimbangan-pertimbangan etik lain yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengatasi kemungkinan resiko diatas adalah *self determination*, *privacy*, *anonimity*, *confidentiality* dan *protection from discomfort* (Streubert & Carpenter, 2003).

Wawancara terhadap partisipan dilakukan di tempat dan waktu yang telah disepakati bersama, peneliti menjelaskan proses penelitian dan informasi apa yang akan digali dan dieksplor dari partisipan. Apabila partisipan merasa keberatan selama proses penelitian maka partisipan boleh mengundurkan diri (prinsip *self determination*). Selama proses wawancara berlangsung, dari 12 jumlah partisipan yang ada, tidak ada partisipan yang merasa keberatan dan mengundurkan diri. Informasi yang dieksplorasi dalam penelitian ini adalah pengalaman partisipan selama menderita Diabetes Melitus, yang mempunyai dampak baik positif maupun negatif terhadap kehidupannya sehingga mungkin memasuki area *privacy* partisipan dan peneliti telah mendapatkan ijin dari partisipan, tidak ada proses wawancara yang terhenti. Peneliti menyampaikan bahwa tidak menggunakan nama partisipan tetapi menggunakan *initial* partisipan (prinsip *anonimity*). Peneliti menjamin bahwa informasi yang disampaikan oleh partisipan hanya diketahui oleh peneliti dan partisipan, dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Peneliti juga mengantisipasi informasi yang disampaikan oleh partisipan tidak didengar oleh pihak lain, maka wawancara dilakukan terpisah dari anggota keluarga partisipan sesuai keinginan dan kenyamanan partisipan (prinsip *confidentiality*). Sebelum data-data yang disampaikan oleh partisipan direkam dengan menggunakan alat perekam, peneliti telah mendapatkan persetujuan dari partisipan setelah menjelaskan tujuan perekaman tersebut (prinsip *protection from discomfort*).

3.4. Prosedur Pengumpulan Data

3.4.1. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah dinyatakan lulus ujian proposal, uji etik dan uji kompetensi. Setelah lulus ujian proposal peneliti menyerahkan proposal yang telah direvisi kepada Tim Etik UI untuk mengikuti Uji Etik dan mendapatkan pernyataan lulus Uji Etik. Uji Etik diperlukan untuk kepentingan keamanan klien, apakah penelitian ini tidak membahayakan klien, aman dilakukan di lokasi tersebut. Setelah dinyatakan lulus dalam Uji Etik dilakukan pula Uji Kompetensi

yang diperlukan untuk sarana pengetesan apakah peneliti layak melakukan wawancara kepada partisipan. Uji kompetensi dilakukan oleh Pembimbing 2 penelitian. Hasil Uji Etik dan Uji kompetensi digunakan untuk mengurus surat ijin penelitian dari FIK UI kepada Direktur Jenderal Kementerian Negara Republik Indonesia Departemen Dalam Negeri Kesatuan Bangsa dan Politik. Rekomendasi dari Dirjen Kementerian Negara RI Depdagri Kesbangpol disampaikan kepada Dirjen Kesbangpol Tingkat Propinsi Jawa Tengah untuk memberikan rekomendasi penelitian kepada Badan Kesbangpol Tingkat Daerah Semarang. Selanjutnya Rekomendasi dari Badan Kesbangpol Daerah Semarang diberikan kepada Puskesmas Bandarharjo untuk memberikan ijin penelitian di wilayah tersebut. Setelah mendapatkan ijin penelitian maka dilakukan proses pengambilan data.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*) dan catatan lapangan berdasarkan pengamatan saat wawancara berlangsung. Wawancara mendalam dipilih dalam penelitian ini untuk mengeksplorasi secara mendalam makna-makna subyektif yang dipahami partisipan terkait dengan pengalaman-pengalaman partisipan sebagai penderita Diabetes Melitus. Waktu wawancara untuk satu partisipan kurang lebih sekitar 60 menit. Penetapan waktu wawancara yang cukup lama ini didasarkan pada informasi yang digali mencakup informasi secara keseluruhan, baik hal-hal yang bersifat positif maupun negatif serta makna-makna subyektif partisipan (Moleong, 2004).

Selain wawancara mendalam, digunakan juga catatan lapangan, yaitu merupakan catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangka pengumpulan data dan refleksi terhadap data dalam penelitian kualitatif (Bogdan & Biklen, 1982 dalam Moleong, 2004). Catatan lapangan dipilih karena dapat melengkapi informasi yang diberikan oleh partisipan secara verbal pada proses wawancara. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasi respon non verbal yang berisi tentang tanggal, waktu, tempat, deskripsi (gambaran proses

wawancara). Catatan lapangan dibuat selama proses wawancara berlangsung (Creswell, 1989).

3.4.2. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur-prosedur pengumpulan data dalam penelitian menurut Creswell (2010) melibatkan empat jenis strategi, yaitu : observasi kualitatif, wawancara kualitatif, dokumen-dokumen kualitatif dan materi audio visual. Penelitian tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes melitus ini menggunakan prosedur pengumpulan data wawancara kualitatif (*indepth interview*), peneliti melakukan wawancara berhadap-hadapan (*face-to face interview*) dengan partisipan. Wawancara-wawancara seperti ini tentu saja menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang secara umum tidak terstruktur (*unstructured*) dan bersifat terbuka (*open-ended*) yang dirancang sesuai dengan pedoman atau panduan wawancara berdasarkan kebutuhan untuk memunculkan pandangan dan opini dari para partisipan.

Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut : 1). Persiapan : peneliti meminta persetujuan kepada calon partisipan yang bersedia dilibatkan dalam penelitian, peneliti mendatangi partisipan di rumah partisipan untuk mendapatkan persetujuan lewat *informed consent*. 2). Pelaksanaan Wawancara : wawancara secara mendalam (*indepth interview*) untuk menggali data dan pengalaman-pengalaman klien dilakukan di rumah partisipan pada waktu yang telah disepakati antara peneliti dan partisipan. 3). *Recording* : pencatatan (*field note*) yang dilakukan bersamaan dengan dilakukannya wawancara menggunakan alat perekam.

3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara, catatan lapangan dan alat perekam. Peneliti dalam melakukan wawancara menguasai tehnik komunikasi terapeutik untuk memudahkan menggali informasi dari partisipan. Ketrampilan peneliti meliputi ketrampilan mendengar, fokus pada apa yang sedang dibicarakan, melibatkan dalam

pembicaraan tanpa mengganggu fokus partisipan, memperhatikan respon non verbal, melakukan catatan penting selama proses wawancara dan akrab. Peneliti telah melaksanakan uji kompetensi bersama Pembimbing 2 dan dinyatakan lulus, sehingga dinyatakan mampu berkomunikasi secara efektif dalam pengumpulan data untuk penelitian kualitatif dan layak melakukan penelitian kualitatif. Indikator keefektifan ini adalah tergambarkannya secara verbal maupun non verbal semua informasi yang dibutuhkan sesuai pedoman wawancara dan catatan lapangan.

Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan agar selama proses wawancara peneliti dapat memfokuskan arah wawancara sesuai dengan tujuan penelitian. Kelayakan pedoman wawancara dinilai melalui kemampuan partisipan untuk memahami dan menjawab seluruh pertanyaan yang ada sesuai dengan tujuan peneliti. Kelayakan catatan lapangan dinilai atas kemampuan melengkapi informasi verbal yang telah diperoleh sesuai pedoman wawancara (Creswell, 1989).

Tape recorder dalam hal ini adalah alat perekam dari media *handphone* digunakan untuk menjamin informasi verbal selama proses wawancara dapat terekam secara lengkap. Perekaman dipilih didasarkan bahwa pada proses wawancara mendalam, peneliti tidak mungkin mencatat respon verbal partisipan secara lengkap sehingga dengan merekam data wawancara diharapkan dapat membantu merekam seluruh respon verbal dari partisipan. Kelayakan *handphone* sebagai alat perekam dalam pengumpulan dipastikan dengan menggunakan baterai yang selalu terisi penuh dan durasi yang cukup untuk setiap wawancara. Sebelum digunakan alat perekam diuji coba untuk merekam wawancara pada saat uji coba penggunaan pedoman wawancara pada beberapa klien yang tidak diikuti sebagai partisipan.

3.5. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data yang peneliti lakukan adalah pengolahan data dengan tidak menggunakan analisis statistik, melainkan dengan analisis kualitatif, karena data

yang diperoleh adalah data kualitatif. Dalam teknik ini digunakan proses berpikir induktif, artinya bertitik tolak dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Proses berpikir induktif dimulai dari keputusan-keputusan khusus kemudian diambil kesimpulan secara umum (Notoatmojo, 2002).

Analisis data merupakan proses berkelanjutan yang membutuhkan refleksi terus-menerus terhadap data, mengajukan pertanyaan-pertanyaan analitis, dan menulis catatan singkat sepanjang penelitian. Analisis data kualitatif melibatkan proses pengumpulan data, interpretasi dan pelaporan hasil secara serentak bersama-sama. Ketika wawancara dengan satu partisipan telah selesai dilangsungkan, peneliti melakukan analisis terhadap data-data yang baru saja diperoleh terlebih dahulu membuat transkrip dari hasil wawancara, menulis catatan-catatan kecil yang dapat dimasukkan sebagai kata kunci yang berupa narasi kalimat atau kata dan memikirkan susunan laporan akhir.

Analisis data melibatkan pengumpulan data yang terbuka, yang didasarkan pada pertanyaan-pertanyaan umum dan analisis informasi dari para partisipan. Dalam model analisis tersebut, peneliti mengumpulkan data kualitatif, menganalisisnya berdasarkan tema-tema atau perspektif-perspektif tertentu dan melaporkan tema-tema. Peneliti kualitatif menggunakan prosedur yang umum dan langkah-langkah khusus dalam analisis data. Analisis data kualitatif merupakan suatu proses penerapan langkah-langkah dari yang spesifik hingga yang umum dengan berbagai level analisis yang berbeda.

Tahapan analisis data dalam penelitian ini, sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Creswell (2010) adalah sebagai berikut :

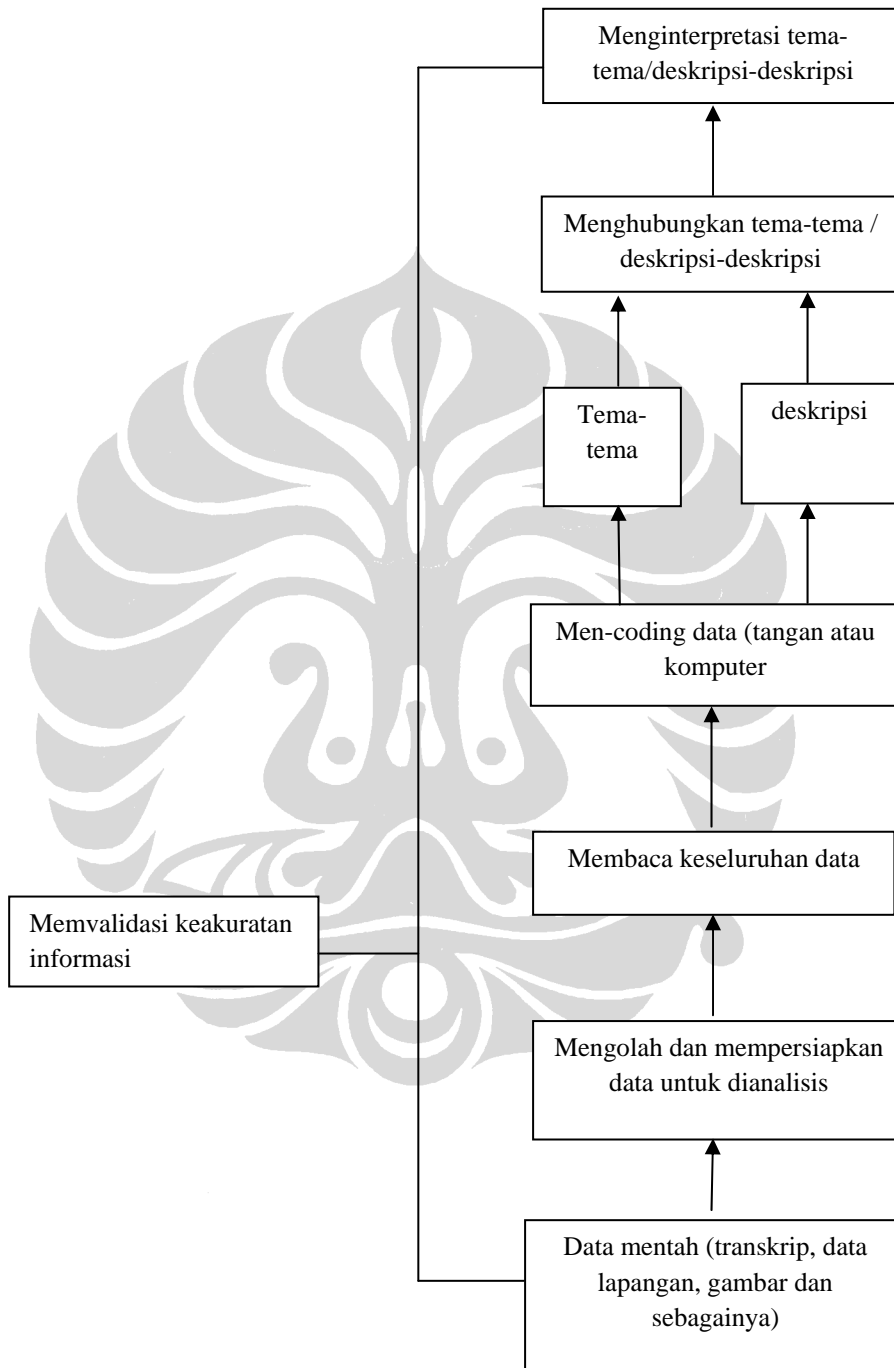
- a. Mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis. Langkah ini melibatkan transkripsi wawancara, men-*scanning* materi, menetik data lapangan atau memilah-milah dan menyusun data tersebut ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung pada sumber informasi.
- b. Membaca keseluruhan data. Membangun *general sense* atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan. Menentukan

- gagasan umum yang terkandung dalam perkataan partisipan, kesan dari kedalaman, kredibilitas dan penuturan informasi itu. Peneliti menulis catatan-catatan khusus atau gagasan-gagasan umum tentang data yang diperoleh.
- c. Menganalisis lebih detail dengan meng-*coding* data. *Coding* merupakan proses mengolah materi/informasi menjadi segmen-segmen tulisan sebelum memaknainya. Langkah ini melibatkan tahap : mensegmentasi kalimat-kalimat (atau paragraf-paragraf) tersebut ke dalam kategori-kategori, melabeli kategori-kategori dengan istilah-istilah khusus, didasarkan pada istilah/bahasa yang benar-benar berasal dari partisipan (disebut istilah *in vivo*).
 - d. Menerapkan proses *coding* untuk mendeskripsikan *setting*, orang-orang, kategori-kategori dan tema-tema yang dianalisis. *Deskripsi* ini melibatkan usaha penyampaian informasi secara detail mengenai orang-orang, lokasi-lokasi atau peristiwa-peristiwa dalam *setting* tertentu. Peneliti membuat kode-kode untuk mendeskripsikan semua informasi ini, lalu menganalisisnya. Setelah itu menerapkan proses *coding* untuk membuat sejumlah kecil kategori dan tema. Tema-tema inilah yang menjadi hasil utama dalam penelitian kualitatif dan digunakan untuk membuat judul dalam bagian *hasil penelitian*. Tema-tema yang dihasilkan diperkuat dengan berbagai kutipan, seraya menampilkan perspektif-perspektif yang terbuka untuk dikaji ulang. Setelah mengidentifikasi tema-tema selama proses *coding*, memanfaatkan lebih jauh tema-tema ini untuk membuat analisis yang lebih kompleks. Misalnya, membentuk menjadi deskripsi umum.
 - e. Menunjukkan deskripsi tema-tema tersebut dan menyajikan kembali dalam narasi/laporan kualitatif. Pendekatan yang paling populer adalah dengan menerapkan pendekatan naratif dalam menyampaikan hasil analisis. Pendekatan ini meliputi pembahasan tentang kronologi peristiwa, tema-tema tertentu (lengkap dengan subtema-subtema, ilustrasi-illustrasi khusus, perspektif-perspektif dan kutipan-kutipan) atau tentang hubungan antar tema. Juga menggunakan skema analisa tema untuk membantu menyajikan pembahasan.
 - f. Langkah terakhir dalam analisis data adalah *menginterpretasi* atau memaknai data. Mengajukan pertanyaan, yang membantu peneliti mengungkap esensi

dari suatu gagasan (Lincoln & Guba, 1985 dalam Moleong 2010). Proses ini berupa interpretasi pribadi si peneliti, dengan berpijak pada kenyataan bahwa peneliti membawa kebudayaan, sejarah dan pengalaman pribadinya ke dalam penelitian. Interpretasi juga berupa makna yang berasal dari *literatur* atau *teori*. Peneliti menegaskan apakah hasil penelitiannya membenarkan atau justru menyangkal informasi sebelumnya. Interpretasi / pemaknaan ini juga bisa berupa pertanyaan-pertanyaan baru yang perlu dijawab selanjutnya : pertanyaan-pertanyaan yang muncul dari data dan analisis dan bukan dari hasil ramalan peneliti.

Segera setelah peneliti mendapatkan data-data dari partisipan, peneliti mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis, mengetik dan memilah-milah serta menyusun data ke dalam jenis-jenis yang berbeda. Peneliti melakukan sendiri kegiatan analisis data tersebut. Peneliti membaca keseluruhan data, merefleksikan maknanya secara keseluruhan, gagasan yang terkandung dalam perkataan partisipan, peneliti menulis catatan-catatan khusus atau gagasan-gagasan umum tentang data yang diperoleh. Menganalisis lebih detail dengan meng-*coding* data, *coding* merupakan proses mengolah materi atau informasi menjadi tulisan sebelum memaknainya, mengambil data dan menyusun atau mengelompokkan ke dalam kategori-kategori, kemudian memberi label kategori-kategori tersebut dengan istilah-istilah khusus, yang didasarkan pada bahasa yang berasal dari partisipan. Menganalisis kategori-kategori dan tema-tema yang telah dipilah-pilah, setelah itu membuat sejumlah kecil tema atau kategori, tema-tema inilah yang menjadi hasil utama dalam penelitian kualitatif kemudian membuat analisis yang lebih kompleks, menjadi deskripsi umum. Mendeskripsikan tema-tema dan menyajikan kembali dalam bentuk narasi atau laporan kualitatif, meliputi pembahasan tentang kronologi peristiwa, tema-tema tertentu (lengkap dengan subtema-subtema, ilustrasi-illustrasi khusus, perspektif-perspektif dan kutipan-kutipan) atau tentang hubungan antar tema. Langkah terakhir dalam analisis data adalah *menginterpretasi* atau memaknai data, berdasarkan pertanyaan yang diajukan kepada klien yang membantu peneliti mengungkap esensi dari suatu gagasan, interpretasi ini kemudian menjadi makna yang berasal dari pengalaman

klien yang merupakan tujuan penelitian yaitu mengungkap makna kehidupan klien, interpretasi ini bukan merupakan kesimpulan peneliti akan tetapi bahasa klien. Secara lebih jelasnya bisa dihat dalam gambar di bawah ini :



Gambar 3.1: Analisa Data dalam Penelitian Kualitatif (Creswell, 2010)

3.6. Keabsahan Data

Menurut Moleong (2010), *Trustworthinnes of the data* atau keabsahan data adalah bahwa setiap keadaan harus memenuhi :

- a) Mendemonstrasikan nilai yang benar
- b) Menyediakan dasar agar hal itu dapat diterapkan, dan
- c) Memperbolehkan keputusan luar yang dapat dibuat tentang konsistensi dari prosedurnya dan kenetralan dari temuan dan keputusan-keputusannya.

Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan, yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*). (Moleong, 2010).

Penerapan kriterium derajat kepercayaan (*validitas internal*) berfungsi untuk : pertama, melaksanakan *inkuiri* sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai ; kedua, mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh penelitian pada kenyataan ganda yang sedang diteliti (Moleong, 2010). Penerapan teknik kepercayaan dilakukan karena peneliti ingin menunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh penelitian pada kenyataan yang sedang diteliti. Peneliti melakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengarkan secara berulang kali hasil wawancara tersebut, hasil rekaman menjadi bukti keabsahan data yang diteliti dan bukan merupakan hasil rekayasa peneliti.

Kriterium keteralihan (*validitas eksternal*) menyatakan bahwa generalisasi suatu penemuan dapat berlaku atau diterapkan pada semua konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh pada sampel yang secara representative mewakili populasi. Keteralihan bergantung pada kesamaan antara kontek pengirim dan penerima. Untuk melakukan pengalihan tersebut peneliti mencari

dan mengumpulkan kejadian *empiris* tentang kesamaan konteks. Dengan demikian peneliti bertanggung jawab untuk menyediakan data deskriptif secukupnya (Moleong, 2010). Dalam penelitian ini, peneliti menguraikan secara rinci hasil temuan yang didapat, kemudian membuat penjelasan tentang hasil wawancara dalam bentuk narasi yang menceritakan tentang hasil wawancara dan catatan lapangan kemudian melakukan pembahasan terhadap hasil penelitian.

Kriterium kebergantungan (*reliabilitas*) ditunjukkan dengan jalan mengadakan replikasi studi. Jika dua atau beberapa kali diadakan pengulangan suatu studi dalam kondisi yang sama dan hasilnya secara esensial sama, maka dikatakan reliabilitasnya tercapai. Persoalan yang amat sulit dicapai di sini ialah bagaimana mencari kondisi yang benar-benar sama. Di samping itu terjadi pula ketidakpercayaan pada instrument penelitian. Mungkin karena keletihan atau karena keterbatasan mengingat sehingga membuat kesalahan. Namun, kekeliruan yang dilakukan tidak mengubah keutuhan kenyataan yang distudi. Juga tidak mengubah adanya desain yang muncul dari data dan bersamaan dengan hal itu tidak pula mengubah pandangan yang muncul (Moleong, 2010). Proses ini tidak peneliti lakukan karena tidak memungkinkan.

Kriterium kepastian (*objektivitas*) adalah pemastian bahwa sesuatu itu objektif atau tidak bergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Dapat dikatakan bahwa pengalaman seseorang itu subjektif sedangkan jika disepakati oleh beberapa atau banyak orang, barulah dapat dikatakan objektif. Jadi objektivitas-subjektivitas bergantung pada masing-masing orang. Selain itu masih ada unsur kualitas yang melekat pada konsep objektivitas. Hal itu berarti bahwa bila sesuatu itu objektif berarti dapat dipercaya, faktual dan dapat dipastikan. Selanjutnya pengalihan pengertian objektivitas tersebut menjadi kepastian (*confirmability*) (Moleong, 2010). Teknik ini peneliti lakukan pada saat dilakukan wawancara yang kedua kepada partisipan untuk mengkonfirmasi tema-tema sementara yang telah dibuat dalam deskripsi agar lebih menambah keakuratan data penelitian.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang pengalaman-pengalaman klien sebagai penyandang Diabetes Melitus Kronis dalam memaknai kehidupannya. Hasil penelitian ini menghasilkan 8 tema utama yang menggambarkan suatu fenomena pengalaman klien Diabetes Melitus dalam memaknai kehidupannya. Peneliti menyajikan hasil penelitian dalam dua bagian. Bagian pertama, peneliti menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua, menggambarkan analisis tematik tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus Kronik.

4.1. Gambaran Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 12 partisipan dengan kriteria sedang mengalami penyakit Diabetes Melitus. Empat orang partisipan berjenis kelamin laki-laki dan 8 orang partisipan berjenis kelamin perempuan dengan usia keseluruhan di atas 30 tahun, seluruh partisipan menderita Diabetes Melitus mulai 2 – 5 tahun (dihitung sejak diagnosa ditegakkan oleh Dokter). Tingkat pendidikan partisipan mulai dari SD, SMP, SMA dan Sarjana. Sepuluh partisipan berstatus menikah dan 2 partisipan berstatus janda. Status pekerjaan 5 partisipan tidak bekerja lagi setelah sakit, 6 partisipan tetap bekerja dan 1 partisipan beralih pekerjaan dari sopir menjadi wiraswasta. Sebanyak 12 partisipan secara sukarela terlibat dalam penelitian dengan karakteristik sebagai berikut :

Partisipan 1 :

Ny. Sk., usia 63 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang tetapi sejak sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 3 tahun, lama pengobatan 3 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat, selain pengobatan medis juga pengobatan alternatif menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol, minum obat dari medis dan obat herbal. Klien menikah, suami usia 61 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan D III, pensiunan PNS.

Partisipan 2 :

Ny. Sh., usia 58 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang sembako tetapi sejak sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien seorang janda suami meninggal sepuluh tahun yang lalu.

Partisipan 3 :

Ny. Sm., usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berjualan makanan matang di depan rumah, tetapi setelah sakit tidak lagi berjualan, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 55 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta.

Partisipan 4 :

Ny. Th., usia 55 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan berdagang burung di pasar burung dan setelah sakit tetap bekerja, lama sakit 3 tahun, lama pengobatan 3 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 60 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan nelayan ikan.

Partisipan 5 :

Ny. Rs., usia 52 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan pedagang kelontong dan masih tetap bekerja selama sakit, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 59 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan wiraswasta.

Partisipan 6 :

Ny. Ms., usia 70 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, tidak bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat, pernah putus obat selama 2 tahun dan selama itu menggunakan pengobatan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien seorang janda.

Partisipan 7 :

Tn.Kl., usia 60 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang sembako dan sayuran di depan rumah, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, tidak pernah kontrol, minum obat-obatan dari herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal. Klien menikah, istri usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan sama dengan suami.

Partisipan 8 :

Tn. Sd., usia 65 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan servis dinamo mesin dan selama sakit masih tetap bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, istri usia 57 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SD, tidak bekerja.

Partisipan 9 :

Ny. Sy., usia 57 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan berjualan makanan matang, tetapi setelah sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 65 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta.

Partisipan 10 :

Tn. As., usia 40 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan sopir truk luar Jawa tetapi setelah sakit bekerja bersama istri berjualan makanan matang di Pelabuhan Semarang, lama sakit 3 tahun, tidak kontrol dan minum obat, hanya menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal. Klien menikah, istri usia 32 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan sama dengan suami.

Partisipan 11 :

Ny. Ap., usia 34 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan Sarjana, pekerjaan Guru, tetap bekerja selama menderita kencing manis, lama sakit 2 tahun, tidak pernah kontrol ke rumah sakit ataupun ke puskesmas, hanya cek gula sendiri, pengobatan dengan menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin menggunakan pengobatan herbal. Klien menikah, suami usia 41 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan Sarjana, pekerjaan wiraswasta.

Partisipan 12 :

Tn. Sb., usia 58 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan pensiunan PNS, sekarang bekerja swasta, lama sakit 4 tahun, tidak kontrol, tetap minum obat dan menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal. Klien menikah, istri usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta.

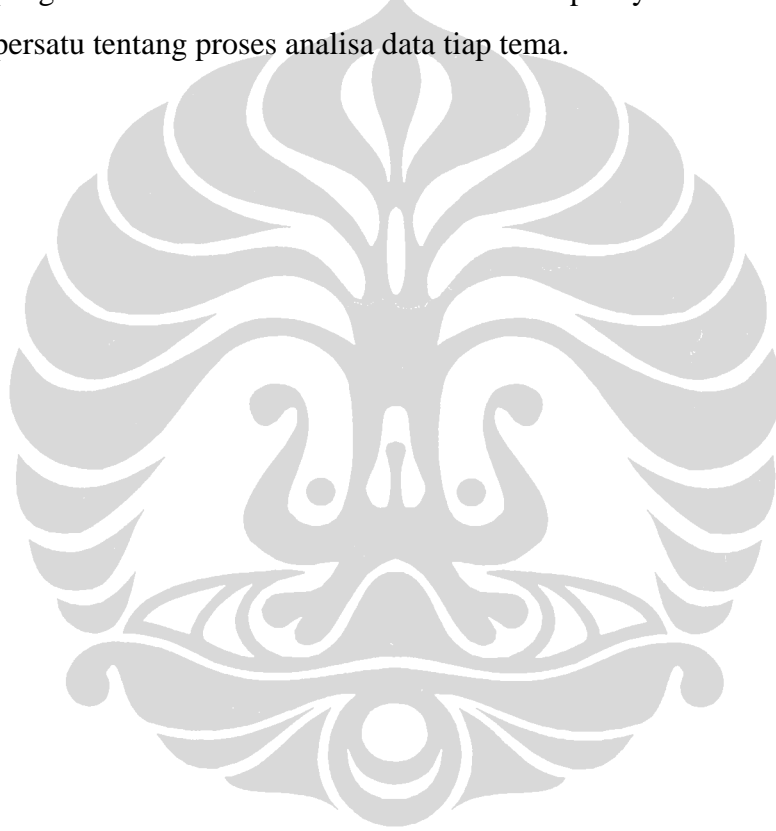
Untuk lebih jelasnya karakteristik partisipan digambarkan melalui tabel dalam lampiran 7 tentang rekapitulasi karakteristik dan deskripsi partisipan dalam penelitian.

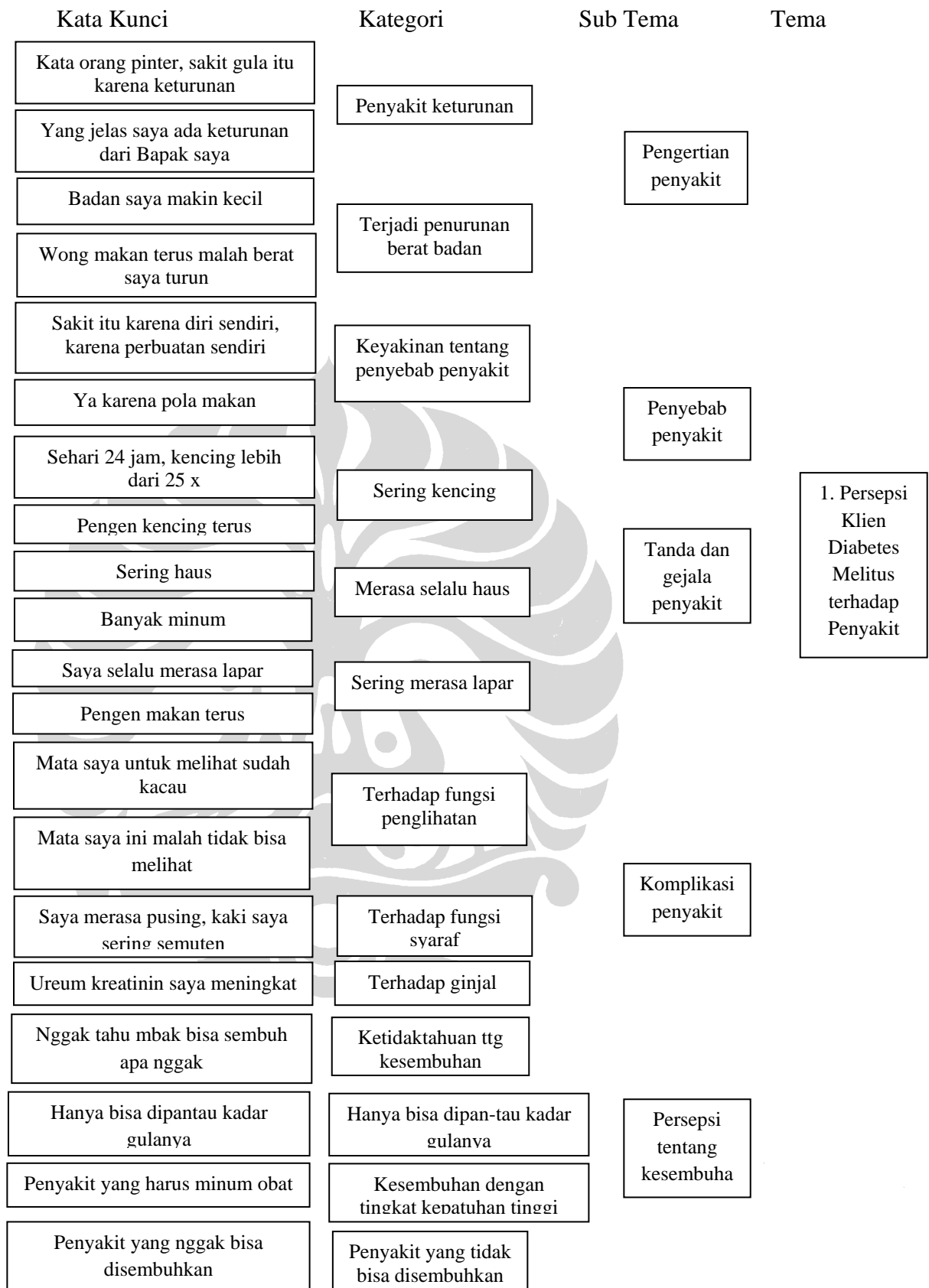
4.2. Analisa Tema

Penelitian ini menemukan 8 tema utama yang memaparkan tentang pengalaman klien dengan Diabetes Melitus dan memberikan Makna dalam Kehidupannya. Tema-tema tersebut adalah : (1) Persepsi tentang penyakit, (2) Respon terhadap

perubahan karena Diabetes Melitus, (3) Kebutuhan penatalaksanaan Diabetes Melitus, (4) Harapan terhadap diri sendiri, (5) Harapan terhadap orang lain, (6) Makna penderitaan, (7) Makna spiritual dan (8) Beban yang dihadapi klien akibat Diabetes Melitus.

Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna kehidupan pada klien dengan Diabetes Melitus. Tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan suatu esensi pengalaman klien dalam memaknai kehidupannya. Berikut akan dibahas satu persatu tentang proses analisa data tiap tema.





Skema 4.1. Proses Analisa Data Tema 1

4.2.1. Tema 1 : Persepsi tentang penyakit

Partisipan mengungkapkan persepsinya tentang penyakit Diabetes Melitus, yang meliputi pengertian tentang penyakit, penyebab penyakit, tanda dan gejala penyakit, komplikasi dari penyakit Diabetes Melitus dan persepsi tentang kesembuhan penyakit. Secara lebih jelasnya tertera dalam uraian di bawah ini :

4.2.1.1. Pengertian tentang penyakit

Persepsi yang pertama yaitu tentang pengertian atau definisi mengenai penyakit Diabetes Melitus. Partisipan mengungkapkan bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan dan penyakit yang mengalami penurunan berat badan penderitanya.

- Penyakit keturunan

Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan, seperti disampaikan oleh P6, P8, P10 dan P11 dalam contoh kutipan berikut ini :

“Ya begini Bu...kalau kata orang-orang pinter itu kan kalau sakit gula itu keturunan...” (P6)(P10)

“.....terus bilangnyanya bahwa sebenarnya sakit gula itu dari keturunan.....” (P8)(P11)

- Penurunan berat badan

Sedangkan P3, P5, P6 dan P10 menyampaikan bahwa Diabetes Melitus adalah penyakit yang penderitanya mengalami penurunan berat badan.

Contoh hasil transkrip sebagai berikut :

“...badan saya makin kecil, makin kecil... terus saya kok sering merasa lemes...” (P6)(P3)

“...badan saya kok tambah kecil...kecil dan habis begini ? “ (P10)(P6)

4.2.1.2. Penyebab penyakit

Persepsi partisipan yang kedua adalah mengenai penyebab penyakit. Partisipan memiliki keyakinan tentang penyebab penyakit, yaitu bahwa sakit bukan berasal dari Tuhan, ada pula yang meyakini bahwa sakit itu berasal dari setan, sakit berasal dari diri sendiri dan penyakit itu karena pola makan yang kurang tepat. Diungkapkan oleh P8, P9 dan P11 dalam contoh kutipan berikut ini :

“...ya memang sakit... sakit itu bukan dari Tuhan... sakit itu berasal dari diri sendiri...wong Tuhan itu selalu baik... Tuhan tidak pernah memberikan penderitaan kepada manusia... kalau kita sakit dan menderita ya karena perbuatan kita sendiri... ya saya terima...” (P9)

“Setahu saya kalau gula itu, kalau tidak karena keturunan ya karena pola makan gitu...” (P11)

4.2.1.3. Tanda dan gejala penyakit

Persepsi ketiga dipahami berdasarkan tanda dan gejala yang ditunjukkan atau dirasakan dan dialami oleh para partisipan. Tanda dan gejala tersebut adalah sering kencing, merasa selalu haus dan sering merasa lapar.

- Sering kencing

Tanda gejala pertama yaitu sering kencing, diungkapkan oleh P3, P5 dan P8 dalam contoh kutipan berikut ini :

“... pengen kencing terus... saya khawatir Mbak...” (P5)(P3)

“... terus dalam sehari 24 jam itu saya kalau kencing itu bisa lebih dari 25 kali...” (P8)

- Merasa selalu haus

Tanda gejala yang kedua yaitu merasa selalu haus, diungkapkan oleh P3, P5 dan P8 dalam contoh kutipan berikut :

“...banyak minum.... Kata orang-orang harus diit gitu Mbak.” (P3)

“... terus kok ya haus terus Mbak....” (P5)(P8)

- Sering merasa lapar

Sedangkan tanda dan gejala yang ketiga adalah sering merasa lapar, diungkapkan oleh P3, P4 dan P5 dalam contoh kutipan berikut ini :

“... padahal makan saya banyak lho Mbak..” (P4)(P3)

“... pengen makan terus...makan nasi sama sayur banyak sekali kok ya masih pengen makan lagi begitu... makan banyak gitu.” (P5)

4.2.1.4. Komplikasi penyakit

Persepsi keempat tentang penyakit Diabetes Melitus menurut partisipan adalah penyakit dengan komplikasi yang mengenai tiga organ penting, yaitu mata, sistem syaraf dan fungsi ginjal.

- Terhadap mata

Komplikasi yang bisa ditimbulkan dari penyakit Diabetes Melitus adalah gangguan pada fungsi mata, seperti yang diungkapkan oleh P7, P8 dan P10, dalam contoh kutipan berikut ini :

“...mata ini malah tidak bisa melihat...” (P7)

“... belum lagi ini mata saya untuk melihat sudah kacau.....” (P8)

- Terhadap sistem syaraf

Selain mengenai mata, Diabetes Melitus juga bisa berakibat lanjut terhadap sistem syaraf, seperti diungkapkan oleh P1, P4, P8, P9 dan P10 dalam contoh transkrip berikut ini :

“...pusing sekali begitu...pusing berputar...” (P9)

“...kalau malam kaki ini rasanya semutan...panas...clekit-clekit. “ (P10)

- Terhadap fungsi ginjal

Komplikasi yang ketiga mengenai fungsi ginjal. Hal ini disampaikan oleh P1 berikut ini :

“...terus pernah urem saya tinggi Mbak... kreatinin juga. Kata anak saya itu menunjukkan penurunan fungsi ginjal.” (P1)

4.2.1.5. Persepsi tentang kesembuhan

Persepsi berikutnya yaitu persepsi tentang kesembuhan yang dipahami oleh partisipan bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang bisa sembuh dengan tingkat kepatuhan yang tinggi dan hanya bisa dipantau kadar gulanya. Tetapi ada juga yang tidak mengetahui apakah penyakit Diabetes Melitus bisa disembuhkan atau tidak, sementara itu pemahaman lain adalah bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan.

- Ketidaktahuan tentang kesembuhan

Partisipan 3, 4, 5 dan 10 menyampaikan tentang ketidaktahuannya tentang penyakit Diabetes Melitus apakah bisa disembuhkan ataukah tidak. Tergambar dalam contoh transkrip berikut ini :

“...nggak tahu bisa sembuh apa tidak ini penyakit saya...” (P3)(P4)

“...saya nggak tahu Mbak... penyakit itu bisa sembuh apa tidak. Tapi banyak orang bilang... penyakit itu tidak bisa disembuhkan.” (P5)(P10)

- Kesembuhan dengan tingkat kepatuhan tinggi

Sementara itu pemahaman tentang kesembuhan penyakit Diabetes Melitus yang bisa terjadi dengan adanya tingkat kepatuhan yang sangat tinggi dari penderita meliputi : harus selalu minum obat/rutin minum obat seumur hidup, tidak boleh makan sembarangan dan harus mengatur diit. Tergambar dalam contoh transkrip yang diungkapkan oleh P1, P2, P3, P5, P7 dan P11 berikut ini :

“Karena saya ingat kata anak saya yang jadi perawat, sakit gula itu harus rutin minum obat Mbak.” (P1)(P2) (P3)(P5)

“...hanya bisa dikontrol kadarnya...” “Ini jenis penyakit yang harus diit. Sakit gula itu harus minum obat seumur hidup, wah...itu jenis penyakit yang harus rutin minum obat Mbak...” (P11)(P7)

- Hanya bisa dipantau kadar gulanya

Partisipan lain mengatakan bahwa penyakit Diabetes Melitus hanya bisa dipantau kadar gulanya. Diungkapkan oleh P2, P4, P8 dan P11 berikut ini :

“...katanya itu penyakit nggak bisa sembuh... hanya bisa dipantau kadar gulanya saja.” (P4)(P2)

“...banyak dokter yang saya datangi itu mengatakan bahwa sakit gula itu tidak akan bisa sembuh total, yang bisa hanya mengurangi kadar gulanya begitu.” (P8)(P11)

- Penyakit tidak bisa disembuhkan

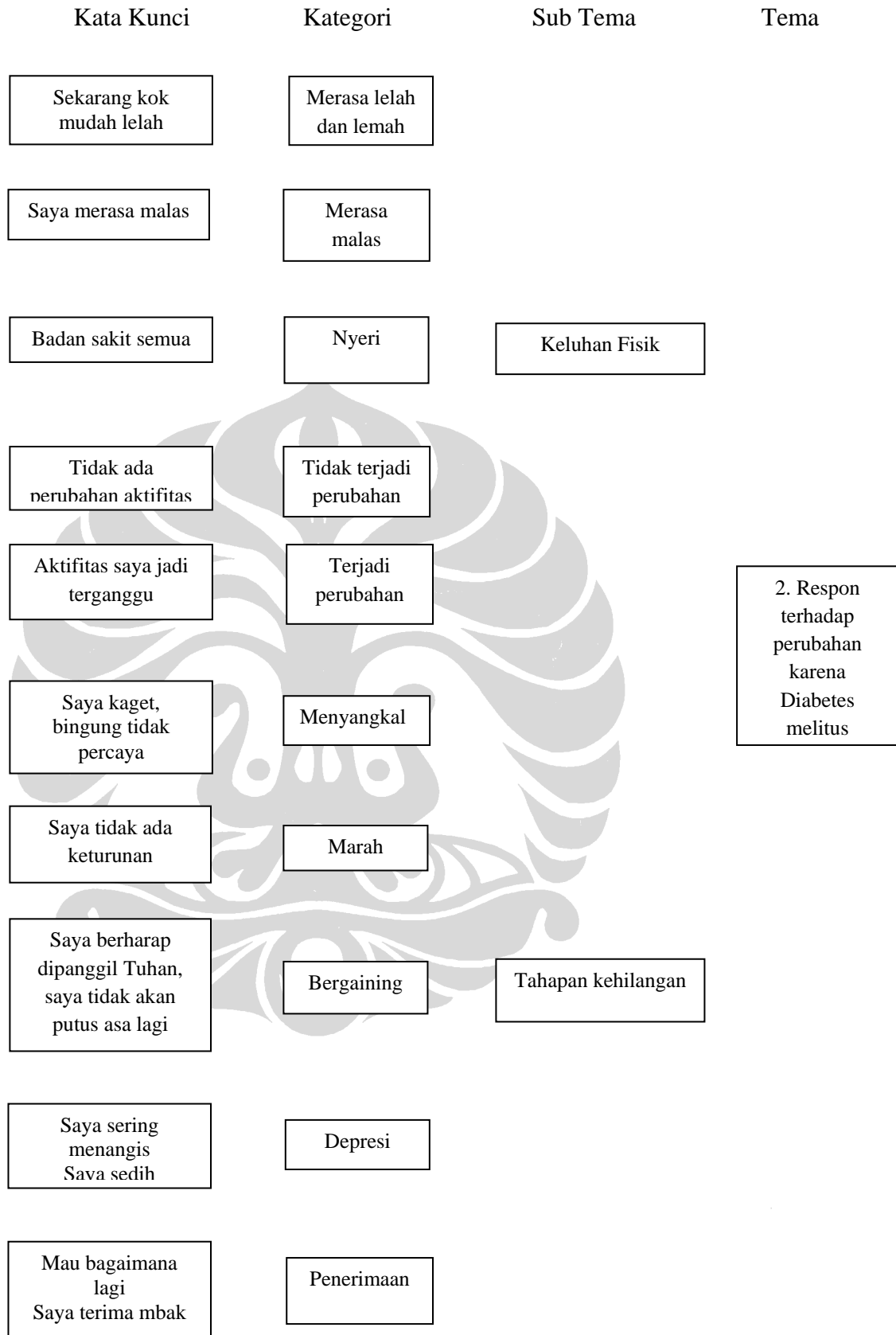
Meskipun para partisipan menyampaikan pemahamannya bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang hanya bisa dipantau kadar gula darahnya dan penyakit dengan tingkat kepatuhan tinggi. Bahkan ada pula

yang tidak tahu apakah penyakit Diabetes Melitus bisa disembuhkan ataukah tidak, namun hampir seluruh partisipan kecuali partisipan kedua belas mengatakan bahwa penyakit Diabetes Melitus tidak bisa disembuhkan. P2 dan P7 menambahkan bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit seumur hidup. Diperjelas dalam transkrip berikut :

“...karena katanya gula itu seumur hidup Mbak, tidak bisa sembuh tapi hanya bisa dipantau begitu Mbak katanya.” (P2)

“... karena kata dokter itu sakit gula itu tidak bisa sembuh karena seumur hidup dan harus minum obat seumur hidup...” “... wong sakit gula kan tidak bisa sembuh... seumur hidup itu... pengobatannya...” (P7)





Skema 4.2. Proses Analisa Data Tema 2

4.2.2. Tema 2 : Respon terhadap proses perubahan akibat Diabetes Melitus

Penyakit Diabetes Melitus menimbulkan proses perubahan yang direpson secara fisik dan adanya proses terhadap kehilangan.

4.2.2.1. Keluhan fisik

Keluhan-keluhan fisik yang dirasakan oleh penderita Diabetes Melitus adalah merasa lelah dan lemah, merasa malas, nyeri, tidak terjadi perubahan aktifitas terkait kondisi fisik tetapi ada juga yang mengalami perubahan aktifitas karena kondisi fisik partisipan.

- Merasa lelah dan lemah

Keluhan lelah dan lemah dirasakan bahkan hampir pingsan, sering merasakan lemas dan gemetar, tidak bertenaga, merasa tidak lagi sekuat dulu disampaikan oleh hampir seluruh partisipan kecuali P9, P10 dan P11. Sebagaimana transkrip berikut :

“Iya Mbak... saya jadi merasa selalu lemes tidak bertenaga, malas terus, sedih mengapa kok saya jadi seperti ini.” “Sebenarnya saya itu sudah bukan orang kuat lagi Mbak...” (P1)

“...pernah juga saya les-lesan Mbak, mau semaput...hampir pingsan...” “ ... saya males Mbak, nggak semangat...” “...saya mulai malas...” “ ... saya jadi lemes terus, inginnya tiduran dan makan saja...” (P2)

- Merasa malas

Sedangkan perasaan malas disampaikan oleh P1, P2 dan P7 dalam transkrip berikut ini :

“Iya Mbak... saya jadi merasa selalu lemes tidak bertenaga, malas terus, sedih mengapa kok saya jadi seperti ini.” (P1)(P2)

“Ya...lemes...males...saya bingung...rasanya tidak menentu... “ (P7)

- Nyeri

Perasaan nyeri berupa badan sakit semua dan keluhan-keluhan nyeri lainnya diungkapkan oleh P3, P6, P8 dan P10. Berikut contoh transkrip partisipan yang memperjelas :

“Ya bagaimana ya Mbak..., saya merasa badan sakit semua, lemes, tidak bisa apa-apa Mbak...” (P3) (P8)

“Anu Jeng...siku ini lho...kadang lutut saya itu linu...kok cekot-cekot gitu Jeng...badan terasa sakit semua...ya terus saya pijet sendiri, saya gosok, pakai balsam...” (P6)(P10)

- Tidak terjadi perubahan aktifitas

Meskipun mengalami Diabetes Melitus P4, P5, P7, P11 dan P12 mengatakan tidak terjadi perubahan aktifitas dan tetap bekerja.

Didukung pernyataan mereka dalam transkrip berikut :

“Ya... meskipun saya masih tetap bisa jualan burung di pasar burung, tapi saya tidak segiras dulu lagi Mbak.” (P4)

“...tapi saya tetap kerja Mbak... nggak ada yang berubah.” (P5)(P11)(P12)

“Ya...saya kan dari dulu memang tidak bekerja...hanya kerja warungan ini...jadi ya tetap saya warungan ini, nggak ada yang berubah...” (P7)

- Terjadi perubahan aktifitas

Perubahan aktifitas yang terjadi meliputi partisipan mengatakan aktifitas menjadi terganggu, menjadi bergantung kepada suami dan tidak lagi bekerja karena sakit yang dialami. Transkrip berikut menjelaskan pemaparan P1, P2, P3, P8 dan P9 :

“Ya itu Mbak... dulu saya bekerja, sekarang tidak lagi.. aktifitas saya jadi terganggu...ngapa-ngapain jadi tergantung...” (P1)(P2)

“Jualan matengan Mbak, di depan rumah, lha itu masih ada bekasnya Mbak. Saya jualan gado-gado, gorengan, lumayan Mbak, bisa buat tambah-tambah penghasilan. Nah sekarang kan saya tidak bisa jualan Mbak. Saya tidak bekerja lagi Mbak.” (P3)(P9)

“Ya jelas pengaruh to...wong tadinya sehat bisa momong cucu, sekarang tidak bisa momong cucu lagi...aktifitas saya jadi terganggu...” (P8)

4.2.2.2. Tahapan kehilangan

Tahapan kehilangan terjadi pada partisipan, meskipun tidak teridentifikasi apakah proses tersebut berurutan atau tidak. Juga mengenai batasan waktunya, tetapi kondisi tersebut terjadi dalam rentang partisipan mengalami Diabetes Melitus. Tahapan itu meliputi

menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan penerimaan kondisi sakitnya.

- Menyangkal

Pertama kali didiagnosa Diabetes Melitus partisipan mengatakan kaget dan tidak percaya bahkan partisipan menyangkal dengan berbagai pemahaman mereka. Transkrip di bawah ini menjelaskan penuturan P1 dan P11 :

“...saya kaget, bingung, sedih, tidak percaya...mosok sih saya kena penyakit gula, saya kepikiran terus Mbak... selama ini saya selalu sehat-sehat saja dan tidak ada keluhan gula.” (P1)

“...ya saya kaget mbak...tidak percaya...” (P11)

- Marah

Partisipan 4, 6, 10 dan 11 mengungkapkan kemarahannya terhadap kondisi sakit berupa perasaan seperti yang tertera dalam transkrip berikut ini :

“Saya juga malu, jengkel, masak bu RT nya masih muda, malah kena gula.” (P4)(P10) (P11)

“...wong saya tidak ada keturunan kok ...yang sakit gula itu kan yang punya keturunan dari orang tuanya” (P6)

- Tawar menawar

Partisipan berikutnya yaitu P1, P8 dan P11 melakukan *bergaining* dengan bahasanya seperti dalam transkrip berikut :

“...saya berharap cepat dipanggil Tuhan...saya tidak akan putus asa lagi...” (P8)

“Dulu saya sering menangis dan bertanya pada Allah Mbak...apa maksud semua ini...apa arti semua yang saya alami...” (P11)

- Depresi

Depresi yang dialami oleh hampir seluruh partisipan, kecuali P6, P8 dan P12 ditunjukkan dengan perilaku sering menangis, merasa sedih, merasa sepi, mengungkapkan ketakutannya dan ketakutan tentang kematian. Meskipun tidak teridentifikasi kapan persisnya partisipan mengalami hal

tersebut, tetapi kondisi itu terjadi dalam kurun waktu partisipan menderita sakit. Berikut contoh kutipan yang mendukung :

“saya sering nangis, saya merasa sangat lemah Mbak, saya merasa sepi...” (P1)

“...saya sedih sekali Mbak... putus asa Mbak, saya cemas Mbak, takut mati...” (P2)

“...saya takut Mbak...” “...terus saya ya merasa sedih begitu Mbak...” (P3)

“Saya takut Mbak... takut mati... Saya takut Mbak, anak-anak belum mentas semua Mbak.” “Ya itu Mbak... saya sangat sedih bila memikirkan itu, saya kepikiran terus Mbak.” (P4)

- **Penerimaan**

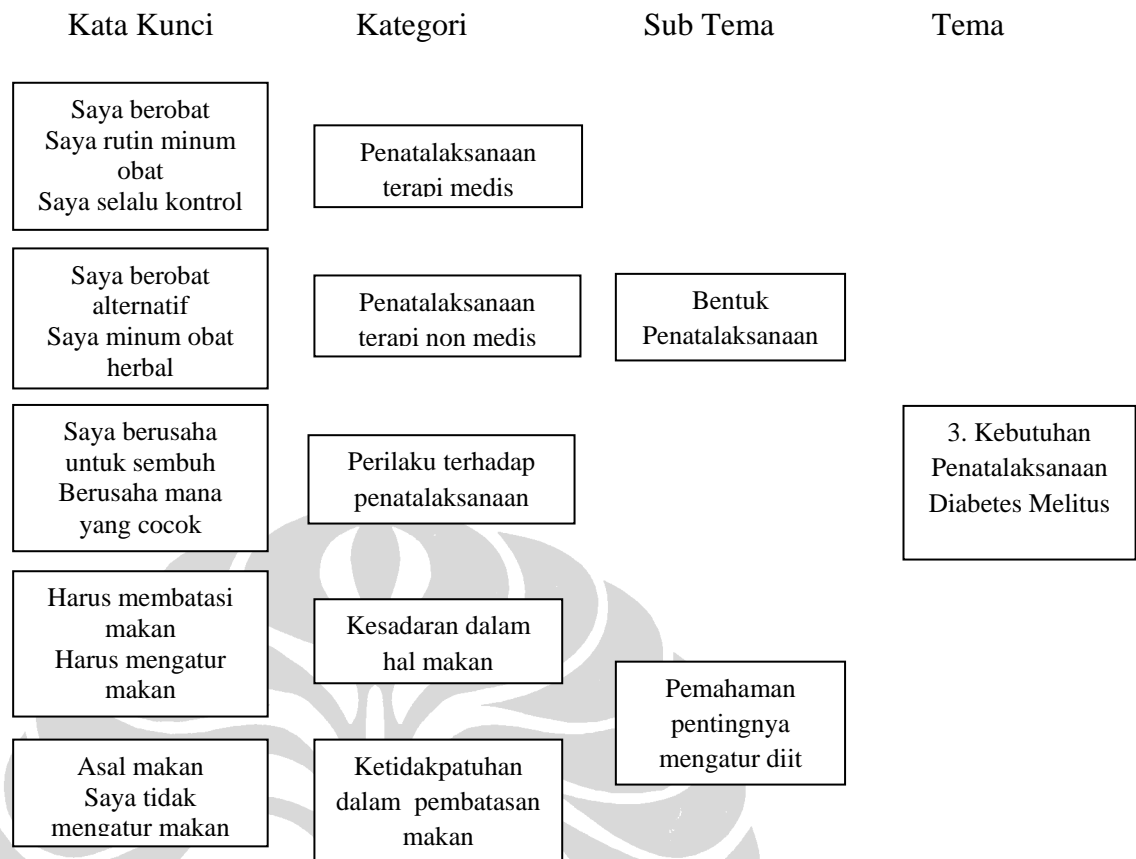
Partisipan mengungkapkan penerimaan dan kepasrahannya mengenai kondisi sakitnya. Hal tersebut dinyatakan oleh hampir seluruh partisipan, seperti contoh transkrip berikut :

“Mbak...saya ini sudah tua, jadi wajar kalau sakit, sudah lama hidup, sudah pernah bekerja dengan giat, sudah pernah sampai kemana-mana, bahkan ke Mekkah, sudah pernah sehat, sudah pernah makan semua makanan dengan bebas. Jadi kalau sekarang saya harus seperti ini... harus sakit, selalu minum obat, makan dibatasi, selalu merasa lemes dan tidak punya daya apa-apa...ya saya harus terima...” (P1)

“Saya manut Mbak...pasrah Mbak... terserah Gusti Allah...” (P3)(P2)(P4)(P5)(P10) (P11)

“... ya nggak apa-apa saya terima... “ “... saya sudah tua... wajar kalau sakit, saya manut... saya pasrah... kepada Allah...” “... wong saya sudah tua kok... kalau mau diambil sekarang ya...saya siap Bu... wong sudah hidup lama lho Bu... sudah pernah sehat...waras... jadi kalau mau diambil dalam kondisi sakit ya saya ikhlas to Bu... pasrah...saya ikhlas wong sudah tua.” (P6)

“...saya pasrah dan ikhlas saja menerima ini. Saya ini sudah tua, wajar kalau sakit. Hidup ini harus dijalani. “ (P7)(P8) (P9)(P12)



Skema 4.3. Proses Analisa Data Tema 3

4.2.3. Tema 3 : Kebutuhan penatalaksanaan Diabetes Melitus

Penatalaksanaan terhadap penyakit Diabetes Melitus dilakukan dengan terapi medis dan non medis serta pemahaman pentingnya mengatur diit.

4.2.3.1. Bentuk penatalaksanaan

Bentuk penatalaksanaan meliputi terapi medis, yaitu menggunakan obat-obatan dari dokter dan penatalaksanaan terapi non medis.

- Penatalaksanaan terapi medis

Penatalaksanaan dengan menggunakan terapi medis dilakukan oleh partisipan dengan cara berobat, rutin kontrol dan rutin minum obat.

Contoh transkrip berikut menjelaskan penuturan P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9 dan P12 :

“Iya Mbak..., saya selalu kontrol setiap bulan ke Rumah Sakit, obatnya juga saya minum, obat-obatan herbal juga dan makan juga diatur oleh Bapak sesuai anjuran yang disarankan.” (P1)(P2) (P3) (P4)

“Ya...saya selalu kontrol Mbak... saya kontrol ke Puskesmas Mbak... sebulan sekali. Saya berobatnya rutin Mbak.” “Ya saya minum to Mbak... pasti selalu saya minum Mbak. Wong obat mahal-mahal kok, perginya juga susah lho Mbak...” (P5)(P6)(P8)(P9)(P12)

- Penatalaksanaan terapi non medis

Selain penatalaksanaan dengan terapi medis dilakukan pula penatalaksanaan terapi non medis. Partisipan ada yang mengkombinasi keduanya, bahkan ada yang hanya menggunakan terapi non medis saja. Terapi non medis yang dijalani berupa pengobatan alternatif, minum rebusan daun sirih, minum kapsul-kapsul kering, minum obat herbal dan minum jamu *godhok*. Berikut contoh pernyataan P1, P2, P3, P6, P7, P11 dan P12 :

“Iya Mbak..., saya selalu kontrol setiap bulan ke Rumah Sakit, obatnya juga saya minum, obat-obatan herbal juga dan makan juga diatur oleh Bapak sesuai anjuran yang disarankan.” (P1)(P2)(P3)(P6)

“... saya berobat ke pengobatan alternatif... saya pindah ke obat-obatan herbal...sampai sekarang.” “Saya minum obat herbal...kapsul-kapsul kering itu tadi... juga jamu godokan itu... sama minum obat Siomen dari Pontianak. Pokoknya mana yang cocok itu yang saya teruskan. (P7)(P11)(P12)

- Perilaku klien terhadap penatalaksanaan

Sedangkan perilaku yang ditunjukkan terhadap pengobatan adalah usaha yang dilakukan untuk kesembuhan meliputi tetap minum obat, berusaha supaya sembuh, berusaha agar tidak putus obat dan berusaha apa saja yang cocok. Pernyataan P1, P2, P3, P7, P9 dan P12 tertuang dalam contoh transkrip berikut :

“...pokoknya jangan sampai putus obat karena katanya gula itu seumur hidup Mbak, tidak bisa sembuh tapi hanya bisa dipantau begitu Mbak katanya.” (P2)(P1)(P3)(P9)

“...tapi saya harus berusaha untuk sembuh kan...” “Pokoknya mana yang cocok itu yang saya teruskan. (P7) (P12)

4.2.3.2. Pemahaman pentingnya mengatur diit

Partisipan memahami pentingnya mengatur diit Diabetes Melitus ditunjukkan dengan perilaku berupa kesadaran dalam hal makan dan ketidakpatuhan terhadap pembatasan makan.

- Kesadaran dalam hal makan

Berupa kesadaran untuk membatasi makan, mengatur makan, selektif dalam hal makan, mengurangi makan dan makan harus hati-hati. Seperti pernyataan hampir seluruh partisipan, kecuali P8 dalam contoh transkrip berikut ini :

“...makan juga sangat teratur, minumnya ya pakai gula tropikana slim, makan porsiya juga dikurangi, suami saya yang memasaknya...” (P1)(P2)(P6)

“Ya memang sih Mbak... katanya, kalau gula itu harus ngatur diit, ngatur makan, kadang saya juga ngatur makan Mbak...” (P4)(P3)(P5)

“... saya mengatur makanan saya...” “Ya... diatur ... dibatasi. Saya mengatur makan.” (P9)(P7)(P10)

“...saya sangat hati-hati sekali makan Mbak. Saya atur makan saya. Makan tetap 3 kali tetap makan nasi, tapi saya mengurangi porsiya, minum pakai gula biasa saya batasi cukup sekali saja sehari, terus makanan lain di antara dua waktu makan itu saya hindari... saya jadi sangat selektif makan Mbak. “ (P11)(P12)

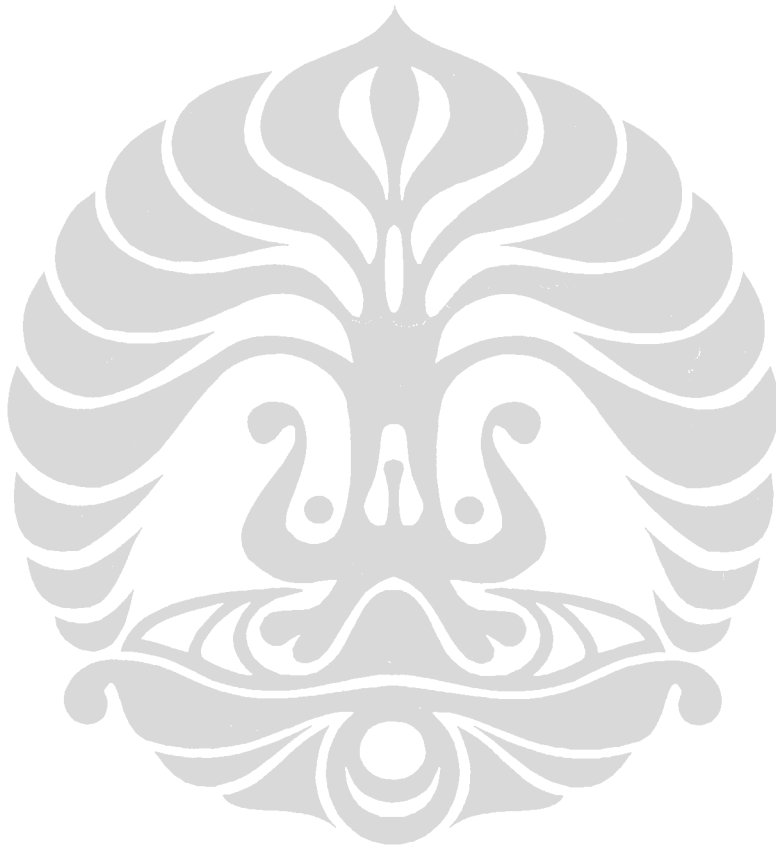
- Ketidakpatuhan terhadap pembatasan makan

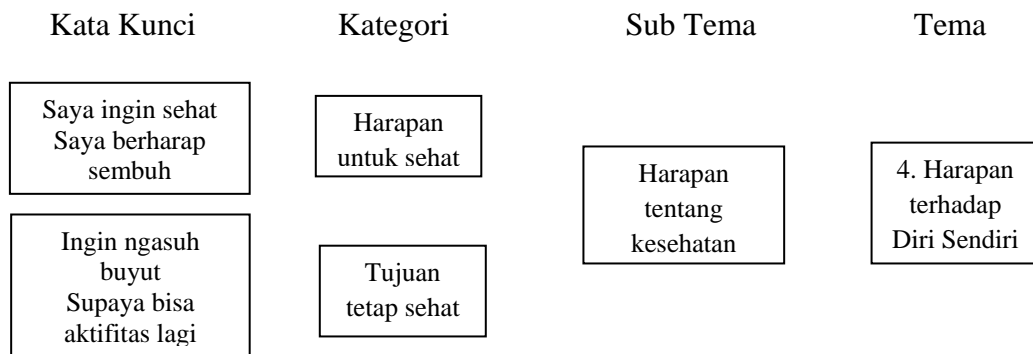
Meskipun hampir seluruh partisipan, kecuali partisipan kedelapan, menyadari pentingnya membatasi makan, namun kadang ada pula ketidakpatuhan yang dilakukan oleh P2, P4 dan P5. Ketidakpatuhan tersebut berupa perilaku tidak memperhatikan diit, makan sekenanya/semua dimakan dan tidak mengatur diit. Berikut penuturan P2, P4, P5 dan P8 :

“...kadang makannya ngawur, saya sudah bosan Mbak, kok tidak sembuh-sembuh.” (P2)

“...tapi terus saya tabrak saja semua Mbak, semua saya makan, kan sudah diobati, biar lah Mbak, kalau makan saya batasi, saya tidak bisa kerja kan Mbak, terus siapa yang bantu Bapaknya cari uang ? Jadi apa yang saya ingin, saya makan saja.” (P4)

“Wah... enggak itu Mbak... sama seperti biasanya, pokoknya ya asal tabrak itu saja Mbak... mau makan apa ya saya makan gitu saja Mbak... nggak ada pembatasan-pembatasan atau pantangan-pantangan gitu...susah Mbak.” “Wah nggak ada Mbak... saya ndablek.. tak tabrak saja... pasrah Mbak... mati mau...hidup ya mau...pasrah itu saja Mbak. “ (P5)(P8).





Skema 4.4. Proses Analisa Data Tema 4

4.2.4. Tema 4 : Harapan terhadap diri sendiri

Harapan terhadap diri sendiri akibat sakit yang dialaminya berupa harapan untuk sehat dan tujuan tetap sehat.

4.2.4.1. Harapan untuk sehat

Harapan untuk sehat diungkapkan berupa pernyataan ingin sehat, ingin sembuh dari sakit, ingin keluar dari masalah dan ingin hidup lebih lama.

Berikut penuturan seluruh partisipan tentang harapan mereka, kecuali partisipan kedelapan, yang mendukung pernyataan tersebut :

“Harapan saya... saya bisa segera keluar dari masalah ini Mbak, meskipun sakit gula tapi bisa aktifitas begitu Mbak...” (P1)(P7)(P10)

“Harapan saya sembuh Mbak. Bisa ngerawat anak dengan baik.” (P4)(P6)

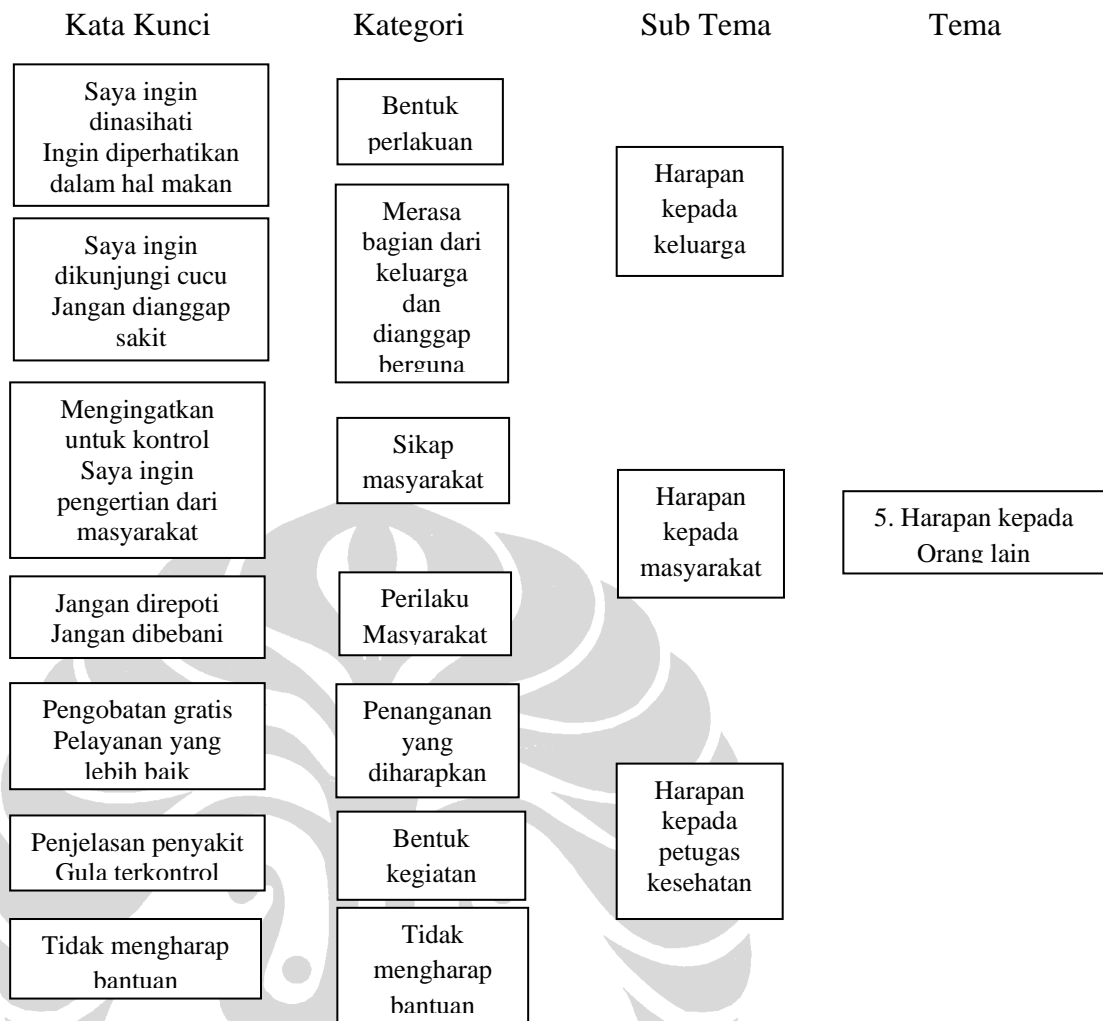
“Harapan saya ya sembuh begitu Mbak... biar semuanya terasa enak.” (P5) (P2)(P3)(P9)(P11)(P12)

4.2.4.2. Tujuan tetap sehat

Sedangkan tujuan untuk sehat adalah supaya bisa beraktifitas kembali, supaya bisa mengasuh buyut lebih lama dan tidak menyusahkan orang lain. Berikut contoh penuturan P1, P6, P7 dan P10 yang mendukung :

“Harapan saya... saya bisa segera keluar dari masalah ini Mbak, meskipun sakit gula tapi bisa aktifitas begitu Mbak...” (P1)(P6)

“Harapan saya itu ya bisa sehat to Mbak... sembuh... bisa aktifitas seperti biasanya begitu Mbak...” (P10)(P7)



Skema 4.5. Proses Analisa Data Tema 5

4.2.5. Tema 5 : Harapan terhadap orang lain

Harapan terhadap orang lain meliputi harapan kepada keluarga, harapan kepada masyarakat dan harapan kepada petugas kesehatan.

4.2.5.1. Harapan kepada keluarga

Harapan terhadap keluarga ditunjukkan dalam bentuk perlakuan yang diinginkan dari keluarga dan adanya perasaan bahwa partisipan adalah bagian dari keluarga dan ingin dianggap tetap berguna.

- Bentuk perlakuan

Bentuk perlakuan dari keluarga yang diharapkan oleh partisipan adalah diperhatikan, dinasehati dan diingatkan dalam hal makan. Berikut pernyataan P1, P2, P3, P7 dan P8 yang mendukung :

“...saya senang diperhatikan. Saudara-saudara juga berkumpul dan memperhatikan Mbak...” “...Saya juga pengen anak-anak saya bergantian menengok membawa cucu-cucu, sebagai perhatian... jadi saya tidak kesepian Mbak.” (P1)

“Terus anak-anak saya rukun, jangan bertengkar, jangan marah-marah begitu Mbak. Itu harapan saya. Kalau sembuh total nggak bisa katanya Mbak, paling tidak gulanya jangan naik-naik terus gitu Mbak.” “...mengingatkan saya ... menasehati, mengingatkan dalam hal makan... jangan makan banyak-banyak nanti gulanya naik itu sudah cukup membantu Mbak.” (P2)

“Suami saya juga mengingatkan dalam hal makan... . Saya diperhatikan. Ya saya senang Mbak...” (P3)(P7)(P8)

- Merasa bagian dari keluarga dan dianggap berguna

Harapan untuk dikunjungi oleh anak, cucu dan keinginan supaya anak-anak rukun adalah wujud harapan partisipan karena adanya perasaan sebagai bagian dari keluarga dan ingin tetap merasa berguna. Berikut pernyataan P1, P2 dan P11 yang mendukung :

“Saya juga pengen anak-anak saya bergantian menengok membawa cucu-cucu, sebagai perhatian...”(P1)

“Terus anak-anak saya rukun, jangan bertengkar, jangan marah-marah begitu Mbak. Itu harapan saya.” (P2)

“...meskipun mereka tahu kalau saya sakit gula. Tapi jangan dianggap sakit begitu...” (P11)

4.2.5.2. Harapan kepada masyarakat

Harapan kepada masyarakat berupa sikap dan perilaku yang ditunjukkan oleh masyarakat kepada partisipan.

- Sikap masyarakat

Sikap yang diharapkan dari masyarakat untuk partisipan adalah pengertian dan mengingatkan partisipan untuk kontrol. Berikut pernyataan P2, P3 dan P7 yang mendukung :

“Apa ya Mbak...tetangga-tetangga sih semua pengertian Mbak, sering mengingatkan kontrol..., ngatur makanan begitu Mbak. Suami saya juga mengingatkan dalam hal makan... . Saya diperhatikan. Ya saya senang Mbak, di sini kan akrab Mbak, rumah kami berdekatan jadi ya saling membantu Mbak. “ (P3)(P2)

“... ya saya ingin warga tahu... saya ingin pengertian dari masyarakat...” (P7)

- Perilaku masyarakat

Sedangkan perilaku masyarakat yang diharapkan oleh partisipan untuk ditunjukkan adalah, jangan merepoti partisipan, jangan membebani partisipan dan tidak lagi ketempatan acara/kegiatan warga. Berikut penuturan P7 :

“Oo... itu... ya saya ingin warga tahu... saya ingin pengertian dari masyarakat... kalau saya ini sudah tua... kena sakit gula... jadi kalau ada kumpul-kumpul warga itu nggak usah ketempatan... karena repot... terus kalau ada kerja bakti itu biar anak saya saja yang ikut. Kalau dari keluarga... ya... saya ingin ... saya diperhatikan oleh keluarga.” “Dan kalau ada kegiatan saya jangan dibebani... jangan direpoti lagi yang berat-berat.” (P7)

4.2.5.3. Harapan kepada petugas kesehatan

Harapan partisipan yang ditujukan kepada petugas kesehatan adalah berupa penanganan dan bentuk kegiatan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada para penderita Diabetes Melitus. Namun ada juga partisipan yang mengatakan tidak memiliki harapan kepada petugas kesehatan.

- Penanganan yang diharapkan

Penanganan yang diharapkan adalah pengobatan, pengobatan gratis, pertolongan dan pelayanan yang lebih baik. Berikut pernyataan P1, P3, P4, P7 dan P10 yang mendukung :

“...kalau kita minta tolong pasti ditolonglah Mbak, tapi kalau kita diam ya mereka kan tidak tahu Mbak.” (P1)

“...pengobatan gratis untuk para penyakit gula...” (P3)(P4)

“Saya mengharap ya...pelayanan yang lebih baik dari petugas kesehatan begitu Mbak.” (P7)(P10)

- Bentuk kegiatan

Bentuk kegiatan dari petugas pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh partisipan berupa pengontrolan kadar gula dan penjelasan tentang penyakit. Berikut pernyataan P2, P10, P11 dan P12 yang mendukung :

“ Itu harapan saya Mbak... diberi penjelasan tentang penyakit, gula saya juga dikontrol.” (P2)

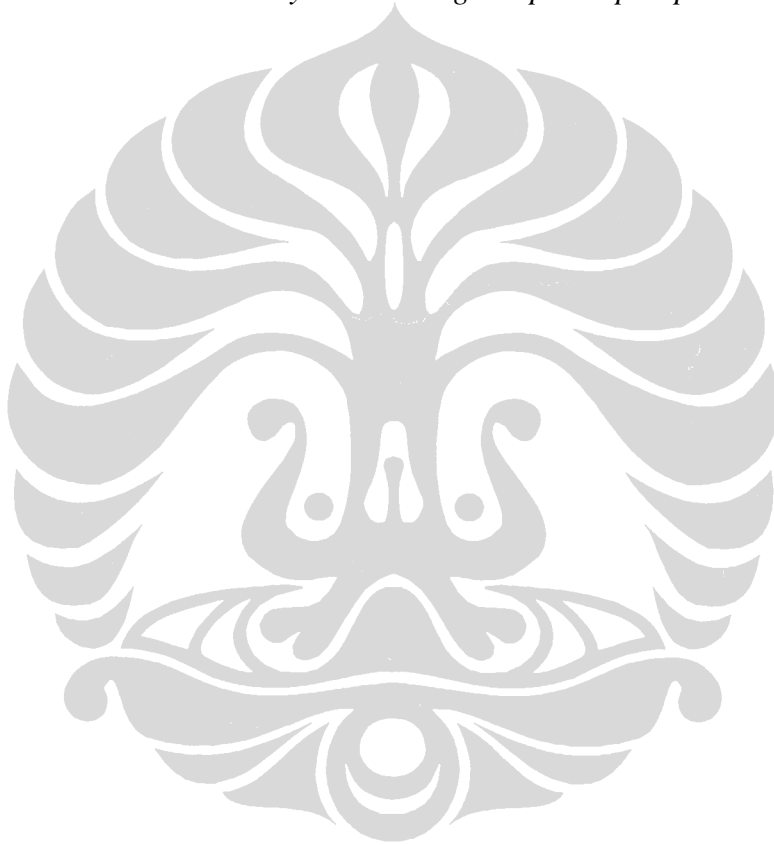
“ Dijelaskan yang benar apa itu penyakit gula.” (P10)(P11)(P12)

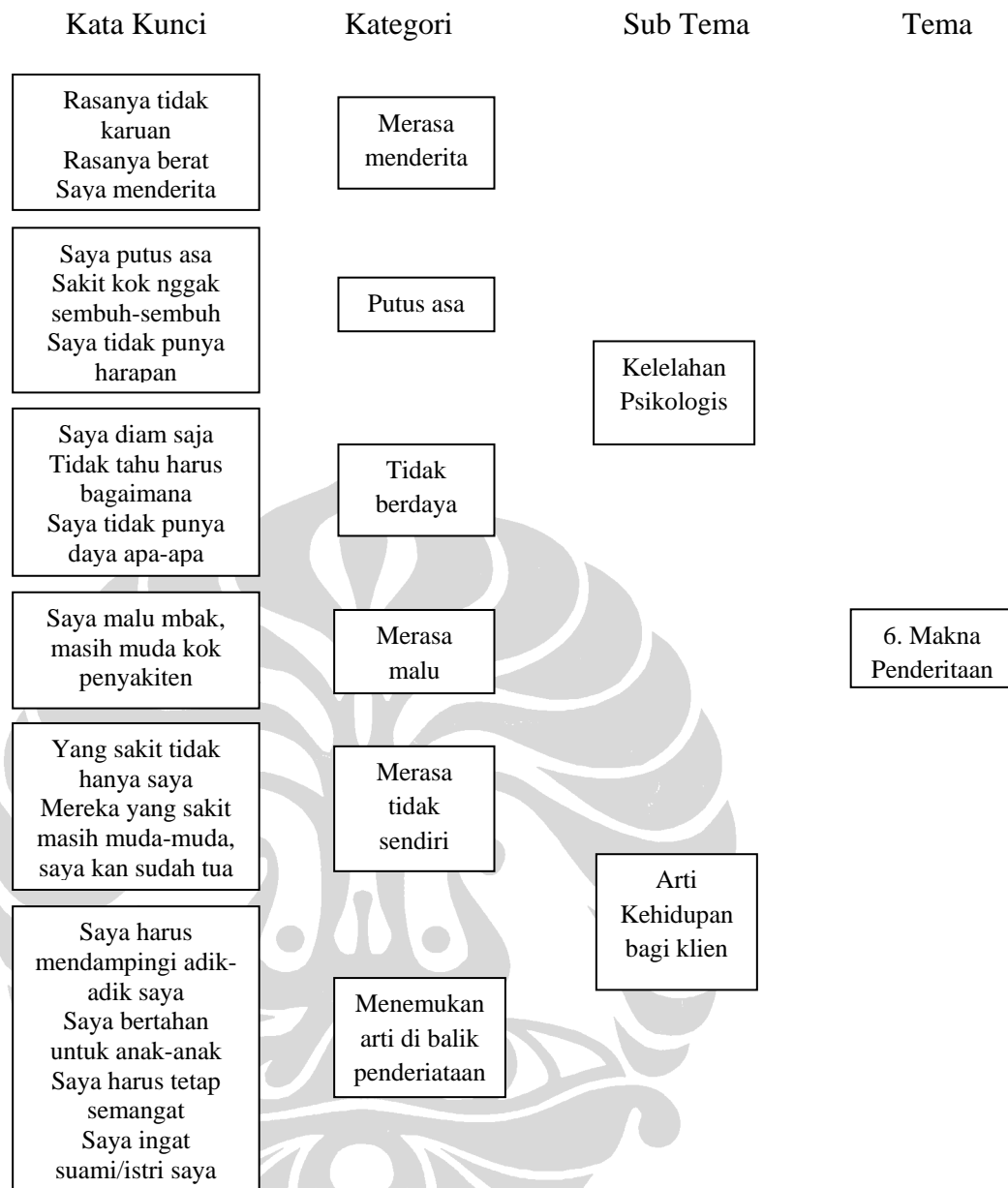
- Tidak mengharapkan bantuan

Partisipan 5 dan 11 mengatakan tidak mengharapkan bantuan apa-apa.

Dinyatakan dalam kutipan transkrip berikut ini :

“Ya... sudah kok Mbak... wong saya berobat pasti dilayani dengan baik...mbayarnya ya murah kok Mbak...jadi sudah sangat membantu Mbak...saya tidak mengharapkan apa-apa Mbak.” (P5)(P11)





Skema 4.6. Proses Analisa Data Tema 6

4.2.6. Tema 6 : Makna penderitaan

Makna yang didapat oleh partisipan dalam kondisi sakit adalah adanya kelelahan psikologis dan arti kehidupan bagi klien.

4.2.6.1. Kelelahan psikologis

Kelelahan psikologis yang dirasakan oleh partisipan adalah partisipan merasakan menderita, merasa putus asa, ketidakberdayaan dan merasa malu.

- Merasakan penderitaan

Penderitaan yang dirasakan oleh partisipan dinyatakan dalam bentuk ungkapan perasaan yang tidak karuan, merasa sangat berat menghadapi kondisi sakit, merasa tidak berdaya dan mengatakan merasa menderita.

Pernyataan P1, P7 dan P8 yang mendukung, adalah :

“... karena lama kelamaan saya merasa keadaan saya jadi tidak menentu Mbak.” (P1)

“Walah... walah... ya mederita, sakit.... Hhmm... berat...berat.” (P7)

“Wah lha kalau saya itu daripada hidup merasakan sakit yang demikian ini yang sama sama menderitanya ya pilih dipanggil oleh Tuhan itu saja. Saya itu tidak takut, kalau nanti setelah mati itu apakah mau dipepes apa mau dijeglok apa mau dipukul atau diapakan itu anu... saya itu terus terang sudah tidak takut saya itu. Daripada merasakan sakit yang sedemikian berat dan menderita ini...daripada hidup menderita kan lebih baik mati”(P8)

- Putus asa

Partisipan 1, 2, 3, 4, 5 dan 8 mengatakan putus asa secara langsung. Ungkapan seperti sakit kok tidak sembuh-sembuh, sembuh syukur tidak ya sudah dan daripada hidup menderita lebih baik mati, diperjelas dalam contoh transkrip berikut ini :

“Ya namanya orang yang putus asa, tidak bisa ngapa-ngapa ditambah sakit yang berat...” “Sampai kapan, kok nggak segera berakhir, apakah akan sampai nanti saya akhirnya meninggal...” (P1)

“Saya sebenarnya sudah putus asa Mbak, merasa tidak bisa berbuat apa-apa... saya sudah bosan Mbak, kok tidak sembuh-sembuh. “ (P2)(P3)(P4)

- Ketidakberdayaan

Karena kurun waktu yang lama dari penyakit yang dialami oleh para partisipan, mereka merasakan ketidakberdayaan. Berikut penuturan P1, P2, P3, P4 dan P5 yang mendukung :

*“...saya langsung pergi ke tempat anak saya, laporan lah Mbak...”
“...dan tidak punya daya apa-apa...” (P1)*

“Ya...saya lapor anak Mbarep saya Mbak...” (P2)

“Apa Mbak... saya nggak tahu harus apa... apa ya Mbak ?.”
(P3)(P4)

- Merasa malu

Sementara P1, P4, P10 dan P11 merasakan malu karena mengalami Diabetes Melitus. Berikut penuturan mereka :

“...saya malu Mbak...dengan sakit seperti ini.” (P1)(P4)

“Ya... saya malu Mbak... wong masih muda kok sudah penyakiten gula...” (P10)(P11)

4.2.6.2. Arti kehidupan bagi klien

Meskipun partisipan merasakan menderita di tengah sakitnya, tetapi partisipan juga tetap berusaha memberikan arti bagi kehidupannya, dengan adanya perasaan senasib dengan para penderita yang lain mereka merasa tidak sendiri dalam menghadapi sakitnya. Selain itu partisipan juga menemukan arti di balik penderitaan yang dialaminya.

- Merasa tidak sendiri

Partisipan mengatakan bahwa yang sakit tidak hanya dia sendiri. Berikut pernyataan P5, P6 dan P7 yang mendukung :

“... yang sakit juga tidak hanya saya... orang mati juga tidak hanya karena sakit...” (P5)

“...yo wis saya tidak sendirian... mereka masih muda-muda semua Bu... saya kan sudah tua...” (P6)(P7)

- Menemukan arti di balik penderitaan

Adanya dukungan dari suami, istri, menantu dan anggota keluarga besar yang lain membuat partisipan merasa hidupnya berarti. Sementara yang tetap membuat partisipan bertahan adalah karena anak-anak masih membutuhkan, harus mendampingi adik-adik yang belum mandiri dan juga cucu yang menjadi tanggung jawab pengasuhan partisipan. Selain itu juga adanya semangat bahwa partisipan tidak boleh protes terhadap kondisi sakitnya, harus tetap semangat dan harus sehat. Berikut pernyataan dari hampir seluruh partisipan, kecuali P6 dan P8 yang mendukung :

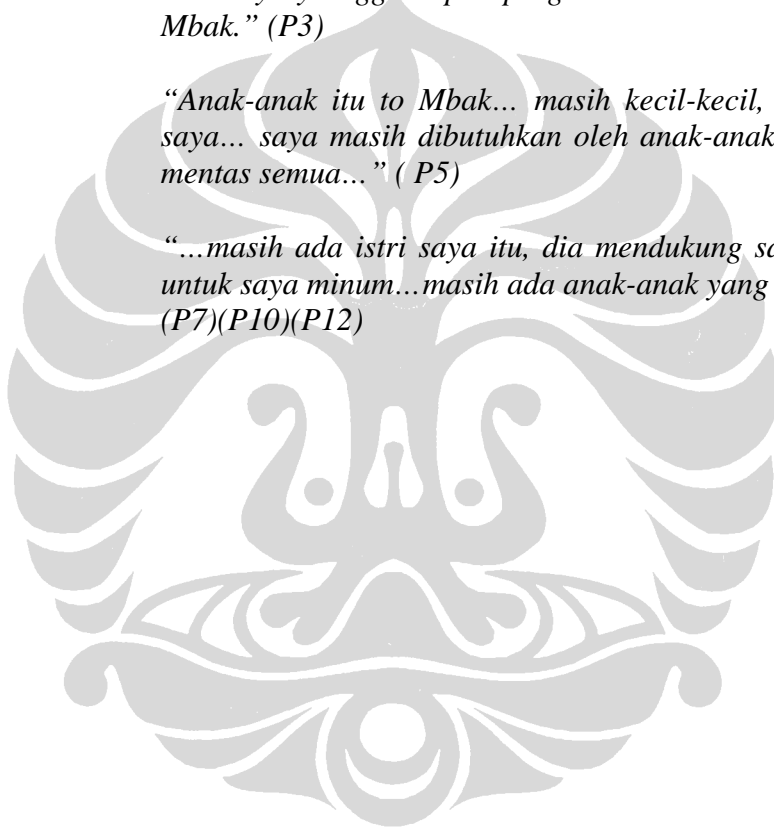
“Tadinya saya ragu Mbak, bisakah saya bertahan. Saya teringat dukungan dari suami saya...anak-anak saya Mbak, cucu-cucu saya...” (P1)

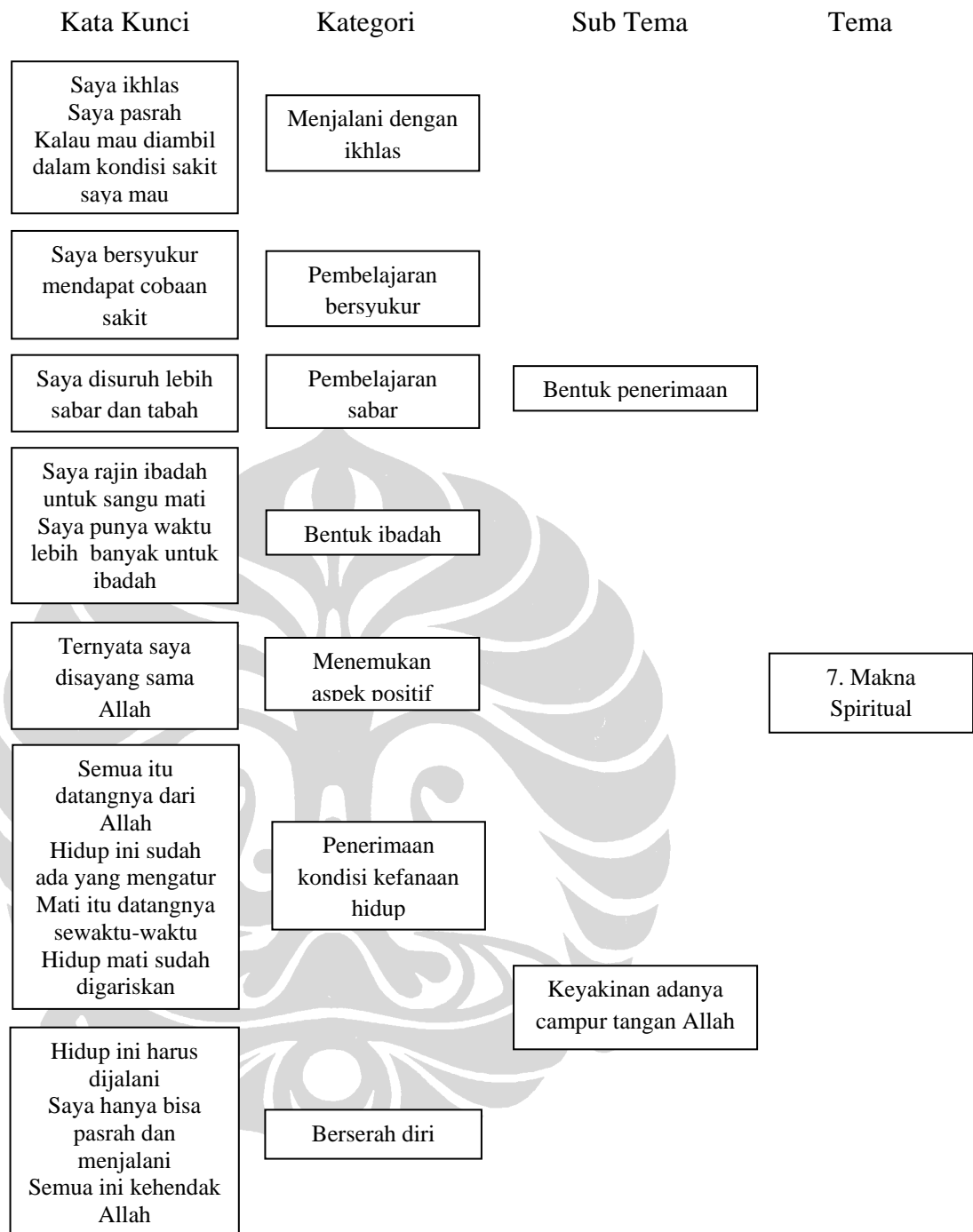
“...saya harus tetap sehat untuk cucu saya Mbak, demi anak saya juga. Saya harus bisa membantu mereka meskipun hanya dengan tenaga Mbak. Hidup ini harus berguna dan berarti Mbak... meskipun dalam kondisi sakit.” (P2)(P4)

“...saya harus mendampingi adik-adik saya Mbak, empat adik saya ikut saya semua Mbak ...” “Ya paling...suami saya Mbak, dia baik sekali, sabaaar banget lho Mbak, tidak pernah marah, dieloni adik-adik saya ya nggak apa-apa gitu Mbak. Jadi saya harus sehat kan Mbak.” (P3)

“Anak-anak itu to Mbak... masih kecil-kecil, masih membutuhkan saya... saya masih dibutuhkan oleh anak-anak saya, mereka belum mentas semua...” (P5)

“...masih ada istri saya itu, dia mendukung saya, nggodhoke jamu untuk saya minum...masih ada anak-anak yang membutuhkan saya.” (P7)(P10)(P12)





Skema 4.7. Proses Analisa Data Tema 7

4.2.7. Tema 7 : Makna spiritual

Makna lain yang didapatkan oleh partisipan adalah makna spiritual. Diwujudkan dengan bentuk penerimaan terhadap kondisi sakitnya dan keyakinan adanya campur tangan Allah.

4.2.7.1. Bentuk penerimaan

Bentuk penerimaan partisipan meliputi menjalani semua dengan ikhlas, pembelajaran untuk lebih sabar, pembelajaran untuk lebih bersyukur, menjalankan aktifitas peribadahan dan penemuan aspek positif dari kondisi sakit yang dialaminya.

- Menjalani dengan ikhlas

Keikhlasan menerima kondisi sakit dinyatakan dalam ungkapan yang berbeda namun memiliki makna yang sama oleh P1, P4, P6, P7, P10 dan P11 dalam contoh kutipan berikut ini :

“ ...berusaha untuk ikhlas Mbak, ikhlas menjalani hidup...ikhlas diberi sakit, ikhlas kalau anak-anak jarang datang, mereka punya urusan sendiri kan Mbak. Begitu Mbak, doakan saya ya Mbak.” (P1)

“Ya saya berusaha ikhlas Mbak. Iya Mbak... saya berusaha ikhlas...Ya... saya ikhlas Mbak...”(P4)(P7)(P10)

“...jadi kalau mau diambil dalam kondisi sakit ya saya ikhlas to Bu... pasrah...saya ikhlas wong sudah tua...” (P6)

- Pembelajaran untuk bersyukur

Partisipan 1, 6, 7, 8 dan 9 mengatakan bahwa kondisi sakit membuat partisipan belajar untuk lebih mensyukuri keadaan. Berikut contoh kutipan penuturan para partisipan :

“Saya terima saja Mbak, saya bersyukur mendapatkan cobaan sakit ini...saya pikir bagusnya saja, saya disuruh lebih sabar dan tabah, mudah-mudahan bisa ya Mbak.” (P1)

“... jadi ya saya bersyukur Bu malahan...” “Semua itu kan datangnya dari Allah Bu... saya selalu berdoa Bu supaya sembuh... ya mungkin dalam saya menjalani hidup ini ada banyak kesalahan... ya saya minta ampunan begitu Bu... Alhamdulillah...saya sudah tua... saya manut... saya pasrah... kepada Allah...saya ikhlas... saya bersyukur diberi umur panjang... sehat... anak-anak jadi orang semua... saya bersyukur bu.” “..mereka masih muda-muda semua Bu... saya kan sudah tua...jadi saya bersyukur.” (P6)

- Pembelajaran lebih sabar

Pembelajaran untuk bersabar dinyatakan oleh P1, P2, P3 dan P11 berikut ini :

“Saya terima saja Mbak, saya bersyukur mendapatkan cobaan sakit ini...saya pikir bagusnya saja, saya disuruh lebih sabar dan tabah, mudah-mudahan bisa ya Mbak.” (P1)

“Saya harus sabar dan menerima sakit ini Mbak...” (P2)(P3)(P11)

- Bentuk ibadah

Sedangkan dengan kondisi sakit, ternyata partisipan 1, 2, 6 dan 7, mengatakan bisa lebih banyak beribadah, lebih banyak istighfar, meminta ampunan dari Allah dan berdoa supaya sembuh. Contoh transkrip berikut menjelaskan pernyataan para partisipan :

“...saya anggap ini cobaan dari Allah Mbak, supaya saya istirahat lebih banyak untuk istighfar, bertobat dan memperbanyak ibadah saya Mbak...” (P1)

“Semua itu kan datangnya dari Allah Bu... saya selalu berdoa Bu supaya sembuh... ya mungkin dalam saya menjalani hidup ini ada banyak kesalahan... ya saya minta ampunan begitu Bu...” (P6)

- Menemukan aspek positif

Sedangkan P1, P6, P7 dan P11 mengatakan bahwa mereka menjadi memiliki lebih banyak waktu untuk ibadah, dan menjadi paham bahwa ternyata Allah menyayanginya. Berikut penuturan partisipan :

“... saya bersyukur, malah saya punya waktu yang lebih banyak untuk ibadah, saya malah rajin beribadah untuk sanga mati... kalau saya diambil sewaktu-waktu tidak menyesal begitu...” (P7)

“...ternyata saya disayang oleh Allah Mbak...” (P11)

4.2.7.2. Keyakinan adanya campur tangan Allah

Keyakinan tentang adanya campur tangan dari Allah ditunjukkan oleh partisipan dengan penerimaan terhadap kondisi kefanaan hidup dan berserah diri.

- Penerimaan kondisi kefanaan hidup

Sakit adalah cobaan, mati tidak hanya karena sakit, hidup sudah ada yang mengatur, hidup mati sudah digariskan, semua datang dari Allah, Tuhan itu selalu baik, cobaan tiap orang berbeda, Tuhan tidak memberikan penderitaan, lakon hidup sudah ditetapkan, masih hidup pasti diberi rejeki, mati datang sewaktu-waktu, ada maksud Allah di balik semua ini

hidup ada tujuannya dan sakit adalah peringatan dari Allah, diungkapkan oleh P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 dan P12 berikut ini :

“... ya jadi begini Mbak... hidup itu ya harus dijalani, wong hidup mati sudah digariskan, sudah ada yang mengatur begitu Mbak, kita hanya menjalani saja.” (P4)(P5)(P10)

“Ya setiap orang itu cobaannya berbeda-beda, sakit adalah cobaan, saya ikhlas, saya pasrah, pasti ada maksud Allah, kalau saya dicoba sakit seperti ini ya saya terima saja...” “...kita diberi hidup ini kan lakonnya sudah ditetapkan ...” (P7)

“... jadi begini Mbak... hidup itu sudah ada yang mengatur ya Mbak... Hidup mati sudah digariskan. Semua ini kan datangnya dari Allah.” “...karena sakit itu cobaan..., mungkin juga peringatan” “...mati datang sewaktu-waktu Mbak.... “ “...Saya yakin ada maksud Allah di balik semua ini Mbak... karena hidup pasti ada tujuannya... “ (P11)

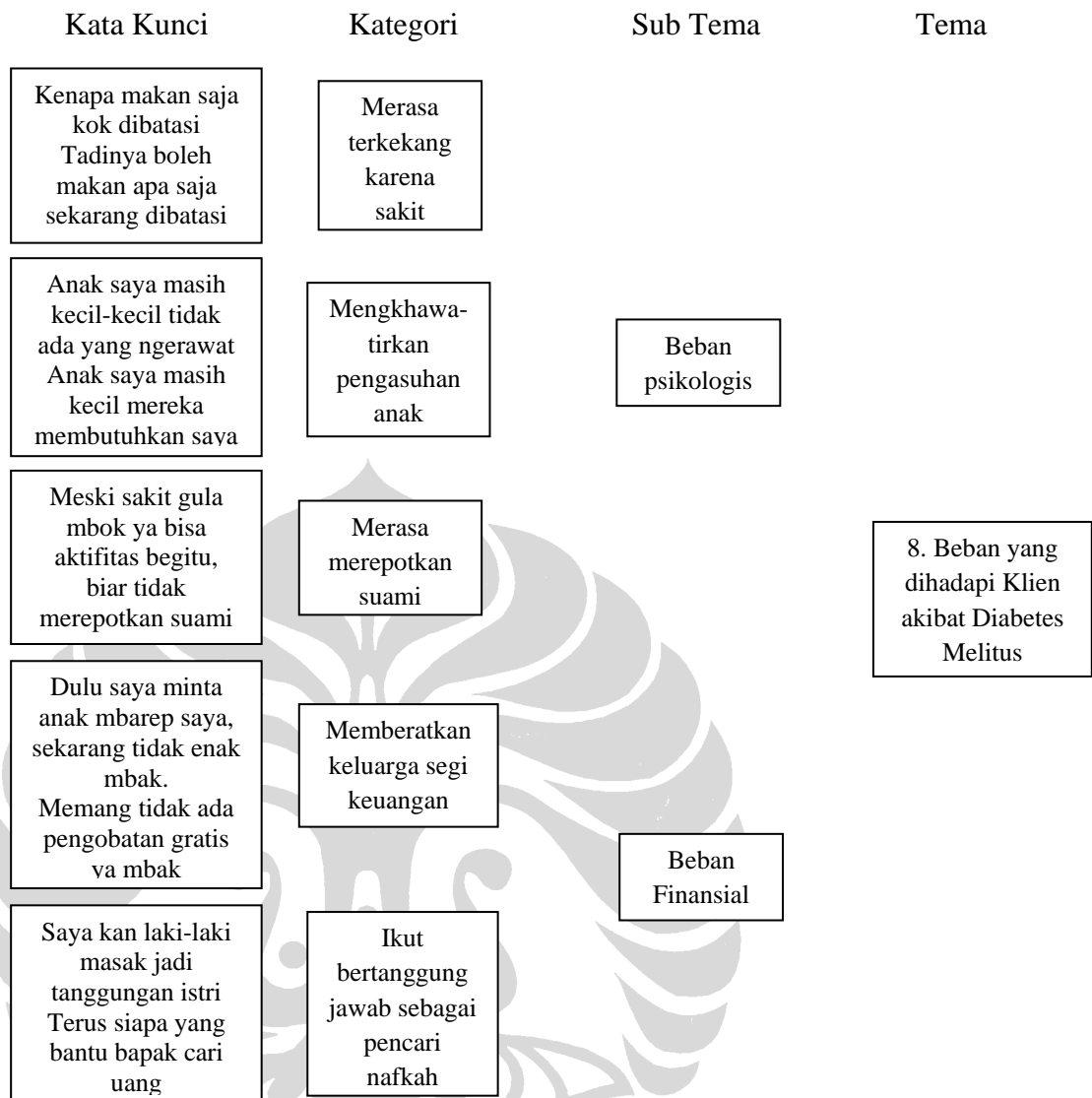
- Berserah diri

Partisipan mengatakan bahwa hidup harus dijalani sesampainya, karena hidup ada yang memiliki jadi terserah yang memiliki hidup, kalau mau dipanggil menghadap pencipta sekarang juga mau, pasrah. Partisipan berserah diri kepada Allah, berikut contoh penuturan P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P10, P11, dan P12 yang mendukung :

“Ya saya terima Mbak, saya pasrah.” (P2)

“...kalau mau diambil sekarang ya...saya siap Bu... wong sudah hidup lama lho Bu... sudah pernah sehat...waras... jadi kalau mau diambil dalam kondisi sakit ya saya iklas to Bu... pasrah...saya iklas wong sudah tua...” “Alhamdulillah... saya sudah tua... saya manut... saya pasrah... kepada Allah...saya ikhlas... “ (P6)

“..... saya hanya tinggal menjalani, hidup harus dijalani, saya jalani hidup sesampainya dengan iklas dan pasrah Mbak.” (P11)



Skema 4.8. Proses Analisa Data Tema 8

4.2.8. Tema lain yang muncul, tema 8 : Beban yang dihadapi klien akibat Diabetes Melitus.

Selain beberapa tema yang telah tercantum di atas, tema terakhir adalah adanya beban yang dirasakan oleh partisipan. Beban itu adalah beban psikologis dan beban finansial.

4.2.8.1. Beban psikologis

Beban yang dialami oleh partisipan adalah beban psikologis. Beban tersebut adalah merasa terkekang karena sakit, mengkhawatirkan pengasuhan anak-anak karena sakitnya dan merasa merepotkan suami.

- Merasa terkekang karena sakit

Karena kondisi sakit yang harus selalu mengatur pola makan, minum dan obat secara teratur, partisipan 2 dan 5 mengatakan sebagai berikut :

“Ya stress to Mbak...Mbak..., wong tadinya boleh makan apa saja kok, sekarang dibatasi, harus minum obat, kemana-mana harus bawa obat, makan dijami, minum obat dijami harus teratur, makan harus hati-hati, harus selektif, lha itu kan membuat stress Mbak.”(P2)

“... kenapa makan saja kok dibatasi... wong kerja juga yang dicari kan ya untuk makan Mbak...” (P5)

- Mengkhawatirkan pengasuhan anak

Partisipan 4 dan 5 selalu mengkhawatirkan kondisinya, bila meninggal karena sakitnya, anak-anak yang masih kecil dikhawatirkan tidak ada yang mengasuh. Berikut penuturannya :

“Saya sedih Mbak, saya takut mati, anak saya masih kecil-kecil, tidak ada yang ngerawat, saya jadi takut sekali Mbak... mereka nanti bagaimana ? “ (P4)

“Anak-anak itu to Mbak... masih kecil-kecil, masih membutuhkan saya... saya masih dibutuhkan oleh anak-anak saya, mereka belum mentas semua...” (P5)

- Merasa merepotkan suami

Partisipan 1 merasakan tidak nyaman bila harus selalu bergantung kepada suaminya. Berikut penuturannya :

“...meskipun sakit gula tapi bisa aktifitas begitu Mbak, tidak bergantung terus pada suami saya, saya malu Mbak...dengan sakit seperti ini. Selama ini saya selalu bergantung pada suami saya Mbak...” (P1)

4.2.8.2. Beban finansial

Beban finansial yang dirasakan oleh partisipan adalah menjadi memberatkan keluarga dan kenyataan bahwa partisipan ikut bertanggung jawab untuk mencari nafkah demi kelangsungan hidup keluarganya.

- Memberatkan keluarga

Partisipan 2, 3 dan 9 mengatakan bahwa dengan sakitnya menjadi tanggungan keluarga. Bila mereka tidak bisa mengendalikan kadar

gulanya maka akan memakan banyak biaya perawatan di rumah sakit.

Berikut pernyataan yang mendukung :

“Dulu saya selalu minta anak Mbarep saya Mbak...tapi sekarang anak Mbarep saya sudah punya anak 3 saya jadi tidak enak Mbak, kasihan membebani.” (P2)

“Memangnya tidak ada ya Mbak, pengobatan gratis untuk para penyakit gula ?. “ (P3)

“...kuatir nanti kalau mondok di rumah sakit, itu kan nanti malah biayanya banyak yang dibutuhkan...” (P9)

- Ikut bertanggung jawab sebagai pencari nafkah

Sementara itu partisipan 4 mengatakan bahwa harus ikut membantu suaminya mencari nafkah. Partisipan 10 mengatakan bahwa dia adalah kepala keluarga yang harus bertanggung jawab terhadap keluarganya dan tidak mau membebani istrinya. Berikut penuturan partisipan :

“...kalau makan saya batasi, saya tidak bisa kerja kan Mbak, terus siapa yang bantu Bapaknya cari uang ? “ (P4)

“Saya kan laki-laki, masih punya anak yang harus saya biayai kuliahnya, masak saya jadi tanggungan istri saya... saya tidak enak...” (P10)

Dari beberapa tema yang dihasilkan dalam penelitian ini, pertanyaan dalam tujuan penelitian terjawab melalui makna kehidupan yang didapatkan oleh partisipan. Makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronis didapatkan melalui mengalami kondisi penderitaan dan menjalani sebuah nilai yaitu nilai spiritual.

BAB 5 PEMBAHASAN

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian berjudul Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus adalah *Fenomenologi*. Fokus utama *Fenomenologi* adalah pengalaman nyata (Anggraeni, 2010). Hal yang dikaji adalah deskripsi mengenai bagaimana pengalaman orang lain dan apa maknanya bagi mereka. Dalam penelitian ini dihasilkan tentang makna kehidupan yang didapat oleh klien yang mengalami Diabetes Melitus.

Pada bab pembahasan ini akan diuraikan dan dibahas tentang hasil penelitian yang didapatkan untuk kemudian dianalisa persamaan dan perbedaannya dengan teori-teori dan penelitian-penelitian terdahulu yang relevan dengan konteks studi seperti yang dikemukakan pada bab tinjauan pustaka. Berdasarkan pembahasan hasil penelitian, peneliti akan mendiskusikan implikasi penelitian terhadap perkembangan pelayanan, penelitian keperawatan jiwa komunitas, dan ilmu pengetahuan keperawatan jiwa. Pada bagian akhir bab, peneliti juga mengemukakan tentang keterbatasan dari penelitian ini.

5.1. Pembahasan Hasil Penelitian

5.1.1. Tema 1 : Persepsi Klien terhadap Proses Penyakit

Persepsi klien terhadap proses penyakit teridentifikasi dalam penelitian tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik. Persepsi tersebut adalah persepsi tentang penyakit yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan persepsi tentang kesembuhan penyakit Diabetes Melitus.

Persepsi tentang penyakit, partisipan memahami mengenai Diabetes Melitus dalam lima bagian, yaitu pengertian penyakit Diabetes Melitus, penyebab penyakit Diabetes Melitus, tanda dan gejala penyakit Diabetes Melitus, komplikasi Diabetes Melitus dan persepsi tentang kesembuhan Diabetes Melitus.

Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan yang ditandai dengan penurunan berat badan yang terus menerus. Seperti dikatakan oleh para ahli kesehatan bahwa sebagian besar diabetisi memiliki riwayat keluarga penderita Diabetes Melitus. Penderita Diabetes Melitus yang sudah dewasa, lebih dari 50% berasal dari keluarga yang menderita Diabetes Melitus. Kelompok penderita lain hanya sekitar 15% yang memiliki riwayat keluarga Diabetes Melitus (Utami, 2010). Hal ini sejalan pula dengan sejarah terjadinya Diabetes Melitus/Kencing Manis yang berkembang di Mesir dan India pada sebelum Masehi, namun sampai sekarang masih diyakini. Diabetes Melitus adalah penyakit yang ditandai dengan sering kencing dan dalam jumlah yang banyak (disebut poliuri) dan penurunan berat badan yang cepat tanpa disertai nyeri. Diabetes Melitus bukanlah penyakit untuk kalangan orang tua saja atau penyakit yang ditimbulkan karena faktor keturunan saja, melainkan gaya hidup (*lifestyle*) juga memicu terjadinya penyakit Diabetes Melitus (Utami, 2010). Demikian pula pengertian lain yang dikemukakan oleh Mansjoer (2001), bahwa diagnosis Diabetes Melitus awalnya dipikirkan dengan adanya gejala khas berupa polifagia, poliuria, polidipsi, lemas dan berat badan turun (Mansjoer, 2001)

Penyebab Diabetes Melitus adalah karena ketidaktepatan dalam hal makan, kurang pengetahuan dalam hal mengatur makan, merupakan kesalahan dari diri sendiri. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Utami (2004), jika dirunut lebih dalam, ada beberapa faktor yang menyebabkan Diabetes Melitus, yaitu : a). genetik atau faktor keturunan ; b). virus dan bakteri, di antaranya *rubella*, *mumps*, *human coxsackievirus B4*, yaitu menurunkan daya imun dan merusak sel beta pankreas ; c). bahan toksik atau beracun, yaitu *alloxan*, *pyrinuron (rodentisida)*, *streptozotin* (produk sejenis jamur), *cassava / singkong* yang mengandung *glikosida sianogenik* yang dapat menyebabkan kerusakan pankreas ; dan d). nutrisi, nutrisi yang berlebihan dan menimbulkan obesitas bisa menyebabkan diabetes melitus (Utami, 2004). Bahwa pengaturan makan

yang berlebihan atau kekurangan atau kurang tepat bisa menyebabkan terjadinya Diabetes Melitus.

Tanda dan gejala Diabetes Melitus adalah sering kencing, merasa selalu haus, sering merasa lapar. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala Diabetes Melitus yang dikemukakan oleh Mansjoer (2001) bahwa diagnosis Diabetes Melitus awalnya dipikirkan dengan adanya gejala khas berupa polifagia, poliuria, polidipsi, lemas dan berat badan turun. Sesuai pula dengan beberapa konsep teori yang dikemukakan oleh Soeharyo (2007), Habibie (2010) dan Utami (2004).

Diabetes Mellitus adalah kelainan yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang dihubungkan dengan defisiensi kerja dan atau sekresi insulin secara absolut atau relatif (Soeharyo, 2007). Diabetes Mellitus atau penyakit gula atau kencing manis adalah suatu kumpulan aspek gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik yang sifatnya absolute maupun relatif (Habibie, 2010).

Diabetes Melitus adalah suatu jenis penyakit yang disebabkan menurunnya hormon insulin yang diproduksi oleh kelenjar pankreas. Penurunan hormon ini mengakibatkan seluruh gula (glukosa) yang dikonsumsi tubuh tidak dapat diproses secara sempurna, sehingga kadar glukosa dalam tubuh akan meningkat (Utami, 2004). Fungsi utama insulin adalah menjaga keseimbangan kadar gula di dalam darah. Apabila terdapat gangguan kerja insulin baik dalam hal jumlah maupun mutu, maka ketidakseimbangan tersebut akan menyebabkan naiknya kadar gula dalam darah. Kadar gula yang meningkat di dalam darah akan dikeluarkan oleh tubuh melalui urin yaitu saat berkemih, yang pada orang normal glukosa tidak akan ditemukan dalam urin (Utami, 2010). Kondisi inilah yang kemudian menyebabkan penderita Diabetes Melitus sering kencing, karena

seringnya kencing dikeluarkan maka menimbulkan rasa haus yang berlebihan karena tubuh kekurangan cairan.

Komplikasi Diabetes Melitus, mengenai mata, mengenai sistem syaraf dan mengenai fungsi ginjal, sebagaimana yang diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini. Hal ini sejalan dengan konsep teori yang dikemukakan oleh Mansjoer (2001), yang menyebutkan bahwa Diabetes Melitus (DM) adalah keadaan hiperglikemi kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, syaraf dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan mikroskop elektron. Komplikasi tersebut dibedakan ke dalam komplikasi akut dan komplikasi kronik. Komplikasi akut, yaitu hipoglikemi, ketoasidosis diabetik-koma diabetik, koma hiperosmoler non ketotik dan koma lakto asidosis. Komplikasi kronik, yaitu mikroangiopati (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik), makroangiopati (mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak), neuropati diabetik, infeksi dan kaki diabetik (Mansjoer, 2001 ; Fox, 2007 ; Utami, 2010).

Persepsi tentang kesembuhan, penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan dan hanya bisa dipantau kadar gula darahnya. Penyakit ini akan diderita seumur hidup dan penderitanya harus selalu rutin minum obat, tidak boleh makan sembarangan, mengatur diet secara ketat untuk mempertahankan keseimbangan kadar gula dalam darah. Penyakit Diabetes Melitus baik tipe 1 maupun tipe 2 semuanya berkaitan dengan peran dan fungsi insulin, baik itu karena rusaknya sel beta penghasil insulin atau karena kurang diproduksinya insulin. Sehingga karena fungsi insulin tidak bisa bekerja dengan baik untuk menurunkan kadar gula di dalam darah, maka penderita Diabetes Melitus akan senantiasa bermasalah dengan kadar gulanya. Adanya pemantauan yang baik dan teratur terhadap kadar gula di dalam darah akan membuat kondisi

yang lebih baik untuk para penderita Diabetes Melitus (Utami, 2010 ; Dewanti, 2010). Hal ini seperti juga yang dituliskan oleh Taylor (2009) bahwa sebenarnya, tidak ada obat apapun yang bisa menyembuhkan Diabetes. Namun, penyakit ini bisa dirawat secara seksama sehingga seorang penderita diabetes bisa menjalani kehidupan yang normal, sama seperti orang lain. Perawatan harus dilakukan secara rutin setiap hari, sepanjang hidup penderita, untuk menghindari timbulnya gejala-gejala yang menunjukkan naik turunnya kadar glukosa darah yang tajam, serta menghindari kemungkinan timbulnya koma (Taylor, 2009).

5.1.2. Tema 2 : Respon Klien terhadap Penyakit Diabetes Melitus

Respon klien yang teridentifikasi dalam penelitian makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik ini adalah respon terhadap perubahan karena Diabetes Melitus. Yaitu adanya keluhan-keluhan fisik dan tahapan kehilangan yang dirasakan oleh partisipan.

Respon terhadap perubahan karena Diabetes Melitus, yaitu adanya keluhan-keluhan fisik di mana tubuh penderita Diabetes Melitus menjadi sangat lelah dan lemah, merasa gemetar, malas untuk beraktifitas, lemes, badan terasa sakit semua. Hal ini sesuai dengan beberapa teori yang menyatakan bahwa pada tahap lanjut gejala yang muncul antara lain : rasa haus, banyak kencing, berat badan turun, rasa lapar, badan lemes, rasa gatal, kesemutan, pandangan mata kabur, kulit kering, gairah sex melemah. Gejala lainnya adalah pusing, mual berkurangnya ketahanan tubuh. (Dewanti, 2010 ; Mansjoer, 2001)

Sedangkan perubahan aktifitas yang dialami oleh penyandang Diabetes Melitus dalam penelitian ini adalah terganggunya aktifitas mereka, yang semula mandiri menjadi sangat tergantung, semula bisa bekerja tetapi setelah mengalami Diabetes Melitus menjadi tidak mampu bekerja lagi. Sesudah makan akan terjadi penyerapan makanan melalui usus dan didistribusikan ke dalam sel. Kondisi tubuh yang kekurangan insulin,

akan menyebabkan gula yang dihasilkan dari pemecahan karbohidrat tidak bisa diantarkan masuk ke dalam sel. Akibatnya gula menumpuk di dalam darah dan sel selalu kelaparan karena tidak mendapatkan nutrisi. Tidak ada energi yang bisa digunakan untuk beraktifitas. Hal ini menyebabkan penderita selalu merasa lemas dan terganggu aktifitasnya meskipun beberapa partisipan menyebutkan bahwa partisipan masih tetap bekerja, walau mereka menderita Diabetes Melitus.

Secara psikologis, seseorang yang mengalami sakit menahun akan mengalami kehilangan. Kehilangan (*loss*) adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami oleh individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan, atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan (Hidayat, 2006). Klien dengan Diabetes Melitus merasa kehilangan karena adanya perubahan dalam hidupnya. Pola hidup yang berubah, gaya hidup dan aktifitas yang dituntut untuk berubah menyesuaikan dengan kondisi penyakitnya. Setiap individu pasti akan bereaksi terhadap kehilangan, respon terakhir terhadap kehilangan akan dipengaruhi oleh respon individu terhadap pengalaman kehilangan sebelumnya.

Sesuai dengan jenis kehilangan yang dikemukakan oleh Hidayat (2006), jenis-jenis kehilangan bisa dibedakan menjadi lima. Pertama, yaitu : kehilangan objek eksternal ; Kedua, kehilangan lingkungan yang dikenal ; Ketiga, kehilangan sesuatu atau seseorang yang berarti ; Keempat, kehilangan suatu aspek diri, misalnya anggota tubuh, fungsi fisik dan fungsi psikologis ; dan yang kelima, kehilangan hidup. Klien Diabetes Melitus dalam penelitian ini termasuk dalam kategori mengalami kehilangan salah satu aspek diri, yaitu fungsi psikologi atau kehilangan fungsi fisik. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa klien dengan Diabetes melitus kronik merasa selalu lemas, tidak bertenaga, perubahan dan penurunan pada beberapa sistem tubuh, adanya perubahan dalam gaya hidup, aktifitas dan pola makan, termasuk perubahan kebiasaan dalam hal

memperhatikan kesehatan. Hal ini membuat klien mengalami suatu perasaan kehilangan karena adanya perubahan dalam hidupnya.

Proses kehilangan terdiri dari mengingkari (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bergainning*), depresi/tertekan (*depression*) dan menerima (*acceptance*). Semua tahapan tersebut pasti akan dilalui oleh klien yang mengalami kehilangan, yang membedakan adalah jangka waktunya. Satu klien dengan klien yang lain tidak sama dalam melalui proses tersebut. Ada yang bisa langsung mencapai fase penerimaan ada yang sangat lama bahkan berbulan-bulan untuk akhirnya dapat menerima kondisi sakitnya (Yosep, 2009). Begitu pula yang dialami oleh klien Diabetes Melitus dalam penelitian ini, proses kehilangan semua dilalui sampai pencapaian tahap penerimaan terhadap kondisi sakitnya. Namun peneliti tidak bisa memastikan berapa lama seorang partisipan sampai pada tahap penerimaan, karena lama waktu yang dilalui partisipan dalam sakitnya rata-rata lebih dari 2 tahun.

Kubler-Ross (2005), menggambarkan tahapan reaksi yang biasanya muncul pada individu dengan kehilangan. Reaksi tersebut meliputi:

a. *Denial* (penyangkalan)

Shock dan *denial* adalah reaksi pertama yang muncul, penyangkalan muncul dalam ketidaksadaran dan ditunjukkan dengan ansietas yang berlebihan. Rasa tidak percaya atau menolak kenyataan bahwa peristiwa itu terjadi (Yosep, 2009). Seperti yang disampaikan oleh partisipan yang pertama dan kesebelas, mereka merasa tidak percaya, syok tentang kondisi bahwa mereka terkena penyakit Diabetes Melitus. Partisipan lain dalam penelitian ini bukan berarti tidak melalui fase tersebut, tetapi hal itu tidak teridentifikasi oleh peneliti. Bisa jadi karena tidak mendefinisikan respon terhadap kehilangan atau partisipan sudah tidak mengingat lagi karena penyakit yang mereka derita sudah terjadi lebih dari 2 tahun, minimal 2 tahun.

b. *Anger* (marah)

Marah, adalah fase kedua dari tahapan kehilangan. Marah dimulai dengan timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan perasaan yang meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang yang ada di lingkungannya, orang-orang tertentu atau ditujukan pada dirinya sendiri. Tak jarang dia menuduh dokter atau tenaga perawat lain tidak becus dalam memberikan pengobatan (Yosep, 2009). Temuan dalam penelitian ini didapatkan bahwa partisipan merasa marah karena menganggap ada kesalahan dalam hasil pemeriksaan, mereka merasa masih muda karena dalam persepsinya penderita Diabetes Melitus tidak akan terjadi pada usia muda. Merasa tidak ada keturunan di keluarganya yang menderita Diabetes Melitus, karena menurut pemahaman mereka Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan, sehingga bila tidak ada keturunan maka tidak akan terkena Diabetes Melitus. Berat badan yang kurus, mereka menganggap tidak bisa terkena Diabetes Melitus, karena berasumsi bahwa penderita Diabetes Melitus mempunyai berat badan yang lebih dari normal/obesitas.

c. *Bargaining* (tawar menawar)

Fase ketiga adalah tawar-menawar, apabila individu sudah dapat mengungkapkan kemarahannya secara intensif maka ia akan maju ke fase tawar menawar dengan memohon kemurahan Tuhan (Yosep, 2009). Wujud penerapan lain, yaitu beralih lebih religius atau mengharapakan keajaiban dengan upaya “membeli “ kemurahan Tuhan. Seperti yang diungkapkan partisipan, protes kepada Allah mengapa diberi sakit yang begini berat. Partisipan merasa bahwa sudah menyadari tentang sakitnya dan tidak dapat menolak, tetapi juga belum siap menerima kondisi sakit yang diberikan oleh Allah, memohon supaya Allah memberikan sakit yang ringan. Kondisi lain, partisipan yang merasakan berputus asa mengharapakan segera dipanggil untuk menghadap, karena menurutnya kematian adalah proses pembebasan dari segala penderitaannya, bila kematian diberikan oleh Allah maka dia

tidak akan berputus asa lagi. Ungkapan terakhir dari partisipan kesebelas, yang merasa bahwa selama ini sudah selalu melakukan yang terbaik yang diperintahkan oleh Allah, tetapi Allah tetap memberikan sakit kepadanya, sehingga partisipan mempertanyakan mengapa dia diberi kondisi sakit ini.

d. *Depression* (depresi)

Depresi biasanya muncul ketika individu sadar bahwa kemarahan mereka tidak akan bisa mengubah keadaan, dan mereka belum bisa menerima keadaan kronis dari penyakitnya. Tingkat keparahan depresi tergantung pada bagaimana individu menginterpretasikan dan memaknai sebuah peristiwa serta kemampuan *coping* yang dimiliki. Sikap yang sering ditunjukkan adalah menarik diri, murung, tidak mau berbicara, putus asa, merasa tidak berharga (Yosep, 2009). Berbagai macam sikap dan perilaku yang berhasil diidentifikasi dalam penelitian yang menunjukkan tanda-tanda depresi. Partisipan tidak bisa menolak atau menghindari dari penyakit yang sudah diderita, tetapi juga belum menerima kondisi sakitnya. Kondisi ini dialami beberapa waktu yang telah lalu, yang tidak teridentifikasi secara khusus, tetapi penuturan partisipan berdasarkan pengalaman mereka mengindikasikan adanya tahapan depresi telah dilalui.

e. *Acceptance* (Penerimaan)

Acceptance terjadi ketika individu telah dapat menunjukkan beberapa karakteristik, antara lain individu dapat mendiskusikan mengenai penyakitnya kepada orang lain, menemukan keseimbangan antara penerimaan kondisi dan melakukan perawatan, dapat berkolaborasi dengan tenaga profesional dan membuat rencana-rencana jangka pendek dan jangka panjang yang realistis. Menurut Yosep (2009), fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran selalu terpusat kepada objek atau orang hilang akan mulai berkurang atau hilang. Individu telah menerima kenyataan kehilangan yang dialaminya.

Bila seseorang tetap berhenti pada salah satu fase kehilangan dan tidak sampai pada fase penerimaan, maka bila dia mengalami kehilangan lagi dia akan sulit untuk masuk pada fase penerimaan. Tetapi bila individu melalui semua tahapan fase tersebut secara tuntas dan sampai pada fase penerimaan, maka perasaan damai akan didapatkan dan individu bisa mengakhiri proses berduka dan kehilangan dengan adaptif. Penerimaan terhadap kondisi sakit oleh partisipan dalam penelitian ini ada yang diungkapkan secara langsung ada pula yang secara tersirat. Tidak ada batasan waktu yang menyatakan sampai berapa lama seseorang akan mencapai penerimaan. Waktu yang dialami oleh partisipan dalam menghadapi sakit Diabetes Melitus dalam penelitian ini adalah 2 tahun, 3 tahun, 4 tahun dan 5 tahun. Kondisi akhir yang teridentifikasi ada partisipan yang sudah betul-betul bisa memahami dan menerima sakitnya meskipun baru 2 tahun, tetapi ada juga yang tetap merasa bersedih, tidak berguna, tidak berdaya dan selalu menangis padahal sudah mengalami sakit lebih dari 2 tahun. Semua itu tergantung kondisi fisik dan psikologis masing-masing partisipan serta kemampuan menggunakan coping yang adaptif.

Beberapa kondisi fisik yang dialami oleh klien bukan tidak mungkin menimbulkan stress atau tekanan. Stress adalah kondisi sistem tubuh yang berespon terhadap perubahan untuk mempertahankan keseimbangan (Taylor, 1997). Perubahan-perubahan yang dialami oleh para partisipan menimbulkan stress yang mempengaruhi keberlangsungan kehidupan partisipan. Ketika mengalami stress, seseorang akan menggunakan energi fisik, psikis, sosial, budaya dan spiritual untuk beradaptasi. Jumlah energi yang dibutuhkan dan efektifitas upaya adaptasi tersebut bergantung pada intensitas, lingkup dan jangka waktu stressor, serta jumlah stressor lainnya. Adaptasi diperlukan agar tetap berada kondisi seimbang, adaptasi merupakan proses penyesuaian secara psikologis dengan melakukan mekanisme pertahanan diri yang bertujuan melindungi atau bertahan dari serangan atau hal yang tidak menyenangkan. Adaptasi psikologis bisa

bersifat konstruktif maupun destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk memecahkan konflik. Bahkan rasa cemas pun bisa menjadi konstruktif, jika dapat memberi sinyal adanya suatu ancaman sehingga individu dapat mengambil langkah-langkah antisipatif untuk mengurangi dampaknya. Perilaku destruktif tidak membantu individu mengatasi stressor (Hidayat, 2006).

Mekanisme koping adalah perilaku yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap kondisi stress yang dialami akibat penyakit yang diderita. Taylor (1991) menggambarkan koping sebagai suatu proses di mana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi penuh stress. Menurut Stuart (2005) koping adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

5.1.3. Tema 3 : Kebutuhan Klien terkait Penyakit Diabetes Melitus

Kebutuhan klien terkait dengan penyakit Diabetes Melitus yang dialami sesuai dengan hasil penelitian ini adalah kebutuhan terhadap penatalaksanaan atau penanganan terhadap Diabetes Melitus. Penatalaksanaan tersebut adalah penatalaksanaan pengobatan dan pemahaman pengaturan diet.

Kebutuhan penatalaksanaan Diabetes Melitus, meliputi kegiatan pengobatan, yaitu upaya kesembuhan yang dilakukan dengan cara mengkonsumsi obat-obatan. Bentuk penatalaksanaan yang ditemukan sesuai dengan hasil penelitian adalah penatalaksanaan terapi medis dan penatalaksanaan terapi non medis. Secara umum Diabetes Melitus dapat diatasi dengan obat-obatan antidiabetes yang secara medis disebut obat hipoglikemia oral (OHO). Penggunaan obat ini diharapkan dapat

menurunkan kadar glukosa darah (Utami, 2004). Hampir sekitar 75 % (9 dari 12 partisipan) partisipan melakukan upaya penatalaksanaan terapi medis, berobat ke layanan kesehatan dan rutin meminum obat yang diberikan.

Cara lain untuk mengatasi Diabetes melitus adalah dengan melakukan suatu terapi yang disebut terapi herbal. Terapi herbal yang dimaksud adalah suatu proses penyembuhan Diabetes Melitus dengan menggunakan ramuan berbagai tanaman yang berkhasiat obat. Saat ini terapi seperti ini sedang populer di kalangan masyarakat karena dinilai sebagai pengobatan yang mempunyai efek samping sedikit, murah dan mudah (Utami, 2004). Sekitar 65 % (7 dari 12 partisipan) partisipan mengatakan bahwa mereka melakukan penatalaksanaan terapi non medis. Penatalaksanaan terapi non medis ini bukan satu-satunya penatalaksanaan yang dilakukan oleh partisipan, mereka yang melakukan penatalaksanaan secara non medis, juga tetap melakukan upaya penatalaksanaan secara medis. Meskipun ada juga yang hanya menggunakan penatalaksanaan non medis, yaitu sekitar 20 % (2 dari 12 partisipan). Hal ini diyakininya karena obat-obatan yang diberikan oleh medis sangat besar dan berat efek sampingnya terhadap organ tubuh yang lain sehingga mereka memilih untuk hanya melakukan penatalaksanaan non medis untuk mengatasi keluhan dan penyakitnya. Keberhasilan pengobatan herbal ini didukung oleh penelitian dan pengamatan yang dilakukan oleh Dokter Prapti Utami di Klinik Herbal Ciputat Jakarta pada 100 penderita dari bulan April 2001 sampai November 2002. Sebanyak 31 % berhasil menjalani terapi herbal dan sisanya kurang memuaskan karena ketidakpatuhan konsumsi herbal dan tidak datang untuk kontrol.

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh True (1997) dan Townes (1998) yang menjelaskan bahwa pengalaman negatif terhadap biomedis akan menyebabkan perasaan tidak percaya dan ketakutan terhadap layanan kesehatan. Partisipan ketujuh sama sekali tidak

melakukan pemeriksaan dan pengobatan medis karena pengalaman yang tidak menyenangkan saat pertama kali mendapatkan pengobatan medis dan berakibat pada tidak berfungsinya penglihatan, setelah beralih menggunakan pengobatan herbal, penglihatannya berangsur-angsur pulih. Hal ini menyebabkan partisipan menyimpulkan bahwa pengobatan medis mempunyai efek samping yang sangat mengerikan, meskipun ketidakberfungsiannya penglihatan partisipan belum tentu disebabkan karena obat penurun kadar gula yang diberikan, karena saat itu nilai gula darah partisipan mencapai angka 500. Berbeda dengan partisipan tujuh, partisipan sebelas yang juga sama sekali tidak menggunakan pengobatan medis, bukan karena memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan. Melainkan berdasarkan pengamatan partisipan dan sumber informasi yang diterima yang kurang dapat diyakini kebenarannya, partisipan sebelas mengambil keputusan untuk hanya menggunakan pengobatan herbal.

Perilaku partisipan sebagai upaya untuk mencapai kesembuhan yaitu dengan mencari pengobatan yang tepat merupakan perilaku konstruktif dalam rangka beradaptasi secara psikologis terhadap stress. Beberapa teknik manajemen stress di antaranya adalah mengatur diet dan nutrisi, istirahat dan tidur, olahraga teratur, berhenti merokok, menghindari minuman keras, mengatur berat badan, mengatur waktu, terapi psikofarmaka, terapi somatik, psikoterapi dan terapi psikoreligius (Hidayat, 2006). Manajemen stress yang dilakukan oleh partisipan dalam rangka beradaptasi adalah dengan melakukan pengaturan diet dan nutrisi serta pelaksanaan terapi psikofarmaka.

Pemahaman pentingnya mengatur diet, berupa kesadaran partisipan dalam hal makan. Temuan yang didapatkan partisipan mengatur pola makan, membatasi dan mengurangi makan, hati-hati dalam hal makan, memilih makanan sampai mengganti gula biasa dengan gula tropikana slim. Hal ini dilakukan untuk mempertahankan kadar gula di dalam darah, dan tetap

memenuhi kebutuhan nutrisi untuk menghasilkan tenaga atau sumber energi yang diperlukan. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mansjoer (2001), bahwa kerangka utama penatalaksanaan Diabetes Melitus yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat hipoglikemik dan penyuluhan. Pada konsensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) telah ditetapkan bahwa standar yang dianjurkan adalah santapan dengan komposisi seimbang berupa karbohidrat (60-70%), protein (10-15%) dan lemak (20-25%).

Temuan lain yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah adanya ketidakpatuhan dalam hal pengaturan makan. Hal ini disebabkan karena kebosanan dalam hal mengatur diit, ketidaktahuan bagaimana mengatur diit dan tidak adanya faktor yang mendukung untuk menyediakan diit, baik dari segi dana maupun tenaga.

5.1.4. Tema 4 : Harapan Klien terhadap Diri Sendiri dan Tema 5 : Harapan Klien terhadap Orang Lain

Dua harapan partisipan teridentifikasi dalam penelitian makna kehidupan klien Diabetes Melitus. Harapan pertama yaitu harapan terhadap diri sendiri dan harapan kedua, yaitu harapan kepada orang lain yang meliputi harapan kepada keluarga, harapan kepada masyarakat, dan yang terakhir harapan kepada petugas kesehatan.

Harapan terhadap diri sendiri, harapan tersebut berdasarkan hasil penelitian tentang makna kehidupan klien Diabetes Melitus adalah adanya harapan tentang kesehatan berupa keinginan untuk sembuh dari sakit dan terciptanya kondisi sehat. Meskipun para partisipan sebelumnya mengungkapkan bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan tetapi pemahaman itu tidak mematahkan harapan partisipan, bahwa kesehatan adalah faktor utama yang diharapkan. Karena hanya dengan kesehatan dan kondisi fisik yang memungkinkan mereka

bisa beraktifitas seperti biasanya dan melanjutkan kehidupan yang harus dijalani.

Harapan kepada orang lain, pertama, orang lain yang diharapkan oleh partisipan adalah keluarga, karena keluarga adalah sistem pendukung yang sangat penting bagi kesembuhan partisipan. Menurut Duvall dan Logan (1986) dalam Friedman (2010) menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI (2008) bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Harapan yang digantungkan partisipan kepada keluarga meliputi peran serta keluarga dalam rangka ikut serta dalam proses penyembuhan partisipan, menyediakan kebutuhan dan membantu dalam hal upaya untuk mencari pengobatan dan perawatan. Selain harapan yang berkaitan dengan proses kesembuhan partisipan, harapan lain dari partisipan kepada keluarga adalah tidak berubahnya atau berbedanya perhatian yang diberikan kepada partisipan dengan sebelum ketika partisipan sakit atau mengalami Diabetes Melitus. Hal ini sejalan dengan salah satu fungsi keluarga, yaitu sebagai perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap munculnya bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga.

Harapan kepada masyarakat, berdasarkan hasil penelitian yang ada, disebutkan bahwa partisipan berharap adanya partisipasi dari masyarakat terhadap kondisi yang dialami. Harapan itu berupa peran serta masyarakat untuk ikut ambil bagian mengingatkan dalam hal pola makan, kontrol ke pelayanan kesehatan, pengertian dari masyarakat terhadap kondisinya sehingga partisipan tidak lagi diikutsertakan dalam kegiatan-kegiatan yang

diselenggarakan oleh masyarakat. Temuan lain bahwa ada partisipan yang berharap untuk tidak diperlakukan atau dianggap sebagai orang yang sakit, sehingga perlakuan yang didapat dari masyarakat pun bukan perlakuan sebagai orang sakit.

Harapan kepada petugas kesehatan, keberhasilan penatalaksanaan Diabetes Melitus tidak lepas dari peran para petugas kesehatan. Bentuk kegiatan yang diharapkan oleh para partisipan adalah adanya program pengobatan yang simultan untuk kesembuhan mereka. Selain pengobatan diharapkan pula pemberian penyuluhan kesehatan yang berguna dan bermanfaat bagi mereka. Sehingga mereka dapat menghadapi penyakit Diabetes Melitus sesuai dengan apa yang harus mereka lakukan.

5.1.5. Tema 6 : Makna Penderitaan dan Tema 7 : Makna Spiritual

Tujuan berikutnya dari penelitian ini dan yang merupakan inti adalah menguraikan makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus Kronik, bagaimana berdasarkan pengalaman klien, memberikan makna pada kehidupannya di tengah kondisi sakit yang dialaminya. Menurut Victor E. Frankl dalam buku Logoterapi Terapi Psikologi melalui Pemaknaan Eksistensi (Bastaman, 2007), bahwa makna kehidupan setiap orang itu berbeda, dari hari ke hari, jam ke jam. Karena kejadian kehidupan setiap manusia itu berbeda. Setiap orang yang dilahirkan mempunyai tugas dan kesempatan yang harus dijalannya sendiri, dan kehidupan itu tidak akan bisa diulang, sehingga makna yang dihasilkan pun akan berbeda. Hasil penelitian ini mengidentifikasi dua makna kehidupan klien, yaitu makna penderitaan dan makna spiritual.

Makna hidup merupakan sesuatu yang dianggap penting dan berharga, serta memberikan nilai khusus bagi seseorang. Makna hidup bila berhasil ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan kehidupan ini dirasakan demikian berarti dan berharga. Pengertian mengenai makna hidup menunjukkan bahwa di dalamnya terkandung juga tujuan hidup (*the*

purpose in life), yakni hal-hal yang perlu dicapai dan dipenuhi. Makna hidup ini benar-benar terdapat dalam kehidupan itu sendiri, walaupun dalam kenyataannya tidak mudah ditemukan, karena sering tersirat dan tersembunyi di dalamnya. Bila makna hidup ini berhasil ditemukan dan dipenuhi akan menyebabkan kehidupan dirasakan bermakna dan berharga yang pada gilirannya akan menimbulkan perasaan bahagia. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kebahagiaan adalah ganjaran atau akibat samping dari keberhasilan seseorang memenuhi makna hidup (Frankl, 1985).

Makna hidup selalu berubah, bahkan tidak pernah berhenti. Menurut logoterapi, penggambaran makna hidup melalui tiga cara yang berbeda, yaitu : a. Melakukan suatu perbuatan, b. Mendalami sebuah nilai, dan c. Mengalami sebuah penderitaan. Melalui penderitaan yang dialami seseorang akan dapat menemukan sebuah “makna dalam penderitaan” (*meaning in suffering*) atau “hikmah dalam musibah” (*blessing in disguise*). Makna penderitaan (*meaning in suffering*), kapanpun seseorang bisa berhadapan dengan sesuatu yang tidak bisa ditinggalkan, situasi yang tidak bisa dihindarkan, nasib yang tidak bisa diubah, penyakit yang tidak terobati, dengan demikian seseorang itu diberi kesempatan terakhir untuk mengaktualkan nilai tertinggi, untuk mengisi makna yang terdalam, yaitu makna penderitaan. Menemukan makna di balik penderitaan yang dialami. Menghadapi semua kondisi tersebut perlu kesiapan seseorang untuk menjalani penderitaan, sebuah sikap yang harus ditunjukkan seseorang menanggung penderitaan atas dirinya sendiri. Bila hasrat dapat dipenuhi maka kehidupan akan terasa berguna dan berarti (*meaningfull*), atau sebaliknya bila tidak dapat dipenuhi makna hidup akan terasa tidak berguna atau berarti (*meaningless*). (Frankl, 1985).

Penelitian tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes melitus ini, mengidentifikasi adanya makna penderitaan (*meaning in suffering*) yang dialami oleh partisipan. Penderitaan yang dirasakan berupa adanya

kelelahan psikologis, merasakan menderita akibat penyakit yang dialaminya selama bertahun-tahun dan dengan sekian banyak keluhan yang tidak berhenti. Penderitaan, keputusasaan, ketidakberdayaan, perasaan malu karena penyakit yang dideritanya, adalah ungkapan yang berhasil diidentifikasi oleh peneliti dalam penelitian ini. Di balik penderitaan yang dialaminya partisipan berusaha untuk mencari arti (*searching of meaning in suffering*), dan beberapa arti teridentifikasi. Pemaknaan yang ditemukan oleh partisipan di balik penderitaannya adalah adanya keluarga inti (suami, istri dan anak) dan keluarga besar (adik, menantu dan cucu) yang masih menjadi alasan bagi partisipan untuk tetap bertahan dan kuat menghadapi kondisi sakitnya. Dukungan yang selalu diberikan oleh keluarga, merasa bahwa masih dibutuhkan oleh keluarga, merasa bahwa kehidupannya walaupun menderita masih memiliki arti dan berguna bagi keluarga. Hal inilah yang menjadi alasan bagi partisipan untuk tetap hidup dan berarti (*meaningfull*). Jadi, partisipan bisa menemukan arti kehidupan di balik kondisi yang dialaminya dan tidak jatuh pada kondisi *meaningless*.

Kondisi apa pun, bahkan dalam kondisi yang paling menderita sekalipun, kehidupan itu tetap bermakna. Seperti makna kehidupan yang ditemukan oleh para pekerja seks komersial, subyek menemukan makna hidup di balik peran yang harus dijalannya sebagai pekerja seks komersial. Orang lain memandangnya sebagai penderitaan karena pekerjaan yang dijalannya rendah dan hina, tetapi subyek melihatnya sebagai sebuah perjuangan untuk tetap mencapai kehidupan yang penuh arti (*meaningfull*). Penelitian ini dilakukan oleh Joko Yulana SS., pada tahun 2007. Hasil penelitian menunjukkan bahwa makna hidup PSK pada rentang usia dewasa awal pada keempat subyek memiliki pola umum yang sama dimana tujuan hidup mereka adalah untuk menghidupi diri dan keluarga. Perilaku mereka terbentuk dari hasil pengalaman kegagalan dalam menjalin hubungan dengan lawan jenis yang didapat dari perjalanan hidup yang pernah dijalani oleh masing-masing subyek. Dari sekian banyak

pengalaman yang pernah mereka dapat, ada beberapa pengalaman yang dijadikan suatu titik tolak dalam kehidupan mereka untuk memperoleh pegangan atau pedoman hidup yang mereka jalani. Pedoman hidup yang dimiliki oleh masing-masing subyek direalisasikan dalam perilaku mereka sehari-hari yang mengarahkan mereka kepada aktivitas yang menuju kepada kehidupan yang lebih baik.

Kegagalan dalam membina hubungan yang pernah dialami oleh para subyek dalam penelitian tersebut adalah sebuah kondisi penderitaan yang dialami. Pengalaman penderitaan tersebut membuat subyek penelitian akhirnya menemukan sebuah makna bahwa kehidupan selanjutnya harus lebih baik dari sebelumnya dan bahwa kehidupan tidak hanya untuk diri sendiri tetapi juga untuk menghidupi keluarganya.

Selain dengan mengalami sebuah penderitaan, pemaknaan dalam kehidupan yang didapatkan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah dengan mendalami sebuah nilai, yaitu nilai spiritual. Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kirschbaum (1996) yang menjelaskan bahwa nilai religius memainkan peran dalam pengambilan keputusan untuk memberikan dukungan hidup terhadap klien. Menurut Britton (2009), bahwa kehidupan manusia dengan dilandasi sebuah kepercayaan harus menempati posisi khusus dalam kehidupan secara keseluruhan, bahwa harus ada satu kekuatan untuk mencapai kebenaran, bahwa harus ada cara atau jalan bagi manusia untuk mengetahui kebenaran dan kebaikan yang diinginkan Tuhan. Ada dua jaminan penting dalam agama, yaitu : pertama, hanya ada satu kebaikan dan satu keburukan absolut di atas dunia ini ; dan kedua, hanya kebaikan absolutlah yang memiliki kekuatan. Tuhan mempunyai rencana untuk kehidupan kita dan bagaimanapun caranya kita harus mencoba menemukan rencana tersebut dan berusaha menjalaninya (Britton, 2009).

Sesuai dengan pemahaman yang disadari para partisipan bahwa mereka menerima kondisi sakitnya dan memaknainya bahwa semua itu adalah kehendak Tuhan, sehingga mereka mempraktikkan penerimaan itu dengan bentuk-bentuk tindakan yang berhubungan dengan spiritual. Tindakan tersebut adalah menjalani kondisi sakit penuh dengan keikhlasan dan kepasrahan, menjalani semua yang digariskan dan menjadi kehendak Tuhan bahwa kondisi itulah yang terbaik untuk partisipan. Pembelajaran untuk bersyukur, meskipun diberikan kondisi sakit, partisipan tetap dapat mensyukurinya, sebagaimana disebutkan dalam sebuah ayat Al-Quran, yang artinya : *Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan : “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya adzab-Ku sangat pedih.” (QS : Ibrahim : 7).* Harapan partisipan dengan mensyukuri kondisi yang diberikan oleh Tuhan, maka Tuhan akan memberikan kondisi lain yang lebih baik sebagai penggantinya. Pembelajaran lain adalah kesabaran, keyakinan bahwa Tuhan selalu beserta orang yang sabar, membuat partisipan menerima kondisi apa pun yang Tuhan berikan, berharap selalu didampingi dan mendapat ridho-Nya. Tindakan lain, yaitu bentuk-bentuk peribadahan yang menunjukkan adanya penerimaan, permohonan ampun, memperbanyak ingat kepada Tuhan, berdoa dan menyadari bahwa dengan sakit mereka memiliki waktu yang lebih banyak untuk mendekatkan diri kepada Tuhan.

Selain bentuk penerimaan yang disadari oleh partisipan dalam memaknai kehidupan berdasarkan spiritual, partisipan menyadari bahwa ada campur tangan Tuhan di balik semua kondisi yang dialaminya. Memahami dan benar-benar menyadari tentang kondisi kefanaan hidup. Hal-hal yang nampak di luar makna dari kehidupan manusia tidak hanya dalam bentuk penderitaan tetapi juga kematian, tidak hanya kesusahan tetapi juga kematian. Kefanaan keberadaan seseorang, hendaknya tidak membuat seseorang tidak bermakna, semua tergantung pada seseorang untuk merealisasikan kemungkinan yang fana. Hidup adalah sebuah pilihan,

memilih untuk mengaktualisasikan kebaikan ataukah keburukan, yang akan menjadi sejarah bagi eksistensi seseorang (Frankl, 1985).

Kesadaran tentang kefanaan hidup dipahami bahwa tidak ada sesuatu yang kekal ataupun yang wujud sendiri tanpa campur tangan dari Tuhan. Pemahaman bahwa sakit adalah cobaan dari Tuhan, meskipun cobaan setiap manusia itu berbeda. Partisipan meyakini bahwa kematian datang sewaktu-waktu, hidup dan mati sudah digariskan oleh Tuhan, mereka tinggal menjalani dengan baik. Karena kehidupan ini sudah ada yang mengatur, semua peraturan itu datangnya dari Tuhan. Tuhan itu selalu baik, tidak memberikan sakit dan penderitaan, Tuhan hanya ingin menunjukkan ada maksud di balik semua cobaan yang diberikan. Setiap kehidupan itu selalu ada tujuan dan Tuhan memberikan peringatan kepada partisipan. Perjalanan spiritual yang panjang juga mengantarkan partisipan untuk berserah diri kepada Tuhan, dan kondisi ini ditemukan di tengah sakit yang dialaminya selama bertahun-tahun lamanya. Berserah diri terhadap semua ketentuan yang digariskan oleh Tuhan, yang diyakini semua itu tidak akan ada tanpa campur tangan dan kehendak-Nya.

Dari beberapa tema yang dihasilkan dalam penelitian ini, pertanyaan dalam tujuan penelitian terjawab melalui makna kehidupan yang didapatkan oleh partisipan. Makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronis didapatkan melalui mengalami kondisi penderitaan dan menjalani sebuah nilai yaitu nilai spiritual. Menurut Frankl (1985), bahwa makna kehidupan bisa ditemukan melalui 3 kondisi, yaitu : dengan melakukan perbuatan dan kegiatan yang berguna, dengan mengalami sebuah nilai dan dengan mengalami sebuah kondisi penderitaan. Penelitian tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik ini partisipan berhasil menemukan makna kehidupannya melalui dua kondisi, yaitu dengan mendalami sebuah nilai (nilai spiritual) dan dengan mengalami penderitaan.

Penelitian lain yang mendukung adalah Makna Hidup dan Penerimaan akan kematian pada remaja yang pernah mengalami kritis, yang dilakukan oleh Muhamad Nur Syuhada' dan kawan-kawan pada tahun 2007. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa makna hidup pada remaja yang pernah mengalami situasi kritis secara medis antara lain : Pertama, berhubungan dengan keluarga yaitu : membahagiakan orang tua, hubungan yang abadi, berbakti kepada orang tua, saling mendukung dan mengerti. Kedua, berhubungan dengan religiusitas yaitu : bersyukur kepada Tuhan, beribadah dan berdo'a kepada Tuhan, taqwa dan berpegang teguh pada ajaran agama, sabar dan ikhlas menjalani hidup, hati yang kaya, yakin kepada Tuhan, berserah diri (Tawakkal), dekat dengan Tuhan. Ketiga, berhubungan dengan kegiatan dan aktivitas yaitu : melatih diri dan sebagai pengalaman, membagikan ilmu yang dimiliki. Keempat, berhubungan dengan orang lain dan masyarakat yaitu : membahagiakan orang lain, tidak menyusahkan orang lain, bermanfaat bagi orang lain, peduli dan berbagi. Dan terakhir kelima, berhubungan dengan nilai-nilai bersikap yaitu : hidup dijalani dengan optimis, bertanggung jawab, hidup itu ada kondisi maksimalnya, mengerti dengan keadaan diri, hidup yang terpenting dapat membuat diri nyaman, menjaga pola hidup sehat, hidup dijalani sebisanya, hidup tidak bisa dipesan, memahami sesuatu yang berbeda, melakukan perbuatan baik, memahami proses kehidupan, hidup seharusnya terarah.

Penelitian lain tentang makna kehidupan yang mendukung hasil penelitian ini dilakukan pada remaja dengan penyalahgunaan narkoba, makna yang didapatkan adalah adanya kondisi dari ketidakbermaknaan hidup di balik penderitaan, akhirnya mereka menemukan kembali makna kehidupan dalam peribadahnya kepada Allah, penelitian ini dilakukan oleh Indah Susanti pada tahun 2002. Data hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa pada ketiga subyek penelitian pernah mengalami kurangnya makna hidup sebelum akhirnya menemukan kembali makna hidup baru baginya. Subyek penelitian menyadari bahwa selama ini makna hidup mereka dengan narkoba justru membuat hidup mereka

menderita dan tidak bermakna, sampai akhirnya menyadari dan menyakini bahwa mereka menemukan makna hidupnya pada saat mereka beribadah kepada Allah, membahagiakan keluarga dan ingin bermanfaat bagi orang lain. Sehingga mereka menjadi optimis untuk melangkah dan mewujudkan masa depan yang diinginkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Breitbart, et al. (2004) tentang makna hidup dan peran spiritual pada klien yang berada di ujung kehidupannya (penderita kanker stadium akhir), dengan melakukan terapi psikoterapi menggunakan logoterapi Victor Frankl, mendukung hasil penelitian makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus. Makna kehidupan klien penderita kanker stadium akhir didapat melalui sebuah penderitaan yang dirasakan karena kanker yang membawa mereka di penghujung kehidupan. Kedua, makna hidup dirasakan lewat pemahaman yang mendalam tentang spiritual, mereka mengakui bahwa kematian tidak dapat dihindarkan dan harus diterima dengan tulus (Breitbart, et al. 2004).

Steger, Oishi dan Kashdan (2009), melakukan penelitian tentang makna kehidupan pada usia dewasa muda, dewasa tengah dan dewasa akhir. Hasil yang didapatkan adalah bahwa dorongan untuk menemukan makna hidup akan lebih kuat terjadi pada usia dewasa akhir, meskipun pencarian makna hidup akan dilakukan oleh semua individu dalam setiap tingkatan usia dan hal tersebut ada kaitannya dengan kejadian yang dialami oleh seseorang. Tidak ada yang membedakan makna kehidupan yang didapatkan oleh usia dewasa awal, tengah maupun akhir. Artinya, dalam penelitian ini tidak ditemukan bahwa usia yang lebih dewasa akan lebih bisa menemukan makna hidup dibandingkan usia yang lebih muda (Steger, Oishi & Kashdan, 2009).

5.1.6. Tema Lain yang Muncul : Beban Klien yang diakibatkan Penyakit Diabetes Melitus

Sebuah tema yang dihasilkan dalam penelitian ini, yang sebenarnya tidak menjadi tujuan penelitian adalah ditemukannya beban klien. Fontaine (2003) mengatakan bahwa beban adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stress emosional dan ekonomi dari keluarga, tempat anggota keluarga tinggal di dalamnya.

Dalam penelitian ini teridentifikasi dua beban yang muncul, yang menjadi tanggungan partisipan. Beban yang pertama yaitu beban psikologis, yang dirasakan oleh partisipan adalah kondisi tertekan dari sakitnya, tidak berdaya, putus asa, merasa tidak nyaman, dimana partisipan harus selalu memperhatikan pola makan dan mengkonsumsi obat secara teratur, juga mengkhawatirkan bila sesuatu terjadi pada dirinya sehubungan dengan sakitnya, maka tidak akan ada yang merawat anak-anaknya. Hal ini mendukung sebuah penelitian yang pernah dilakukan di Rumah Sakit Tugurejo Semarang tentang keterkaitan Diabetes Melitus dengan kejadian depresi.

Beban yang kedua adalah beban finansial, beban finansial dirasakan oleh partisipan bahwa partisipan menjadi tanggungan bagi keluarganya. Sebelum sakit bisa bekerja dan menghasilkan uang untuk membantu kelangsungan perekonomian keluarga, sementara setelah mengalami kondisi sakit karena keterbatasan partisipan, menjadi tidak lagi bisa bekerja. Hal ini disampaikan oleh partisipan baik secara langsung maupun secara tidak langsung, dengan mempertanyakan adanya pengobatan gratis dan merasakan ketidaknyamanan bila harus selalu meminta biaya kepada keluarga (suami dan atau anak).

Bila dihubungkan dengan konsep teori, beban bisa dilihat dari dua sisi, yaitu beban yang dirasakan oleh klien sebagai partisipan dan beban yang

dihadapi oleh keluarga dalam merawat klien selama sakit. Menurut WHO (2008) mengategorikan beban ke dalam dua jenis beban, yaitu:

- a. Beban obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif dari kesehatan fisik anggota keluarga.
- b. Beban subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, ansietas dan malu dalam situasi sosial, koping stres terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Kaitannya dengan hasil penelitian ini, bahwa beban psikologis yang dirasakan oleh partisipan masuk kategori beban subyektif. Beban finansial yang dialami oleh partisipan masuk dalam kategori beban obyektif. Sedangkan beban yang dihadapi oleh keluarga selama merawat klien, memiliki karakteristik yang hampir sama dengan beban yang dirasakan oleh klien tidak ikut diidentifikasi dalam penelitian ini. Karena fokus dalam penelitian ini yang menjadi partisipan adalah klien penderita Diabetes Melitus, bukan keluarga partisipan.

5.2. Pembahasan Aplikasi Model Adaptasi Roy pada Penelitian

Model adaptasi Roy (Tomey & Alligood, 2006) digunakan sebagai dasar dalam penelitian ini. Alasan penggunaan model adaptasi Roy, karena klien adalah individu yang holistik dan merupakan sistem adaptif yang memiliki kemampuan beradaptasi terhadap stimulus sehingga klien mampu memanfaatkan koping adaptif dalam mengatasi masalah psikososial yang muncul ketika mengalami kondisi sakit Diabetes Melitus. Peran perawat dalam model adaptasi Roy adalah untuk membantu klien mempertahankan dan meningkatkan mekanisme koping adaptif yang dimiliki sehingga mencapai kualitas hidup yang optimal. Tiga sistem utama yang digunakan meliputi input, proses dan output. Input

digambarkan sebagai penyebab terjadinya perilaku yang terdiri atas stimulus fokal, stimulus kontekstual dan stimulus residual.

Stressor berupa sakit yang dialami klien dengan Diabetes Melitus dalam penelitian ini digambarkan sebagai stimulus fokal. Dalam pendekatan Stuart & Laraia (2005) stimulus fokal dapat dianalogikan sebagai stresor presipitasi, yaitu segala ketegangan dalam menghadapi kondisi sakit Diabetes Melitus. Sedangkan beberapa karakteristik lain yang terkait dengan Diabetes Melitus digambarkan sebagai stimulus kontekstual dan stimulus residual. Termasuk dalam stimulus kontekstual yaitu karakteristik partisipan, meliputi usia, pendidikan dan pekerjaan. Karakteristik ini akan mempengaruhi kemampuan klien dalam mempersepsikan kondisi sakitnya, apakah dianggap sebagai beban yang dapat mengarah pada munculnya masalah psikososial, ataukah tidak. Pengertian atau persepsi tentang penyakit dan kesembuhan, kebutuhan tentang penatalaksanaan, harapan terhadap kesembuhan, merupakan stimulus residual.

Pada penelitian makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus, dijelaskan pula tentang model sistem kognator dan regulator dalam tahapan proses. Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, penguatan (*reinforcement*) dan pengertian yang mendalam (*insight*). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Dalam hal ini partisipan mengambil keputusan untuk memilih jenis pengobatan dan penatalaksanaan untuk mengatasi kondisi sakit Diabetes Melitusnya. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang. Respon psikologis klien

terhadap kondisi sakitnya termasuk dalam proses pertahanan klien dalam menghadapi sakitnya. Mekanisme regulator, yaitu mekanisme yang berkaitan dengan proses fisiologis meliputi kimia, neural atau endokrin, ditemukan dalam penelitian ini. Klien mengalami perubahan secara fisiologis, yaitu adanya penurunan fungsi sebagai akibat dari kondisi sakit Diabetes Melitus, sebagai contoh : perubahan fungsi pencernaan, perkemihan, persyarafan. Perubahan hasil pemeriksaan darah yang menunjukkan hasil adanya peningkatan kadar gula di dalam darah. Terjadinya perubahan atau bahkan gangguan sistem metabolisme tubuh, perubahan kondisi hormon, yaitu insulin.

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas klien yang secara keseluruhan dapat terlihat bila klien tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, dan reproduksi. Sedangkan respon yang maladaptif dapat menimbulkan perilaku yang tidak mendukung tujuan klien. Output dalam model ini digambarkan dengan penemuan makna kehidupan klien. Ada dua makna yang didapatkan, yaitu pertama, makna penderitaan, kemampuan menemukan makna di balik penderitaan yang dialami dan kedua, makna spiritual, pemahaman kondisi kefanaan hidup dan kemampuan berserah diri kepada Tuhan yang Maha Mencipta. Pada penelitian makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus tidak dibahas adanya adaptasi yang bersifat inefektif karena hasil adaptasi klien menunjukkan adaptasi yang positif, yaitu menemukan makna kehidupan di balik kondisi sakit yang dialami. Dengan demikian dapatlah ditarik kesimpulan bahwa Model Adaptasi Roy dapat mengarahkan penelitian secara baik sesuai dengan kondisi yang menjadi fokus penelitian.

5.3. Keterbatasan Penelitian

5.3.1. Partisipan dalam penelitian berusia antara 34 – 70 tahun, sebuah rentang usia yang sangat panjang, meskipun semuanya termasuk dalam kategori usia dewasa. Peneliti memiliki pemahaman bahwa karena panjangnya rentang usia partisipan, bisa mempengaruhi hasil yang didapat, apakah makna kehidupan yang ditemukan benar karena kondisi sakitnya ataukah karena faktor usia. Namun bila mengacu pada penelitian Steger, Oishi dan Kashdan (2009) yang melakukan penelitian tentang penemuan makna hidup pada usia dewasa awal, tengah dan akhir, bahwa makna hidup yang didapatkan tidak dipengaruhi oleh tingkatan usia, meskipun kecenderungan untuk menemukan makna hidup ada pada usia dewasa akhir.

5.3.2. Metode yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini untuk mengumpulkan data adalah *Indepth Interview*, sehingga keterbatasan penggunaan metode tersebut akan dapat mempengaruhi kedalaman dan keluasan informasi yang diperoleh dari partisipan guna mengeksplorasi tujuan penelitian. Karena dalam penelitian kualitatif, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Sangat memungkinkan digunakan metoda lain yaitu observasi, dalam penelitian yang akan datang.

5.4. Implikasi Hasil Penelitian

5.4.1. Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini menggambarkan tentang makna kehidupan klien atau partisipan yang berhasil didapatkan melalui kondisi sakit yang dialami. Makna kehidupan ternyata bisa ditemukan dalam kondisi yang dirasakan sangat menderita. Perawat jiwa bisa meningkatkan pemahaman tentang konsep-konsep filsafat untuk mempelajari lebih mendalam tentang makna kehidupan. Melalui pemahaman terhadap filsafat kehidupan, perawat dapat memahami bahwa penciptaan manusia oleh Tuhan memang memiliki tugas dan tujuannya sendiri. Selain itu, perawat juga bisa memperoleh tambahan pengetahuan tentang pelaksanaan terapi logoterapi, yaitu terapi untuk menemukan makna hidup. Pemahaman lain, yaitu

tentang teori eksistensi yang membahas tentang keberadaan manusia juga mendukung dalam memahami tentang makna kehidupan.

5.4.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan Jiwa

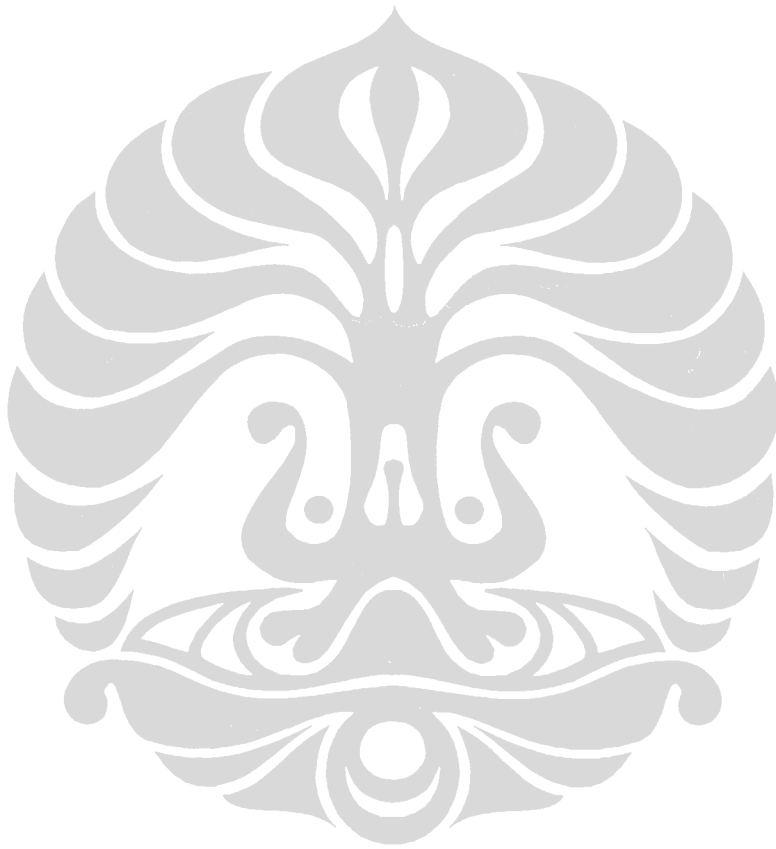
Berdasarkan hasil penelitian, bahwa makna kehidupan yang berhasil didapatkan oleh klien ternyata sangat dipengaruhi oleh penerimaan klien terhadap kondisinya. Penyakit atau gangguan fisik juga sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien, hal ini jarang sekali mendapatkan sentuhan perawat. Perawat seringkali hanya memfokuskan pada fisik klien untuk menangani penyakit fisik klien. Ketika peneliti masuk ke masyarakat dan menjelaskan identitas peneliti pun masyarakat beranggapan bahwa peneliti memandang mereka sebagai penderita gangguan jiwa. Setelah diberikan pemahaman barulah para partisipan mengerti bahwa area perawat jiwa bukan hanya untuk klien gangguan jiwa, melainkan juga untuk klien yang sehat jiwa dan klien yang beresiko mengalami gangguan jiwa.

Ditemukan sebanyak 8 partisipan dari 12 partisipan yang mengalami putus asa terhadap kondisi sakit fisiknya, baik diungkapkan secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit fisik mempengaruhi terjadinya resiko ketidakstabilan jiwa. Perawat hendaknya meningkatkan pemahaman tentang asuhan keperawatan secara holistik untuk memberikan pelayanan yang paripurna kepada klien.

5.4.3. Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian tentang makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik, didapatkan beberapa makna yang merupakan pengalaman-pengalaman klien dalam menjalani kehidupan di tengah penyakit yang dideritanya. Penelitian ini menemukan bahwa makna kehidupan bisa didapatkan lewat kondisi sakit yang dialami, lewat penderitaan yang dirasakan. Metode penelitian kualitatif dalam mengungkap makna kehidupan klien perlu dikembangkan dan dievaluasi.

Penelitian kuantitatif tentang makna kehidupan bisa pula dilakukan untuk kasus atau penyakit selain Diabetes Melitus. Bisa juga dipertimbangkan pelaksanaan penelitian kualitatif yang didahului dengan pelaksanaan terapi logoterapi untuk menemukan makna kehidupan. Implikasi dari temuan tersebut bisa menambah wawasan perawat jiwa dalam menangani kasus-kasus psikososial baik dalam tatanan pelayanan di rumah sakit, keluarga maupun masyarakat, sehingga memperkaya kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan psikososial untuk berbagai kasus.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. SIMPULAN

Penelitian tentang Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes melitus Kronik ini berhasil mengidentifikasi 8 tema besar. Tujuh tema yang sesuai dengan tujuan penelitian yang ingin dicapai dan satu tema baru yang diidentifikasi, yang tidak terdapat dalam tujuan penelitian. Tema-tema itu antara lain : Persepsi tentang penyakit, Respon klien terhadap perubahan karena Diabetes Melitus, Kebutuhan penatalaksanaan Diabetes Melitus, Harapan terhadap diri sendiri, harapan terhadap orang lain, Makna penderitaan dan makna Spiritual. Sedangkan tema lain yang berhasil diidentifikasi oleh peneliti yang tidak ada dalam tujuan penelitian adalah adanya beban yang dirasakan oleh partisipan selama menderita Diabetes Melitus.

Dari beberapa tema yang dihasilkan dalam penelitian ini, pertanyaan dalam tujuan penelitian terjawab melalui makna kehidupan yang didapatkan oleh partisipan. Makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronis didapatkan melalui mengalami kondisi penderitaan dan menjalani sebuah nilai yaitu nilai spiritual. Bahwa meskipun klien berada dalam kondisi yang menderita tetapi tetap bertahan hidup untuk orang-orang yang disayangi dan yang membutuhkan klien. Pemahaman spiritual yang kemudian membuat hidup bermakna adalah adanya keyakinan bahwa semua yang terjadi sudah dikehendaki oleh Allah dan pasti ada maksud Allah memberikan semua cobaan ini, klien hanya tinggal menjalani semua yang telah dikehendaki oleh Allah.

Model Adaptasi dalam penelitian makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik dikembangkan dengan mengadopsi model konseptual Adaptasi Sister Callistra Roy. Tiga stimulus yang teridentifikasi, yaitu stimulus fokal, stimulus kontekstual dan stimulus residual. Stimulus fokal

yang dianalogikan dengan stressor presipitasi menurut Stuart & Laraia (2005) yaitu kondisi sakit Diabetes Melitus. Termasuk dalam stimulus kontekstual yaitu karakteristik partisipan, meliputi usia, pendidikan dan pekerjaan. Karakteristik ini akan mempengaruhi kemampuan klien dalam mempersepsikan kondisi sakitnya, apakah dianggap sebagai beban yang dapat mengarah pada munculnya masalah psikososial, ataukah tidak. Pengertian atau persepsi tentang penyakit dan kesembuhan, kebutuhan tentang penatalaksanaan, harapan terhadap kesembuhan, merupakan stimulus residual. Output dari model adaptasi ini adalah ditemukannya makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus

Adaptasi yang menggunakan model Adaptasi Sister Callistra Roy digambarkan dalam bentuk penerimaan kondisi sakit dan peningkatan upaya untuk mencapai kesehatan di tengah kondisi sakit yang dialaminya. Memutuskan dan memilih jenis pengobatan yang diyakini. Dan yang terpenting adalah dicapainya adaptasi positif berupa pencapaian makna kehidupan klien di tengah kondisi sakit Diabetes Melitus yang dialaminya. Kesimpulannya, model adaptasi Roy berkontribusi secara positif terhadap teori dasar keperawatan khususnya upaya klien dalam penemuan makna kehidupan di balik penderitaan yang dialami.

6.2. SARAN

Beberapa saran yang dapat diberikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan penelitian ini, yaitu :

6.2.1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa

6.2.1.1. Penggunaan model konseptual keperawatan Adaptasi Sister Callistra Roy dalam pengembangan teori keperawatan khususnya masalah psikososial dengan melakukan penyesuaian sesuai hasil penelitian.

6.2.1.2. Mengajarkan asuhan keperawatan psikososial dan mengembangkan terapi spesialis (psikoedukasi keluarga, supportif) berdasarkan sistem keluarga, kelompok dan masyarakat.

6.2.1.3. Penerapan Model Adaptasi Sister Callistra Roy untuk memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa di masyarakat yang berkaitan dengan masalah adaptasi psikososial klien dalam menghadapi kondisi sakitnya.

6.2.2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan

6.2.2.1. Sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh partisipan bahwa sangat diperlukan adanya pemberian pendidikan kesehatan jiwa kepada masyarakat yang terkait dengan informasi tentang masalah-masalah psikososial, resiko terjadinya masalah psikososial dan deteksi dini terhadap resiko terjadinya masalah psikososial yang diakibatkan penyakit fisik.

6.2.2.2. Adanya kerja sama perawat jiwa di komunitas dengan para pemuka agama dan tokoh masyarakat untuk pelaksanaan pendidikan kesehatan/penyuluhan kesehatan jiwa di masyarakat.

6.2.2.3. Tersedianya perawat CMHN di komunitas untuk mengatasi masalah-masalah psikososial yang timbul akibat penyakit-penyakit fisik.

6.2.2.4. Tersusunnya format pengkajian/instrumen pengkajian psikososial (Diabetes Melitus dan penyakit fisik lain) sebagai panduan mengidentifikasi masalah psikososial klien baik di keluarga, rumah sakit maupun komunitas dan menentukan terapi spesialis yang sesuai.

6.2.3. Keluarga dan Masyarakat

6.2.3.1. Beberapa penyakit fisik sangat memungkinkan menimbulkan terjadinya efek secara psikologis bagi penderitanya. Diharapkan keluarga dan masyarakat ikut mendukung penderita untuk kesembuhan dan pengobatan supaya tidak terjadi masalah psikososial (cemas, keputusasaan, ketidakberdayaan, dsb) yang bisa mengarah pada gangguan jiwa bila terlambat ditangani.

6.2.3.2. Keluarga hendaknya memberikan dukungan dan perhatian untuk para anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus dalam hal perawatan (pengawasan minum obat, pendampingan waktu kontrol, penyediaan menu, mengingatkan dan memotivasi diit) dan penanganan masalah psikososial (cemas, keputusan, ketidakberdayaan, dsb) sesuai dengan cara yang sudah diajarkan.

6.2.4. Perkembangan Riset Keperawatan Jiwa

6.2.4.1. Penggunaan metode pengumpulan data selain *indepth interview* pada penelitian kualitatif studi fenomenologi.

6.2.4.2. Penelitian kualitatif tentang penemuan makna hidup setelah diberikan terapi logoterapi.

6.2.4.3. Penelitian kuantitatif untuk menguji efektifitas pemberian logoterapi pada penderita Diabetes Melitus dalam penemuan makna hidup.

6.2.4.4. Penelitian kuantitatif tentang faktor-faktor yang mempengaruhi partisipan untuk memaknai kehidupan (diantara beberapa faktor yang ditemukan, faktor manakah yang paling menentukan).

6.2.4.5. Penelitian kuantitatif untuk mengetahui efektifitas faktor yang mempengaruhi mekanisme coping partisipan dalam menghadapi kondisi sakit.

DAFTAR REFERENSI

- Abi, M. (2007). *Model Adaptasi Roy*. <http://www.modelstress.co.id.>, diperoleh tanggal 3 Maret 2011.
- Afif, A. (2007). *Kebermaknaan Berasal dari Hati yang Tulus*. <http://psikologidini.com/2007/09/hidup-bermakna-versilogoterapi.html>, diperoleh tanggal 23 Januari 2011.
- Anonim. (2008). *Dampak Psikososial Diabetes Melitus*. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104/jtptunimus-gdl-dotowidaya-5168-1-bab1.pdf>, diperoleh tanggal 2 Maret 2011.
- _____. (2010). *Diabetes Melitus*. [http://usupress.usu.ac.id/files/Penyakit-Penyakit yang Mempengaruhi Kehamilan dan Persalinan Edisi Kedua Normal bab 1.pdf](http://usupress.usu.ac.id/files/Penyakit-Penyakit-yang-Mempengaruhi-Kehamilan-dan-Persalinan-Edisi-Kedua-Normal-bab-1.pdf), diperoleh tanggal 15 Februari 2011.
- _____. (2010). *Logoterapi Pencarian Makna Kehidupan*. <http://haqiqie.wordpress.com/2007/08/24/logoterapi-pencarian-makna-hidup-sebagai-sebuah-terapi-neurosis-psikoterapi/>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011.
- Barbara C. Long. (1996). *Essential of Medical Surgical Nursing a Nursing Process Approach*. Alih Bahasa. St. Louis : CV Mosby Company.
- Bastaman, H.D. (2007). *Logoterapi; Psikologi untuk Menemukan Makna dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta, Raja Grafindo Persada.
- Boeree, CG. (2010). *Personality Theories, Melacak Kepribadian Anda Bersama Psikolog Dunia*. <http://www.scribd.com/doc/34872637/Viktor-Frankl>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011
- Breitbart, W., Gibson, Ch., Poppito, Sh.R., & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life : A Focus on Meaning and Spirituality. *Can Journal Psychiatry*, 49 (6), 371.
- Britton, K. (2009). *Philosophy and The Meaning of Life, Filsafat sebagai Lentera Kehidupan*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Brunner & Suddarth. (2002a). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Volume 1. Jakarta : EGC Penerbit Buku kedokteran.
- _____. (2002b). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC Penerbit Buku kedokteran.

- Creswell, J.W. (1989). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.
- _____. (2010). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Edisi Bahasa Indonesia. Edisi Ketiga. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewanti, S. (2010). *Buku Pintar Kesehatan, Kolesterol, Diabetes melitus dan Asam Urat*. Klaten : Kawan Kita.
- Ferry, E. (2007). *Model Konsep Adaptasi Roy*. <http://www.modelstress.co.id>, diperoleh tanggal 3 Februari 2011.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing. New Jersey*. Pearson Education : Inc.
- Fox, Ch., & Kilvert, A. (2007). *Bersahabat dengan Diabetes Tipe 1, Diabetes yang Tergantung pada Insulin*. Jakarta : Penebar Plus.
- Frankl, V.E. (2003). *Logoterapi Terapi Psikologi Melalui Pemaknaan Eksistensi*. Terjemahan oleh Ancok, Dj. Yogyakarta : Kreasi Wacana.
- _____. (1985). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Washington Square Press. (Earlier title, 1959: *From Death-Camp to Existentialism*. Originally published in 1946 as *Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager*), diperoleh tanggal 23 Februari 2011.
- Friedman, M.M. (2010). *Family Nursing : Research, Theory & Practice*. Connecticut : Appleton & Lange.
- Habibie, R.F. (2010). *Hati-Hati dengan si Manis*. Harmony Media Komunikasi High Desert,14-16.
- Herdiansyah, H. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Yogyakarta: Greentea Publishing.
- Hidayat, AAA. (2004). *Pengantar Konsep Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

- _____. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kirschbaum, M.S. (1996). Live Support Decisions for Children : What Do Parent Value ?. *Advance Nursing Science*, 19, 51-71.
- Kubler, R. (2005). *On Grief and Griefing*. New York : Scribner
- Laely, N. (1996). *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus*. [http:// fuadbahsin.wordpress.com /2008 /12 /25 / Konsep Askep Sederhana pada Klien dengan Diabetes Mellitus/](http://fuadbahsin.wordpress.com/2008/12/25/Konsep-Askep-Sederhana-pada-Klien-dengan-Diabetes-Mellitus/), diperoleh tanggal 15 Januari 2011.
- Mansjoer A. & Triyanti K., et al. (2001). *Kapita selekta Kedokteran*. Edisi Ketiga Jilid Pertama, Jakarta : Media Aesculapius.
- Maslow, A. (2008). *Aliran Humanisme dan Eksistensial tentang Makna Hidup*. <http://www.scribd.com/doc/34872637/Viktor-Frankl>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : Lippincot.
- Moleong, L.J. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- _____. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Muhid, A. (2010). *Dimensi Spiritual dalam Logoterapi*. [http:// haqiqie.wordpress.com/ 2007 / 08 / 24 / Logoterapi Pencarian Makna Hidup sebagai Sebuah Terapi Neurosis Psikoterapi/](http://haqiqie.wordpress.com/2007/08/24/Logoterapi-Pencarian-Makna-Hidup-sebagai-Sebuah-Terapi-Neurosis-Psikoterapi/), diperoleh tanggal 24 Januari 2011.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta Pusat : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Patilima, H. (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Poerwanto, W.J.S. (2006). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. (3th ed), Jakarta, Balai Pustaka, Departemen Pendidikan nasional.
- Price, SA & Wilson, LM. (2006). *Pathophysiology Clynical Concepts of Disease Process*. Alih Bahasa. Jakarta : EGC.

- Purnomo, H.Dj. (2002). *Gangguan Muskuloskeletal pada Penderita Diabetes Melitus di RSUP Dokter Kariadi Semarang*. Tesis pada Program Pasca Sarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang.
- Rakhmat, J. (2008). *Meraih Kebahagiaan*. Bandung : Simbiosis Rekatama Media.
- Roger. (2008). [http://www.jokoyuwono.com/index.php?option=com_content.view.article.id 88](http://www.jokoyuwono.com/index.php?option=com_content.view.article.id%2088) pandangan terapi eksistensial & catid 39 : roctab, diperoleh tanggal 21 Februari 2011
- Saryono & Anggraeni, MD. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Edisi Pertama, Yogyakarta : Muha Medika.
- Sitorus, R., Sahar, J., Yetti, K., Syabariyah, S., Gayatri, D., Handayani, H., et.al. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. Fakultas Ilmu Keperawatan UI Jakarta.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Steger, MF., Oishi S., & Kashdan, TB. (2009). Meaning in Life Across the Life Span : Levels and Correlates of Meaning in Life from Emerging Adulthood to Older Adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1),43-52.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Eight Edition. St. Louis : Mosby.
- Taylor, B. (2009). *Diabetes tak Bikin Lemes*. Edisi Pertama, Yogyakarta : Paradigma Indonesia.
- Taylor, C. Et al. (1997). *Fundamental of Nursing the Art and Science of Nursing Care*. 3rd edition. Philadelphia : Lippincot.
- Taylor, S.E. (1991). *Affiliation, Social Support and Biobehavioural Responses to Stress*. In J. Suls & K.A. Wallston (Eds). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, MA : Blackwell Publishing.
- Tim Penyusun Pedoman Penulisan Akhir. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa UI*. Jakarta: UI
- Tjokropawiro. (1997). *Diabetes Melitus*. [http:// www. Ningharmanto . com / 2009 / 09 / diabetes mellitus /](http://www.Ningharmanto.com/2009/09/diabetes%20mellitus/), diperoleh tanggal 15 Januari 2011.

- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. Sixth Edition. St. Louis : Mosby.
- Townes, E. (1998). *Breaking The Fine Rain of Death : African American Health Issues and a Womanist Ethic of Care*. New York, NY : Continuum.
- True, G. (1997). "My Soul will Come back to Trouble You" : Culture and Ethical issue in The Coerced Treatment of a Among Adolescent. *South Folklore*. 54, 101-113.
- Utami, F. (2010). *Hidup Sehat Bebas Diabetes dan Asam Urat*. Yogyakarta : Genius Publisher.
- Utami, P. (2004). *Tanaman Obat untuk Mengatasi Diabetes Melitus*. Edisi Keempat, Jakarta, Agromedia Pustaka.
- Yoga, Ch. (2009). *Tahun 2030 Prevalensi DM di Indonesia Mencapai 21,3 Juta Jiwa*. <http://www.puskom.publik.com>, diperoleh pada tanggal 26 Januari 2011).
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi, Bandung: Refika Aditama.
- Yuwono. (2010). *Pandangan Terapi Eksistensial*. <http://dunia psikologi.multiply.Com/journal/item/54>, diperoleh tanggal 13 Februari 2011.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronik Sebuah Studi Fenomenologi.

Nama peneliti utama : **Dwi Heppy Rochmawati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 April 2011

Ketua,

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 056 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011

7 April 2011

Lampiran : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Gubernur
DKI Jakarta
u.p. Kepala Kantor
Kesbanglinmas
DKI Jakarta

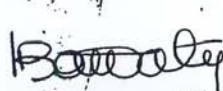
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Dwi Heppy Rochmawati
0906573742

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Makna Kehidupan Klien Dengan Diabetes Melitus Kronis: Sebuah Studi Fenomenologi"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Wilayah Puskesmas Bandarharjo.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


Dekan
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

tembusan Yth. :
Wakil Dekan FIK-UI
Sekretaris FIK-UI
Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
Koordinator M.A. "Tesis"
Pertinggal

**KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**
Jalan Medan Merdeka Utara No.7 Telp. 3450038 Jakarta 10110

**SURAT PEMBERITAHUAN PENELITIAN
(S P P)**

NOMOR : 440.02/ 919.DI

MEMBACA : Surat Dekan Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Perawatan
Nomor 1056/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 Tanggal 7 April 2011
Perihal Permohonan Ijin Penelitian

MENGINGAT : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010
tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam
Negeri;
2. Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor SD.6/2/12
Tanggal 5 Juli 1972 tentang Kegiatan Riset dan Survei
diwajibkan melapor diri kepada Gubernur Kepala Daerah atau
Pejabat yang ditunjuk;
3. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Nomor 14 Tahun
1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian (SPP).

MEMPERHATIKAN : Proposal Penelitian Ybs.

MEMBERITAHUKAN BAHWA :

NAMA : Dwi Heppy Rachmawati
JAMAT : Jl. Panggung Lor RT. 008/009 Semarang Jawa Tengah
KERJAAN : Mahasiswa
BANGSAAN : Indonesia
JUDUL PENELITIAN : Makna Kehidupan Klien Dengan Diabetes melitus Kronos Sebuah
Studi fenomenologi.
MERAH : Kesehatan
DAERAH : Provinsi Jawa Tengah
MATA PENELITIAN/
MELATAN : April s.d Juni 2011
MELIKUT PESERTA : -
MANGGUNG JAWAB : Dewi Irawati, MA., PhD.
MANSOR : -
MUSUD DAN TUJUAN : Untuk menggambarkan pengalaman-pengalaman klien Penderita
Diabetes Melitus dan bagaimana mereka memaknai kehidupan
sebagai penyandang penyakit Diabetes Melitus.
Makna kehidupan..., Dwi Heppy Rochmawati, FIK UI, 2011

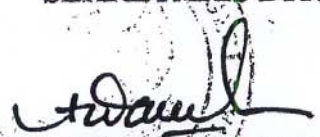
AKAN MELAKUKAN PENELITIAN DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Sebelum melakukan kegiatan Penelitian harus melaporkan kedatangannya kepada Gubernur c.q. Kaban Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat/ Badan Informasi, Komunikasi dan Kesbang setempat dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini.
2. Tidak dibenarkan melakukan Penelitian yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian dimaksud.
3. Harus mentaati ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4. Apabila masa berlaku Surat Pemberitahuan ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan penelitian belum selesai, perpanjangan penelitian harus diajukan kembali kepada instansi pemohon.
5. Hasil kajian agar diserahkan 1 (satu) eksemplar kepada Ditjen Kesbang dan Politik u.p. Direktorat Bina Ideologi dan Wawasan Kebangsaan.
6. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di Jakarta

Pada tanggal, 25 April 2011

a.n. MENTERI DALAM NEGERI
DIREKTUR JENDERAL
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
u.b.
SEKRETARIS DITJEN,


H. A. RACHMAN, M.Sc., M.Si.
Pembina Utama Madya (IV/d)
NIP. 19520918 198003 1 001

mbusan :

- Yth. Gubernur Jawa Tengah. .
Up. Kaban Kesbang dan Linmas Prov.
- Yth. Dekan Universitas Indonesia Fakultas
Ilmu Perawatan.

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

JL. A. YANI NO. 160 TELP. (024) 8454990 FAX. (024) 8414205..8313122

SEMARANG - 50136

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070 / 0977 / 2011

- I. DASAR : Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah.
Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari 2004.
- II. MEMBACA : Surat dari Gubernur DKI Jakarta. Nomor 440.02 / 919.DI. Tanggal 25 April 2011.
- III. Pada Prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : DWI HEPPY RACHMAWATI .
 2. Kebangsaan : Indonesia.
 3. Alamat : Jl. Panggung Lor RT 08 RW 09
Semarang.
 4. Pekerjaan : Mahasiswa.
 5. Penanggung Jawab : Dewi Irawati, MA, PhD.
 6. Judul Penelitian : Makna Kehidupan Klien Dengan Diabetes
Melitus Kronos Sebuah Studi
Fenomenologi.
 7. Lokasi : Kota Semarang.
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
 2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah politik dan / atau agama yang dapat me-

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / Mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.

VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :

Mei s.d. Agustus 2011.

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 3 Mei 2011

an. GUBERNUR JAWA TENGAH
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
PROVINSI JAWA TENGAH



Drs. GAGUS TUSONO, MSi
Pembina Utama Muda
NIP. 195508141983031010



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax. 3584045

Nomor : 070/708/V/2011
 ifat :
 ampiran :
 rihal : Ijin penelitian

Semarang, 03 Mei 2011

Kepada
 Yth. Kepala Pustkesmas
 Bandarharjo

di-
 SEMARANG

1. Menunjuk:
 - a) Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 - b) Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
 - c) Surat dari : Badan Kesbangpolinmas Provinsi Jateng
 Nomor : 070/0977/2011
 Tanggal : 03 Mei 2011
2. Bersama ini diberitahukan bahwa :

N a m a : **Dwi Happy Rachmawati**
 Alamat : Jl. Tanggul Mas Tmr 8 C-275 Semarang
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Kebangsaan : Indonesia
 Bermaksud mengadakan Penelitian/Riset/Survey/KKN/KKL dll.
 Judul : "Makna Kehidupan Klien Dengan Diabetes Melitus Kronis Sebuah Studi Fenomenologi"
 Penanggung jawab : Dewi Irawati, MA, PhD
 Peserta : 1 (satu) Orang
 Lokasi : Kota Semarang
 Waktu : 03 Mei s/d 03 Agustus 2011

Pada prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN memberikan ijin untuk mengadakan kegiatan penelitian / riset / survey / KKN / KKL dan lain-lain, selama yang bersangkutan wajib mentaati peraturan, tata tertib dan norma-norma yang berlaku di wilayah Kota Semarang.
3. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

A.n. WALIKOTA SEMARANG
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik
 dan Perlindungan Masyarakat



Drs. BAMBANG SUKONO, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19581225 198411 1 001

BUSAN: Kepada Yth.
 Walikota Semarang (sebagai laporan);
 Peringgal

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. BIODATA UMUM:

Nama : Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns.
 Tempat dan Tanggal lahir : Semarang, 14 Agustus 1977
 Pekerjaan : Staf Pengajar Tetap Unissula Semarang
 Alamat Rumah : Jln. Tanggul Mas Timur CM.310
 Semarang 50177 (081 5651 5890)
 Alamat Kantor : Kampus Unissula Jln.Raya Kaligawe Km.4
 PO. BOX 1235 Semarang
 Nama Ayah : H. Karyono
 Nama Ibu : Hj. Sekarwati

2. RIWAYAT PENDIDIKAN :

1982 – 1988 : SD N Baros II Ketanggungan Brebes
 1988 – 1991 : SMP N 1 Ketanggungan Brebes
 1991 – 1994 : SMA N 1 Banjarharjo Brebes
 1994 – 1997 : AKPER Muhammadiyah Semarang
 2001 – 2003 : S1 Keperawatan Universitas Diponegoro
 Semarang
 2003 – 2004 : Profesi Ners Universitas Diponegoro
 Semarang
 2009 – 2011 : Program Magister Keperawatan Jiwa
 Universitas Indonesia Jakarta

3. RIWAYAT PEKERJAAN :

1997 – 1998 : Staf Pengajar AKPER KRIDA HUSADA
 Kudus
 1998 – 2007 : Staf Pengajar Tetap AKPERISSA
 Semarang
 2007 – sekarang : Staf Pengajar Tetap Fakultas Ilmu
 Keperawatan UNISSULA Semarang

LAMPIRAN



PENJELASAN PENELITIAN

**MAKNA KEHIDUPAN
KLIEN DENGAN DIABETES MELITUS KRONIK
DI KELURAHAN BANDARHARJO SEMARANG
*SEBUAH STUDI FENOMENOLOGI***

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya :

Nama : Dwi Heppy Rochmawati
NPM : 0906 573742
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Jurusan : Kekhususan Keperawatan Jiwa
Pembimbing Riset : 1. Prof. Achir Yani S. Hamid, MN., DN.Sc
2. Novy Helena CD., S.Kp., M.Sc.

Telah mengadakan penelitian tentang “Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronik” dengan pendekatan kualitatif. Maka bersama ini saya jelaskan beberapa hal sebagai berikut : Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus Kronik di Wilayah Puskesmas Bandarharjo Semarang. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk mengetahui pengalaman klien Diabetes Melitus dalam memberikan makna terhadap kehidupannya di tengah penderitaan sakitnya.

Wawancara telah dilakukan satu kali pertemuan selama kurang lebih 60 menit kepada partisipan, sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti bersama partisipan, ketika ditemukan kekurangan informasi maka dilakukan wawancara yang kedua dengan waktu yang disepakati dan ditetapkan bersama. Selama wawancara dilakukan, partisipan dapat menyampaikan pengalamannya dengan utuh. Selama penelitian dilakukan peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan alat perekam untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

lanjutan

Penelitian memberikan dampak psikologis terhadap partisipan, karena menggali pengalaman partisipan tentang makna hidup yang didapatkan dalam sakitnya. Dalam penelitian ini tidak ada perlakuan terhadap partisipan dan hanya menggunakan teknik wawancara untuk menggali pengalaman partisipan dalam memaknai kehidupannya. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini dijaga kerahasiaannya.

Pelaporan hasil penelitian ini menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya dari partisipan. Partisipan tidak ada yang mengajukan keberatan pada peneliti karena tidak terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan. Keikutsertaan partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa tekanan atau paksaan dari peneliti.

Jakarta, Juni 2011

Peneliti

Dwi Heppy Rochmawati

NPM. 0906 5737 42

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan kami tentang manfaat penelitian ini, maka kami memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi kami dan klien lain yang mengalami penyakit Diabetes Melitus. Kami mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak kami sebagai partisipan. Kami berhak menghentikan berpartisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat kami merasa keberatan.

Kami sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti kami telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela.

Tanda Tangan Partisipan

Tanggal :

Tanda Tangan Saksi

Tanggal :

Tanda Tangan Peneliti

Tanggal :

INSTRUMEN DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nomor/kode partisipan :

Judul tesis : Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus
Kronik, sebuah Studi Fenomenologi.

Waktu wawancara :

Tanggal :

Tempat :

Pewawancara :

A. Pertanyaan Umum Identitas Partisipan

1. Data Demografi Partisipan :

- a. Nama (inisial) :
- b. Usia :
- c. Jenis kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Pekerjaan :
- f. Nomor telepon :
- g. Alamat :

PANDUAN WAWANCARA

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman Saudara dalam menjalani sakit Diabetes Melitus dan dapatkah Saudara menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang Saudara alami selama menghadapi sakit tersebut.

Sejak kapan Saudara mengalami Diabetes Melitus ?

1. Apa yang Saudara lakukan setelah mengetahui bahwa Saudara didiagnosis Diabetes Melitus ?
2. Bagaimana perasaan Saudara menghadapi kondisi sakit ini ?
3. Bagaimanakah pengaruh penyakit Saudara terhadap keluarga ?
4. Bantuan atau dukungan seperti apakah yang Saudara harapkan dari masyarakat ?
5. Pelayanan kesehatan seperti apa yang Saudara harapkan sehubungan dengan kondisi sakit yang Saudara alami ?
6. Sebagaimana yang Saudara uraikan bahwa tidak mudah menjalani semua ini, apa yang membuat Saudara tetap kuat menghadapinya ?
7. Apa makna yang Saudara dapatkan dari kondisi yang Saudara alami ?

INSTRUMEN *FIELD NOTE*

Judul Tesis: Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus Kronik, sebuah Studi Fenomenologi

Pewawancara : Tanggal : Tempat : Partisipan : Posisi partisipan : Waktu :	
Field Note: Catatan Komunikasi Non Verbal	Coding
Rencana isi field note adalah <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi non verbal yang mendukung komunikasi verbal yang disampaikan partisipan 2. Komunikasi non verbal yang berlawanan dengan komunikasi verbal yang disampaikan partisipan. 	

**JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU
SEMESTER GENAP 2010 – 2011**

	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Penyelesaian Bab I s.d Bab III	■																			
2. Ujian Proposal, Uji Etik dan Uji akompetensi					■															
3. Pengurusan Ijin Penelitian							■		■											
4. Pengumpulan Data													■							
5. Analisis dan penafsiran data																	■			
6. Konsultasi dan Penulisan Laporan													■							
7. Ujian hasil penelitian																				
8. Sidang Tesis																				
9. Perbaikan Tesis (jika diperlukan)																				
10. Jilid hard cover (pengumpulan laporan)																				

Keterangan :

Konsultasi Proposal	: 7 Feb – 4 Maret 2011
Ujian Proposal, Etik dan Kompetensi	: 5 – 30 Maret 2011
Pengurusan Ijin Penelitian	: 12 Maret – 3 Mei 2011
Pengumpulan data	: 3 Mei – 20 Mei 2011
Konsultasi dan Penyusunan Laporan	: 3 Mei – 20 Mei 2011
Ujian Hasil Penelitian	: 6 – 13 Juni 2011
Ujian Tesis	: 13 Juni – 30 Juni 2011

Dwi Heppy Rochmawati

KARAKTERISTIK PARTISIPAN

NO	KODE PARTISIPAN	JENIS KELAMIN	USIA (TH)	PENDIDIKAN	STATUS	PEKERJAAN	KADAR GULA	KETERANGAN		
								LAMA SAKIT	KONTROL	MINUM OBAT
1	P1	PEREMPUAN	63	SMP	MENIKAH	TIDAK BEKERJA	150	3 TAHUN	RUTIN	RUTIN
2	P2	PEREMPUAN	58	SMP	JANDA	TIDAK BEKERJA	195	5 TAHUN	RUTIN	RUTIN
3	P3	PEREMPUAN	50	SMP	MENIKAH	TIDAK BEKERJA	210	2 TAHUN	RUTIN	RUTIN
4	P4	PEREMPUAN	55	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	200	3 TAHUN	RUTIN	RUTIN
5	P5	PEREMPUAN	52	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	250	2 TAHUN	RUTIN	RUTIN
6	P6	PEREMPUAN	70	SD	JANDA	TIDAK BEKERJA	170	5 TAHUN	RUTIN	RUTIN
7	P7	LAKI-LAKI	60	SMP	MENIKAH	WIRASWASTA	165	2 TAHUN	TIDAK	TIDAK
8	P8	LAKI-LAKI	65	SMA	MENIKAH	WIRASWASTA	177	5 TAHUN	RUTIN	RUTIN
9	P9	PEREMPUAN	57	SD	MENIKAH	TIDAK BEKERJA	250	5 TAHUN	RUTIN	RUTIN
10	P10	LAKI-LAKI	40	SMA	MENIKAH	WIRASWASTA	197	3 TAHUN	TIDAK	TIDAK
11	P11	PEREMPUAN	34	SARJANA	MENIKAH	GURU	140	2 TAHUN	TIDAK	TIDAK
12	P12	LAKI-LAKI		SMA	MENIKAH	PENSIUNAN	200	4 TAHUN	RUTIN	RUTIN

GAMBARAN UMUM PARTISIPAN

NO	KODE PARTISIPAN	GAMBARAN UMUM
1	Partisipan 1	<p>Usia 63 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang tetapi sejak sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 3 tahun, lama pengobatan 3 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat, selain pengobatan medis juga pengobatan alternatif menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat dari dokter dan obat-obatan herbal. Klien menikah, suami usia 61 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan D III, pensiunan PNS. Klien hanya tinggal berdua bersama suaminya, kelima anak klien semuanya tinggal di luar kota. Dua orang sudah berkeluarga, 3 orang belum berkeluarga. Biaya hidup dan pengobatan klien didapat dari hasil pensiunan suami dan dari hasil tabungan mereka. Empat orang anak klien sudah mandiri dan seorang anak bungsu klien masih menjadi tanggungan klien dan suami dalam hal pembiayaan hidup dan kuliahnya meskipun sudah bekerja. Klien merasa kesepian karena jarang dikunjungi oleh anak dan cucunya. Aktifitas harian klien adalah berdoa dan beribadah serta aktifitas harian rumah tangga yang kebanyakan dikerjakan oleh suami. Sholat lima waktu, sholat dhuha, sholat malam, membaca Al-Quran dan berdzikir adalah aktifitas ibadah harian klien.</p>
2	Partisipan 2	<p>Usia 58 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang sembako tetapi sejak sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien seorang janda suaminya meninggal sejak sepuluh tahun yang lalu. Klien tinggal di rumah sendiri bersama anak perempuan bungsunya yang sudah menikah dan dikaruniai seorang anak berusia 8 bulan yang diasuh oleh klien. Dua orang anak klien kakak bungsu semua sudah berkeluarga, anak pertama lelaki tinggal satu kota lain kelurahan dengan 3 orang anak, anak kedua lelaki tinggal di luar kota dengan 3 orang anak. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan klien berasal dari hasil pensiunan janda dari suaminya dan bantuan penuh dari anak pertamanya. Aktifitas harian klien mengasuh cucu yang berusia 8 bulan, pekerjaan rumah lainnya dikerjakan oleh seorang pembantu yang datang pagi dan pulang di sore hari. Kegiatan ibadah klien yaitu sholat lima waktu yang kadang klien lupa mengerjakannya, klien tidak bisa membaca Al-Quran.</p>
3	Partisipan 3	<p>Usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berjualan makanan matang di depan rumah, tetapi setelah sakit tidak lagi berjualan, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Selain obat dari dokter, klien juga minum jamu-jamu dari tumbuhan tradisional. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat serta minum jamu-jamu tradisional. Klien</p>

		menikah, suami usia 55 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta. Klien dan suami tinggal di rumah warisan kedua orang tuanya, bersama 4 orang adik klien yang semuanya sudah dewasa dan sudah bekerja tetapi belum ada satupun yang menikah. Tiga orang anak klien semuanya sudah berkeluarga, dua orang tinggal di luar kota dan satu anak bungsu klien yang sudah dikaruniai anak usia 3 bulan tinggal serumah bersama suaminya di rumah yang juga ditinggali klien. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan klien berasal dari pendapatan suami dan anak bungsu serta empat orang adiknya yang iuran karena semua makan di keluarga itu. Aktifitas harian klien mengasuh cucu yang berusia 3 bulan dan memasak, pekerjaan rumah tangga lain dikerjakan oleh anak dan adiknya secara bergantian. Klien mengatakan sangat jarang mengerjakan sholat apalagi membaca Al-Quran atau berdzikir.
4	Partisipan 4	Usia 55 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan berdagang burung di pasar burung dan setelah sakit tetap bekerja, lama sakit 3 tahun, lama pengobatan 3 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 60 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan nelayan ikan. Klien tinggal di rumah mereka sendiri bersama suami dan lima orang anaknya. Dua orang anaknya yang sudah lulus SMA belum bekerja dan bertugas mengerjakan pekerjaan rumah tangga, tiga orang anak klien masih duduk di bangku Sekolah Dasar. Aktifitas sehari-hari klien yang berperan sebagai ibu ketua PKK adalah berjualan burung di pasar burung. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan keluarga berasal dari pendapatan klien dan pendapatan suami yang bekerja sebagai nelayan ikan. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan jarang sholat, bahkan mengatakan protes kepada Allah karena memberinya sakit yang menurutnya tidak pas, karena masih muda.
5	Partisipan 5	Usia 52 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan pedagang kelontong dan masih tetap bekerja selama sakit, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 59 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan wiraswasta. Klien tinggal di rumah sendiri bersama dengan suami dan empat orang anaknya. Anak pertama masih duduk di bangku SMA dan yang membantu klien berjualan di rumah, tiga orang adiknya masih kelas 6 SD, 3 SD dan 3 tahun belum sekolah. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan sehari-hari klien berasal dari penghasilannya berjualan dan suami yang bekerja sebagai nelayan ikan. Kegiatan sehari-hari klien berdagang ketika anak-anak sekolah dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga sesampainya. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan jarang sekali sholat dan mengaji karena tidak sempat.
6	Partisipan 6	Usia 70 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, tidak bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat, pernah putus obat selama 2 tahun dan selama itu menggunakan pengobatan herbal. Saat diwawancara klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien seorang janda sejak 15 tahun yang lalu. Anak klien berjumlah 8 orang, dan semuanya sudah berkeluarga, cucu 22 orang dan buyut 5 orang. Tiga orang anak klien tinggal di luar kota, tiga orang di dalam kota dan dua orang yang lain tinggal dekat dengan rumah klien. Klien tinggal sendiri di rumahnya yang bersebelahan persis dengan anak bungsunya yang sudah berkeluarga. Sumber biaya pengobatan dan

		kehidupan sehari-hari klien berasal dari delapan orang anaknya yang rutin memberikan uang dan bahan makanan setiap bulannya. Aktifitas sehari-hari klien yaitu mengerjakan pekerjaan rumah tangga sendiri, tanpa bantuan, tetapi klien masih sanggup mengerjakannya, klien tampak sangat segar meskipun usianya sudah 70 tahun. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan tidak pernah meninggalkan sholat 5 waktu, berdoa dan berdzikir. Dalam setiap kalimatnya tampak bahwa klien sangat pandai mensyukuri semua nikmat Allah.
7	Partisipan 7	Usia 60 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMP, pekerjaan berdagang sembako dan sayuran di depan rumah, lama sakit 2 tahun, lama pengobatan 2 tahun, tidak pernah kontrol, minum obat-obatan dari herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal. Klien menikah, istri usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan sama dengan suami. Klien tinggal di rumah sendiri bersama istri dan anak perempuan bungsunya yang sudah menikah dan dikaruniai seorang anak berusia 5 tahun. Dua orang anak klien yang lain sudah menikah dan tinggal berdekatan dengan klien. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan sehari-hari klien berasal dari hasil berjualan sayur di depan rumah bersama istrinya. Aktifitas harian klien adalah berjualan sayur. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan tidak pernah meninggalkan sholat lima waktu, sholat dhuha dan sholat malam. Klien juga sering membaca Al-Quran dan berdzikir kepada Allah. Klien mengurangi kegiatan bersama masyarakat karena sakitnya.
8	Partisipan 8	Usia 65 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan servis dinamo mesin dan selama sakit masih tetap bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, istri usia 57 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SD, tidak bekerja. Klien tinggal di rumah sendiri bersama istrinya, kelima anak klien semuanya sudah menikah, empat orang tinggal di luar kota, satu orang yang bungsu tinggal di sebelah persis rumah klien. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan sehari-hari klien didapat dari hasil pekerjaan yang ditekuninya, kiriman dari anaknya dan bantuan dari gereja berupa keuangan dan kebutuhan pokok. Aktifitas sehari-hari klien servis dinamo di rumahnya. Kegiatan keagamaan, klien yang beragama Katolik mengatakan jarang ke Gereja dan melakukan kebaktian. Klien bahkan mengatakan sebenarnya sudah ingin mati karena sakitnya, selalu berdoa supaya segera diambil oleh Tuhan tetapi doanya tidak segera dijawab.
9	Partisipan 9	Usia 57 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan berjualan makanan matang, tetapi setelah sakit tidak lagi bekerja, lama sakit 5 tahun, lama pengobatan 5 tahun, rutin kontrol, rutin minum obat. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin kontrol dan minum obat. Klien menikah, suami usia 65 tahun, agama Katolik, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta. Klien tinggal serumah bersama suaminya, Enam anak klien semuanya sudah berumah tangga, lima tinggal di luar kota dan anak bungsu tinggal berdekatan dengan klien. Sumber biaya pengobatan klien berasal dari suami dan semua anak klien yang rutin mengirimkan uang setiap bulannya. Aktifitas sehari-hari klien, mengasuh cucu dari anak bungsu yang berusia 2 tahun, pekerjaan rumah tangga dikerjakan berbagi bersama dengan suaminya. Klien rajin mengikuti kebaktian di Gereja dan menjalankan aktifitas keagamaan yang lain.

10	Partisipan 10	<p>Usia 40 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan sopir truk luar Jawa tetapi setelah sakit bekerja bersama istri berjualan makanan matang di Pelabuhan Semarang, lama sakit 3 tahun, tidak kontrol dan minum obat, hanya menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal. Klien menikah, istri usia 32 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan sama dengan suami. Klien tinggal di rumah sendiri bersama istri dan dua orang anaknya yang sudah kuliah semua. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan sehari-hari berasal dari hasil berjualan bersama istrinya dan sangat cukup bahkan tetap bisa untuk membiayai kedua anaknya kuliah. Anak pertama klien sudah bekerja dan kadang membantu perekonomian keluarga. Kegiatan sehari-hari klien memasak makanan yang akan dijual bersama istrinya dan membantu istri berjualan. Kegiatan keagamaan, klien mengatakan baru sekitar dua tahun yang lalu, yaitu sejak terkena Diabetes Melitus, insyaf dari minum, mabuk-mabukan, judi dan main perempuan. Klien belum ada keinginan untuk belajar agama lagi karena belum terbuka pintu hatinya meskipun sudah insyaf.</p>
11	Partisipan 11	<p>Usia 34 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan Sarjana, pekerjaan Guru, tetap bekerja selama menderita kencing manis, lama sakit 2 tahun, tidak pernah kontrol ke rumah sakit, puskesmas, hanya cek gula sendiri, pengobatan dengan menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap rutin menggunakan pengobatan herbal. Klien menikah, suami usia 41 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan Sarjana, pekerjaan wiraswasta. Klien tinggal di rumah sendiri bersama suami dan tiga orang anak yang masih duduk di bangku Sekolah Dasar serta satu orang pembantu rumah tangga. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan klien sehari-hari berasal dari suami dan gajinya sendiri sebagai guru SMP. Aktifitas sehari-hari klien mengajar di SMP dan membantu sedikit-sedikit pekerjaan rumah tangga. Klien sebagai ibu ketua PKK yang tetap aktif mengikuti kegiatan di lingkungannya. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan tidak pernah meninggalkan sholat lima waktu, bahkan berpuasa dan mengikuti kegiatan keagamaan di lingkungannya. Klien juga membaca Al-Quran dan melakukan sholat-sholat sunah lainnya.</p>
12	Partisipan 12	<p>Usia 58 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan pensiunan PNS, sekarang bekerja swasta, lama sakit 4 tahun, tidak kontrol, tetap minum obat dan menggunakan herbal. Saat diwawancarai klien masih tetap minum obat herbal dan obat-obat dari dokter. Klien menikah, istri usia 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan wiraswasta. Klien tinggal hanya berdua dengan istrinya. Tiga anak klien semuanya masih kuliah dan tinggal di luar kota. Sumber biaya pengobatan dan kehidupan sehari-hari klien berasal dari uang pensiunnya dan hasil berwiraswastanya. Kegiatan klien sehari-hari melakukan aktifitas bisnis ekspedisinya bersama rekan-rekannya. Kegiatan keagamaan klien, klien mengatakan tidak pernah meninggalkan sholat lima waktu, membaca Al-Quran, berdzikir dan melakukan sholat-sholat sunah lainnya.</p>

No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
1	Persepsi Klien Diabetes Melitus terhadap Penyakit	Persepsi tentang Penyakit	Pengertian penyakit	Penyakit keturunan	...kalau kata orang-orang pintar itu kan kalau sakit gula itu keturunan...						v									
					terus bilangnyanya bahwa sebenarnya sakit gula itu dari keturunan...							v								
					Yang jelas saya ada keturunan dari bapak Setahu saya kalau gula itu, kalau tidak karena keturunan, ya karena pola makan...											v				
				Penurunan berat badan	Badan saya makin kecil...makin kecil									v				v		
					...badan saya kok tambah kecil... Kecil dan habis begini ?														v	
					wong makan terus malah berat saya turun sampai badan saya turun begini...									v						
			Penyebab penyakit	Keyakinan tentang penyebab penyakit	Penyakit bukan dari Tuhan													v		
					Sakit berasal dari setan												v			
					Sakit berasal dari diri sendiri... sakit kan karena perbuatan sendiri ya ...karena pola makan...													v		
					Sehari 24 jam kencing lebih dari 25 kali kencing juga sering sekali mbak... ...pengen kencing terus...															
			Tanda dan gejala penyakit	Sering kencing	Sehari 24 jam kencing lebih dari 25 kali kencing juga sering sekali mbak... ...pengen kencing terus...															
					Merasa selalu haus	Sering haus ...banyak minum... ...terus kok ya haus terus Mbak...														
					Sering merasa lapar	...saya selalu merasa lapar... ...terus banyak makan... ...pengen makan terus...														
				Komplikasi penyakit	Terhadap mata	...sekarang saya kalau melihat agak goyang-goyang gitu mbak... ...mata saya untuk melihat sudah kacau... Mata saya ini malah tidak bisa melihat														
						Terhadap sistem syaraf	...saya merasa pusing... Pusing sekali begitu...pusing berputar													

					Ada saja yang terasa sakit, kepala pusing	v												
					Kaki sering semutan										v			v
				Terhadap fungsi ginjal	Ureum saya naik Mbak...	v												
					Kreatinin saya juga naik	v												
			Persepsi tentang Kesembuhan	Ketidaktahuan ttg kesembuhan	Nggak tahu Mbak... Bisa sembuh apa nggak penyakit ini...			v	v	v								v
				Kesembuhan dengan tingkat kepatuhan tinggi	Sakit gula itu kan harus minum obat seumur hidup...										v			
					Penyakit yang harus rutin minum obat	v	v											
					Nggak boleh makan sembarangan						v							
					Penyakit yang harus diit				v									
				Hanya bisa dipantau kadar gulanya	Hanya bisa dipantau kadar gulanya		v			v						v		
				Penyakit tidak bisa disembuhkan	Penyakit gula itu seumur hidup...		v								v			
					Penyakit yang tidak bisa sembuh	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
2	Respon Klien terhadap Kondisi Sakitnya	Respon terhadap Perubahan karena Diabetes Melitus	Keluhan fisik	Merasa lelah dan lemah	Iya Mbak, jadi merasa lemes, tidak bertenaga	v												
					Malah sempat hampir pingsan	v	v			v								
					Sekarang kok mudah lelah						v	v						
					...saya merasa sering lemes...	v	v	v	v			v	v	v				
					ya itu lemes...gemeter...badan saya sakit semua Jeng...							v						
					Saya sudah tidak sekuat dulu lagi...	v				v	v					v		
				Merasa malas	Males Mbak...	v	v								v			
				Nyeri	Badan sakit semua				v			v			v			v
					Saya merasa badan sakit semua mbak...				v									
				Tidak terjadi perubahan	Tidak ada perubahan aktifitas						v			v				
					Meskipun sakit saya tetap bekerja						v							
				Terjadi perubahan	Aktifitas saya jadi terganggu	v										v		
					Saya jadi bergantung kepada suami	v												
					Sekarang tidak bekerja	v	v	v									v	
			Tahapan kehilangan	Shok/menyangkal	...saya kaget, bingung, sedih, tidak percaya... mosok sih saya kena penyakit gula...	v												
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
					...ya saya kaget mbak... Tidak percaya													

				Marah	Masak masih muda kok kena gula...				v										v	
					Wong saya tidak ada keturunan kok...							v								
					...badan saya juga kecil, berat 40-42, saya rajin puasa,tidak suka ngemil, saya pikir nggak kena, lha kok kena gula juga...															
				Tawar menawar	...dan protes pada Allah mbak, kok sakit saya begini berat mbak...	v														
					...saya berharap dipanggil Tuhan...saya tidak akan putus asa lagi...												v			
					Dulu saya sering menangis dan bertanya pada Allah Mbak...apa maksud semua ini... apa arti semua yang saya alami...															
				Depresi	Saya sering Menangis...	v	v													
					Saya merasa sedih ...	v	v	v	v										v	
					Saya takut mati...		v		v											
					Saya takut...		v	v	v											
					Saya merasa sepi...	v													v	
					Saya cemas...		v													
					Ya jelas stress to Mbak...		v													
					Saya sering mengeluh mbak....		v				v									
					Saya sebenarnya bingung...	v	v	v	v	v			v							
					Saya jadi khawatir		v			v									v	
					Perasaan saya jadi tidak menentu	v			v					v						
					Saya jadi kepikiran	v	v	v	v										v	v
				Penerimaan	Mau bagaimana lagi mbak...															
					Saya terima Mbak...	v	v		v			v	v						v	v
					Pasrah Mbak...	v	v	v	v	v	v	v								v
					Wong sudah lama hidup							v								
					Saya itu sudah pernah sehat	v						v								
					Saya sudah tua, wajar kalau sakit...	v						v	v	v	v					
					Saya pasrah		v			v	v									
					Saya manut saja...malah ayam mbak...		v	v				v								
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
3	Kebutuhan Klien terkait Penyakit	Kebutuhan Penatalaksanaan	Bentuk Penatalaksanaan	Penatalaksanaan Terapi Medis	Saya berobat ke dokter	v	v	v	v	v	v			v	v					
					Saya selalu rutin minum obat	v	v	v	v	v	v			v	v					

Diabetes Melitus	Diabetes Melitus	Penatalaksanaan Terapi non medis		Saya rutin kontrol...sebulan sekali	v	v	v	v	v	v		v	v			
				Saya berobat alternatif juga...	v	v					v					
				Saya diminumi rebusan daun sirih						v						
				Terus saya minum kapsul kering...							v					
				Saya minum obat herbal mbak...	v						v					
				Sampai minum jamu godokan lho mbak...			v				v					
				Perilaku klien terhadap Penatalaksanaan	Saya tetap minum obat	v		v				v			v	
					Saya berusaha supaya sembuh							v				
					Ya... Saya berusaha mana yang cocok...							v				
					Pokoknya jangan sampai putus obat		v									
		Pemahaman pentingnya mengatur diit	Kesadaran dalam hal makan	Harus membatasi makan					v							
				Harus mengatur makan	v			v		v	v		v	v		
				Makannya juga harus selektif		v										
				Harus mengurangi makan	v		v									
				Makan harus hati-hati		v					v					
				Minum dengan gula tropikana slim	v	v					v					
		Ketidapatuhan terhadap Pembatasan makan		Saya banyak makan buah dan sayur												
				Makan juga ngirit, saking takut gula naik...		v										
				Asal makan/tabrak/semua saya makan		v		v	v				v			
		4	Harapan Klien terhadap Kondisi Sakitnya	Harapan terhadap Diri Sendiri	Harapan tentang kesehatan	Harapan untuk sehat	Saya ingin sehat mbak...		v	v			v			v
Saya masih ingin hidup lebih lama								v								
Saya berharap sembuh dari sakit							v	v	v	v	v	v		v	v	
Tujuan tetap sehat	Bisa keluar dari masalah					v										
	Ingin ngasuh buyut lebih lama											v				
	Supaya bisa aktifitas lagi...					v										v
Harapan terhadap Orang Lain	Harapan kepada Keluarga			Bentuk perlakuan	Saya ingin dinasihati		v									
					Mengingatkan dalam hal makan		v	v								
				Merasa bagian dari	Saya senang diperhatikan	v	v	v					v	v		
					Saya ingin dikunjungi cucu	v										
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci											
				keluarga dan dianggap berguna	Tetap dikunjungi anak	v										
					Saya ingin anak-anak rukun		v									
					Jangan dianggap sakit											

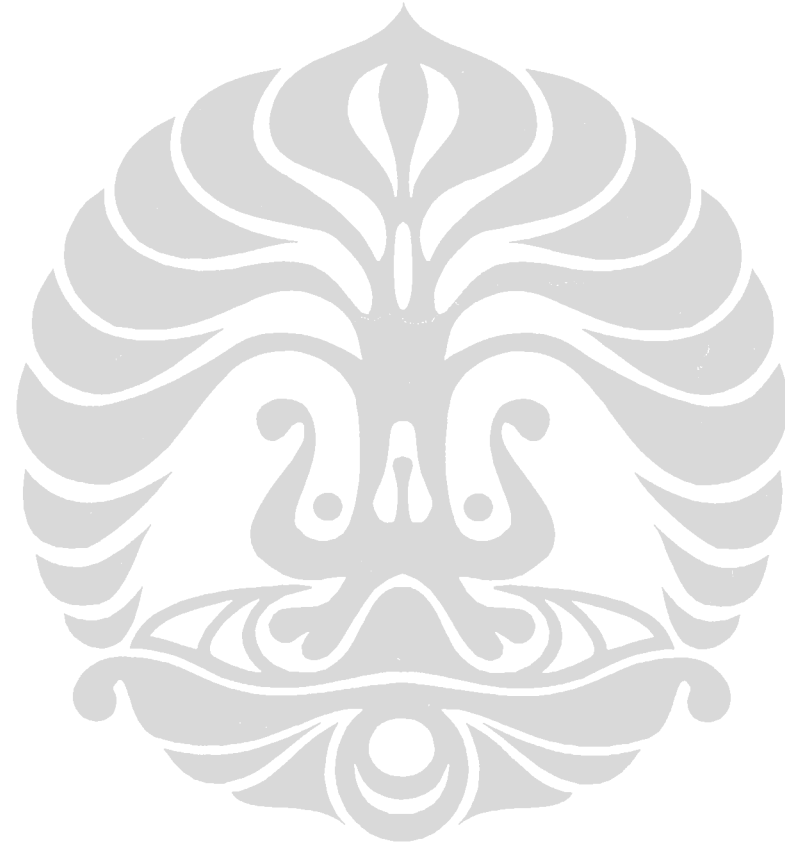
			Harapan kepada masyarakat	Sikap masyarakat	Mengingatkan untuk kontrol		v	v									
						Saya harap pengertian dari masyarakat			v					v			
				Perilaku masyarakat	Supaya saya jangan direpoti....									v			
					Jangan dibebani lagi...									v			
					Nggak usah ketempatan keg. warga									v			
			Harapan kepada Petugas Kesehatan	Penanganan yang diharapkan	Pengobatan Gratis			v	v								
					Pengobatan				v								
					Ditolong	v											
					Pelayanan yang lebih baik									v			v
				Bentuk kegiatan	Diberi penjelasan tentang penyakit		v										v
					Gula terkontrol		v										
				Tidak mengharap bantuan	Tidak mengharapkan bantuan						v						
5	Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus	Makna Penderitaan	Kelelahan Psikologis	Merasakan penderitaan	Rasanya tidak karuan	v								v			
					Merasa sangat berat	v								v	v		
					Merasa menderita	v								v	v		
				Putus asa	Putus asa Mbak...	v	v	v	v	v					v		
					Sakit kok nggak sembuh-sembuh Kapan berakhir	v	v	v									
					Sembuh syukur, nggak ya sudah				v								
					Daripada hidup menderita lebih baik mati										v		
					Saya merasa tidak bisa apa-apa	v	v	v						v			v
					Saya menjadi tidak bersemangat		v										
					Saya berdoa supaya cepat dipanggil Tuhan											v	
					Sudah tua belum juga mati											v	
					Saya tidak takut dipepes setelah mati											v	
					Saya tidak takut dipukul setelah mati											v	
					... Saya tidak punya harapan		v				v						
					Mati kapanpun mau...						v						
					Saya sudah bosan mbak...		v	v									
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
				Ketidakterdayaan	Saya diam saja				v								
					Tidak tahu harus bagaimana			v	v								
					Saya lapor anak	v	v										
					Saya ndablek Mbak...		v			v							

				... Saya tidak punya daya apa-apa mbak...	v																			
			Merasa malu	Masih muda kok penyakiten															v					
				Saya merasa malu Mbak...	v			v												v				
		Arti Kehidupan bagi Klien	Merasa tidak sendiri	Yang sakit tidak hanya saya					v		v													
				Lha wong segitu banyaknya kok gula semua...yo wis saya tidak sendirian...								v												
			Menemukan arti di balik penderitaan	Saya harus mendampingi adik-adik saya...				v																
				Dukungan suami	v		v														v			
				Saya bertahan karena anak-anak	v	v		v	v			v								v				
				Saya ingat menantu saya mbak...			v																	
				Demi cucu saya Mbak...	v	v																		
				Istri mendukung saya															v	v				
				Saya tidak boleh protes															v					
				Saya harus tetap semangat			v																	
				Saya harus sehat				v																
				Saya masih dibutuhkan anak-anak								v							v	v				
				Hidup harus berguna dan berarti			v	v	v															
				Hidup membantu dengan tenaga			v	v	v															
	Makna Spiritual	Bentuk Penerimaan	Menjalani dengan ikhlas	Saya ikhlas... Saya pasrah...															v					
					...saya ikhlas menjalani dan menerima ini semua																	v		
					...jadi kalau mau diambil dalam kondisi sakit ya saya ikhlas to Bu...saya ikhlas...																	v		
					Iya Mbak...saya berusaha ikhlas. Ya saya ikhlas mbak...																	v		
					...berusaha ikhlas Mbak, ikhlas menjalani hidup... Ikhlas diberi sakit, ikhlas kalau anak-anak jarang datang...	v																		
					...berusaha menjalani hidup yang Allah																			
							gariskan itu dengan ikhlas Mbak...																	
			Pembelajaran untuk bersyukur	...saya pasrah saja...saya bersyukur...															v					
				...saya bersyukur mendapatkan cobaan sakit ini...saya mikir bagus nya saja...	v																			
				...mereka masih muda-muda semua Bu...saya																v				
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

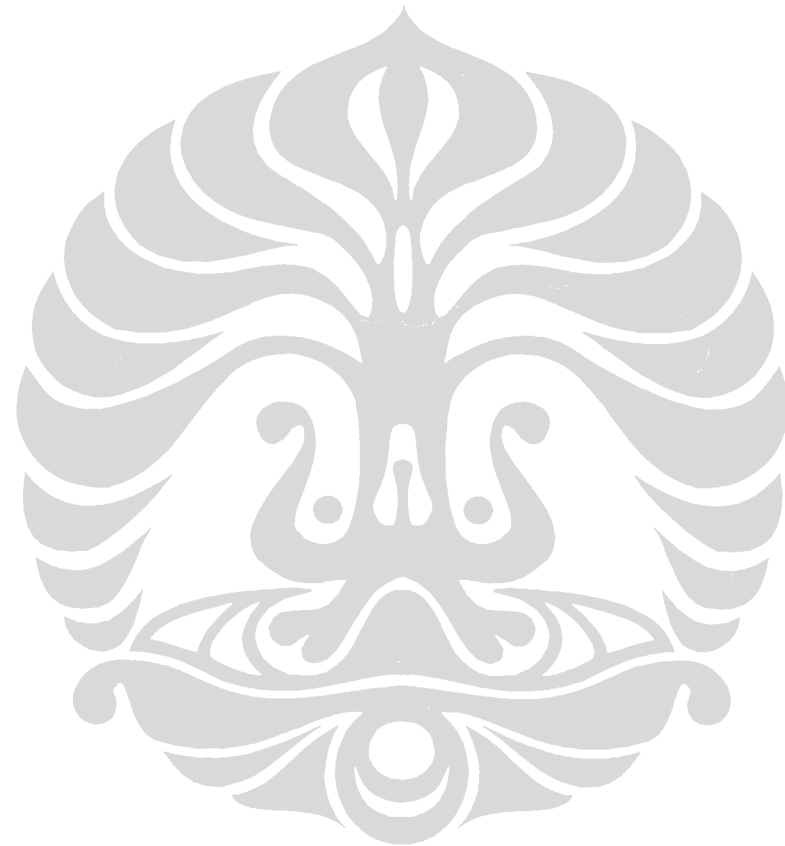
					kan sudah tua...jadi saya bersyukur...														
					...malah saya bersyukur, terus terang begitu														v
					...saya bersyukur...Puji Tuhan...saya terima														v
				Pembelajaran untuk lebih sabar	...saya disuruh lebih sabar dan tabah...	v													
					Saya harus sabar dan menerima sakit ini Mbak		v												
					Pengennya yo sabar mbak, saya ingin sabar				v										
					Saya jadi lebih sabar mbak...														
				Bentuk ibadah	... mempunyai waktu lebih banyak untuk istighfar, bertobat dan memperbanyak ibadah	v													
					Semoga Allah mendengar doa saya untuk sembuh dan memberi kesembuhan mbak.			v											
					...saya selalu berdoa bu supaya sembuh..ya mungkin dalam saya menjalani hidup ini banyak salah...saya minta ampunan ...								v						
					...saya malah rajin ibadah untuk sangu mati... kalau saya diambil sewaktu2 tidak menyesal										v				
				Menemukan aspek positif	Saya jadi punya lebih banyak waktu untuk beribadah Mbak...	v								v	v				
					...ternyata saya disayang oleh Allah Mbak														
			Keyakinan Ada Campur Tangan Allah	Penerimaan kondisi kefanaan hidup	Saya anggap ini cobaan dari Allah Mbak..	v													
					Wong sakit itu kan cobaan ya Mbak...			v											
					Ya setiap orang itu cobaannya berbeda2 sakit adalah cobaan														v
					...mungkin sakit ini adalah cobaan...														
					...karena sakit itu cobaan...														
					Allah memberi saya cobaan...														
					...orang mati juga tidak hanya karena sakit...										v				
					Hidup ini kan sudah ada yang mengatur...										v	v			
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
					...wong mati hidup itu ya sudah digariskan...					v	v								
					Semua itu kan datangnya dari Allah Bu...														
					Tuhan itu selalu baik...Tuhan tidak pernah memberikan penderitaan pada manusia...														v
					Gusti itu selalu baik...Gusti itu tidak akan pernah memberikan sakit pada manusia...														v

					...kita diberi hidup ini kan lakonnya sudah ditetapkan jadi ya tidak boleh protes...								v				
					...selama kalau misalnya masih memberikan hidup ya pasti memberikan rejeki begitu...										v		
					Mati itu kan datangnya sewaktu-sewaktu...	v											
					Saya yakin ada maksud Allah...								v				
					...mungkin juga peringatan dari Allah...	v											
					...karena hidup pasti ada tujuannya...										v		
				Berserah diri	Hanya Allah yang membuat saya bisa sampai sekarang ini Mbak...	v											
					Hidup ini harus dijalani kan Mbak ?		v		v								
					...saya hanya bisa pasrah dan bisa menjalani saja Mbak...					v							
					Pasrah bu...kalau mau diambil sekarang mau						v						
					...saya pasrah dan ikhlas saja menerima ini... hidup itu harus dijalani...								v				
					Rumah di surga belum jadi... Jadi saya belum mati...begitu...										v		
					Kita tinggal menjalani saja...hidup harus dijalani...ya saya harus menerima ini Mbak...												v
					Kalau Allah sudah ridho dengan kondisi saya begini...berarti itu yang harus saya jalani jadi semua yang terjadi dalam hidup ini kan dari kehendak Allah, ya kita jalani saja kan Mbak...												
6	Tema lain yang ditemukan :	Beban yang dihadapi Klien	Beban psikologis	Merasa terkekang karena sakit	...kenapa makan saja kok dibatasi...wong kerja juga yang dicari kan ya untuk makan...								v				
No	Tujuan	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Beban yang dihadapi oleh Klien dengan Diabetes Melitus	akibat Diabetes Melitus			...tadinya boleh makan apa saja, sekarang dibatasi harus minum obat,kemana2 bawa obat, makan dijami, minum obat dijami...		v										
				Mengkhawatirkan pengasuhan anak	...anak saya masih kecil-kecil, tidak ada yang ngerawat...mereka nanti bagaimana ?				v								
					Anak-anak itu to Mbak...masih kecil-kecil, masih membutuhkan saya...saya masih di-					v							

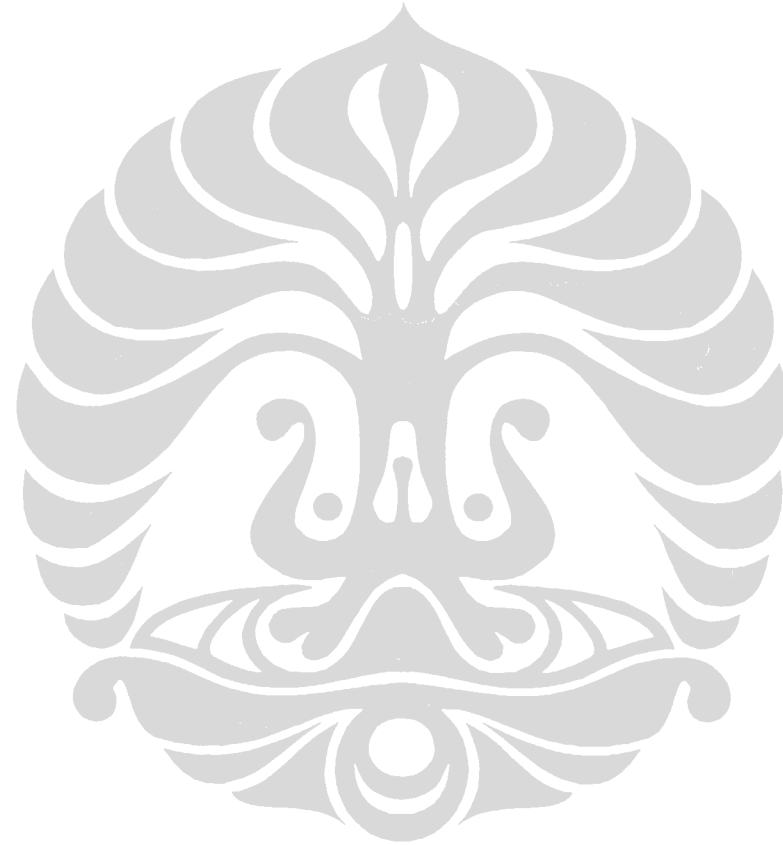
			butuhkan oleh anak2, mereka blm mentas																
		Merasa merepotkan suami	...meskipun sakit gula tapi bisa aktifitas begitu Mbak, tidak tergantung terus pada suami saya. Selama ini saya selalu bergantung pada suami.	v															
	Beban finansial	Menjadi memberatkan keluarga	Dulu saya selalu minta anak Mbarep saya Mbak...tapi sekarang dia sudah punya anak 3, jadi tidak enak Mbak...kasihan membebani...		v														
			Memangnya tidak ada ya Mbak... pengobatan gratis untuk penyakit gula ?			v													
			...kuatir nanti kalau mondok di rumah sakit itu kan nanti malah biayanya banyak yang dibutuhkan																v
		Ikut bertanggung jawab sebagai pencari nafkah keluarga	Saya kan laki-laki, saya masih punya anak yang hrs saya biaya kuliahnya, masak saya jadi tanggungan istri saya...saya tidak enak...																v
			kalau makan saya batasi, saya tidak bisa kerja mbak, terus siapa yang akan bantu bapaknya cari uang untuk anak-anak ?					v											



v	
v	
v	
	v
v	
v	
v	
v	
11	12

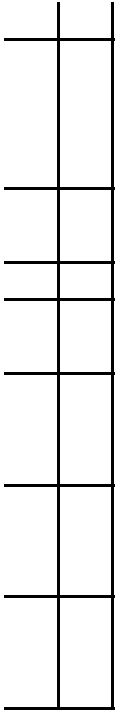


v	
v	
v	
	v
v	v
11	12
v	v
v	v



v	
v	v
v	v
v	
v	
	v
11	12





DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. BIODATA UMUM:

Nama : Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns.
Tempat dan Tanggal lahir : Semarang, 14 Agustus 1977
Pekerjaan : Staf Pengajar Tetap Unissula Semarang
Alamat Rumah : Jln. Tanggul Mas Timur CM.310
Semarang 50177 (081 5651 5890)
Alamat Kantor : Kampus Unissula Jln.Raya Kaligawe Km.4
PO. BOX 1235 Semarang
Nama Ayah : H. Karyono
Nama Ibu : Hj. Sekarwati

2. RIWAYAT PENDIDIKAN :

1982 – 1988 : SD N Baros II Ketanggungan Brebes
1988 – 1991 : SMP N 1 Ketanggungan Brebes
1991 – 1994 : SMA N 1 Banjarharjo Brebes
1994 – 1997 : AKPER Muhammadiyah Semarang
2001 – 2003 : S1 Keperawatan Universitas Diponegoro
Semarang
2003 – 2004 : Profesi Ners Universitas Diponegoro
Semarang
2009 – 2011 : Program Magister Keperawatan Jiwa
Universitas Indonesia Jakarta

3. RIWAYAT PEKERJAAN :

1997 – 1998 : Staf Pengajar AKPER KRIDA HUSADA
Kudus
1998 – 2007 : Staf Pengajar Tetap AKPERISSA
Semarang
2007 – sekarang : Staf Pengajar Tetap Fakultas Ilmu
Keperawatan UNISSULA Semarang

MAKNA KEHIDUPAN KLIEN DENGAN DIABETES MELITUS KRONIS DI KELURAHAN BANDARHARJO SEMARANG SEBUAH STUDI FENOMENOLOGI

Dwi Heppy Rochmawati

Abstrak

Tesis ini membahas bagaimana klien Diabetes Melitus memberikan makna kehidupan dalam kondisi sakitnya. Tujuan dalam penelitian ini menguraikan persepsi, respon psikososial, kebutuhan penatalaksanaan, harapan dan makna kehidupan klien. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Hasil penelitian menemukan tujuh tema besar yang sesuai dengan tujuan penelitian dan satu tema tambahan yaitu beban yang dihadapi klien. Kesimpulannya makna kehidupan klien didapatkan dalam kondisi penderitaan dan pendalaman nilai spiritual. Penelitian ini menyarankan penggunaan model Adaptasi Roy dalam pengembangan teori keperawatan khususnya masalah psikososial; tersusunnya format pengkajian psikososial sebagai panduan mengidentifikasi masalah psikososial di keluarga, rumah sakit maupun masyarakat.

Kata Kunci : makna kehidupan, diabetes melitus, kualitatif.

Abstract

This thesis discussed how the client Diabetes Mellitus give life meaning in the pain condition. The purpose of this study described the perceptions, psychosocial responses, needs management, client expectations and the meaning of life. This study is a

descriptive qualitative research design. The study found seven broad themes consistent with the purpose of research and one additional theme is the burden faced by the client. In conclusion the meaning of the life of the client obtained under conditions of suffering and deepening of spiritual values. This study suggests the use of Roy's adaptation model in nursing theory development in particular psychosocial problems; compilation format psychosocial assessment as a guide to identify psychosocial problems in families, hospitals and the community.

LATAR BELAKANG

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar gula dalam darah. Data epidemiologi menunjukkan bahwa jumlah penderita Diabetes Mellitus di dunia dari 110,4 juta pada tahun 1994 akan melonjak 1,4 kali lipat (175,4 juta) pada tahun 2000 dan akan melonjak dua kali lipat (239,3 juta) pada tahun 2010 (Purnomo, 2002). Diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi Diabetes Melitus (DM) di Indonesia mencapai 21,3 juta orang (Diabetes Care, 2004). Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diperoleh bahwa proporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki ranking ke-2 yaitu 14,7%, sedangkan untuk daerah pedesaan, DM menduduki ranking ke-6 yaitu 5,8%. (Yoga, 2009).

Pemahaman yang baik tentang penyakit Diabetes melitus akan sangat banyak membantu. Klien dengan Diabetes Melitus mau tidak mau akan mengalami gangguan atau

perubahan dalam pola hidup. Baik itu dalam hal mengatur gaya hidup terkait pola makan, pengobatan maupun dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Pemaknaan hidup di tengah penderitaan yang menahun bisa merupakan semangat untuk tetap menjalani keadaan yang serba sulit. Dengan pemaknaan yang positif akan membentuk sebuah keseimbangan.

Proses homeostasis dapat terjadi apabila tubuh mengalami stress yang secara alamiah tubuh akan melakukan mekanisme pertahanan diri untuk menjaga kondisi agar tetap seimbang. Homeostasis adalah suatu proses pemeliharaan stabilitas dan adaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitar yang terjadi secara terus menerus. Homeostasis terdiri atas homeostasis fisiologis dan psikologis. Homeostasis psikologis berfokus pada keseimbangan emosional dan kesejahteraan mental (Hidayat, 2006). Manusia akan senantiasa berinteraksi dengan lingkungan sebagai proses pertukaran energi secara terus menerus dalam rangka memelihara haemodinamika, yang bertujuan untuk penyesuaian diri agar mampu mempertahankan kehidupannya. Manusia itu unik, artinya manusia akan berusaha menemukan dan menciptakan nilai-nilai yang akan memberikan makna bagi kehidupannya untuk mempertahankan keseimbangannya. Eksistensi dari keberadaan manusia itu adalah kebermaknaan dirinya dalam kehidupan. Ketika manusia gagal menciptakan kebermaknaan maka hal-hal yang mungkin dialami antara lain kesepian, kesendirian ataupun keterasingan (Yuwono, 2010).

Kehidupan ini selalu mempunyai makna bahkan dalam keadaan apapun dan bagaimanapun, termasuk dalam penderitaan sekalipun, hasrat hidup bermakna merupakan motivasi utama dalam kehidupan ini. Manusia memiliki kebebasan dalam upaya menemukan makna hidup, yakni melalui karya-karya yang diciptakannya, hal-hal yang dialami dan dihayati -termasuk cinta kasih-, atau dalam setiap sikap yang diambil terhadap keadaan dan penderitaan yang tidak mungkin terelakkan. Manusia dihadapkan dan diorientasikan kembali kepada makna, tujuan dan kewajiban hidupnya. Kehidupan tidak selalu memberikan kesenangan kepada kita, tetapi senantiasa menawarkan makna yang harus kita jawab. Tujuan hidup bukanlah untuk mencapai keseimbangan tanpa tegangan, melainkan seiring dalam kondisi tegangan antara apa yang kita hayati saat ini dengan prospek kita di masa depan (Muhid, 2010).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan tentang Diabetes Melitus di Semarang di antaranya adalah tentang Gangguan Muskuloskeletal pada Penderita Diabetes Mellitus di RS Dr. Kariadi Semarang oleh Hery Djagat Purnomo pada tahun 2002, dengan hasil 10 % menderita rematik, 80 % disabilitas musculoskeletal dan sisanya osteoarthritis; Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Pendidikan terhadap Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Melitus Rawat Jalan di RS. Dr. Kariadi Semarang oleh Mahasiswa Ahli Gizi, hasilnya ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan pendidikan terhadap kepatuhan diet klien Diabetes Melitus; Motivasi Klien Diabetes Melitus dalam Menjalankan Program

Diit oleh Rochmawati pada tahun 2003 di Kelurahan Panggung Lor Semarang, dengan hasil bahwa klien Diabetes Melitus yang menjalankan program diit secara teratur karena ingin menekan biaya perawatan dan pengobatan.

BAHAN DAN CARA KERJA

Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan klien Diabetes Melitus dalam memberikan makna dalam kehidupannya di tengah kondisi sakit yang dialami di Kelurahan Bandarharjo Semarang. Penelitian ini menggunakan metode riset kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Populasi pada penelitian ini adalah semua penderita Diabetes Melitus di Kelurahan Bandarharjo Semarang. Partisipan yang menjadi sampel penelitian ini dengan kriteria inklusi menderita Diabetes Melitus lebih dari 1 tahun, berusia di atas 30 tahun, bisa berbahasa Indonesia yang baik, bersedia menjadi partisipan. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*, dan prinsip saturasi data. Sesuai dengan ketentuan tersebut ada 12 partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

HASIL

Ditemukan tujuh tema besar yang sesuai dengan tujuan penelitian dan satu tema tambahan yang tidak ada dalam tujuan penelitian. Tema yang sesuai dengan tujuan yaitu : persepsi klien tentang sakit (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan persepsi tentang kesembuhan); respon psikologis klien terhadap perubahan akibat sakit (keluhan fisik dan tahapan kehilangan); kebutuhan penatalaksanaan terkait penyakit

(penatalaksanaan secara medis, penatalaksanaan secara non medis dan sikap terhadap penatalaksanaan); harapan klien terhadap penyakit yang dialami (harapan terhadap diri sendiri dan harapan terhadap orang lain); dan makna kehidupan klien dengan Diabetes Melitus kronik (makna penderitaan dan makna spiritual). Sedangkan tema lain yang muncul yaitu beban yang dihadapi oleh klien akibat sakit yang meliputi beban psikologis dan beban finansial. Makna kehidupan klien didapatkan melalui sebuah penderitaan dan menjalani sebuah nilai yaitu nilai spiritual.

PEMBAHASAN

Persepsi Klien terhadap Proses Penyakit.

Persepsi tersebut adalah persepsi tentang penyakit yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan persepsi tentang kesembuhan penyakit Diabetes Melitus. Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan yang ditandai dengan penurunan berat badan yang terus menerus. (Utami, 2010; Mansjoer, 2001; Brunner & Suddart, 2002). Penyebab Diabetes Melitus adalah karena ketidaktepatan dalam hal makan, kurang pengetahuan dalam hal mengatur makan, merupakan kesalahan dari diri sendiri. Tanda dan gejala Diabetes Melitus adalah sering kencing, merasa selalu haus, sering merasa lapar (Soeharyo, 2007; Habibie, 2010; Utami, 2004). Komplikasi Diabetes Melitus, mengenai mata, mengenai sistem syaraf dan mengenai fungsi ginjal, sebagaimana yang diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini. Persepsi tentang kesembuhan, penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit yang tidak

bisa disembuhkan dan hanya bisa dipantau kadar gula darahnya. Penyakit ini akan diderita seumur hidup dan penderitanya harus selalu rutin minum obat, tidak boleh makan sembarangan, mengatur diet secara ketat untuk mempertahankan keseimbangan kadar gula dalam darah.

Respon Psikologis terhadap Penyakit.
Respon Psikologis klien terhadap sakit meliputi dua hal yaitu berupa keluhan fisik dan tahapan kehilangan. Keluhan-keluhan fisik di mana tubuh penderita Diabetes Melitus menjadi sangat lelah dan lemah, merasa gemetar, malas untuk beraktifitas, lemes, badan terasa sakit semua. Gejala lainnya adalah pusing, mual berkurangnya ketahanan tubuh. (Dewanti, 2010 ; Mansjoer, 2001). Secara psikologis, seseorang yang mengalami sakit menahun akan mengalami kehilangan. Kehilangan (*loss*) adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami oleh individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan, atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan (Hidayat, 2006). Klien dengan Diabetes Melitus merasa kehilangan karena adanya perubahan dalam hidupnya. Pola hidup yang berubah, gaya hidup dan aktifitas yang dituntut untuk berubah menyesuaikan dengan kondisi penyakitnya. Proses kehilangan tersebut terdiri dari mengingkari (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bergainning*), depresi/tertekan (*depression*) dan menerima (*acceptance*). Semua tahapan tersebut pasti akan dilalui oleh klien yang mengalami kehilangan, yang membedakan adalah jangka waktunya.

Kebutuhan Klien terhadap Penatalaksanaan Penyakit.

Bentuk penatalaksanaan yang dilakukan adalah penatalaksanaan terapi medis dan penatalaksanaan terapi non medis. Hampir sekitar 75 % (9 dari 12 partisipan) partisipan melakukan upaya penatalaksanaan terapi medis, berobat ke layanan kesehatan dan rutin meminum obat yang diberikan. Cara lain untuk mengatasi Diabetes melitus adalah dengan melakukan terapi non medis yang disebut terapi herbal. Sekitar 65 % (7 dari 12 partisipan) partisipan mengatakan bahwa mereka melakukan penatalaksanaan terapi non medis. Meskipun ada juga yang hanya menggunakan penatalaksanaan non medis, yaitu sekitar 20 % (2 dari 12 partisipan). Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh True (1997) dan Townes (1998) yang menjelaskan bahwa pengalaman negatif terhadap biomedis akan menyebabkan perasaan tidak percaya dan ketakutan terhadap layanan kesehatan. Perilaku partisipan sebagai upaya untuk mencapai kesembuhan yaitu dengan mencari pengobatan yang tepat merupakan perilaku konstruktif dalam rangka beradaptasi secara psikologis terhadap stress.

Harapan Klien terkait Kondisi Sakit.

Harapan pertama yaitu harapan terhadap diri sendiri dan harapan kedua, yaitu harapan kepada orang lain (harapan kepada keluarga, harapan kepada masyarakat, dan yang terakhir harapan kepada petugas kesehatan). Harapan terhadap diri sendiri yaitu harapan tentang kesehatan yang berupa keinginan untuk sembuh dari sakit dan terciptanya kondisi sehat. Harapan

kepada orang lain yang diharapkan adalah keluarga, karena keluarga adalah sistem pendukung yang sangat penting bagi kesembuhan partisipan. Menurut Duvall dan Logan (1986) dalam Friedman (2010) menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Harapan kepada masyarakat, berupa peran serta masyarakat untuk ikut ambil bagian mengingatkan dalam hal pola makan, kontrol ke pelayanan kesehatan, pengertian dari masyarakat terhadap kondisinya sehingga partisipan tidak lagi diikutsertakan dalam kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan oleh masyarakat. Harapan kepada petugas kesehatan yaitu adanya program pengobatan yang simultan untuk kesembuhan mereka. Selain pengobatan diharapkan pula pemberian penyuluhan kesehatan yang berguna dan bermanfaat bagi mereka.

Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes Melitus.

Menurut Victor E. Frankl dalam buku Logoterapi Terapi Psikologi melalui Pemaknaan Eksistensi (Bastaman, 2007), makna kehidupan setiap orang itu berbeda, dari hari ke hari, jam ke jam. Kejadian kehidupan setiap manusia itu berbeda, setiap orang yang dilahirkan mempunyai tugas dan kesempatan yang harus dijalannya sendiri, kehidupan tidak bisa diulang, sehingga makna yang dihasilkan akan berbeda. Makna hidup merupakan sesuatu yang penting dan berharga, serta memberikan nilai khusus bagi seseorang. Pengertian makna hidup

menunjukkan bahwa di dalamnya terkandung juga tujuan hidup (*the purpose in life*). Dapat dikatakan bahwa kebahagiaan adalah ganjaran atau akibat samping dari keberhasilan seseorang memenuhi makna hidup (Frankl, 1985). Makna penderitaan (*meaning in suffering*), kapanpun seseorang bisa berhadapan dengan sesuatu yang tidak bisa ditinggalkan, situasi yang tidak bisa dihindarkan, nasib yang tidak bisa diubah, penyakit yang tidak terobati, dengan demikian seseorang itu diberi kesempatan terakhir untuk mengaktualkan nilai tertinggi, untuk mengisi makna yang terdalam, yaitu makna penderitaan. Bila hasrat dapat dipenuhi maka kehidupan akan terasa berguna dan berarti (*meaningfull*), atau sebaliknya bila tidak dapat dipenuhi makna hidup akan terasa tidak berguna atau berarti (*meaningless*). (Frankl, 1985). Makna lain dengan menjalani sebuah nilai yaitu nilai spiritual. Keyakinan bahwa semua kehidupan ini sudah diatur, digariskan dan ditentukan oleh Tuhan dan manusia hanya tinggal menjalani.

SIMPULAN

Penelitian tentang Makna Kehidupan Klien dengan Diabetes melitus Kronik ini berhasil mengidentifikasi 8 tema besar. Tujuh tema yang sesuai dengan tujuan penelitian yang ingin dicapai dan satu tema baru yang diidentifikasi, yang tidak terdapat dalam tujuan penelitian. Tema-tema itu antara lain : Persepsi tentang penyakit, Respon klien terhadap perubahan karena Diabetes Melitus, Kebutuhan penatalaksanaan Diabetes Melitus, Harapan terhadap diri sendiri, harapan terhadap orang lain, Makna penderitaan dan makna Spiritual. Sedangkan tema lain yang berhasil diidentifikasi oleh peneliti

yang tidak ada dalam tujuan penelitian adalah adanya beban yang dirasakan oleh partisipan selama menderita Diabetes Melitus. Model adaptasi Roy berkontribusi secara positif terhadap teori dasar keperawatan khususnya upaya klien dalam penemuan makna kehidupan di balik penderitaan yang dialami.

SARAN

Perlu diterapkan penggunaan model konseptual keperawatan Adaptasi Sister Callistra Roy dalam pengembangan teori keperawatan khususnya masalah psikososial dengan melakukan penyesuaian sesuai hasil penelitian. Perlu pula disusun format pengkajian/instrumen pengkajian psikososial (Diabetes Melitus dan penyakit fisik lain) sebagai panduan mengidentifikasi masalah psikososial klien baik di keluarga, rumah sakit maupun komunitas dan menentukan terapi spesialis yang sesuai. Keluarga hendaknya memberikan dukungan dan perhatian untuk para anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus dalam hal perawatan (pengawasan minum obat, pendampingan waktu kontrol, penyediaan menu, mengingatkan dan memotivasi diet) dan penanganan masalah psikososial (cemas, keputusan, ketidakberdayaan, dsb) sesuai dengan cara yang sudah diajarkan.

DAFTAR REFERENSI

- Abi, M. (2007). *Model Adaptasi Roy*. <http://www.modelstress.co.id>., diperoleh tanggal 3 Maret 2011.
- Afif, A. (2007). *Kebermaknaan Berasal dari Hati yang Tulus*. <http://psikologidini.com/>

- 2007 / 09 / hidup bermakna versilogoterapi.html, diperoleh tanggal 23 Januari 2011.
- Anonim. (2008). *Dampak Psikososial Diabetes Melitus*. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104/jtptunimus-gdl-dotowidaya-5168-1-bab1.pdf>., diperoleh tanggal 2 Maret 2011.
- _____. (2010). *Diabetes Melitus*. [http://usupress.usu.ac.id/files/ Penyakit-Penyakit yang Mempengaruhi Kehamilan dan Persalinan Edisi Kedua Normal bab 1.pdf](http://usupress.usu.ac.id/files/Penyakit-Penyakit%20yang%20Mempengaruhi%20Kehamilan%20dan%20Persalinan%20Edisi%20Kedua%20Normal%20bab%201.pdf), diperoleh tanggal 15 Februari 2011.
- _____. (2010). *Logoterapi Pencarian Makna Kehidupan*. <http://haqie.wordpress.com/2007/08/24/logoterapi-pencarian-makna-hidup-sebagai-sebuah-terapi-neurosis-psikoterapi/>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011.
- Barbara C. Long. (1996). *Essential of Medical Surgical Nursing a Nursing Process Approach*. Alih Bahasa. St. Louis : CV Mosby Company.
- Bastaman, H.D. (2007). *Logoterapi; Psikologi untuk Menemukan Makna dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta, Raja Grafindo Persada.
- Boeree, CG. (2010). *Personality Theories, Melacak Kepribadian Anda Bersama Psikolog Dunia*. <http://www.scribd.com/doc/34872637/Viktor-Frankl>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011
- Breitbart, W., Gibson, Ch., Poppito, Sh.R., & Berg, A. (2004). *Psychotherapeutic Interventions at the End of*

- Life : A Focus on Meaning and Spirituality. *Can Journal Psychiatry*, 49 (6), 371.
- Britton, K. (2009). *Philosophy and The Meaning of Life, Filsafat sebagai Lentera Kehidupan*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Brunner & Suddarth. (2002a). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Volume 1. Jakarta : EGC Penerbit Buku kedokteran.
- _____. (2002b). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC Penerbit Buku kedokteran.
- Creswell, J.W. (1989). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.
- _____. (2010). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Edisi Bahasa Indonesia. Edisi Ketiga. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewanti, S. (2010). *Buku Pintar Kesehatan, Kolesterol, Diabetes melitus dan Asam Urat*. Klaten : Kawan Kita.
- Ferry, E. (2007). *Model Konsep Adaptasi Roy*. <http://www.modelstress.co.id>, diperoleh tanggal 3 Februari 2011.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing. New Jersey*. Pearson Education : Inc.
- Fox, Ch., & Kilvert, A. (2007). *Bersahabat dengan Diabetes Tipe 1, Diabetes yang Tergantung pada Insulin*. Jakarta : Penebar Plus.
- Frankl, V.E. (2003). *Logoterapi Terapi Psikologi Melalui Pemaknaan Eksistensi*. Terjemahan oleh Ancok, Dj. Yogyakarta : Kreasi Wacana.
- _____. (1985). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Washington Square Press. (Earlier title, 1959: From Death-Camp to Existentialism. Originally published in 1946 as *Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager*), diperoleh tanggal 23 Februari 2011.
- Friedman, M.M. (2010). *Family Nursing : Research, Theory & Practice*. Connecticut : Appleton & Lange.
- Habibie, R.F. (2010). *Hati-Hati dengan si Manis*. Harmony Media Komunikasi High Desert, 14-16.
- Herdiansyah, H. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Yogyakarta: Greentea Publishing.
- Hidayat, AAA. (2004). *Pengantar Konsep Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- _____. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kirschbaum, M.S. (1996). Live Support Decisions for Children : What Do Parent Value ?. *Advance Nursing Science*, 19, 51-71.
- Kubler, R. (2005). *On Grief and Griefing*. New York : Scribner

- Laely, N. (1996). *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus*. [http:// fuadbahsin.wordpress.com/2008/12/25 / Konsep Askep Sederhana pada Klien dengan Diabetes Mellitus/](http://fuadbahsin.wordpress.com/2008/12/25/Konsep-Askep-Sederhana-pada-Klien-dengan-Diabetes-Mellitus/), diperoleh tanggal 15 Januari 2011.
- Mansjoer A. & Triyanti K., et al. (2001). *Kapita selekta Kedokteran*. Edisi Ketiga Jilid Pertama, Jakarta : Media Aesculapius.
- Maslow, A. (2008). *Aliran Humanisme dan Eksistensial tentang Makna Hidup*. <http://www.scribd.com/doc/34872637/Viktor-Frankl>, diperoleh tanggal 21 Februari 2011.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia : Lippincot.
- Moleong, L.J. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- _____. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Muhid, A. (2010). *Dimensi Spiritual dalam Logoterapi*. [http:// haqiqie.wordpress.com/ 2007 / 08 / 24 / Logoterapi Pencarian Makna Hidup sebagai Sebuah Terapi Neurosis Psikoterapi/](http://haqiqie.wordpress.com/2007/08/24/Logoterapi-Pencarian-Makna-Hidup-sebagai-Sebuah-Terapi-Neurosis-Psikoterapi/), diperoleh tanggal 24 Januari 2011.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta Pusat : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Poerwanto, W.J.S. (2006). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. (3th ed), Jakarta, Balai Pustaka, Departemen Pendidikan nasional.
- Price, SA & Wilson, LM. (2006). *Pathophysiology Clyncial Concepts of Disease Process*. Alih Bahasa. Jakarta : EGC.
- Purnomo, H.Dj. (2002). *Gangguan Muskuloskeletal pada Penderita Diabetes Melitus di RSUP Dokter Kariadi Semarang*. Tesis pada Program Pasca Sarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang.
- Rakhmat, J. (2008). *Meraih Kebahagiaan*. Bandung : Simbiosis Rekatama Media.
- Roger. (2008). [http : // www.jokoyuwono.com/index.php.o ption com. content. view. article. id 88](http://www.jokoyuwono.com/index.php?option=com.content.view.article.id/88) pandangan terapi eksistensial & catid 39 : roctab, diperoleh tanggal 21 Februari 2011
- Saryono & Anggraeni, MD. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Edisi Pertama, Yogyakarta : Muha Medika.
- Sitorus, R., Sahar, J., Yetti, K., Syabariyah, S., Gayatri, D., Handayani, H., et.al. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. Fakultas Ilmu Keperawatan UI Jakarta.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Steger, M.F., Oishi S., & Kashdan, T.B. (2009). Meaning in Life Across the Life Span : Levels and Correlates of Meaning in Life from Emerging Adulthood to Older Adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1),43-52.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Eight Edition. St. Louis : Mosby.
- Taylor, B. (2009). *Diabetes tak Bikin Lemes*. Edisi Pertama, Yogyakarta : Paradigma Indonesia.
- Taylor, C. Et al.(1997). *Fundamental of Nursing the Art and Science of Nursing Care*. 3rd edition. Philadelphia : Lippincot.
- Taylor, S.E. (1991). *Affiliation, Social Support and Biobehavioural Responses to Stress*. In J. Suls & K.A. Wallston (Eds). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, MA : Blackwell Publishing.
- Tim Penyusun Pedoman Penulisan Akhir. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa UI*. Jakarta: UI
- Tjokropawiro. (1997). *Diabetes Melitus*. http://www.Ningharmanto.com/2009/09/diabetes_mellitus/, diperoleh tanggal 15 Januari 2011.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. Sixth Edition. St. Louis : Mosby.
- Townes, E. (1998). *Breaking The Fine Rain of Death : African American Health Issues and a Womanist Ethic of Care*. New York, NY : Continuum.
- True, G. (1997). “My Soul will Come back to Trouble You” : Culture and Ethical issue in The Coerced Treatment of a Among Adolescent. *South Folklore*. 54, 101-113.
- Utami, F. (2010). *Hidup Sehat Bebas Diabetes dan Asam Urat*. Yogyakarta : Genius Publisher.
- Utami, P. (2004). *Tanaman Obat untuk Mengatasi Diabetes Melitus*. Edisi Keempat, Jakarta, Agromedia Pustaka.
- Yoga, Ch. (2009). *Tahun 2030 Prevalensi DM di Indonesia Mencapai 21,3 Juta Jiwa*. <http://www.puskom.publik.com>, diperoleh pada tanggal 26 Januari 2011).
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi, Bandung: Refika Aditama.
- Yuwono. (2010). *Pandangan Terapi Eksistensial*. <http://dunia psikologi.multiply.com/journal/item/54>, diperoleh tanggal 13 Februari 2011.