



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

TESIS

**HAFNA ILMY MUHALLA
0906620543**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai Prasyarat Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Medikal Bedah**

**HAFNA ILMY MUHALLA
0906620543**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI, 2011**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 15 Juli 2011


Hafna Ilmy Muhalla

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : HAFNA ILMY MUHALLA

NPM : 0906620543

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 Juli 2011



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : HAFNA ILMY MUHALLA
 NPM : 0906620543
 Program : Magister Ilmu Keperawatan
 Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
 Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
 Universitas : Universitas Indonesia
 Judul Tesis : Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M. Kep.) pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I	: DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.	()
Pembimbing II	: Enie Novieastari, S.Kp., MSN.	()
Penguji	: Debie Dahlia, MHSM.	()
Penguji	: Dudut Tanjung, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB.	()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta”**. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Peminatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App. Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahnya.
4. Ibu Enie Novieastari, S.Kp., MSN, selaku pembimbing II atas segala bimbingan dan masukannya.
5. Direktur Utama RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta beserta jajarannya yang telah memberikan ijin dan fasilitas untuk melakukan penelitian.
6. Dr. dr. Dini Widiarni W, Sp.THT-KL (K) M.Epid., selaku Kepala Bagian Penelitian RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta beserta jajarannya yang telah banyak membantu dalam proses perijinan penelitian.
7. Ibu Dr. Fathema D. Rachmat, SpB. BTKV., selaku Kepala Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan ijin penelitian di gedung A.
8. Ibu Ns. Yeane Anastania, S.Kep. selaku Kepala Ruangan Penyakit Dalam Lantai 7 Gedung A URIT RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta beserta jajarannya yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian.

9. dr. Andi Dara Putra, Sp. OG., selaku Kepala URJT RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan kesempatan meneliti di Poli Endokrin.
10. Ibu Palestina Gultom, SKM., S.Kep., selaku Kepala Sub Instalasi Operasional URJT RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memfasilitasi dengan penuh kebaikan untuk dapat meneliti di Poli Endokrin.
11. Bapak Suwandi, AMK., selaku Kepala Ruangan Poli Endokrin RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta beserta jajaran yang memfasilitasi penelitian.
12. Para partisipan yang dengan sukarela bersedia menjadi partisipan penelitian.
13. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
14. Suami Samsul Bahari, SE., Ibu Dra. Hj. Sakinah Ma'shum, MM, Aba H. A. Haffy Mahfudz, BA.(Alm), Ayah H. Nurul Yaqin, MM. (Alm), adik, keponakan, keluarga besar, sahabat dan orang-orang tercinta yang telah memberikan cinta kasih sayang tanpa pamrih, dukungan moril dan materiil selama peneliti menempuh program pendidikan ini.
15. Pemerintah Kabupaten Gresik dan Akademi Keperawatan Gresik, yang memberikan kesempatan kepada peneliti untuk menuntut ilmu di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan segenap dukungannya.
16. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan Kekhususan KMB Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, atas semua kekompakan, bantuan, dukungan dan kerjasama selama mengikuti pendidikan di FIK UI.
17. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, penulis mengharapkan masukan, saran, kritik yang bersifat membangun. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juli 2011

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : HAFNA ILMY MUHALLA
NPM : 0906620543
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul **Studi Fenomenologi Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta** 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 mempublikasikan 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 : 15 Juli 2011

Yang menyatakan

Hafna Ilym Muhalla

ABSTRAK

Nama : Hafna Ilmy Muhalla
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
Judul : Studi Fenomenologi Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Insiden disfungsi seksual pada pria diabetes sangat banyak dan sampai saat ini belum pernah dilakukan eksplorasi mendalam tentang pengalaman mereka. Penelitian ini bertujuan memperoleh gambaran pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan metode penelitian kualitatif dan pendekatan fenomenologi. Dilakukan wawancara mendalam kepada 7 partisipan. Temuan memberikan informasi rinci tentang pengalaman pria diabetes menghadapi disfungsi seksual dengan 11 tema utama, diantaranya gambaran disfungsi seksual, dampak, respon support sistem dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Disimpulkan bahwa disfungsi seksual terjadi < 5 tahun semenjak terdiagnosa diabetes mellitus yang berdampak pada diri; pasangan dan sosial, klien berupaya mencari cara penyelesaian sesuai persepsinya dan mengharapkan dukungan keluarga, tenaga dan pelayanan kesehatan untuk memperbaiki fungsi seksual mereka.

Kata kunci: pengalaman, disfungsi seksual, pria, diabetes mellitus

ABSTRACT

Name : Hafna Ilmy Muhalla
Courses : Magister of Nursing Science
Specialist : Medical Surgical Nursing
Title : Phenomenology Studies: Sexual Dysfunction Experiences on Men Diabetes Client at RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

The incidence of sexual dysfunction on diabetic men clients is prodigious and until now has not been done in-depth exploration of their experiences. The research purpose is to identify the description of sexual dysfunction experiences on diabetic men at RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, using qualitative research methods and phenomenology approach. In-depth interviews were conducted with 7 participants. The findings provide detailed information on diabetic men sexual dysfunction experiences, 11 themes were derived, including sexual dysfunction experiences overview and its impact, the responses of support system and health care needs. Concluded that sexual dysfunction was occurred < 5 years since diagnosed of diabetes mellitus. It is to be an effect to them self, social and couple relationship. Clients was seeking the problem solving by their perception with all the hope and support from family (couple), health professionals and health services to improve their sexual function.

Key words: experiences, sexual dysfunction, male, diabetes mellitus

DAFTAR ISI

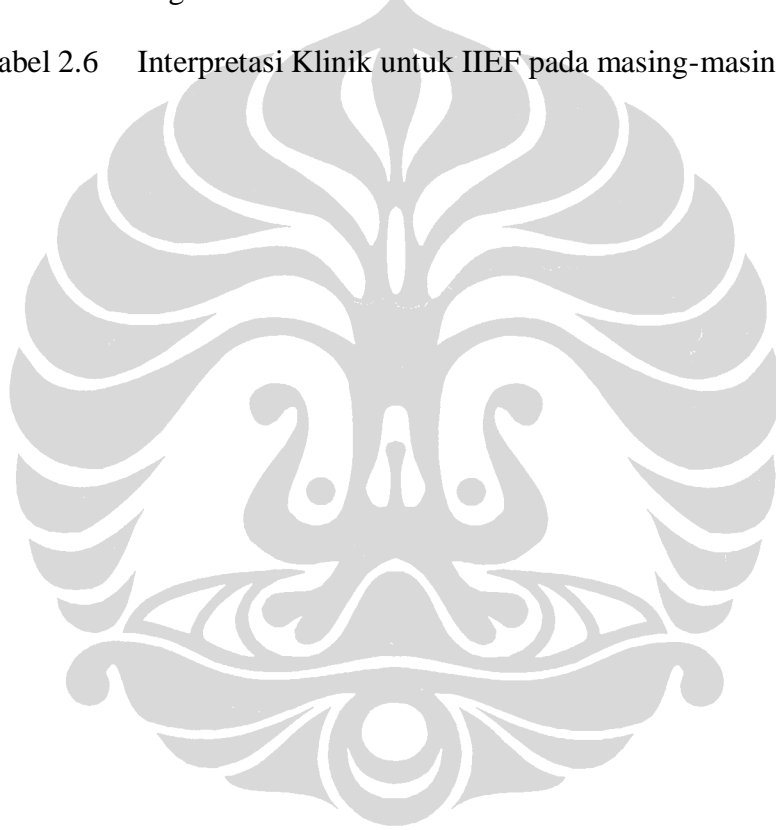
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.3.1 Tujuan Umum	11
1.3.2 Tujuan Khusus	11
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.4.1 Manfaat Aplikatif	11
1.4.2 Manfaat bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan	12
1.4.3 Manfaat Metodologi	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Diabetes Mellitus	14
2.1.1 Pengertian	14
2.1.2 Klasifikasi	14
2.1.3 Diagnosis	17
2.1.4 Manajemen	18
2.1.5 <i>Monitoring</i>	19
2.1.6 Komplikasi	20
2.2 Kesehatan Seksual dan Diabetes	21
2.2.1 Kesehatan Seksual	21
2.2.2 Masalah Seksual	23
2.2.3 Gangguan/Disfungsi Seksual pada Pria	24
2.2.4 Penyebab Gangguan Seksual	27
2.2.5 Masalah Seksualitas Pria Diabetes	29
2.2.6 Respon Psikologis Pria Diabetes pada Disfungsi Seksual	33
2.3 Aplikasi Teori Adaptasi Roy dalam Perawatan Pria Diabetes Dengan Disfungsi Seksual	36
2.4 Asuhan Keperawatan Klien dengan Disfungsi Seksual	42
2.4.1 Pengkajian Keperawatan	44
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	46

2.4.3 Intervensi Keperawatan	49
2.4.4 Implementasi Keperawatan	51
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	52
2.5 Kerangka Teori	53
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	54
3.1 Rancangan Penelitian	54
3.2 Partisipan	59
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	63
3.3.1 Tempat Penelitian	63
3.3.2 Waktu Penelitian	64
3.4 Etika Penelitian	64
3.5 Alat dan Metode Pengumpulan Data	67
3.6 Prosedur Data Pengumpulan Data	71
3.6.1 Tahap Persiapan	71
3.6.2 Tahap Pelaksanaan	73
3.6.3 Tahap Terminasi	76
3.7 Pengolahan dan Analisa Data	76
3.8 Keabsahan Data	79
3.8.1 <i>Credibility</i>	79
3.8.2 <i>Dependability</i>	80
3.8.3 <i>Confirmability</i>	80
3.8.4 <i>Transferability/Fittingness</i>	81
BAB 4 HASIL PENELITIAN	83
4.1 Data Umum	
4.1.1 Karakteristik Tempat Penelitian	83
4.1.2 Karakteristik Partisipan	84
4.1.3 <i>Screening</i> Awal Difungsi Seksual	93
4.2 Data Khusus	96
4.2.1 Awal Mula terjadi Diabetes dan Disfungsi seksual	96
4.2.2 Pandangan tentang seksual dan Disfungsi Seksual pada Kehidupan Pria	98
4.2.3 Gambaran Disfungsi Seksual	101
4.2.4 Pola Hubungan Seksual Setelah Diabetes	106
4.2.5 Dampak Disfungsi seksual	110
4.2.6 Cara Mengatasi Masalah Seksual dan Pemenuhannya ...	119
4.2.7 Efek Berbagai Upaya Mengatasi Disfungsi Seksual	125
4.2.8 Adaptasi/mekanisme Koping	127
4.2.9 Respon dari Support Sistem	131
4.2.10 Harapan terhadap Kondisi Disfungsi seksual	135
4.2.11 Kebutuhan Terkait dengan Pelayanan Kesehatan	137
BAB 5 PEMBAHASAN	140
5.1 Interpretasi Hasil	140
5.1.1 Awal Mula terjadi Diabetes Mellitus dan Disfungsi Seksual	140

5.1.2 Perubahan Fungsi Seksual	143
5.1.3 Dampak, Hambatan, Cara Mengatasi, Efek dari Upaya Yang dilakukan dan Mekanisme Koping Mengatasi Disfungsi Seksual	151
5.1.4 Persepsi Tentang Seksual, Disfungsi Seksual dan Dukungan Keluarga Serta Tenaga Profesional	170
5.1.5 Harapan Klien dan Kebutuhan Pelayanan Kesehatan	177
5.2 Implikasi dalam Keperawatan	179
5.2.1 Implikasi pada Pelayanan Keperawatan	180
5.2.2 Implikasi pada Pendidikan Keperawatan	181
5.2.3 Implikasi pada Penelitian Keperawatan	181
5.3 Keterbatasan Penelitian	182
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	183
6.1 Kesimpulan	183
6.2 Saran	185
6.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan	185
6.2.2 Bagi Pendidikan	186
6.2.3 Bagi Peneliti Lain	187
DAFTAR PUSTAKA	188
LAMPIRAN-LAMPIRAN	197

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Karakteristik Diabetes Tipe 1 dan 2	17
Tabel 2.2	Kriteria Diagnostik Diabetes Berdasarkan Panduan WHO	17
Tabel 2.3	Kriteria Diagnostik Diabetes	18
Tabel 2.4	Intervensi Keperawatan pada Klien Diabetes dengan Disfungsi Seksual	50
Tabel 2.5	Algoritme Penilaian untuk IIEF	59
Tabel 2.6	Interpretasi Klinik untuk IIEF pada masing-masing Domain	59



DAFTAR GAMBAR

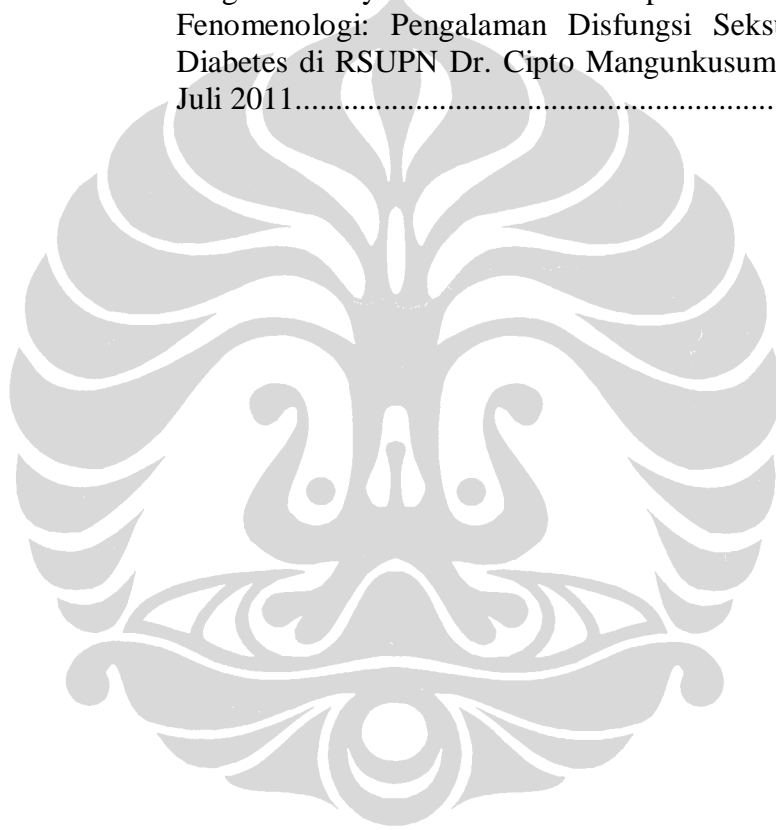
Gambar 2.1	Skema Representasi Progresifitas dan Hilangnya Sel Beta Pankreas dimulai dari Kejadian yang Memicu Pada Diabetes Tipe 1	15
Gambar 2.2	Konsekuensi dari Syndrom Resisten Insulin	16
Gambar 2.3	<i>Human as Adaptive Systems</i>	38
Gambar 2.4	Skema Model Adaptasi Roy	41
Gambar 2.5	Kerangka Teori Penelitian Disfungsi Seksual pada Pria Diabetes	53
Gambar 4.1	Distribusi Partisipan dilihat dari Umur pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	84
Gambar 4.2	Distribusi Partisipan dilihat dari Pendidikan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	84
Gambar 4.3	Distribusi Partisipan dilihat dari Pekerjaan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	85
Gambar 4.4	Distribusi Partisipan dilihat dari Domisili pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	85
Gambar 4.5	Distribusi Partisipan dilihat dari Lama menikah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	86
Gambar 4.6	Distribusi Partisipan dilihat dari Jumlah Anak pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	86

Gambar 4.7	Distribusi Partisipan dilihat dari Fasilitas Kesehatan terdekat pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	87
Gambar 8.8	Distribusi Partisipan dilihat dari Masuk Rumah Sakit pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	87
Gambar 4.9	Distribusi Partisipan dilihat dari Penunggu/Pengantar pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	87
Gambar 4.10	Distribusi Partisipan dilihat dari Awal didiagnosa Diabetes Mellitus pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	88
Gambar 4.11	Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Kontrol ke Fasilitas Kesehatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	89
Gambar 4.12	Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Konsumsi Obat Diabetes Mellitus pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	89
Gambar 4.13	Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Olah Raga pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	89
Gambar 4.14	Distribusi Partisipan dilihat dari mengontrol Diit dengan ketat pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	90
Gambar 4.15	Distribusi Partisipan dilihat dari Kemampuan Mengatasi Stres pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	90

Gambar 4.16	Distribusi Partisipan dilihat dari Keberadaan Luka pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	91
Gambar 4.17	Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Rasa Kesemutan dan Baal di Ekstremitas Bawah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	91
Gambar 4.18	Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Rasa Kesemutan dan Baal di Ekstremitas Bawah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	92
Gambar 4.19	Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Gangguan Penglihatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	92
Gambar 4.20	Distribusi Partisipan dilihat dari Fungsi Ereksinya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	93
Gambar 4.21	Distribusi Partisipan dilihat dari Fungsi Orgasmenya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	94
Gambar 4.22	Distribusi Partisipan dilihat dari Hasrat Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	94
Gambar 4.23	Distribusi Partisipan dilihat dari Kepuasan <i>Intercoarse</i> pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	95
Gambar 4.24	Distribusi Partisipan dilihat dari Kepuasan Umum pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	95

Gambar 4.25	Diagram Analisis Tematik Tema 1 Awal Mula terjadi Diabetes dan Disfungsi seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	96
Gambar 4.26	Diagram Analisis Tematik Tema 2 Pandangan tentang Seksual dan Disfungsi Seksual pada Kehidupan Pria pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	98
Gambar 4.27	Diagram Analisis Tematik Tema 3 Gambaran Disfungsi Seksual yang dialami pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	102
Gambar 4.28	Diagram Analisis Tematik Tema 4 Pola Hubungan Seksual Setelah Diabetes pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	106
Gambar 4.29	Diagram Analisis Tematik Tema 5 Dampak Disfungsi Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	110
Gambar 4.30	Diagram Analisis Tematik Tema 6 Cara Klien Mengatasi Masalah Seksual dan Pemenuhannya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	120
Gambar 4.31	Diagram Analisis Tematik Tema 7 Efek berbagai Upaya Mengatasi Masalah Seksual dan Pemenuhannya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	125
Gambar 4.32	Diagram Analisis Tematik Tema 8 Adaptasi/mekanisme Koping pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	128

Gambar 4.33	Diagram Analisis Tematik Tema 9 Respon dari Support Sistem pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011	132
Gambar 4.34	Diagram Analisis Tematik Tema 10 Harapan terhadap Kondisi Disfungsi Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	135
Gambar 4.35	Diagram Analisis Tematik Tema 11 Kebutuhan Terkait dengan Pelayanan Kesehatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011.....	138



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Ijin Penelitian	197
Lampiran 2	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik	198
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian dari Bagian Penelitian RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta	199
Lampiran 4	Surat Jawaban Permohonan Ijin Pengambilan Data untuk Penelitian dari Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta	200
Lampiran 5	Penjelasan Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011	201
Lampiran 6	Lembar Persetujuan menjadi Informan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011.....	203
Lampiran 7	Pedoman Wawancara Mendalam Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011.....	204
Lampiran 8	Lembar Catatan Lapangan (<i>Field Notes</i>) Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011.....	206
Lampiran 9	Prosedur Wawancara pada Partisipan Diabetes pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011	207
Lampiran 10	Lembar Persetujuan Mengisi Format <i>Screening</i> Awal pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011	209
Lampiran 11	Lembar Format <i>Screening</i> Disfungsi Seksual pada Pria Diabetes pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011	210

Lampiran 12	Lembar Data Demografi dan Status Kesehatan Partisipan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 2011	215
Lampiran 13	Analisis Tematik Data Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2011	217
Lampiran 14	Tabulasi Data <i>Screening</i> Awal Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes dengan Menggunakan <i>International Erectile Function Questionnaire (IIEF)</i> pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2011	228
Lampiran 15	Surat Laporan Selesai Pengambilan Data dari Lokasi Penelitian ..	229



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan kumpulan gejala metabolik yang timbul pada diri seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan glukosa darah akibat rusaknya sekresi insulin atau resisten terhadap insulin atau keduanya (Scarano, et al., 2006). Prevalensi kejadian DM di dunia pada seluruh kelompok usia sebanyak 2,8% pada tahun 2000 dan diperkirakan meningkat 4,4% di tahun 2030 dengan jumlah penderita yang meningkat dari 171 juta jiwa pada tahun 2000 dan diperkirakan mencapai angka 366 juta jiwa di tahun 2030 (Chek, 2004). Di Asia Tenggara, prevalensi DM dari tahun 2000-2030 diperkirakan meningkat sampai 161% dengan rincian 22,3 juta jiwa pada tahun 2000 dan diperkirakan 58,1 juta jiwa di tahun 2030 (Hossain, et al., 2007). Di Indonesia, jumlah penyandang DM semakin tahun juga semakin menunjukkan peningkatan yang sangat tinggi. Pada tahun 2000, jumlah penyandang DM di Indonesia sebanyak 8,4 juta jiwa dan diperkirakan akan mencapai angka 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 nanti (Chek, 2004; For, 2008). Hal tersebut mengakibatkan Indonesia berada di peringkat keempat jumlah penderita DM terbanyak di dunia setelah India, China dan Amerika Serikat (Chek, 2004; For, 2008).

Meningkatnya prevalensi kejadian diabetes mellitus diantaranya disebabkan karena manajemen gula darah yang tidak teratur dengan baik. Manajemen gula darah yang tidak teratur akan menyebabkan komplikasi pada sistem vaskular dan sistem syaraf, kemudian selanjutnya akan berdampak pada gangguan fungsi tubuh, diantara adalah seksual (Jackson, 2004). Sebagai salah satu penyebab organis (biologis) yang utama pada gangguan fungsi seksual pria, tingkat keparahan dan durasi diabetes mellitus dapat berefek pada kompleksitas gangguan seksual (Phillips & Khan, 2010).

Seks merupakan bagian penting dari hubungan manusia dewasa. Tidak terpenuhinya kebutuhan seks dapat menimbulkan rasa bersalah dan penolakan

sehingga menyebabkan permasalahan dalam pola hubungan pasangan (Diabetes, UK, 2009). Berdasarkan data dari *Sexual Dysfunction Association* (2009) yang dilansir oleh Phillip & Khan (2010), masalah seksual dapat terjadi pada sekitar 50% wanita dan >50% pada pria. Pada pria, disfungsi seksual yang dialami antara lain gangguan hasrat seksual, gangguan/disfungsi ereksi, ejakulasi dini dan gangguan orgasme.

Menurut penelitian Enzlin, Mathieu, Van den Bruel, Vanderschueren, & Demyttenaere (2002) ditemukan bahwa klien pria yang menderita DM dengan komplikasi mengalami disfungsi seksual lebih tinggi dibanding tanpa komplikasi, dengan prosentase perbandingan masalah hasrat seks 19% versus 4%; disfungsi ereksi 31% versus 6%; masalah orgasme 31% versus 2% dan pada semua disfungsi 40.5% versus 6%. Sedangkan pada penelitian Thakur, Bhargava, Praznik, Loeppert & Dixit (2009), ditemukan sekitar 90% pasien diabetes mengalami gangguan fungsi seksual antara lain menurunnya libido; impotensi (disfungsi ereksi) dan kemandulan, dua kasus terakhir inilah yang berhubungan dengan hiperglikemia.

Pria yang menderita diabetes mellitus dengan kadar gula yang tidak terkontrol akan merusak sistem vaskular dan syaraf. Kerusakan vaskular akan mengurangi dan menghambat aliran darah sehingga terjadi disfungsi refleks endotel pada pembuluh darah, termasuk di dalamnya adalah kurangnya aliran darah ke penis yang mengakibatkan disfungsi ereksi, sedangkan kerusakan syaraf dapat menyebabkan hilangnya sensasi karena neuropati otonomik yang berakibat pada ejakulasi dini (Jackson, 2004; Diabetes, UK., 2009; Waldinger, 2008).

Efek langsung dari komplikasi diabetes yang umum terjadi adalah disfungsi ereksi (antara 35.8%-82% pada pria diabetes) dan secara konsisten ditemukan sebagai masalah seksual yang utama pada pria diabetes (Zweifler, et al., 1998; Fedele, et al., 2000), sehingga dapat dikatakan bahwa DE merupakan masalah yang sering dialami oleh pria dengan diabetes (Jackson, 2004). Menurut Feldman (1994) dalam *Impotence and Its Medical and Psychological Correlate Results of The Massachusetts Male Ageing* yang dilansir oleh Jackson (2004), pria dengan

diabetes mengalami disfungsi ereksi 3 kali lebih sering dibanding pria *non-diabetes*. Jackson (2004) mengatakan bahwa variasi prevalensi DE antara 33%-75% dari pasien tergantung pada usia, faktor yang mendukung (merokok, hipertensi dan hiperlipidemia) dan pengontrolan gula darah.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Solomon (2003) dalam *Erectile Dysfunction: Cardiovascular Risk and The Role of The Cardiologist* yang disadur oleh Jackson (2004), disfungsi ereksi juga menjadi manifestasi pertama pada diabetes yang tidak didiagnosa sebelumnya, dibuktikan dengan hasil penelitiannya dari 174 pria yang dilakukan *screening* kardiovaskuler diidentifikasi 56 orang (36%) mengalami diabetes dengan 6 orang yang sebelumnya tidak diketahui kalau ternyata menderita diabetes.

Efek langsung lainnya adalah ejakulasi dini. *The National Health and Social Life Survey* (NHSL) mengindikasikan bahwa ejakulasi dini terjadi pada sekitar 30% pria. Dalam beberapa kasus, ejakulasi dini terjadi sebagai bentuk dari respon atas disfungsi ereksi sehingga bisa dikatakan disfungsi ereksi terjadi dahulu kemudian diikuti ejakulasi dini (Potts, 2004; Benson, Ost, Noble & Lakin, 2009). Bahkan masih menurut Benson, et al. (2009) estimasi sekitar 30%-70% pria Amerika mengalami ejakulasi dini.

Perubahan kemampuan seksual ini menyebabkan masalah yang lebih kompleks, tidak hanya berefek pada fisik namun juga psikis klien. Pada penelitian kualitatif yang dilakukan oleh LeMone (1993) dengan judul *Human Sexuality in Adults with IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus)* dilakukan wawancara pada 11 orang pria dan wanita, eksplorasi masalah seksual pada orang dewasa dengan IDDM mendapatkan perubahan seksualitas terutama pada keintiman diri dan penilaian diri. Mereka merasa terjadi pengurangan keintiman diri dengan pasangan, sulit menerima dan menilai dirinya tidak berharga karena ketidakmampuannya.

Kompleksitas masalah disfungsi seksual pada pria ini disebabkan karena berbagai hal, baik internal maupun eksternal klien, termasuk di dalamnya pandangan

tentang seksualitas. Menurut pria, seks merupakan salah satu hal penting dalam hidupnya, ketika terjadi kesulitan dan disfungsi seksual maka hidup pria seakan kiamat dan terjadi perubahan secara signifikan yang sangat berpengaruh pada fisik dan psikis pria, serta merubah pola kesejahteraan hidupnya (Hanash, 2008).

Dalam menghadapi perubahan seksual ini, respon tiap individu berbeda dan sangat tergantung pada persepsi seksual itu sendiri. Pada usia dewasa pertengahan, pria sudah mulai membentuk pribadinya menjadi pria yang bertanggung jawab, *the real men* (pria sejati), dia ingin mempertahankan peran dan fungsinya sebagai pria beserta peran yang melekat di dalamnya, termasuk fungsi seksual (McCarthy & Metz, 2008).

Respon psikologis pada pria diabetes juga dipengaruhi oleh keyakinan tentang kesehatan, fungsi seksual menjadi alasan penting dalam mengartikan kondisi sehat. Pada penelitian yang dilakukan di Swedia oleh Hjelm, bard, Nyberg & Aperguist (2004) dengan judul *Beliefs about Health and Diabetes in Men of Different Ethnic Origin*, didapatkan hasil bahwa etnis Arab dan Yugoslavia lebih mengutamakan dan meyakini bahwa kehidupan ekonomi yang independen dan fungsi seksual berpengaruh pada kesehatan seseorang, sedangkan orang Swedia lebih berfokus pada keturunan; gaya hidup dan manajemen diabetes. Hjelm, et al. (2004) lebih menyoroti pada etnis Arab yang lebih aktif mencari informasi; pelayanan dan tenaga profesional kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan dalam menuju kesehatan “terbebas dari penyakit”. Penelitian ini didukung oleh pengumpulan data awal oleh peneliti saat melakukan aplikasi pada mata ajar Aplikasi Keperawatan Medikal Bedah II Sistem Endokrin di Ruang Endokrin Lantai 7 RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada Nopember-Desember 2010. Tiga klien pria dengan diabetes berumur 42; 45 dan 48 tahun, mengidap diabetes minimal 5 tahun dan sudah mengalami komplikasi (*microangiopathy*, *neuropathy* dan *nefropathy*), kesemuanya bercerita kepada peneliti bahwa sedang mengalami masalah gangguan seksual (DE dan ED). Mereka mengungkapkan kesulitan untuk ereksi, ereksi tidak maksimal bahkan tidak bisa ereksi total, walau hasrat dan gairah itu masih ada dan menggebu.

Pada hasil pengumpulan data saat aplikasi pada mata ajar Aplikasi Keperawatan Medikal Bedah II Sistem Endokrin tersebut, klien juga menceritakan bahwa pada awalnya klien dan pasangan sama-sama bertanya kenapa ini bisa terjadi, bahkan sudah terjadi perselingkuhan karena ketidakmampuan klien dalam melayani, sehingga sampailah pada kebingungan; keawatiran dan ketakutan yang tinggi. Klien menganggap bahwa disfungsi seksual yang dialami sangat mempengaruhi dirinya, merasa bersalah, marah, kecewa, bingung, gangguan pola hubungan dengan istri dan harga diri sebagai laki-laki sangat rendah, tidak berharga di hadapan istri dan gangguan peran sebagai suami, sehingga klien membutuhkan pertolongan untuk menyelesaikan masalah seksual ini terlebih dahulu bersamaan dengan proses perawatan *foot ulcernya*.

Dari hasil pengumpulan data awal itulah dapat diketahui bahwa akan muncul respon psikologis sampai dengan mengutamakan masalah seksualitas dibanding *foot ulcernya*, selain itu klien berupaya untuk menceritakan kepada perawat dalam rangka mencari bantuan untuk menyelesaikan permasalahannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Potter & Perry (2005) bahwa pria lebih terbuka dan bersedia menjadi sukarelawan (*volunteer*) untuk mencari bantuan kesehatan, namun hal ini tidaklah cukup karena pria masih saja malu untuk menyampaikannya. Demikian juga didukung oleh Hanash (2008) yang mengatakan bahwa beberapa dari pria dapat mengakui masalah seksual yang dialaminya dan meminta petunjuk/nasehat dari tenaga kesehatan. Mereka termotivasi untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan seksualnya secara baik sehingga dapat memuaskan pasangan dan mempertahankan rumah tangganya, atau dengan pertimbangan kesehatan fisik sehingga berusaha menghindari penyakit dan atau mengontrol kadar gula darahnya sehingga tidak terjadi disfungsi lagi. Namun ternyata hanya 12% dari pria tersebut yang secara umum terbuka menceritakan dan mencari bantuan.

Rasa malu dan respon psikologis yang dialami klien akan memperburuk koping klien sehingga muncul kecemasan, kesulitan menjalin hubungan, konsep diri rendah, malu dan perasaan bersalah. Alih-alih mengurangi akibat psikologis yang

timbul, klien yang sudah merasa sangat lelah dan stres mungkin akan meningkatkan konsumsi alkohol; rokok dan obat-obatan yang justru dapat memberikan kontribusi terhadap tingkat *severity* (keparahan) diabetes dan disfungsi seksual sehingga terjadi lingkaran setan yang tak terputus (Diabetes, UK, 2009).

Berbeda dengan wanita yang efek diabetes secara fisik dan psikologis terhadap fungsi seksualnya masih tidak jelas (Fidler & Kiemle, 2003), pada pria efek diabetes pada fungsi seksualitasnya sangat berpengaruh. Ketidakjelasan disfungsi seksual pada wanita ini dipertegas oleh pendapat Jackson (2004) bahwa *Female Sexual Dysfunction or Disorder* (FSD) sulit diidentifikasi, kemungkinan besar karena dipengaruhi oleh beberapa hal di luar DM dan ada kalanya tidak begitu berhubungan atau disebabkan karena DM.

Sejalan dengan Jackson, Jensen melakukan penelitian serupa tentang signifikansi korelasi disfungsi seksual pada wanita. Pada tahun 1981, Jensen mendapatkan hasil penelitian bahwa terdapat signifikansi korelasi yang positif antara disfungsi seksual pada wanita dengan neuropati, dan berhubungan dengan *poor disease* (penyakit kronis) dan hubungan pernikahan. Namun pada tahun 1986 dengan penelitian yang sama, terdapat konflik hasil dengan penelitian yang pertama, Jensen menemukan bahwa komplikasi DM sama sekali tidak ada hubungannya dengan disfungsi seksual pada wanita, sehingga menurut Campbell, Redelman, Borkman, McLay & Chisholan (1989) dan Dunning (1993) dapat dikatakan bahwa tidak ada bukti nyata dan kuat dan tidak ada hubungan antara komplikasi DM dengan kesulitan seksual pada wanita yang menderita DM. Newman & Bertelson (1986) dalam Rowland & Incrocci (2008) mengatakan bahwa masalah seksual pada wanita justru sangat erat hubungannya dengan faktor psikologis seperti *mood* dan hubungan keluarga.

Selain respon klien sendiri, respon pasangan (istri) pun dapat mempengaruhi klien pria dalam menghadapi perubahan fungsi seksualnya. Istri/pasangan akan mulai meningkatkan perhatiannya dalam menyelesaikan masalah, mencari solusi dan kemungkinan-kemungkinan yang dapat dijangkau. Dalam keadaan seperti ini, istri

akan mengabaikan, tidak menghiraukan, atau menganggap memang itu bagian dari kehidupan suami, atau bahkan menyalahkan diri sendiri; putus asa; merasa tidak nyaman dan tidak percaya. Ia merasa telah gagal dalam berumah tangga, malu mendiskusikannya atau bahkan sangat antusias untuk menyelesaikannya (Hanash, 2008).

Perubahan peran dan jati diri sebagai pria sejati karena adanya disfungsi seksual, respon pasangan dan lingkaran permasalahan yang muncul akan menyebabkan kondisi depresi pada pria. Pria akan jatuh pada kondisi depresi yang lebih dibanding wanita. Hal ini ditunjang oleh pendapat Ali (2006) yang mengatakan bahwa dalam beberapa studi yang menganalisa gejala depresi dan hubungan seks dengan diabetes, didapatkan bahwa hubungan antara depresi dan diabetes lebih kuat pada pria dibanding wanita.

Menyikapi masalah seksualitas, perawat sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan sejak 1960-an telah mengenal keterkaitan kesehatan seksual sebagai komponen kesehatan, maka seksualitas harus menjadi bagian yang terintegrasi dalam asuhan keperawatan, dan ini perlu dipahami oleh perawat (Potter & Perry, 2005). Hal ini sejalan dengan penekanan yang diberikan oleh WHO pada tahun 1975 bahwa seksual adalah komponen yang terintegrasi dalam kesehatan. Perawat mempunyai peran penting dalam melakukan identifikasi awal terhadap masalah seksual yang terjadi, melakukan investigasi mendalam dan memasukkan dalam proses keperawatan dengan pengkajian sampai evaluasi yang komprehensif, serta membantu klien dan pasangan untuk menyusun rencana kesehatan sehingga tercapai kesehatan dan kesejahteraan seksual (Dunning, 2003; Whitehouse, 2009). Upaya tersebut dengan tetap didasari pemahaman yang mendalam dan menyeluruh akan eksplorasi diri sendiri dan klien serta mempertimbangkan berbagai dimensi hidup (sosiokultural, agama dan etik serta psikologis), sehingga kehadiran diri perawat membuat pasien nyaman dan akhirnya proses keperawatan dapat tercapai.

Namun pada kenyataannya, di Indonesia, sampai sekarang eksplorasi kebutuhan seksual pada pasien diabetes belum menjadi bagian integral dari keperawatan. Perawat masih menunjukkan sikap pengabaian atas isyarat klien tentang kekhawatiran disfungsi seksualnya (Potter & Perry, 2005), juga perawat tidak memberikan perawatan yang cukup terhadap kesehatan seksualnya dan tidak membantu mendefinisikan kasus yang dialami (Tal, 2006). Sikap perawat tersebut didukung oleh hasil temuan peneliti saat melakukan aplikasi pada mata ajar Aplikasi Keperawatan Medikal Bedah II Sistem Endokrin di RSCM Jakarta bahwa ketika peneliti menyampaikan kepada perawat tentang permasalahan seksual yang dialami klien, perawat mengatakan bahwa mereka tidak pernah menanyakan masalah tersebut pada klien karena itu urusan privasi, dan memang klienpun tidak mengungkapkan pada perawat. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Tal (2006) pada perawat bahwa 86% responden mengakui bahwa mereka tidak memberikan perawatan yang cukup, 92% responden sama sekali tidak pernah memulai membahas permasalahan ini dengan klien. Sedangkan tenaga kesehatan dalam hal ini perawat adalah pemberi dan penanggung jawab dalam membantu klien menghadapi masalah seksualnya, dibuktikan oleh Tal (2006), bahwa 98% responden menyatakan perawat dan staf medis harus bertanggung jawab dalam menangani masalah seksual klien.

Sikap perawat yang sedemikian itu disebabkan oleh perbedaan perspektif tentang seksual antara perawat dan klien; kurangnya pengalaman dalam perawatan masalah seksual; pengetahuan; budaya; keyakinan; dimensi sosiokultural; agama dan etik; serta dimensi psikologis (Potter & Perry, 2005; Tal, 2006). Selama ini, kebutuhan seksual; pendidikan seks; identifikasi awal dan pengelolaan masalah seksual masih sering diabaikan dalam rencana keperawatan diabetes, perawat lebih berfokus pada disfungsi dan abnormalitas biologis dan komplikasinya, bukan pada kondisi kerentanan (*vulnerable*) yang akan berdampak negatif secara psikologis pada seksualitas seseorang (Dunning, 2003). Kebutuhan seksual sebagai bagian dari kebutuhan dasar dan keutuhan (*holistic care*) masih belum tersentuh sehingga belum disusun intervensi yang sesuai.

Berpijak pada keperawatan sebagai profesi yang memberikan pelayanan biopsikososiospiritual, eksplorasi seksualitas dan kesejahteraan seksual pada pasien diabetes merupakan bagian dari perawatan alamiah dan holistik yang tidak dapat dipisahkan (Nelson, 2009). Kompleksitas seks, identitas seksual dan disfungsi seksual sangat perlu dikenali dalam praktik keperawatan. Mempertimbangkan kesejahteraan seksual pada pasien dan pengaruh terhadap kehidupan mereka adalah bagian penting dari pendekatan holistik dalam merawat pasien dengan diabetes.

Oleh karena itu dipandang perlu untuk melakukan eksplorasi pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes sehingga akan didapatkan data yang komprehensif untuk menyusun intervensi keperawatan yang holistik dan sesuai.

1.2 Rumusan Masalah

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang heterogen ditandai dengan *hyperglycemia* akibat dari kerusakan sekresi insulin, retensi insulin atau keduanya. Semakin tahun prevalensi kejadian diabetes mellitus semakin meningkat. Jika kadar gula darah tidak terkontrol, maka akan terjadi kerusakan sistem vaskular dan syaraf yang mengakibatkan kerusakan endotel dan hilangnya sensasi, sehingga terjadi disfungsi seksual.

Seksualitas merupakan bagian integral dari kehidupan manusia. Cinta, kasih sayang dan keintiman seksual berperan serta dalam hubungan yang sehat, kebahagiaan dan harga diri seseorang. Disfungsi seksual yang terjadi dapat menimbulkan rasa bersalah dan penolakan sehingga menyebabkan permasalahan dalam pola hubungan pasangan. Berdasarkan data dari *Sexual Dysfunction Association* (2009) yang dilansir oleh Phillips & Khan, (2010), masalah seksual dapat terjadi pada sekitar 50% wanita dan >50% pada pria. Sekitar 90% pasien diabetes mengalami gangguan fungsi seksual antara lain menurunnya libido; kemandulan, impotensi (disfungsi ereksi) dan ejakulasi, dua kasus terakhir inilah yang berhubungan dengan hiperglikemia.

Disfungsi ereksi terjadi antara 35.8%-82% pada pria diabetes dan secara konsisten ditemukan sebagai masalah seksual yang utama, sedangkan ejakulasi dini dialami oleh 30% pria. disfungsi seksual ini berdampak secara kompleks pada kehidupan pria diabetes baik fisik maupun psikis. Kompleksitas dampak ini disebabkan karena faktor internal dan eksternal pria, antara lain tugas perkembangan pria dewasa menengah, keinginan untuk mempertahankan kehidupan rumah tangga dan peran yang melekat, persepsi sehat secara seksual, dan respon psikologis pria. Pria akan merasa bersalah, tidak berguna, marah, kecewa dan depresi karena sudah tak mampu lagi menjadi pria sejati. Selain itu, persepsi dan keikutsertaan pasangan dan perawat juga berperan penting dalam respon psikologis pria diabetes dan berperan untuk menyelesaikan masalah ini.

Di Indonesia masih sedikit dilakukan eksplorasi masalah seksualitas khususnya pada pasien diabetes. Masih adanya keengganan dan pengabaian dari perawat, tidak memberikan perawatan yang cukup dengan masalah seksual atau bahkan tidak pernah memulai membahas permasalahan seksual dengan klien. Hal ini dipengaruhi oleh perbedaan perspektif tentang seksual antara perawat dan klien, kurangnya pengalaman merawat kasus seksual, pengetahuan, nilai, sudut pandang, keyakinan, sikap, perilaku, dimensi sosiakultural, dimensi agama dan etik, dimensi psikologis dan lain-lain, termasuk pada persepsi tentang seksualitas dan keutuhan dalam asuhan keperawatan. Selama ini, kebutuhan seksual; pendidikan seks; identifikasi awal dan pengelolaan masalah seksual masih sering diabaikan dalam rencana keperawatan diabetes, perawat lebih berfokus pada disfungsi dan abnormalitas biologis dan komplikasinya, bukan pada kondisi kerentanan (*vulnerable*) yang akan berdampak negatif secara psikologis pada seksualitas seseorang. Kebutuhan seksual sebagai bagian dari kebutuhan dasar dan keutuhan (*holistic care*) masih belum tersentuh sehingga belum disusun intervensi yang sesuai.

Dari uraian di atas, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut: “Bagaimanakah pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Teridentifikasinya gambaran tentang pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diperolehnya gambaran persepsi klien pria diabetes tentang disfungsi seksual yang dialaminya.
2. Diperolehnya gambaran tentang perubahan yang terjadi ketika klien pria diabetes mengalami disfungsi seksual.
3. Diperolehnya gambaran tentang dampak secara biopsikososiospiritual pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual.
4. Diperolehnya gambaran tentang hambatan pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual yang dialaminya.
5. Diperolehnya gambaran tentang pemahaman dan cara klien pria diabetes dalam mengatasi disfungsi seksual yang dialaminya.
6. Diperolehnya gambaran tentang harapan klien pria diabetes terhadap kondisi disfungsi seksual yang dihadapinya.
7. Diperolehnya gambaran tentang bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga dan tenaga profesional pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual.
8. Diperolehnya kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai data dasar untuk:
 - a. Pengkajian, penentuan diagnosa; intervensi; implementasi keperawatan pada klien diabetes dengan disfungsi seksual.
 - b. Penyusunan format pengkajian khusus disfungsi seksual pada klien diabetes.
 - c. Penyusunan *screening* disfungsi seksual yang baku pada klien diabetes.

d. *Counseling* klien diabetes dengan disfungsi seksual.

2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat:

- a. Membantu klien mengenali masalah, menerima dan menentukan penyelesaian atas masalah disfungsi seksual yang dialami
- b. Berkontribusi terhadap percepatan kesembuhan klien diabetes, karena dengan pengenalan masalah seksual maka klien merasa mendapatkan perawatan komprehensif dan profesional sehingga meningkatkan kemampuan manajemen stres klien, dan ini berefek pada tingkat kesembuhan klien.
- c. Meningkatkan kesejahteraan hidup klien diabetes dengan disfungsi seksual.

1.4.2 Manfaat bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

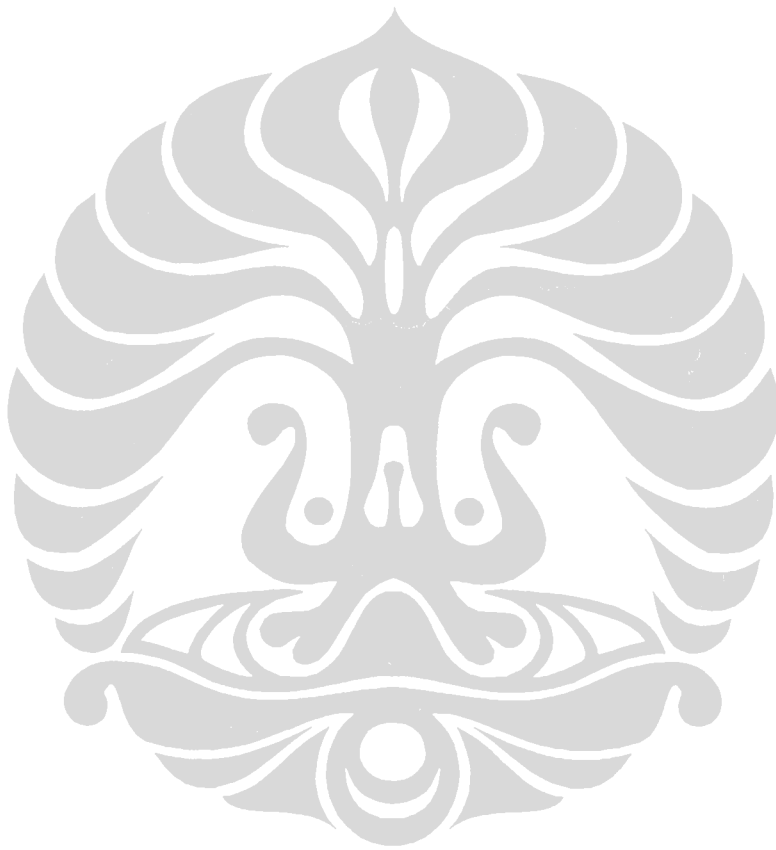
Hasil penelitian ini diharapkan dapat:

1. Memperkaya khasanah ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dengan penambahan data dasar pengalaman klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual, sehingga akan menambah kemampuan para ilmuwan dan edukator untuk menganalisa permasalahan yang dialami klien secara komprehensif
2. Mengembangkan ilmu keperawatan di bidang keperawatan medikal bedah, khususnya sistem endokrin. Bahwa dimungkinkan akan muncul teori-teori baru tentang asuhan keperawatan pada klien diabetes dengan disfungsi seksual.
3. Menstimulasi para edukator, penyusun buku, pengembang ilmu dasar untuk mendidik, menyusun buku dan mengembangkan ilmu dasar asuhan keperawatan dari perspektif psikologis dengan fenomena mendasar, yaitu pengalaman langsung disfungsi seksual pria diabetes.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1. Sebagai salah satu sumber untuk melakukan penelitian lanjutan terutama tentang klien yang mengalami disfungsi seksual dengan bentuk studi yang berbeda, misalnya pada wanita diabetes.

2. Sebagai data dasar untuk melakukan penelitian dengan metode yang berbeda, misalnya *grounded theory*, triangulasi dan metode penelitian kuantitatif.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tentang diabetes mellitus, kesehatan seksual dan diabetes, aplikasi teori adaptasi Roy dalam perawatan klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, asuhan keperawatan pada klien dengan disfungsi seksual dan kerangka teori.

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes mellitus adalah kelompok penyakit metabolik yang dikarakteristikan dengan tingginya tingkat glukosa di dalam darah (hiperglikemia) yang terjadi akibat defek sekresi insulin, rusaknya kerja insulin, atau keduanya (*American Diabetes Association, Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003*; dikutip oleh Smeltzer & Bare, 2008), atau merupakan penyakit kronik, progresif yang dikarakteristikan dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein awal terjadinya hiperglikemia (kadar gula yang tinggi dalam darah) (Black & Hawk, 2009).

2.1.2 Klasifikasi

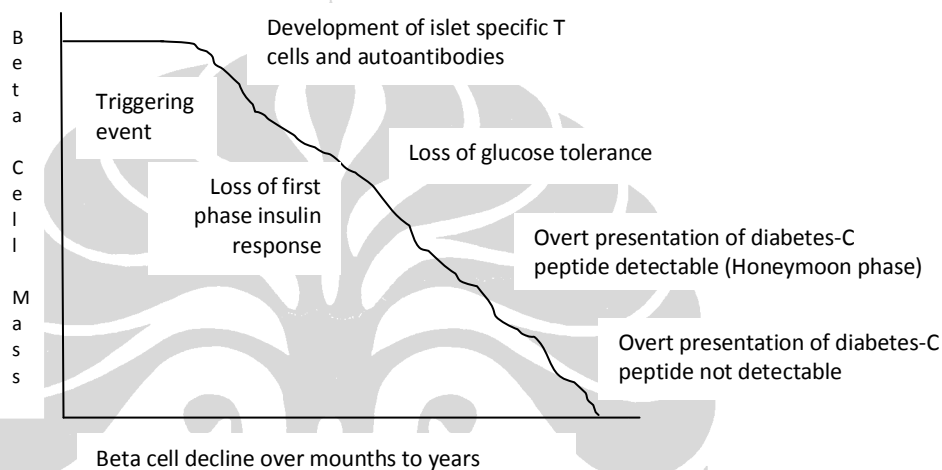
Berdasarkan kerjasama *American Diabetes Association (ADA)* dan *World Health Organisation (WHO)*, melalui komite ahli diagnosis dan klasifikasi DM pada tahun 1997 ADA telah merevisi klasifikasi diabetes dalam 2 bagian, yaitu *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dan *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)* yang disebut diabetes tipe 1 dan tipe 2 (Dunning, 2003).

2.1.2.1 Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe 1 adalah penyakit dengan kekurangan insulin secara absolut yang biasanya terjadi pada anak-anak dan dewasa muda (walau bisa juga terjadi pada orang dewasa). Penyakit ini dimanifestasikan dengan *classic symptoms* yaitu *polyuria* (sering kencing), *polydipsia* (mudah haus), *lethargy* (kelesuan) dan kehilangan berat badan yang muncul pada rentang waktu yang pendek (2-3

minggu) sebagai akibat dari rusaknya sel beta pankreas. Kerusakan sel beta pankreas ini diakibatkan oleh adanya proses *autoimmune* dan *idiopathic* yang tidak diketahui penyebabnya (Dunning, 2003).

Sebagai penyakit akut, terjadi pengrusakan sel beta pankreas secara progresif ketika pertama kali sudah ada kejadian yang memicu. Progresifitas diabetes tipe 1 mulai dari pembentukan sel T spesifik dan autoantibodi sampai dengan tidak terdeteksinya *C-peptide* dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut ini:



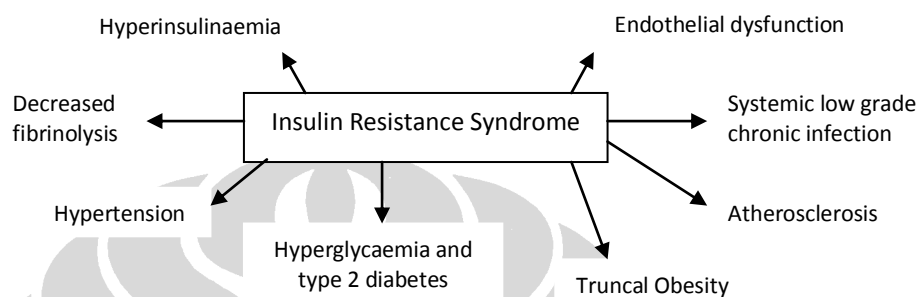
Gambar 2.1
Skema Representasi Progresifitas dan Hilangnya Sel Beta Pankreas dimulai dari Kejadian yang Memicu pada Diabetes Tipe 1. Sumber: Dunning (2003)

2.1.2.2 Diabetes Tipe 2

Tipe 2 ini sering terlambat terdiagnosa, baru diketahui ketika terjadi komplikasi diabetes seperti neuropati, penyakit kardiovaskuler dan retinopati atau terdiagnosa ketika adanya penyakit lain dan dilakukan *screening*. Diabet ini terjadi karena resistensi insulin yang menyebabkan meningkatnya produksi insulin (*hyperinsulinaemia*) untuk mempertahankan toleransi glukosa yang normal (Dunning, 2003).

Resistensi insulin utamanya dihasilkan dari kerusakan genetik dan selanjutnya oleh faktor lingkungan (Turner & Clapham, 1998). Ketika glukosa intrasel meningkat, maka asam lemak bebas (*Free Fatty Acid* - FFAs) disimpan, namun ketika glukosa menurun maka FFAs masuk ke sirkulasi sebagai substrat dari

produksi glukosa. Pada kondisi normal, insulin memicu sintesa trigliserida dan menghambat lipolisis postprandial. Glukosa diserap ke dalam jaringan adiposa dan sirkulasi FFAs mempunyai efek yang bahaya pada produksi glukosa dan sensitifitas insulin, peningkatan glukosa darahpun ikut berperan. Pada tipe ini terjadi kehilangan sel beta pankreas lebih dari 50%. Gambaran sindroma resistensi insulin dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut ini:



Gambar 2.2
Konsekuensi dari Sindrom Resisten Insulin
(Sumber: Dunning T, 2003)

Efek abnormalitas ini akan menyebabkan meningkatnya kadar gula darah secara terus menerus, hal ini disebabkan karena gangguan pemanfaatan glukosa, menurunnya penyimpanan glukosa sebagai glikogen, gangguan produksi glukosa hepar, meningkatnya glukosa puasa dan menurunnya pemanfaatan glukosa postprandial (Dunning, 2003).

Individu yang beresiko terkena diabetes tipe 2 ini adalah 1) mempunyai sindroma resisten insulin, 2) kelebihan berat badan (obesitas, peningkatan BMI, peningkatan lingkaran pinggang > 1.0 inci pada pria dan > 0.7 inci pada wanita), 3) terjadi pada usia > 40 tahun, 4) keturunan, 5) wanita dengan *gestasional diabetes* atau mempunyai bayi berukuran besar (Dunning, 2003).

Secara singkat, karakteristik diabetes tipe 1 dan 2 dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini:

Tabel 2.1 Karakteristik Diabetes Tipe 1 dan 2

	Tipe 1	Tipe 2
Usia	Biasanya < 30 tahun	Biasanya > 40 tahun
Kecepatan	Biasanya cepat	Biasanya bertahap
Berat badan	Normal atau kurus (kurang gizi); selalu mengalami kehilangan berat badan	80% <i>overweight</i>
Hereditas	<ul style="list-style-type: none"> • Berhubungan dengan Specific <i>Human Leukocyte Antigen</i> (HLA) • Penyakit autoimun • Kemungkinan dipicu oleh infeksi virus 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak berhubungan dengan Specific <i>Human Leukocyte Antigen</i> (HLA) • Tidak ada bukti picuan infeksi virus
Insulin	Sekresi pada awal Gangguan muncul kemudian atau tidak ada sama sekali	Terjadi defisiensi atau resistensi insulin
Ketosis	Umum terjadi	Langka/jarang terjadi
Frekuensi	15% dari kejadian	85% dari kejadian
Komplikasi	Umum terjadi	Umumnya muncul saat terdiagnosis
Treatment	Insulin, diet, olah raga	Diet, OHA, olahraga, insulin

Sumber: Dunning, (2003).

Selain kedua tipe di atas, terdapat diabetes jenis lain yaitu *Gestasional Diabetes (GD)*/diabetes pada kehamilan, *Malnutrition Related (tropical) Diabetes Mellitus (MRDM)*/diabetes karena kekurangan nutrisi, *Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY)*/diabetes pada remaja karena proses pertumbuhan (Dunning, 2003).

2.1.3 Diagnosis

Dalam menentukan adanya diabetes mellitus, tes urin tunggal tidak boleh dilakukan namun perlu ditambah dengan tes gula darah, dapat dikatakan diabetes ketika adanya gejala dan peningkatan kadar gula darah (Dunning, 2003). Kriteria diagnostik diabetes berdasarkan panduan WHO dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut ini:

Tabel 2.2 Kriteria Diagnostik Diabetes Berdasarkan Panduan WHO

Tahap	Gula darah Puasa	Gula Darah Acak	OGTT
Normal	< 6.1 mmol/L		Gula darah 2 jam < 7.8 mmol/L
Gangguan toleransi glukosa	Gangguan gula darah puasa – gula darah puasa \geq 6.1 mmol/L dan < 7.0 mmol/L		Gangguan toleransi glukosa – gula darah 2 jam \geq 7.8 mmol/L dan < 11.1 mmol/L
Diabetes	\geq 7.0 mmol/L	\geq 11.1 mmol/L dan gejala	Gula darah 2 jam > 11.1 mmol/L

Catatan: pada tabel ini ditunjukkan glukosa darah vena. Glukosa darah kapiler 10-15% lebih tinggi daripada darah vena. Sumber: Dunning, (2003)

Atau jika kita menggunakan satuan mg/dL, maka untuk mendiagnosa diabetes dapat dilihat pada tabel 2.3 berikut:

Tabel 2.3 Kriteria Diagnostik Diabetes

Test	Tahap diabetes	Tahap prediksi
Gula darah puasa	≥ 126 mg/dL	100-125 mg/dL
OGTT	≥ 200 mg/dL	140-199 mg/dL
Gula darah acak	> 200 mg/dL	

Keterangan:

- Gula darah puasa diukur sesudah puasa malam selama 8 jam
- Oral *Glucosa Tolerance Test* (OGTT) diukur sesudah puasa semalaman, lalu pasien diberikan cairan 75 gr glukosa untuk diminum. Lalu gula darah diukur 2 jam kemudian.
- Gula darah acak diukur sewaktu-waktu
- Untuk mendiagnosa diabetes, perlu dilakukan uji ulang ketika mendapatkan hasil yang *abnormal*, sehingga mendapatkan konfirmasi yang akurat
- Diabetes dapat didiagnosa dengan adanya gejala khusus (khas)

Sumber: Nathan & Delahanty, (2005).

Perawat sebagai bagian dari perawatan klien diabetes, perlu juga mengetahui cara untuk menentukan seseorang mengidap diabetes atau tidak, gunanya adalah untuk mengontrol kadar gula darah agar tetap berada pada kondisi normal sehingga dapat digunakan dasar untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan.

2.1.4 Manajemen

Manajemen diabetes bertujuan untuk mempertahankan kualitas hidup, membuat seseorang tetap bebas dari gejala diabetes dan gula darah berada pada interval yang dapat diterima (antara 4-9 mmol/L pada 90% test) (Dunning, 2003).

Manajemen diabetes yang efektif dilakukan dalam 1 tim *care* yang terdiri dari ahli diabetes (*diabetologist*), perawat spesialis diabetes/*diabetes educator*, ahli diet, ahli penyakit kaki (*podiatrist*), pekerja sosial, psikolog dan praktisi umum. Staf ruangan juga bisa menjadi anggota tim ketika di rumah sakit, yaitu dokter, perawat, fisioterapis dan terapis kerja. Sedangkan profesi lain yang selalu memberikan kontribusi pada manajemen diabetes adalah ahli mata (*ophthalmologist*), dokter ginjal, farmasi dan ahli bedah *vascular* dan ortopedi (Dunning, 2003).

Menurut Dunning (2003), bentuk manajemen diabetes meliputi 3 fase yaitu tahap pradiagnosa; setelah diagnosa dan jika terjadi komplikasi. Tahap pradiagnosa bertujuan untuk menentukan diagnosa awal, perawatan kolaboratif dan penetapan

target manajemen dengan melakukan beberapa tindakan yaitu, menentukan level dugaan; diagnosa; pengkajian; memberikan advis; edukasi; memulai pengobatan; komunikasi; kolaborasi dan *follow up*. Kewenangan perawat pada fase ini adalah melakukan pengkajian keperawatan pada klien diabetes; memberikan advis dan edukasi; komunikasi dengan klien dan tim serta kolaborasi dan *follow up* intervensi keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif.

Fase kedua adalah tahap setelah diagnosa. Setelah klien didiagnosa, untuk mendapatkan dan mempertahankan target manajemen; mencegah komplikasi; mencegah masuk rumah sakit; memonitor respon klien atas tindakan yang diberikan dan memonitor tercapainya tujuan klinik akhir, maka perawat berwenang untuk melakukan beberapa tindakan yaitu mengukur berat badan, mengetahui *mood* dan kualitas hidup pasien. Selain itu perawat juga memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, memeriksa tekanan darah, memonitor praktik *self-care* dengan kegiatan monitoring kadar gula, diet, olah raga, tidak merokok, manajemen insulin dan obat hiperglikemik (Dunning, 2003).

Fase ketiga adalah jika terjadi komplikasi, maka perawat perlu membantu klien untuk menentukan fasilitas pelayanan yang dibutuhkan, merujuk kepada perawat spesialis luka dan perawat edukator. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kemunduran kondisi dan komplikasi, menyediakan rehabilitasi, konseling dan rujukan awal (Dunning, 2003).

2.1.5 *Monitoring*

Memonitor kondisi pasien diabetes diperlukan untuk mengidentifikasi penatalaksanaan yang sesuai dan perkembangan kondisi, dengan kemampuan memonitor oleh diri sendiri maka pasien dapat mengidentifikasi efek dari pengobatan, diet, olah raga dan faktor lain yang akan mempengaruhi penyakitnya (Dunning, 2003).

Beberapa hal yang harus dimonitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah, keton urin. Selain itu juga, pengkajian tambahan seperti cek

berat badan secara reguler; pemeriksaan fisik teratur, dan pendidikan tentang diet, kemampuan monitoring diri, injeksi, pengetahuan umum tentang diabetes dan perubahan-perubahan dalam diabetes (Dunning, 2003).

Tanggung jawab perawat dalam proses monitoring antara lain adalah 1) mempunyai pengetahuan dasar tentang tes sehingga bisa menjelaskan kepada pasien, 2) memastikan pasien berpuasa sesuai instruksi, 3) memastikan tehnik pengumpulan darah yang benar sesuai prosedur, 4) memastikan sampainya spesimen ke laboratorium pada waktu yang tepat, 5) memastikan hasil pemeriksaan akan dapat digunakan untuk evaluasi medis, 6) memastikan efek sakit dan cemas setelah mengetahui hasil tes, 7) memastikan alat yang digunakan sudah tepat, dan 8) memastikan pasien telah diberikan obat, makanan dan tindakan sesudah dilakukan pemeriksaan secara lengkap. (Dunning, 2003).

2.1.6 Komplikasi

Menurut Boedisantoso, Subekti dan Waspadji dalam Soegondo (2009) dan menurut Dunning (2003), komplikasi yang dapat muncul pada diabetes mellitus dibagi menjadi 2 macam, yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik.

1. Komplikasi akut

a. Hipoglikemia

Pada hipoglikemia ini akan terjadi koma hipoglikemia.

b. Hiperglikemia

Hiperglikemia ini akan menimbulkan komplikasi lanjutan berupa *Keto Acidosis Diabeticum (KAD)*, *Hyperglycemia Non-ketotik (HNK)*, *lactic asidosis*, *hyperosmolar coma*.

2. Komplikasi kronik

a. Mikrovaskular

Terjadi nefropati (penyakit ginjal, CAPD, anemia), dan retinopati.

b. Makrovaskular

Terjadi penyakit kardiovaskuler seperti nyeri dada, penyakit jantung koroner (*Congestive Cardiac Failure*), *Transiet Ischaemic Attacks*,

gangren (luka pada kaki karena gangguan pembuluh darah kaki),
gangguan pembuluh darah otak (stroke)

- c. Neuropati
- d. Rentan infeksi

Gangguan vaskular dan *neuropathy perifer* dapat menyebabkan disfungsi seksual (lebih detail dapat dilihat pada sub bab 2.2).

2.2 Kesehatan Seksual dan Diabetes

2.2.1 Kesehatan Seksual

Kesehatan seksual adalah aspek utama pada kesejahteraan hidup seseorang, fungsi seksual terintegrasi dalam satu sistem kompleks dan mempengaruhi hidup. Kompleksitas seksual pada tubuh manusia berhubungan dengan pengaturan hormon pada sistem endokrin, sistem vaskular, sistem syaraf dan psikologis (Dunning, 2003).

Riwayat kesehatan seksual secara ilmiah dimulai dari Masters & Johnson (1970) yang mendeskripsikan respon seksual pada manusia, ada 4 fase yaitu *arousal*, *plateau*, *orgasm* dan *resolution* (Dunning, 2003). Fase pertama *arousal* (keinginan), yaitu fase seseorang terangsang (*excitement*) di mana terjadi ereksi penis, skrotum tebal dan elevasi, testis elevasi dan terjadi pembesaran moderat serta ukuran *glans penis* lebih besar. Dilanjutkan pada fase kedua, *plateau* (stabil) yaitu kondisi di mana pria mengalami peningkatan intensitas warna *glans penis*, terjadinya elevasi dan peningkatan ukuran penis sampai 50%, peningkatan tegangan otot dan pernafasan serta denyut nadi dan tekanan darah, saat ini siap terjadi proses hubungan seksual yang lama. Ketika pria sampai pada kondisi orgasme, maka sampailah pada fase ketiga, di mana terjadi penutupan *spingter urinarius internus*, adanya sensasi ejakulasi yang tidak tertahan, adanya kontraksi *ductus deferens vesicle seminalis proximal* dan *ductus ejaculatorius*, dan memuncaknya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah dan ejakulasi. Akhir dari perubahan fisiologis siklus respon seksual pada pria adalah fase resolusi (*resolution*) yaitu mulai kembalinya pada kondisi semula. Pria akan kehilangan ereksi, merupakan periode refraktori (penarikan kembali) di mana pria akan

merasa tidak enak jika stimulasi dilanjutkan kembali, pria akan banyak mengeluarkan keringat dan terjadi penurunan testis, kemudian secara bertahap nadi; tekanan darah dan pernafasan kembali normal (Rowland & Incrocci, 2008).

Dari proses fisiologis siklus respon seksual pria tersebut, Kaplan (1979) mendeskripsikan respon bifasik yang melibatkan aktifitas syaraf parasimpatis – *vasocongestion*, lubrikasi vagina dan ereksi; dan aktifitas syaraf simpatis – refleksi kontraksi otot, orgasme dan ejakulasi. Kaplan menunjukkan bukti bahwa diabetes dapat berefek pada kemampuan seks dimana neuropati dapat menyebabkan kerusakan syaraf (Dunning, 2003).

Diabetes mellitus sebagai penyakit metabolik sangat berperan dalam identitas seksual dan kemampuan fisik seseorang untuk melaksanakan aktifitas seks, hal ini dikarenakan seluruh sistem akan berubah dan mempengaruhi kesehatan seksual seseorang, dan ini membutuhkan penanganan yang holistik dan terintegrasi. Pada kenyataannya, masalah seksual sangat sensitif untuk dibicarakan dan membutuhkan pendekatan dengan sangat bijak dan mempertimbangkan privasi serta kerahasiaan pasien (Dunning, 2003).

Integrasi aspek seksual merupakan hal mutlak dalam manajemen holistik klien diabetes, sesuai dengan penekanan yang diberikan oleh *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 1975 bahwa seksual adalah komponen yang terintegrasi dalam kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan seksual sebagai kemampuan untuk mengontrol dan menikmati seks serta perilaku bereproduksi, bebas dari rasa malu, rasa bersalah dan keyakinan yang salah yang akan menghambat respon dan hubungan seksual. Bebas dari penyakit medis yang akan mempengaruhi respon seksual dan reproduksi (Dunning, 2003).

Seks yang efektif dan pendidikan seks harus menjadi bagian dari rencana manajemen diabetes sehingga masalah dapat teridentifikasi lebih awal, namun tenaga profesional dan pasien diabetes seringkali mempunyai keterbatasan informasi bahwa sebenarnya diabetes dapat berpengaruh pada kehidupan seksual

mereka. Selama ini, kebutuhan seksual; pendidikan seks; identifikasi awal dan pengelolaan masalah seksual masih sering diabaikan dalam rencana keperawatan diabetes, perawat lebih berfokus pada disfungsi dan abnormalitas, bukan pada kondisi rentan yang akan berdampak negatif secara psikologis pada seksualitas seseorang (Dunning, 2003).

2.2.2 Masalah Seksual

Kepuasan seksual merupakan kombinasi dari faktor fisik dan emosional (Dunning, 2003; Odendaal, Schaetzing & Kruger, 2007), kebugaran dan optimalnya fungsi organ seksual serta keterlibatan emosional yang sehat akan sangat mendukung kepuasan seksual seseorang. Banyak pendapat yang mengatakan bagaimana seks yang baik itu, salah satunya mitos seks secara spontan yang penuh gairah dan memuaskan merupakan puncak dari seks yang baik, namun spontanitas seks ini bisa berdampak negatif bagi kelompok yang terpinggirkan, yaitu yang mempunyai disfungsi seksual (Dune & Shuttlewoth, 2009).

Masalah seksual dapat berupa primer maupun sekunder. Primer biasanya didefinisikan sebagai kondisi yang tidak pernah mengalami orgasme, ketidaknormalan fungsi seksual. Sedangkan sekunder merupakan kesulitan seksual setelah periode fungsi normal seks. Disfungsi seksual sekunder ini dapat berupa habitual dan situasional. Habitual merupakan kesulitan seksual di mana tidak terjadi respon seks dalam kondisi apapun, sedangkan situasional merupakan kondisi dimana aktifitas seksual dan masalah seksual yang lain dapat disebabkan oleh situasi yang mendukung. Respon seks hanya terjadi pada kondisi dan patner tertentu (Dunning, 2003).

2.2.3 Gangguan/disfungsi Seksual pada Pria

Seks adalah hal penting dalam hidup apalagi bagi seorang pria. Ketika terjadi kesulitan dan disfungsi seksual, hidup pria seakan kiamat karena perubahan ini sangat berpengaruh secara fisik dan psikis pria, mulai dari perubahan kemampuan beraktifitas seks sampai dengan gangguan konsep diri yang kronis.

Menurut Kaplan (1995), Levine (2003), Rowland & Incrocci (2008), dan Untung (2010), gangguan/disfungsi seksual pada pria secara umum dibedakan menjadi 4 macam, yaitu:

1. *Men Sexual Arousal Disorder/Men Sexual Desire Disorder/Gangguan Hasrat Seksual*

Definisi hasrat seksual begitu banyak, diantaranya adalah pendapat Kaplan (1995) dalam yang mengatakan bahwa hasrat seksual pada pria adalah bakat dan spontanitas, sedangkan *The Oxford English Dictionary's* (1989) dalam Rowland & Incrocci (2008) mendefinisikan hasrat seksual sebagai *libido*, suatu konstruksi yang kompleks terdiri dari seks yang spontan dan penuh fantasi, dipengaruhi oleh stimulus eksternal seperti visual; auditori dan sentuhan.

Dari sekian banyak definisi tersebut, Levine (2003) mendefinisikan hasrat seksual yaitu suatu motivasi atau kecenderungan hati untuk (melakukan) seksual, dan kondisi ini mencakup 3 hal yaitu dorongan (*drive*), motif (*motive*) dan harapan (*wish*). Dorongan (*drive*) merupakan komponen biologis dari hasrat seksual, dimana adanya peran spesifik dari kondisi neurofisiologis, dorongan seksual pria difokuskan pada hubungan seksual (*intercourse*) dan orgasme. Hasrat seksual pria juga mencakup motif untuk berhubungan seksual, dan ini sangat individualistik serta berhubungan dengan dinamika hubungan antar pasangan. Sedangkan komponen akhir dari hasrat seksual adalah harapan (*wish*), di mana budaya sangat mempengaruhi seseorang untuk melakukan hubungan seks, begitu juga ekspektasi gender. Pada pria, keinginan untuk menjadi pria sejati dapat mempengaruhi hasrat seksual pria.

Untuk sebuah hubungan seksual diperlukan hasrat atau keinginan untuk melakukannya (Untung, 2010). Rendahnya hasrat seksual pada pria disebut juga *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD) yaitu suatu kondisi berkurangnya atau sering tidak adanya hasrat seksual saat melakukan

aktifitas seksual. Menurut DSM-IV, kondisi ini dapat menyebabkan distres dan kesulitan hubungan interpersonal (Rowland & Incrocci, 2008).

Hasrat seksual atau nafsu birahi dipengaruhi oleh faktor fisik maupun faktor psikis. Faktor fisik, misalnya, keadaan kesehatan tubuh secara umum, kekurangan hormon testosteron, penyakit hati kronis, penyakit jantung ataupun gagal ginjal. Beberapa faktor psikis yang berperan, antara lain, bisa rasa jemu atau bosan terhadap pasangan, stres berlebihan atau pengalaman seksual yang tidak menyenangkan (Untung, 2010). Sedangkan menurut Rowland & Incrocci (2008) bahwa HSDD sangat berhubungan dengan distres dan kepuasan hubungan dengan pasangan. Takut, benci, jijik, muak, perubahan mendadak dan marah juga akan mempengaruhi hasrat seksual seseorang, disamping trauma masa lalu seperti *child abuse*, konflik seksual dan kekerasan oleh pasangan. Menurut Untung (2010), para penderita gangguan ini sering mengeluh frekuensi hubungan seksual berkurang, bahkan terjadi disfungsi ereksi serta sensitif (mudah tersinggung) bila berbicara mengenai seks.

2. *Erectile Dysfunction*/Gangguan Ereksi

Gangguan/disfungsi ereksi dapat diartikan sebagai suatu kondisi ketidakmampuan pencapaian atau mempertahankan ereksi yang adekuat secara terus menerus sampai aktifitas seksual tersebut selesai dengan sempurna. Kondisi ini akan menyebabkan distres dan kesulitan berhubungan dengan pasangan (Rowland & Incrocci, 2008).

Disfungsi ereksi disebabkan oleh faktor psikis dan fisik. Sikap yang tidak mendukung terhadap seksualitas, stres/depresi, trauma, mitos, kurangnya pendidikan seksual, kecemasan, merupakan kumpulan faktor pengganggu. Untuk faktor fisik terdiri atas faktor hormonal, gangguan pembuluh darah ataupun syaraf, adanya komplikasi penyakit lain pada tubuh, seperti kencing manis (diabetes), kolesterol tinggi, gangguan pada organ jantung atau ginjal, penyakit-penyakit kelamin, hipertensi (karena penggunaan obat-obat penurun

tekanan darah). Pada prinsipnya faktor-faktor ini menghalangi mekanisme ereksi sehingga ereksi penis tidak terjadi (Untung, 2010).

3. *Premature Ejaculation*/Gangguan Ejakulasi Dini

Ejakulasi Dini (ED) adalah gangguan seksual dimana penderita tidak mampu mengontrol/mengendalikan ejakulasi (pemancaran sperma) ketika melakukan hubungan seksual. Ejakulasi terjadi hanya beberapa detik setelah penetrasi (pemasukan penis ke dalam vagina), bahkan dapat terjadi pula sebelum penetrasi dilakukan, maka dikatakan juga sebagai fase ejakulasi pendek (Rowland & Incrocci, 2008; Untung, 2010).

Penyebab ejakulasi dini sangat bervariasi dan tidak secara jelas diuraikan, namun secara umum terdapat 3 sumber penyebab yang berefek pada ED, yaitu fisik, psikis dan *relationship*. Faktor fisik diantaranya adalah kerusakan sistem vaskular dan sistem syaraf (penyakit syaraf kronik, trauma atau pembedahan pada pelvis/spinal, penyakit saluran kemih atau masalah pada saluran kemih bagian bawah, atau obat-obatan), kerusakan organ seksual yang menyebabkan kurangnya sensitifitas syaraf maupun zat yang mengatur ejakulasi, pola makan yang tidak seimbang dan gizi yang buruk merupakan hal lain yang dapat juga mempengaruhi kondisi ejakulasi (Rowland & Incrocci, 2008; Untung, 2010). Faktor psikis seperti kecemasan (umum atau spesifik), trauma psikis, stres/depresi, kurangnya pendidikan seksual, kurangnya perhatian pada isyarat somatik dan kondisi yang menyebabkan terjadinya hiperarousal juga merupakan faktor yang menghalangi mekanisme ejakulasi (Untung, 2010; Rowland & Incrocci, 2008). Sedangkan faktor hubungan adalah adanya distress dalam pola hubungan dengan pasangan, tidak berfungsinya pasangan, adanya permusuhan, marah, dan adanya kontrol atau dominasi (Rowland & Incrocci, 2008).

Disamping itu pula faktor kebiasaan, yakni kebiasaan melakukan hubungan seksual secara tergesa-gesa, misalnya, melakukan hubungan seksual dengan WTS (Wanita Tuna Susila), melakukan masturbasi/onani secara tergesa-gesa.

Terlalu bernaafsu tanpa perduli pasangannya yang belum siap menerima hubungan seksual, dapat menyebabkan terjadinya ejakulasi yang cepat sebelum pasangannya mencapai orgasme (Untung, 2010).

4. *Men Orgasmic Disorder*/Gangguan Orgasme

Artinya, pria tidak dapat mengalami orgasme walaupun telah mendapatkan rangsangan selama berlangsungnya hubungan seksual. Penderita tetap mengalami ereksi dan ejakulasi, tetapi sama sekali tidak merasakan kenikmatan seksual (orgasme) (Untung, 2010). MOD ini sendiri secara luas di dalamnya termasuk *Diminished Ejaculatory Disorders* (DED), yaitu suatu kondisi di mana terjadi perubahan dari ejakulasi dan atau orgasme meliputi keterlambatan atau terhambatnya ejakulasi; ketidakmampuan ejakulasi secara lengkap (*anejaculation*); ejakulasi *retrograde*; berkurangnya isi seminal, sumber dan sensasi; tidak terjadi dan tidak merasakan orgasme sama sekali dan nyeri saat ejakulasi (Rowland & Incrocci, 2008). Gangguan ini sering diakibatkan oleh adanya gangguan saraf, karena penyakit maupun obat-obatan, kecemasan, rasa takut menghamili dan kebosanan terhadap pasangan. Namun gangguan ini merupakan gangguan seksual yang paling jarang dialami pria, sehingga tidak banyak diperhatikan (Untung, 2010).

2.2.4 Penyebab Gangguan seksual

Pada dasarnya kesulitan seksual melibatkan 2 orang, sebagai pasangan. Faktor interpersonal, hubungan, lingkungan dan faktor penyakit menjadi kemungkinan penyebab yang akan mempengaruhi kesulitan dan disfungsi seksual. Faktor-faktor ini dapat juga menjadi faktor penyebab gangguan seksual pada klien diabetes. Menurut Dunning (2003) faktor penyebab tersebut antara lain:

a. Faktor individu

Merasa diabaikan dan adanya salah informasi, perasaan bersalah; malu dan takut, ketidakamanan *gender*, kekhawatiran terhadap kondisi keuangan; anak dan pekerjaan, pelecehan seksual yang terjadi di masa lalu dan kondisi fisik, misalnya diabetes.

b. Faktor interpersonal

Masalah komunikasi, ini menjadi penyebab umum pada kesulitan seksual, kurangnya kepercayaan, perbedaan maksud; tujuan dan keinginan seksual, kesulitan dalam beradaptasi dengan kondisi sakit, misalnya diabetes.

c. Penyakit kronis

Penyakit kronis menyebabkan perubahan psikologis diantaranya depresi, marah, perasaan bersalah, cemas, takut, rasa tak berdaya, perubahan *body image* dan identifikasi diri sebagai korban, gambaran diri dan harga diri rendah. Libido menurun/hilang adalah salah satu tanda klasik depresi. Demikian juga perubahan fisik yang dapat mengganggu kemampuan seksual pria diantaranya *arthritis*, *neuropathy*, dan terutama diabetes yang berefek pada gangguan pembuluh darah dan syaraf.

Hipoglikemia saat *intercourse* akan menakutkan dan membuat pasangan langsung berhenti sehingga akan terjadi penurunan keinginan dan kenikmatan akan seks. Hiperglikemia dapat menyebabkan kelelahan; menurunnya gairah dan libido, dan seiring dengan perubahan kadar glukosa darah akan terjadi perubahan *mood*, depresi dan masalah psikologis lainnya, sedangkan neuropati otonomik menyebabkan disfungsi ereksi dan ejakulasi dini pada pria.

d. Lingkungan

Kurangnya *privacy*, terbatasnya kesempatan untuk beraktifitas seksual dan lingkungan yang tidak nyaman (bising, gaduh, dll) akan mempengaruhi seksualitas seseorang.

Sedangkan menurut Odendaal, et al. (2007) ada 3 faktor yang menyebabkan masalah seksual yaitu organik, psikologis dan interpersonal. Begitu banyak penyebab organik muncul diantaranya yang penting dalam bahasan ini adalah gangguan kardiovaskular (pada diabetes dan hipertensi), penyakit sistemik antara lain diabetes, dan gangguan sistem syaraf (stroke, dan *neuropathy* perifer). Faktor psikologis pun menempati posisi penting diantaranya cemas, adanya konflik, rasa bersalah, diabaikan, pertahanan diri, kedekatan ikatan yang buruk dengan pasangan, trauma dan faktor pemicu lainnya. Sedangkan interpersonal sebagai

pola hubungan antar pasangan, komunikasi dan pola interpersonal yang tidak interaktif resiprokal saat berhubungan seksual menjadi titik utama penyebab gangguan seksual.

2.2.5 Masalah Seksualitas Pria Diabetes

Diabetes mellitus sebagai penyakit metabolik yang berefek pada kerusakan sistem *vascular* dan syaraf, sangat berpengaruh pada kemampuan seksual pria, karena kerusakan endotel, peningkatan HbA1c serta kerusakan syaraf otonom akan menyebabkan 2 disfungsi seksual yang utama yaitu disfungsi ereksi dan ejakulasi dini (Dunning, 2003).

Sebagai contoh bagaimana diabetes mempengaruhi hubungan pernikahan seseorang kita dapat membaca testimoni seorang pria berusia 70an tahun yang ditulis pada Diabetes, UK. (2009) dengan judul *How Diabetes Affected my Relationship with My Wife in Our 70s*. Dia mengatakan bahwa:

“Saya dan istri mempunyai kehidupan pernikahan yang bahagia walaupun mempunyai diabetes... Pada usia pernikahan yang masih 6 bulan, kami mendapatkan bayi laki-laki... satu tahun kemudian lahirlah bayi kedua,... pada usia 4 tahun, anak pertama didiagnosa diabetes tipe 1 sehingga kami tidak berfikir untuk mempunyai anak ke-3, dan akhirnya kami memutuskan untuk menggunakan kondom untuk pertama kalinya. Namun karena kondom tidak ada yang sesuai dengan ukuran penis, maka istri berkenan untuk melakukan sterilisasi laparoskopis, dan akhirnya kami sangat menikmati kehidupan seksual tanpa takut hamil. Ternyata pada usia remaja anak kedua kami mengalami diabetes tipe 1... Pada usia 45 tahun, saya mengalami gejala penyakit jantung dan membutuhkan banyak obat antara lain digoxin lalu AF, warfarin, saat itulah mulai terjadi masalah seksual, tidak bisa mencapai orgasme, ereksi tidak bertahan lama dan tidak ada yang mengalami orgasme. Pada awalnya hal ini tidak membuat saya khawatir, dan akhirnya pada usia 67 tahun saya didiagnosa diabetes type 1 dengan late onset yang membuat saya mencari pertolongan pada perawat spesialis diabetes...”

Testimoni di atas diungkapkan oleh pria Inggris, sangat beruntung dia mempunyai kesadaran tinggi menyelesaikan masalah seksualnya dengan mendatangi tenaga profesional.

Jika berbicara diabetes dan disfungsi seksual, maka secara umum dapat dijelaskan sebagai berikut: diabetes mellitus mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada fungsi seksual, efek langsung berhubungan dengan perubahan vaskular yang terjadi pada DM. Disfungsi seksual diketahui terjadi pada sekitar 50% pasien

diabetes sebelum usia 60 tahun (Whitehouse, 2009). Diabetes Mellitus secara perlahan akan menghancurkan sel endotel dan pembuluh darah sehingga suplai dan regulasi pada organ dan sel endotel jaringan erektil terganggu dan saat inilah terjadi gangguan ereksi dan lubrikasi. Pada kondisi lain, diabetes juga akan merusak sistem syaraf yang mensuplai ke alat kelamin, sehingga menyebabkan menurunnya sensasi dan kesulitan mencapai orgasme (Rowland & Incrocci, 2008).

Menurut Ertekin (1998) dalam Rowland & Incrocci (2008), neuropati otonomik dapat merusak syaraf yang bertanggung jawab dalam proses penutupan spingter antara prostat dan kandung kencing, sehingga menyebabkan ejakulasi *retrograde* pada 1%-14% pria diabetes. Pada penelitian yang dilakukan oleh Enzlin, et al. (2002) ditemukan bahwa pasien DM tipe 1 dengan komplikasi mengalami disfungsi seksual lebih tinggi dibanding tanpa komplikasi pada pria, masalah hasrat seks 19% versus 4%; DE 31% versus 6%; masalah orgasme 31% versus 2% dan pada semua disfungsi 40.5% versus 6%. Di Italia, menurut Fedele, et al. (2000) masalah ereksi ditemukan 51% dari 1,383 pria DM tipe 1 dan 37% dari 8,373 pria DM tipe 2.

Sedangkan berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lemone (1993) dengan judul *Human Sexuality in Adults with Insulin-dependent Diabetes Mellitus* dengan tujuan mengeksplorasi masalah seksual pada orang dewasa dengan IDDM, didapatkan dari 11 orang pria dan wanita tergambarkan proses perubahan seksualitas mereka. Dengan kategori transformasi dan subkategori didapatkan kebutuhan akan keintiman diri dan penilaian diri menjadi masalah bagi partisipan.

Disfungsi seksual pada pria yang terbanyak adalah disfungsi ereksi dan ejakulasi dini, berikut penjelasannya:

1) Disfungsi Ereksi pada Diabetes

Disfungsi ereksi (DE) adalah komplikasi pada diabetes yang sering terjadi, 3 kali lebih sering terjadi pada pria diabetes dibanding non-diabetes (Basu &

Ruder, 2004; Feldman, Goldstein, & Hatzichrisnou, 1994). Sekitar 35%-75%, (sumber lain 35.8%-82%) pria diabetes mengalami DE dengan berbagai tingkatan dan sayangnya hanya 10% yang mencari pengobatan (Thompson, 2008; Jackson, 2004; Lipschultz & Kim, 1999). Dengan DE ini, maka pria diabetes akan mengalami perubahan kehidupan sehari-hari dari seluruh aspek hidupnya dan akhirnya kualitas hidupnya akan terganggu (De Berardis, Franciosi & Belfiglio, 2002; Guest & Das, 2002).

DE dapat terjadi pada sebagian besar pasien diabetes (Lehman & Jacobs, 1983; McCulloh, Young & Presscott, 1984; Sairam, & Kulinskaya, 2001). Banyak faktor resiko yang dapat menyebabkan DE, prevalensi DE pada pria diabetes sering berhubungan dengan kondisi seperti penyakit jantung, hiperkolesterolemia dan hipertensi (Fedele, et al. 1998 dan 2000), sangat kuat berhubungan dengan kontrol glukosa darah, durasi penyakit dan komplikasi diabetes (Sairam, et al., 2001). Selain itu DE juga sangat kuat dipengaruhi oleh kecemasan dan depresi pasien diabetes tak peduli pada jenis diabetesnya (Basu & Ruder, 2004), dan kadar *glycosylate haemoglobin* (HbA1c) merupakan *independent predictor* pada DE (Romeo, et al., 2000).

Patogenesis yang tepat dari DE pada diabetes tetap tidak diketahui (Rendell, Rajfer & Wicker, 1999), namun diduga kuat terjadi karena banyak faktor diantaranya neurological, *vascular* atau kombinasi keduanya (Basu & Ruder, 2004). Proses mekanisme DE pada diabetes meliputi: peningkatan produk akhir dari *Advanced Glycation End-product* (AGE's), peningkatan kadar radikal bebas oksigen dan adanya gangguan sintesis *Nitric Oxide* (NO) karena adanya stres oksidasi, penurunan dan gangguan siklus *guanosine monophosphate-dependent kinase-1* (PKG-1), peningkatan ikatan sisi reseptor endotel B dengan perubahan ultrastruktural, pengaturan ulang jalur *RhoA/Rho-kinase* dan degenerasi syaraf-NO (Basu & Ruder, 2004).

Kerusakan *vascular* yang terjadi karena adanya aterosklerosis dan komplikasi mikrovaskular, kerusakan ini akan menyebabkan gangguan endotel pada pembuluh darah sehingga mengurangi rigiditas/kekakuan penis yang kaya akan pembuluh darah (Basu & Ruder, 2004; Jackson, 2004).

Neuropathy diabeticum menjadi penyebab lain dari DE, kerusakan syaraf otonomik terjadi dengan melibatkan serabut syaraf kecil yang bermielin di mana ia berada di *corpora cavernosum* pada penis, serta serabut syaraf yang lebih besar mengalami kerusakan sehingga terjadilah *neuropathy perifer*. Selain itu, mikroangiopati pada diabetes akan merusak *vasa nervorum* dan aterosklerosis akan membatasi aliran darah ke arteri cavernosum, dua kondisi ini yang bisa juga menyebabkan disfungsi syaraf (Basu & Ruder, 2004). Gangguan syaraf tersebut akan menurunkan sensasi pada jaringan sehingga stimulus yang diterima oleh penis berkurang, tidak terjadi ereksi dan kemungkinan akan terjadi ejakulasi dini tanpa adanya orgasme (Jackson, 2004).

Peningkatan kadar HbA1c sebagai indikator perilaku sehat klien diabetes juga berperan serta, terjadi proses stres oksidasi yang menyebabkan sirkulasi ke penis tidak lancar (Jackson, 2004; Rowland & Incrocci, 2008; Thakur & Dixit, 2007). Stres oksidasi menghasilkan radikal bebas (*superoxide anion*) sehingga menyebabkan kerusakan jaringan (Basu & Ruder, 2004).

2) Ejakulasi Dini pada Diabetes

Ejakulasi adalah pemancaran sperma ketika melakukan hubungan seksual. Ejakulasi diawali dengan adanya *intromission* (senggama) dengan dorongan yang lebih lama dan dalam serta pola bervariasi dan kerjasama antara fisik dan psikis seseorang, sehingga masuklah pada ambang ejakulatorius (Pfaff, et al., 2009). Ketika seorang pria diabetes tidak mampu mengontrol/mengendalikan ejakulasi (pemancaran sperma) ketika melakukan hubungan seksual, maka pria tersebut mengalami ejakulasi dini. Ejakulasi terjadi hanya beberapa detik setelah penetrasi (pemasukan penis ke dalam vagina), bahkan dapat terjadi pula sebelum penetrasi dilakukan. Kerusakan organ seksual terutama pada sistem syaraf karena adanya *neuropathy perifer* pada diabetes menyebabkan kurangnya sensitivitas saraf maupun zat yang mengatur ejakulasi sehingga terjadi ejakulasi dini (Jackson, 2004; Diabetes, UK., 2009; Waldinger, 2008).

The National Health and Social Life Survey (NHSLs) mengindikasikan bahwa ejakulasi dini terjadi pada sekitar 30% pria. Dalam beberapa kasus, ejakulasi dini terjadi sebagai bentuk dari respon atas disfungsi ereksi sehingga bisa dikatakan disfungsi ereksi terjadi dahulu kemudian diikuti ejakulasi dini (Potts, 2004; Benson, et al., 2009). Bahkan masih menurut Benson, et al. (2009) estimasi sekitar 30%-70% pria Amerika mengalami ejakulasi dini.

2.2.6 Respon Psikologis Pria Diabetes pada Disfungsi Seksual

Masalah seksual merupakan hal yang sangat *private*, mengungkapkannya sangat tergantung pada persepsi, nilai, keyakinan, pengetahuan, budaya, lingkungan. Juga dipengaruhi oleh norma peraturan kultural (dimensi sosiokultural), standar pelaksanaan agama dan etik (dimensi agama dan etik) dan dimensi psikologis (Potter & Perry, 2005). Pria lebih terbuka dan bersedia untuk menjadi sukarelawan dalam penatalaksanaan masalah seksual, namun sebenarnya sebagian besar masih malu.

Testimoni pria diabetes di Inggris Mr. Keith Henderson yang ditulis di website Diabetes UK. (2009) dengan judul *diabetes almost ruined my marriage* memberikan informasi bahwa disfungsi seksualnya memunculkan respon psikologis dan mengganggu hubungan seksual dengan istrinya. Dalam testimoni yang ditulis pada September 2009 itu, Mr. Keith pada awalnya tidak peduli dan mengabaikan disfungsi seksualnya, dia tak tidur lagi bersama istrinya, tidak mengikuti kegiatan bersama, menenggelemkan diri ke pekerjaan, dan tak mau berkomitmen apapun untuk segala macam bentuk kasih sayang apapun karena merasa begitu rendah, dan rumah tangganya diambang perceraian. Upaya mencari pertolongan pengobatan dilakukan oleh Mr. Keith setelah melewati fase yang lama, tetapi hanya kekecewaan yang didapatkan dan disarankan untuk tidak berhubungan seksual sejak operasi punggung yang dilakukan sebelumnya. Ketika dia mendatangi konselor diabetes, dilakukan perbincangan dan disarankan untuk membicarakan dengan istri. Di luar dugaan, istrinya, Florence ternyata sudah mengetahui dan mencari informasi dari berbagai media, dia menemukan bahwa yang bertanggung jawab atas disfungsi seksual yang dialami suaminya adalah

diabetes, tetapi dia tidak berani mengatakan pada suami. Pada akhirnya, dilakukan tindakan implan penis dan teratasilah permasalahan. Statemen terakhir dari Mr. Keith adalah:

“Perubahan nyata terjadi ketika saya mengerti untuk pertama kalinya tentang apa yang terjadi padaku, mengapa saya akhirnya dapat membicarakan secara terbuka untuk pertama kalinya setelah bertahun-tahun lamanya... itu adalah saat di mana kami benar-benar hidup kembali”

Testimoni di atas membuktikan bagaimana sebenarnya respon psikologis seorang pria diabetes yang berefek pada kehidupan pernikahannya.

Disfungsi seksual pada pria diabetes akan merubah pola dan kesejahteraan hidup, mulai dari adanya perubahan fisik maupun psikis. Respon tiap orang berbeda dalam menghadapinya, tergantung pada bagaimana mereka memandang seksualitas itu sendiri. Secara umum, pria menginginkan menjadi *the real men* atau pria sejati, yang mempunyai pekerjaan baik; stres yang tertata; hidup yang baik bersama perempuan yang benar dan baik, dan bahkan mendapatkan keberhasilan dan kegagalan yang nyata dan baik pula (McCarthy & Metz, 2008). Namun karena adanya disfungsi, maka seorang pria merasa sudah tak lagi menjadi pria sejati, dan akhirnya kesejahteraan hidup terganggu.

Sudah jamak dipahami bahwa pria bisa tenang ketika menghadapi perang, badai, topan, gempa bumi, penyakit dan tragedi lainnya dengan keberanian yang besar dan tekad yang kuat, namun pria sama sekali akan tidak tenang dan tak berdaya jika terjadi disfungsi seksual (Hanash, 2008). Pria diabetes akan merasakan cemas (selama dan ketika tidak melakukan hubungan seksual), sedih, konflik pribadi, rasa bersalah, gangguan peran, diabaikan, malu, takut, tidak mempunyai harapan, tak bangga pada kehidupan seksualnya, tidak percaya diri dan merasa lemah. Selain itu dia merasa tidak mempunyai harga diri di mata istri, merasa tidak berguna, putus asa, bingung, stress, depresi, menyalahkan diri sendiri, cenderung pendiam atau *uring-uringan*, tidak berkomunikasi dengan baik, konsep diri berubah, tidak bersemangat, tidak bergairah, merasa tidak diterima, dan lain-lain (McCarthy & Metz, 2008; pengumpulan data saat aplikasi mata kuliah Aplikasi

Keperawatan Medikal Bedah II Sistem Endokrin Program Magister Keperawatan FIK UI, 2010).

Pria diabetes juga akan merasa hancur, depresi, tak berdaya, seperti ada dalam kubang neraka, merasa sudah menghancurkan kehidupan rumah tangga atau hubungan seksual dengan pasangannya, kehilangan harga diri; kepercayaan diri dan kebanggaan sebagai suami, mengalami frustrasi yang menyakitkan. Dia merasa kehilangan kejantanan yang dihargai; dimanusiakan dan dibanggakan, rentan akan emosi, dan kesulitan berhubungan sosial. Karena kekurangannya, hidup terasa suram, ia menghindari segala hal yang berhubungan dengan seks baik percakapan normal; aktifitas; tontonan atau bahkan ke dokter, atau mungkin sebagai koping destruktifnya pria akan menyalahkan dan menuduh istri atau pasangan sebagai penyebab utama dari masalahnya karena dia sebenarnya tidak mengetahui bahwa gangguan seksualnya ini terjadi karena adanya penyakit metabolik (diabetes) yang dideritanya, atau bahkan menolak mendiskusikan dan mencari pertolongan (Hanash, 2008).

Respon di atas terjadi pada pria yang mempunyai pola seksual yang normal (pada awalnya), lalu bagaimana dengan pria hiperseks yang akhirnya menderita diabetes? Secara umum klien akan merasa sangat menderita. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Reid, Carpenter, Spackman, & Willies (2008), pada 120 responden pria dengan hiperseksual lebih mudah mengalami defisit regulasi (pengaturan) diri dan mengalami efek negatif seperti *alexithymia*; ketidakstabilan emosi dan kerentanan terhadap stres. Respon psikologis ini akan mempengaruhi kemampuan fisik dan seksual klien, sehingga akan terjadi “lingkaran setan” yang tidak selesai.

Masih menurut Hanash (2008), respon psikologis di atas tidak semua terjadi pada pria diabetes. Beberapa dari mereka dapat mengakui masalah seksual yang dialaminya dan meminta petunjuk/nasehat dari tenaga kesehatan. Mereka termotivasi untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan seksualnya secara baik sehingga dapat memuaskan pasangan dan mempertahankan rumah

tangga, atau dengan pertimbangan kesehatan fisik sehingga berusaha menghindari penyakit dan atau mengontrol kadar gula darahnya sehingga tidak terjadi disfungsi lagi. Namun ternyata hanya 12% dari pria tersebut yang secara umum terbuka menceritakan dan mencari bantuan.

Selain respon pria diabetes, respon pasangan (istri) pun tidak kalah pentingnya dipahami. reaksi yang muncul pada pasangan antara lain khawatir dengan pertanyaan mendasar “kenapa suamiku tidak mampu lagi? Apakah dia mempunyai *affair*? Tidakkah mencintaiku lagi? Jika karena diabetesnya, akankah selamanya begini? Bagaimana aku memenuhi kebutuhan seksualku?” dan segudang pertanyaan kekhawatiran lainnya. Istri/pasangan akan mulai meningkatkan perhatiannya dalam menyelesaikan masalah, mencari solusi dan kemungkinan yang dapat dijangkau. Dalam keadaan ini, istri akan mengabaikan, atau menganggap memang itu bagian dari kehidupan suami bahkan menyalahkan diri sendiri, putus asa, merasa tidak aman dan tidak percaya. Ia merasa telah gagal dalam berumah tangga, malu mendiskusikannya atau bahkan sangat antusias untuk menyelesaikannya (Hanash, 2008).

2.3 Aplikasi Teori Adaptasi Roy dalam Perawatan Klien Pria Diabetes dengan Disfungsi Seksual

Model adaptasi Roy adalah sistem model yang esensial dan banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam keperawatan. Roy mendeskripsikan manusia adalah sistem adaptasi holistik (*holistic adaptive systems*), makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan pada berbagai persoalan sebagai suatu stimuli yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi (Roy & Andrews, 1999).

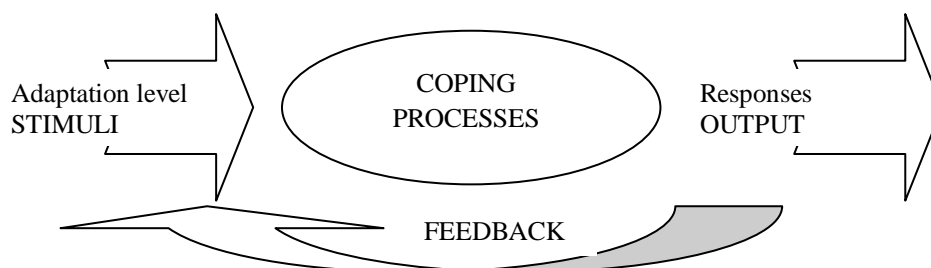
Penggunaan koping atau mekanisme pertahanan diri, adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya (Roy & Andrews, 1999). Begitu juga pada klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual, mereka dihadapkan stimuli yang kompleks yaitu perubahan kemampuan seksualitasnya

dan respon pasangan. Untuk menghadapinya klien mempertahankan dirinya dengan berbagai jenis koping sehingga integritas dirinya tetap terjaga dan tetap berada pada kondisi sejahtera, dan ini sebagai satu bentuk adaptasi terhadap adanya perubahan yang baru muncul dalam kehidupannya.

Sistem adaptasi manusia dapat dipahami sebagai suatu kesatuan yang saling berhubungan, dalam mencapai tujuannya saling terjadi ketergantungan bagian satu dengan bagian yang lain. Sistem dapat dilihat pada hubungan dan proses antara *input*, *output*, *control* dan *feed back*. *Input* pada manusia disebut dengan stimulus, yaitu segala hal baik internal maupun eksternal yang dapat memprovokasi/menimbulkan suatu respon. Dalam menyikapi stimulus tertentu tiap orang mempunyai kemampuan adaptasi tertentu (Roy & Andrews, 1999). *Input* pada klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual adalah adanya perubahan kemampuan seksual, baik itu disfungsi ereksi maupun ejakulasi dini (sebagai 2 *domain* utama dalam gangguan seksualitas karena diabetes), termasuk didalamnya adalah perasaan klien, dukungan pasangan; pelayanan kesehatan dan lingkungan.

Dalam proses beradaptasi dengan stimuli yang masuk, terjadi mekanisme koping untuk mempertahankan diri, tergantung apakah koping tersebut adaptif atau mal-adaptif sehingga pada akhirnya muncullah perilaku manusia sebagai bentuk respon atas sesuatu, dan ini disebut *output*. Atas respon yang muncul, akan terjadi proses timbal balik dan akhirnya terjadi proses adaptasi baik itu adaptif maupun inefektif. Pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, mereka akan mempertahankan dirinya dengan koping baik itu dalam bentuk defensif, proyeksi, marah, kecewa, atau bahkan berusaha untuk menyelesaikan masalahnya, dan pada akhirnya muncullah *output* kemampuan beradaptasi atau justru mal-adaptif. Kondisi ini yang akhirnya terus memberikan umpan balik dan terjadi siklus adaptasi. Proses ini yang disebut dengan sistem adaptasi manusia.

Secara jelas sistem adaptasi manusia dapat dilihat pada gambar 2.3 berikut ini:



Gambar 2.3
Human as Adaptive Systems
(sumber: Roy & Andrews, 1999)

Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini.

Stimulasi pada adaptasi Roy dideskripsikan menjadi 3 macam yaitu stimulus fokal; kontekstual dan residual. Stimulus fokal adalah stimulus internal maupun eksternal yang paling segera dikenali dalam sistem manusia, yang langsung beradaptasi dengan kesadaran dan berpengaruh kuat terhadap individu. (Roy & Andrews, 1999). Dalam kasus klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, stimulus fokal yang segera dapat dikenali adalah adanya perubahan kemampuan dalam seksualitasnya dan berpengaruh pada kehidupannya, yaitu disfungsi ereksi dan ejakulasi dini. Selain itu, respon pasangan sebagai reaksi atas disfungsi seksual yang dialami menjadi stimulus penting yang langsung membuat pria diabetes bereaksi.

Stimulus kontekstual diartikan sebagai stimulus lain yang ada pada situasi yang dialami dan ikut serta dalam munculnya efek atas stimulus fokal. Stimulus ini merupakan faktor lingkungan yang secara langsung ataupun tidak akan mempengaruhi sistem pada manusia dan situasi yang ada ketika dia sedang berurusan dengan stimulus fokal (Roy & Andrews, 1999). Pada klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual, terdapat faktor lain yang mempengaruhi

reaksinya antara lain tenaga kesehatan, suasana rumah tangga, suasana kamar atau rumah, dan lain-lain.

Stimulus yang akhir adalah stimulus residual. Stimulus residual diartikan sebagai faktor lingkungan yang ada atau tidak ada pada sistem manusia, efeknya masih belum jelas pada situasi tertentu. Seseorang terkadang tidak menyadari bahwa efek ini juga ikut andil dalam mempengaruhi dirinya (Roy & Andrews, 1999). Pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, faktor kesadaran diri yang kurang akan penyakit diabetes yang ternyata menyebabkan disfungsi seksualnya menjadi faktor yang sering dilupakan, komunikasi, dukungan lingkungan, pengalaman masa lalu dan bagaimana klien mengatur serta mengontrol diabetesnya.

Dalam proses adaptasi (proses kontrol) atas stimulus yang diterima, terjadi mekanisme koping yang didefinisikan sebagai cara berinteraksi baik bawaan maupun diperoleh ketika berespon dan mempengaruhi dalam perubahan lingkungan. Mekanisme koping bawaan secara genetik didapatkan secara tidak sadar dan dipandang sebagai proses yang otomatis pada tubuh, respon ini otomatis, di bawah alam sadar dan bawaan. Sedangkan mekanisme koping buatan (diperoleh) didapatkan dari proses pembentukan, misalnya dengan belajar. Pengalamanlah yang memberikan pengaruh dan berkontribusi pada aneka ragam respon atas stimulus utama (Roy & Andrews, 1999).

Dalam proses beradaptasi, mekanisme koping seseorang terbagi menjadi 2 subsistem yaitu sistem koping *cognator* dan *regulator*. *Regulator* sistem merupakan respon otomatis yang menyertakan subsistem tubuh yaitu persyarafan, proses kimiawi dan sistem endokrin. Stimulus yang masuk sebagai *input* pada sistem syaraf dan berefek pada sistem di tubuh misalnya cairan dan elektrolit; keseimbangan asam basa dan sistem endokrin. Pada saat yang bersamaan, *input* pada koping mekanisme *cognator* sistem masuk dan terjadi koping yang menyertakan sistem pengetahuan dan emosi, yaitu pengolahan persepsi dan informasi, pembelajaran, pertimbangan dan emosi (Roy & Andrews, 1999).

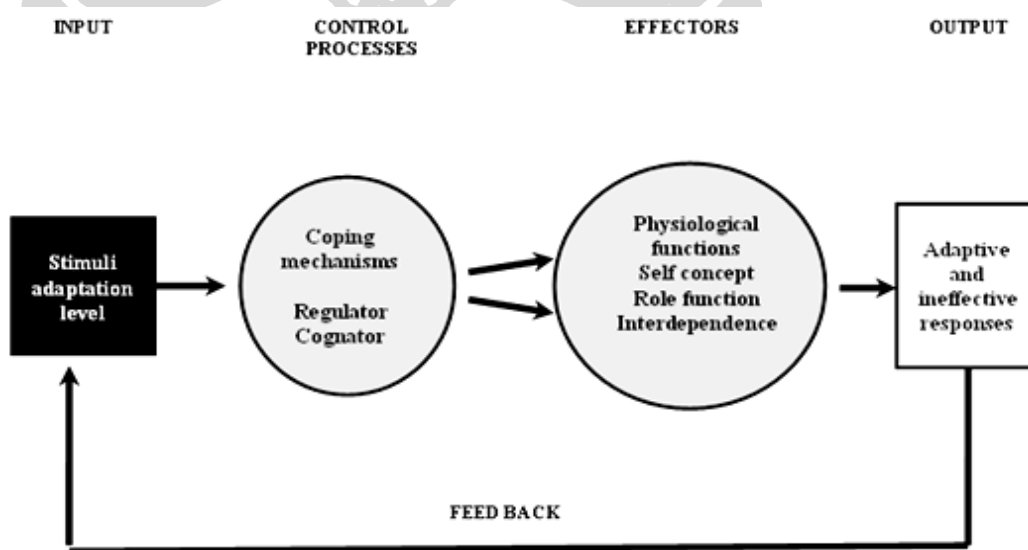
Klien pria dengan diabetes yang mengalami masalah disfungsi seksual, dalam beradaptasinya akan memunculkan koping yang berbeda, hal ini tergantung pada stimulus yang masuk dan bagaimana mereka menghadapi stimulus tersebut. Perubahan kemampuan seksual akan mendatangkan ketegangan dan stres sehingga terjadi peningkatan frekuensi pernafasan, detak jantung, berkeringat, tekanan darah meningkat dan aliran perifer meningkat. Terdapat keluhan lain sesuai perubahan sistem tubuh, tergantung pada daya adaptasi tubuh klien, dan inilah yang termasuk dalam sistem *regulator*. Di satu sisi, *cognator* klien bermain dengan menyertakan pengetahuan dan emosi. Klien akan berubah emosional, marah, sedih, kecewa, merasa bersalah, dan banyak lagi keluhan psikologis seperti tidak dianggap, diremehkan oleh pasangan, tidak ada komunikasi yang baik hingga akhirnya jatuh pada kondisi depresi.

Adaptasi yang terjadi akan berdampak pada 4 efektor yaitu fungsi fisiologi, konsep diri, fungsi peran dan interdependen. Terdapat sistem adaptasi fisiologis dengan adanya perubahan pola oksigenasi; nutrisi; eliminasi; aktifitas dan istirahat; integritas kulit; indera; cairan dan elektrolit; fungsi neurologis dan endokrin (Roy & Andrews, 1999). Perubahan fungsi fisiologis ini muncul tergantung kondisi fisik dan psikis pria diabetes dengan disfungsi seksual, lazimnya berhubungan dengan tingkat keparahan perubahan psikologisnya. Konsep diri klien akan berubah seiring dengan bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Ada kemungkinan terjadi pandangan diri yang tidak realistis pada klien pria diabetes tentang disfungsi seksualnya.

Fungsi peran sebagai salah satu afektor akan terjadi proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana seseorang (dalam hal ini pria diabetes dengan disfungsi seksual) berperan dalam kehidupannya dan mengenal pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain (Roy & Andrews, 1999). Klien akan merasa terjadi perubahan peran sebagai pria sejati sehingga tidak mampu berbuat apa-apa, atau justru tidak terjadi perubahan peran sedikitpun.

Tingkat interdependensi juga sebagai kelanjutan dari coping yang dilakukan, kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang; cinta yang dilakukan melalui hubungan interpersonal (Roy & Andrews, 1999). Pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, dia sangat tergantung pada perubahan yang dialami dan pada pasangan, atau bahkan tidak menghiraukannya dan berdiri sendiri. Atau kemungkinan seseorang akan mampu mengenal pola kasih sayang yang dapat diciptakan sehubungan dengan perubahan seksualitasnya.

Pada akhirnya, proses adaptasi ini membuahkan hasil (*output*) yaitu respon adaptasi adaptif atau mal-adaptif, yaitu apakah klien dapat atau tidak mencapai tujuan dan keseimbangan sistem tubuh. Respon tersebut selain menjadi hasil dari proses adaptasi, selanjutnya akan menjadi umpan balik terhadap stimulasi adaptasi (Roy & Andrews, 1999). Berikut model adaptasi Roy secara skematik pada gambar 2.4:



Gambar 2.4
Skema Model Adaptasi Roy

(Sumber:http://currentnursing.com/nursing_theory/application_Roy%27s_adaptation_model.htm)

2.4 Asuhan Keperawatan Klien dengan Disfungsi Seksual

Seksualitas merupakan karakteristik yang kompleks dan multidimensi pada manusia, tidak hanya tentang alat kelamin namun seluruh aspek sebagai pria dan wanita termasuk pengetahuan tentang seksual, perasaan, sikap, keyakinan dan perilaku, serta anatomi, fisiologi dan siklus respon seksual. Hal ini terintegrasi

dengan pernikahan atau hubungan yang romantis dan terpusat pada konsep diri individu, harga diri, kesehatan mental dan fisik (Whitehouse, 2009). Untuk membicarakannya, diperlukan kemampuan dan kemauan perawat untuk memotivasi klien, termasuk tidak menunjukkan ekspresi kaget dan tidak menerima ketika klien menceritakan atau menunjukkan perilaku seks.

Sejak pertengahan tahun 1960-an, perawat telah mengenali keterkaitan kesehatan seksual sebagai komponen kesehatan, meskipun demikian masih banyak baik dari klien maupun perawat sendiri enggan membicarakan dan memahami seksualitas sebagai salah satu bagian yang terintegrasi. Sikap ini muncul dari bagaimana konsep dan sudut pandang individu dalam memandang seksualitas itu sendiri, banyak dimensi yang mempengaruhinya diantaranya dimensi sosiokultural; agama dan etik serta dimensi psikologis (Potter & Perry, 2005).

Perbedaan perspektif tentang seksual yang sangat *private* dan individualistik, membuat pemahaman tentang seksual menjadi menyempit, anggapan seksual hanya pada aktifitas genital dan perbedaan *gender* membuat klien sebagai subyek keperawatan enggan menceritakan permasalahan seksualnya. Norma dan peraturan kultural yang dapat menentukan apakah perilaku seseorang diterima di dalam kultur sekitarnya, keragaman kultural ini menciptakan variabilitas yang sangat luas dalam norma seksual yang menghadirkan spektrum tentang keyakinan dan nilai yang luas tentang seksualitas (Potter & Perry, 2005). Budaya timur yang sangat mengagungkan kesopanan menganggap bahwa seksualitas adalah hal yang tabu dibicarakan, hal *private* harus benar-benar dirahasiakan sehingga seksualitas menjadi pembahasan termarginalkan dan membuat pasien diabetes tidak mengungkapkan masalah seksual yang dialaminya, walaupun itu sudah menyiksa mereka sejak lama.

Seksualitas sangat erat kaitannya dengan standar pelaksanaan dalam agama dan etik, keputusan seksual yang melewati batas aturan dan norma agama serta etik akan dapat mengakibatkan konflik internal dalam diri individu (Potter & Perry, 2005). Ada kalanya pasien diabetes sangat menginginkan untuk menyampaikan

disfungsi seksualnya, akan tetapi terbentur dengan dogma dan norma agama yang dianutnya, dan ini sedikit banyak menghambat proses perawatan.

Beberapa survey menunjukkan bahwa pria lebih terbuka dan menyediakan dirinya sebagai sukarelawan (*volunteer*) untuk mencari pertolongan kesehatan, atau minimal menanyakan kepada yang lebih kompeten tentang masalah disfungsi seksual, hal ini dapat dipengaruhi oleh sisi psikologis seseorang. Perilaku seksualitas dapat dipahami oleh seseorang sejak kecil, dan perbedaan orang tua dalam memperlakukan dan memberikan pesan *gender* sangat berbeda, pria diberikan dorongan dan penghargaan jika melakukan eksplorasi seksual dan mandiri, sedangkan perempuan ditekankan untuk menjadi penolong dan peminta bantuan. Sistem inilah yang sedikit banyak mempengaruhi seseorang untuk menyimpan atau membagi masalah seksualnya (Potter & Perry, 2005).

Sistem nilai seksual – keyakinan pribadi dan keinginan yang berkaitan dengan seksualitas – yang dimiliki setiap individu sangat berpengaruh terhadap bagaimana seseorang menyikapi seksualitas itu sendiri, termasuk diantaranya pada klien dan perawat. Disamping berbagai dimensi di atas, ketidakmauan atau kekawatiran klien mendiskusikan masalah seksualnya karena mereka merasa topik ini sangat berlebihan, takut diabaikan dan dihakimi perawat. Pada tingkat yang lebih dalam lagi, klien merasa ada invasi terhadap privasi hidupnya, merasa kurang dihargai di rumah sakit, membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk bersama dengan pasangan dan sebagainya. Sayangnya, kondisi ini terdukung oleh sikap pengabaian perawat atas isyarat klien tentang kekawatiran disfungsi seksualnya, bisa karena kurangnya pengetahuan atau perbedaan perspektif antara perawat dan klien (Potter & Perry, 2005).

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

92% responden sama sekali tidak pernah memulai membahas permasalahan ini dengan klien. Hal ini disebabkan karena 5 faktor, yaitu kurangnya pendidikan seksual, malu, budaya, kurangnya pengalaman perawatan kesehatan dan agama, dan secara signifikan didapatkan bahwa perawat lebih malu untuk menangani isu-isu seksual klien ($p=0.032$).

Oleh karena kesejahteraan kesehatan mencakup kesehatan seksual, maka seksualitas harus menjadi bagian yang terintegrasi dalam asuhan keperawatan, dan ini perlu dipahami oleh perawat karena profesi keperawatan adalah representasi dari sikap dan perilaku masyarakat (Potter & Perry, 2005). Tenaga kesehatan dalam hal ini perawat adalah pemberi dan penanggung jawab dalam membantu klien menghadapi masalah seksualnya, dibuktikan dalam penelitian Tal (2006), sebanyak 98% responden menunjukkan bahwa perawat dan staf medis harus bertanggung jawab dalam menangani masalah seksual klien. Perawat mempunyai peran penting untuk melakukan identifikasi awal terhadap masalah seksual yang dialami pasien diabetes, melakukan investigasi disfungsi seksual yang terjadi tanpa melihat batas umur dan memasukkan proses pengumpulan data tersebut dalam pengkajian yang komprehensif, serta membantu individu dan atau pasangan untuk menyusun rencana kesehatan dalam mendukung kesehatan seksual mereka (Dunning, 2003; Whitehouse, 2009).

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Dalam proses pengkajian, riwayat kesehatan seksual dan pemeriksaan fisik sangat penting dikaji dan dilakukan untuk mengetahui latar belakang permasalahan dan untuk menentukan perencanaan yang akurat (Whitehouse, 2009). Dengan tetap memperhatikan seluruh aspek yang ada dalam diri klien dan diri perawat sendiri, serta memberikan rasa nyaman ketika melakukan pengkajian sehingga tercipta rasa saling percaya sebagai kunci utama proses keperawatan selanjutnya (Potter & Perry, 2005).

Sikap profesional sangat diperlukan dalam proses penggalan data ini, menerima keberadaan klien, menemukan cara bekerjasama dengan klien, menjamin bahwa

klien menerima perawatan dan perlakuan kesehatan terbaik yang paling mungkin tanpa menghilangkan nilai-nilai diri klien. Untuk itu diperlukan dasar pengetahuan yang benar dan memadai tentang seksualitas pada pasien diabetes, keterampilan dalam mengkaji, kemampuan komunikasi dan sikap jujur serta sensitif penting juga oleh perawat mengenali bahwa masalah seksual mempunyai nilai dan bias seksual (Potter & Perry, 2005).

Dalam proses menghadirkan diri dan memberikan rasa nyaman untuk berdiskusi dengan klien, perawat perlu 1) membangun dasar pengetahuan dan pemahaman yang wajar tentang dimensi seksualitas sehat dan area umum dari perubahan atau disfungsi seksual, 2) perawat mengkaji tingkat kenyamanan dan keterbatasan diri sendiri dalam mendiskusikan seksualitas dan disfungsinya, 3) menyadari kemungkinan bahwa masalah seksual itu ada, 4) menyadari bahwa klien memungkinkan untuk mendiskusikan keprihatinan mereka, 5) mampu membongkar dan mengarahkan mitos seksual bahwa seks adalah kotor, 6) mengidentifikasi dan mengatasi masalah seksual, 7) menyediakan perawatan yang relevan dan informasi yang akurat selama prosedur perawatan, 8) advis obat, manajemen, dan seksualitas, 9) menyarankan untuk tetap memantau kualitas kesehatan seksual, 10) saran untuk mengontrol kadar gula, kondisi tubuh dan mencari pertolongan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan seksualnya (Potter & Perry, 2005; Dunning, 2009).

Menurut Potter & Perry (2005), pengkajian utama yang dapat dilakukan pada klien dengan disfungsi seksual antara lain:

1) Riwayat kesehatan seksual

Riwayat kesehatan seksual yang penting digali pada klien adalah persepsi, pemahaman, pengalaman, masalah dan kekhawatiran seksual. Selain itu perlu didapatkan dampak disfungsi seksual secara biopsikososial spiritual, kesulitan dan hambatan menghadapi disfungsi seksual, upaya yang dilakukan, harapan dan dukungan lingkungan dan tenaga profesional pada klien dengan disfungsi seksual. Perlu juga digali tentang lama disfungsi, pandangan klien terhadap

kekhawatiran disfungsi seksual, anggapan klien atas penyebab disfungsi, kehendak dan tujuan penyelesaian masalah.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pria dengan disfungsi seksual antara lain dengan memeriksa organ seksual secara mandiri, dengan sistem syaraf yang mendukung proses seksual.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Perubahan pola seksual dan disfungsi seksual dikenal sebagai diagnosa keperawatan yang telah disetujui. Perbedaan dalam mendiagnosis disfungsi seksual atau perubahan pola seksual tergantung pada apakah klien merasakan masalah dalam pencapaian kepuasan seksual atau mengekspresikan kekhawatiran tentang seksualitas. Jika kekhawatiran klien diekspresikan, maka diagnosanya adalah perubahan pola seksual, perawat harus mengkaji masalah anatomis; fisiologis; sosiokultural; etik dan situasi (Potter & Perry, 2005). Pada pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual, terdapat 2 gangguan seksual terbesar yaitu disfungsi ereksi dan ejakulasi dini. Kedua gangguan ini akan mempengaruhi pola seksual klien, termasuk di dalamnya disfungsi seksual itu sendiri, dan masalah psikologis yang menyertainya.

Menurut Herdman (2010), NANDA International (2009-2011) mengklasifikasikan seksualitas masuk dalam domain 8. Terdapat 2 diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien dengan gangguan seksual, antara lain:

1. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh karena penyakit; perubahan biopsikososial seksualitas; defisiensi pengetahuan atau model peran kurang dapat mempengaruhi (00059, kelas 2: fungsi seksual, domain 8: seksualitas)
2. Ketidakefektifan pola seksualitas berhubungan dengan hambatan hubungan dengan orang terdekat; ketidakefektifan model peran; pengetahuan tentang alternatif respon terhadap transisi terkait dengan perubahan fungsi seksual dan penyakit; defisit pengetahuan tentang respon alternatif terhadap transisi

terkait dengan perubahan fungsi seksual dan penyakit (00065, kelas 2: fungsi seksual, domain 8: seksualitas).

Dalam NANDA International (2009-2011) juga diuraikan diagnosa keperawatan lain yang mungkin muncul menyertai diagnosa utama pada gangguan seksualitas adalah (Herdman, 2010):

1. Resiko pelemahan martabat berhubungan dengan merasa terhina; merasa tidak diperlakukan secara manusiawi; kehilangan kendali fungsi tubuh (00174, kelas 1: konsep diri, domain 6: persepsi diri)
2. Keputusasaan berhubungan dengan penurunan kondisi fisiologis; terbuang; kehilangan kepercayaan pada nilai penting; stres jangka panjang (00124, kelas 1: konsep diri, domain 6: persepsi diri)
3. Ketidakberdayaan berhubungan dengan interaksi interpersonal; gaya hidup ketidakberdayaan (00125, kelas 1: konsep diri, domain 6: persepsi diri)
4. Resiko ketidakberdayaan berhubungan dengan adanya penyakit (00152, kelas 1: konsep diri, domain 6: persepsi diri)
5. Persiapan meningkatkan konsep diri (00167, kelas 1: konsep diri, domain 6: persepsi diri).
6. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh; kegagalan; gangguan fungsional; kurang penghargaan; kehilangan; penolakan (00120, kelas 2: harga diri, domain 6: persepsi diri).
7. Harga diri rendah kronik berhubungan dengan ketidakefektifan adaptasi; persepsi kurang dihargai oleh orang lain; kegagalan berulang; situasi traumatik (00119, kelas 2: harga diri, domain 6: persepsi diri)
8. Resiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh; kegagalan; gangguan fungsional; riwayat pengabaian; kurang penghargaan; kehilangan; penyakit fisik; penolakan; harapan diri tidak realistis (00153, kelas 2: harga diri, domain 6: persepsi diri).
9. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan aktual pada fungsi tubuh karena penyakit (00118, kelas 3: citra tubuh, domain 6: persepsi/kognisi)

10. Kesiapan meningkatkan hubungan (00207, kelas 3: performa peran, domain 7: hubungan peran)
11. Ketidakefektifan performa peran berhubungan dengan perubahan citra tubuh; depresi; harga diri rendah; penyakit fisik; konflik; ketidakadekuatan sistem dukungan; kurang penghargaan; stres (00055, kelas 3: performa peran, domain 7: hubungan peran).
12. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran, krisis situasional, stres, ancaman pada status dan fungsi peran serta konsep diri; kebutuhan yang tidak terpenuhi; konflik yang tidak disadari mengenai nilai yang penting (00146, kelas 2: respon koping, domain 9: koping/toleransi stres).
13. Koping defensif berhubungan dengan konflik antara persepsi diri dan sistem nilai; kurangnya sistem dukungan; takut gagal, penghinaan; tingkat kepercayaan diri yang rendah; harapan diri yang tidak realistis (00071, kelas 2: respon koping, domain 9: koping/toleransi stres).
14. Penyangkalan tidak efektif berhubungan dengan ansietas; kurang pengendalian situasi kehidupan; kurang dukungan emosional dari orang lain; stres; ancaman ketidakadekuatan dalam mengatasi emosi yang kuat; ancaman realita yang tidak menyenangkan (00072, kelas 2: respon koping, domain 9: koping/toleransi stres).

Menurut Potter & Perry (2005), berdasarkan NANDA, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pria diabetes adalah:

1. Perubahan pola seksualitas berhubungan dengan konflik dan stressor; depresi.
2. Disfungsi seksual berhubungan dengan penyakit kronis (dalam hal ini diabetes mellitus)
3. Disfungsi erektil sekunder berhubungan dengan gangguan sistem syaraf pusat; depresi sekunder terhadap komplikasi vaskuler dan sistem syaraf diabetes mellitus
4. Ejakuasi dini: ejakulasi prematur konsisten berhubungan dengan kecemasan pelaksanaan hubungan seksual.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan disfungsi seksual.

6. Gangguan harga diri berhubungan dengan kerentanan yang dirasakan

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan utama perencanaan klien yang mengalami perubahan aktual atau potensial dalam fungsi seksual adalah untuk 1) mendapatkan pengetahuan tentang perkembangan dan fungsi seksual, 2) mencapai dan mempertahankan secara biologis dan emosional praktik seksual yang benar, 3) menetapkan dan mempertahankan kepuasan seksual bagi diri sendiri dan pasangan, 4) mencapai, mempertahankan, atau meningkatkan harga diri yang positif dengan mengintegrasikan keyakinan kultural, keagamaan, dan etik; praktik seksual saat ini dan masa lalu; dan realita situasi, 5) mencapai kembali, mempertahankan atau mendapatkan fungsi seksual yang mencukupi untuk menghilangkan kecemasan dan depresi (Potter & Perry, 2005).

Ketika merencanakan intervensi yang sesuai kebutuhan klien, maka perawat perlu memilih diagnosa yang tepat dan sesuai, melibatkan klien dan pasangan bila diijinkan, merujuk ke sumber untuk meningkatkan pencapaian tujuan, menggunakan sumber kelompok untuk memanfaatkan interaksi berbagi masalah dan mendapatkan dukungan bersama. Setelah menegakkan diagnosa dan membuat tujuan, maka perlu disusun hasil pencapaian/kriteria hasil untuk mudah dilakukan evaluasi intervensi (Potter & Perry, 2005).

Intervensi dari diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien diabetes dengan disfungsi seksual dapat dilihat pada tabel 2.4 berikut:

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan pada Klien Diabetes dengan Disfungsi Seksual

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Perubahan pola seksualitas berhubungan dengan konflik dan stressor; depresi.	<ul style="list-style-type: none"> • Libatkan pasangan dalam proses perawatan • Sarankan pasangan untuk memberikan kasih sayang (memeluk dan mencium) sebelum berpisah • Pandu klien dalam latihan imajinasi untuk memvisualisasikan diri sebagai pribadi yang sehat, melakukan rutinitas sehari-hari dan fungsi seksual • Rujuk pada kelompok pendukung • Diskusikan proses adaptasi-berduka, berikan privasi dan izin untuk saling berbagi ketakutan dan kesedihan dengan pasangan • Dorong dan beri kesempatan kepada pasangan setiap minggu untuk saling berbagi dan bercerita tentang kekhawatiran/masalah seksual • Diskusikan alternatif ekspresi seksual sebagai bentuk kepuasan, bukan hanya pemanasan • Definisikan harapan realistis yang rendah tekanan untuk kembali melakukan hubungan seksual secara bertahap
Disfungsi erektile sekunder berhubungan dengan gangguan sistem syaraf pusat; depresi sekunder terhadap komplikasi vaskuler dan sistem syaraf DM	<ul style="list-style-type: none"> • Redakan tekanan tentang pelaksanaan seksual yang berorientasi pada tujuan • Diskusikan tentang larangan dan pantangan seksual • Berikan informasi yang akurat • Ajarkan latihan yang berfokus pada sensasi • Lakukan rujukan pada ahli urologi dan seksual
Ejakuasi dini: ejakulasi prematur konsisten berhubungan dengan kecemasan pelaksanaan hubungan seksual.	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi yang akurat • Berikan dorongan untuk berkomunikasi dengan pasangan • Ajarkan latihan yang berfokus pada sensasi • Jelaskan tentang tehnik henti-lanjut • Redakan tekanan tentang ansietas pelaksanaan hubungan seks • Sarankan mengubah tempo dorongan selama senggama • Lakukan rujukan pada ahli terapi seks

Sumber: Potter & Perry, (2005); Bulechek, (2008) dalam NIC yang telah dimodifikasi dan diolah kembali oleh peneliti

Menurut Bulechek, et al. (2008) dalam NIC, intervensi diagnosa keperawatan pada masalah keperawatan konsep diri, harga diri, citra tubuh, performa peran, respon koping pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, secara umum antara lain dengan memberikan perawatan yang mendukung fungsi psikososial dan memfasilitasi perubahan gaya hidup (domain 1: behavioral), dengan rincian intervensi:

1. Perawat perlu meningkatkan keterampilan berkomunikasi dengan aktif mendengarkan dan menjadi pendengar yang aktif
2. Perawat mendampingi klien untuk menentukan koping yang sesuai dengan intervensi: peningkatan citra tubuh, peningkatan kemampuan koping, konseling, pendampingan dalam memutuskan masalah, dukungan

emosiaonal, inspirasi atas pengharapan, peningkatan ritual keagamaan, pengurangan dan relokasi stres. Selanjutnya peningkatan peran, peningkatan kesadaran diri, peningkatan harga diri, konseling seksualitas, dukungan kelompok yang sama untuk berbagi, peningkatan support sistem, memberikan sentuhan.

3. Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang seksualitas
4. Perawat menciptakan kenyamanan psikologis dengan mengurangi rasa cemas.
5. Perawat memberikan support dari *care giver*, melibatkan keluarga, dukungan keluarga dan peningkatan peran keluarga.

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Manajemen implementasi pada pasien dengan disfungsi seksual secara garis besar adalah dengan memberikan dukungan (support) dan edukasi. Support dapat diberikan dengan peka terhadap kebutuhan dan masalah klien, menggunakan pendekatan dengan penuh kepedulian (*caring*) sehingga klien tidak merasa malu untuk menyampaikan masalah bahkan mengikuti semua treatment yang diberikan. Mengikutsertakan pasangan untuk meningkatkan dukungan serta memberikan alternatif treatment, baik mengikuti rencana medis yang disusun dokter maupun tindakan mandiri keperawatan (Black & Hawks, 2009; Potter & Perry, 2005).

Memberikan pendidikan dengan promosi kesehatan dan penyuluhan kesehatan khususnya tentang seksual merupakan implementasi umum yang dapat diberikan. Mengajarkan kepada klien tentang fungsi normal dari ereksi, faktor yang mempengaruhi dan bagaimana pendekatan yang benar untuk menyelesaikan masalah. Selain dengan tetap menggali dan mendiskusikan tentang kepuasan, upaya mengatasi disfungsi seksual yang dialami (Black & Hawks, 2009; Potter & Perry, 2005).

Menyertai dan mengajak klien untuk dapat bertemu dengan kelompok yang sama, untuk melakukan *sharing* masalah. Jika menggunakan obat, jelaskan bagaimana cara pemberiannya dan agar seyogyanya mengikuti aturan yang telah diberikan

sesuai resep, termasuk di dalamnya bagaimana menggunakan dan beradaptasi dengan penis implan, *inject syringe*, dan obat-obatan yang lain.

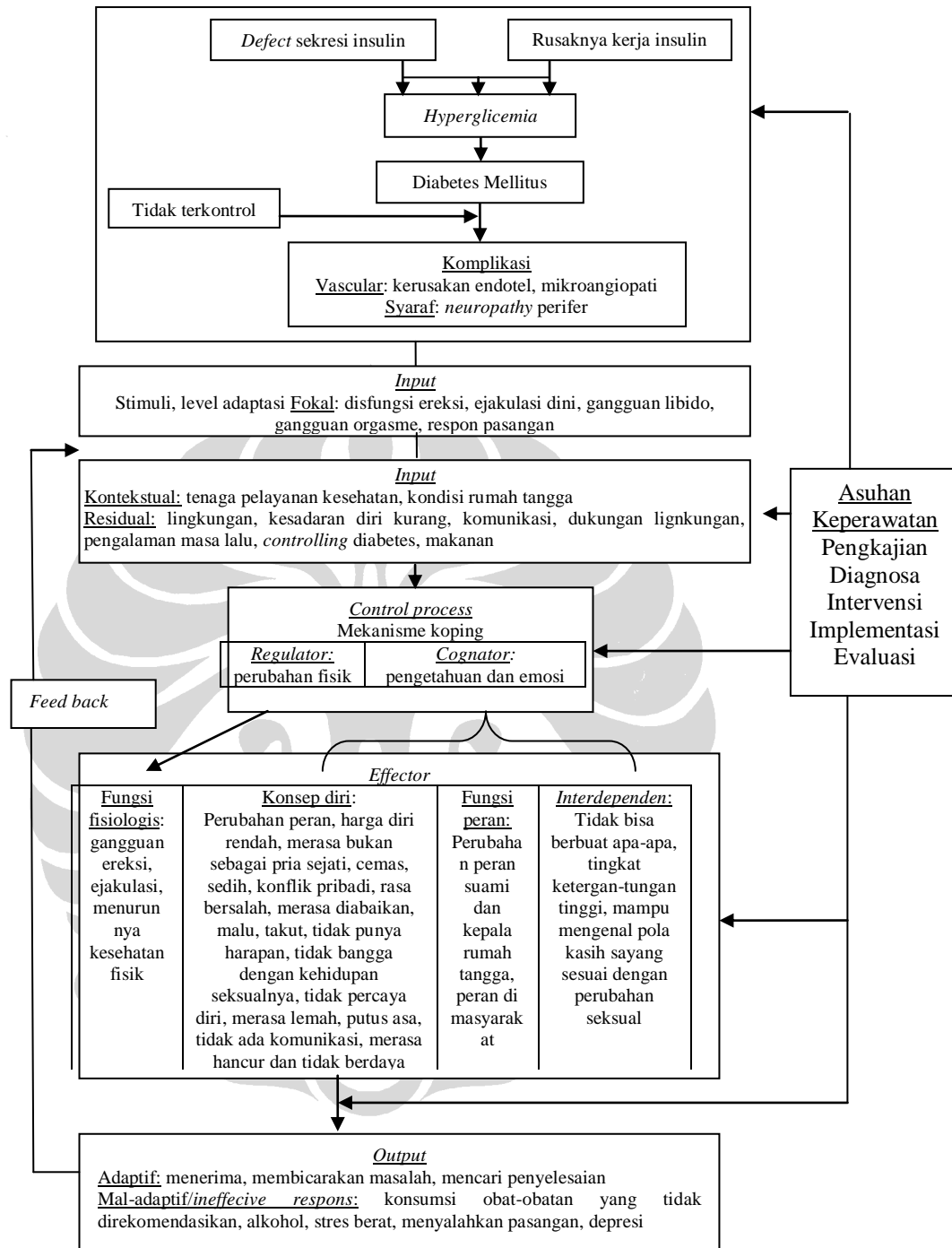
2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Individu berhak memahami fungsi tubuhnya dan memprediksi perubahan yang ada pada dirinya, dengan memahami perkembangan dan cara merespon serta mengekspresikan seksualitasnya (Potter & Perry, 2005). Pengungkapan dari klien dan pasangan menentukan tercapainya tujuan dan hasil, termasuk di dalamnya bagaimana klien dan pasangan dapat mengekspresikan seksualitas yang membutuhkan keintiman, kemampuan klien mengungkapkan kekuatiran, aktifitas dan kepuasan seksual, serta menunjukkan faktor resiko yang mungkin akan dihadapinya (Potter & Perry, 2005).

Perubahan non-verbal dari klien dan pasangan perlu dievaluasi seperti kontak mata, interaksi, postur, *gesture*, gerakan tangan, mimik wajah, dan respon non verbal lainnya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kenyamanan, kecemasan dan kekhawatiran klien. Hasil pengamatan ini bertujuan untuk dapatnya mengubah harapan dan menentukan kerangka waktu yang lebih sesuai untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Potter & Perry, 2005).

Perlu dipertimbangkan tingkat kepuasan seksual, kemampuan klien dan pasangan mengatasi disfungsi seksualnya, komunikasi yang terjalin dan harga diri sehingga kesejahteraan seksual dapat terwujud (Potter & Perry, 2005).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori Penelitian Disfungsi Seksual pada Pria Diabetes

Sumber: Kerangka ini dimodifikasi oleh peneliti dari Dunning (2003), Soegondo (2009), Odendaal (2007), Diabetes, UK (2009), Potter & Perry (2005), Hanash (2008), Roy & Andrews (1999), Whitehouse (2009), Black & Hawk (2009).

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang rancangan penelitian, informan/partisipan, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat dan metode pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, serta keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang berfokus pada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial, yang bertujuan untuk memperoleh jawaban atau informasi mendalam tentang pengalaman sosial seseorang seperti sikap, motivasi, kepercayaan dan perilaku dari sudut pandang orang tersebut (Polit, Beck & Hugler, 2001). Metode ini memahami manusia dengan segala kompleksitas sebagai makhluk subyektif, melihat manusia sebagai sistem yang berpola dan berkembang (Poerwandari, 2005). Penelitian kualitatif mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau menginterpretasikan suatu fenomena berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Creswell, 2002).

Pada penelitian ini dilakukan penggalian mendalam tentang pengalaman klien pria diabetes dengan disfungsi seksual, sehingga akan didapatkan informasi yang murni, detail dan menyeluruh tentang sikap, motivasi, kepercayaan, harapan dan perilaku dari sudut pandang klien sendiri.

Penggunaan metodologi ini didasarkan pada:

1. Suatu asumsi bahwa ilmu pengetahuan tentang perilaku manusia hanya dapat diperoleh melalui penggalian secara langsung terhadap pengalaman yang didefinisikan oleh manusia tersebut (Polit & Hungler, 2001), dan disfungsi seksual pria diabetes merupakan pengalaman yang hanya bisa didefinisikan oleh yang merasakannya serta hanya bisa digali secara langsung.

2. Mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau menginterpretasikan suatu fenomena berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Creswell, 2002).
3. Menghasilkan data deskriptif yang berasal dari tulisan, perkataan dan tingkah laku subjek yang diteliti (Furchan, 1992).
4. Mampu menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkripsi, wawancara, catatan lapangan, gambar, foto atau beberapa kata tertulis atau lisan dari orang atau perilaku yang diamati secara menyeluruh (Sarantakos, 1993 dalam Poerwandari, 1998).

Metode kualitatif ini telah mendekatkan peneliti pada subjek penelitian serta situasi penelitian. Dengan demikian diperoleh pemahaman yang jelas tentang realitas dan kondisi subjek sehari-hari dan berguna untuk mengungkapkan kondisi, yaitu pengalaman klien pria diabetes dengan disfungsi seksual.

Pendekatan fenomenologi yang digunakan adalah fenomenologi deskriptif yang didasarkan pada filosofi Husserl. Fenomena deskriptif ini digunakan untuk mengembangkan struktur pengalaman hidup suatu fenomena dalam mencari kesatuan makna dengan mengidentifikasi inti fenomena dan menggambarkan secara akurat dalam pengalaman hidup sehari-hari (Rose, Beeby & Parker dalam Speziale & Carpenter, 2003). Pendekatan fenomenologi deskriptif menekankan pada subyektifitas pengalaman hidup manusia yang bermakna bahwa peneliti melakukan penggalan langsung pada pengalaman yang disadari dan menggambarkan fenomena yang ada tanpa terpengaruh oleh teori dan asumsi sebelumnya (Speziale & Carpenter, 2003).

Menurut Spiegelberg (1975) yang dikutip oleh Speziale & Carpenter (2003), terdapat enam elemen dasar yang umum dilakukan saat menelaah fenomena. Elemen-elemen tersebut meliputi 1) menelaah fenomena, 2) menelaah esensi, 3) menelaah pola hubungan antar esensi dari suatu fenomena, 4) menelaah pola perwujudan suatu fenomena, 5) mengeksplorasi struktur fenomena dalam

kesadaran manusia, dan 6) menginterpretasikan makna implisit dari sebuah fenomena.

Dari keenam elemen dasar fenomenologi menurut Spiegelberg (1975) yang dikutip oleh Speziale & Carpenter (2003) terdapat tiga elemen yang paling sesuai dengan filosofi fenomenologi Husserl dan umum dilakukan saat menelaah sebuah fenomena, yaitu:

1. *Bracketing*

Bracketing adalah mengacu pada proses mengidentifikasi dan memegang pertimbangan kepercayaan nilai yang ada dalam fenomena yang diteliti. Pada tahap ini, peneliti menghindari asumsi-asumsi yang ada pada dirinya terhadap fenomena yang diteliti untuk mendapatkan hasil penelitian yang sesungguhnya. Tahap ini dilakukan sejak awal hingga peneliti melakukan analisa data, di mana peneliti akan bersikap netral dan terbuka dengan fenomena yang ada (Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti sama sekali tidak mengasumsikan bahwa partisipan mengalami perasaan menyedihkan, merasakan terganggu dengan gangguan seksualnya dan sangat terbuka dengan kemungkinan apa saja yang akan disampaikan oleh partisipan.

Saat proses wawancara, asumsi ini tetap dipertahankan dengan hanya merespon setiap jawaban partisipan dengan sikap menerima pernyataannya tanpa mengarahkan keyakinan diri peneliti tentang disfungsi seksual. Kalimat-kalimat yang dipakai hanyalah berupa pertanyaan seperti “bagaimana perasaan bapak...”, “ooo, iya... lalu”, “ada lagi”. ini suatu upaya untuk menetralkan asumsi. Bahkan saat dilakukan transkrip verbatim, partisipan tidak sedang berusaha untuk memasukkan persepsi dirinya atas jawaban partisipan yang didengar, sehingga tidak terjadi asumsi bahwa apa yang dikatakan partisipan adalah sama dengan persepsi peneliti. Analisa data disesuaikan dengan kata kuncinya dan tidak berusaha untuk menghilangkan atau menambah kata, karena ini sudah berarti menghilangkan unsur kenetralan dan keterbukaan atas fenomena apa saja yang ada.

2. Menelaah fenomena

Tahap kedua ini dilakukan melalui proses eksplorasi, analisis dan deskripsi fenomena untuk memperoleh gambaran yang utuh dan mendalam dari fenomena. Peneliti mengidentifikasi 3 langkah untuk menelaah fenomena yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Speziale & Carpenter, 2003), yaitu:

a. *Intuiting*

Adalah langkah awal di mana seorang peneliti mulai berinteraksi dan memahami fenomena yang diteliti (Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti menggali fenomena yang ingin diketahui dari partisipan mengenai pengalaman klien pria diabetes dengan disfungsi seksual yang dialaminya.

Dalam proses interaksi ternyata terjadi komunikasi resiprokal dan permintaan opini dari partisipan, baik sebagai permintaan atau upaya tak disengaja, oleh karena itu pada tahap ini peneliti menghindari kritik, evaluasi atau opini tentang hal-hal yang disampaikan oleh partisipan dan menekankan pada fenomena yang diteliti, artinya peneliti hanya mengeksplorasi pengalaman klien dengan tanpa memberikan penilaian atau pendapat apapun. Tindakan ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran sebenarnya dari partisipan. Pada langkah ini, peneliti akan berperan sebagai instrumen dalam proses pengumpulan data.

Pada proses wawancara yang dilakukan, ditemukan 3 partisipan yang meminta masukan sehubungan dengan disfungsi seksualnya, yaitu tentang obat atau tindakan yang harus ditempuh, cara mengatasi dan menghadapi istri sehingga mampu berkomunikasi dengan baik, upaya untuk membuat diri tidak malu, dan cara mencapai kesembuhan. Namun, peneliti tetap mempertahankan alur wawancara sesuai dengan tujuan sehingga kembali lagi ke fokus dengan tetap memperhatikan kondisi partisipan. Pemberian opini diberikan kepada partisipan saat di akhir sesi pada terminasi akhir.

b. *Analyzing* (Proses analisa)

Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi arti dari fenomena yang telah digali dan mengeksplorasi hubungan serta keterkaitan antara data dengan fenomena yang ada (Speziale & Carpenter, 2003). Data yang penting akan dianalisa secara seksama dengan mengutip pernyataan yang signifikan tentang pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes, mengkategorikan dan menggali intisari dari data, menentukan tema-tema sehingga peneliti akan memperoleh pemahaman terhadap fenomena yang diteliti. Analisis ini dilakukan berkali-kali dan teliti sehingga mendapatkan tema yang benar.

c. *Describing* (mendeskripsikan)

Yaitu mendeskripsikan fenomena yang diteliti dengan tujuan mengkomunikasikan dalam bentuk tertulis struktur esensial dari fenomena (Speziale & Carpenter, 2003). Pada tahap ini peneliti mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang fenomena disfungsi seksual pada pria diabetes dan ditulis dalam bentuk narasi kalimat yang terstruktur dan esensial sehingga ditemukan makna dari pengalaman partisipan tersebut.

3. Menelaah esensi dari fenomena

Fenomenologi menyakini bahwa suatu fenomena mempunyai struktur esensial dibentuk oleh esensi atau elemen dasar yang saling berhubungan. Oleh karena itu untuk memahami struktur esensial suatu fenomena dilakukan proses telaah terhadap esensi dan pola hubungan antar esensi dari fenomena. Pada dasarnya proses menelaah esensi meliputi *intuiting* dan *analyzing*. Setelah esensi dan pola hubungan teridentifikasi maka struktur esensial dari fenomena yang diteliti dapat disusun (Speziale & Carpenter, 2003). Pada penelitian ini, peneliti berusaha memahami keunikan individu dan arti pengalaman klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual.

Pendekatan kualitatif juga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan pemahaman yang utuh dan menyeluruh mengenai keunikan individu (Speziale & Carpenter, 2003). Pada penelitian ini, peneliti akan berusaha memahami arti pengalaman berupa peristiwa-peristiwa yang dialami pasien pria diabetes dengan disfungsi seksual.

3.2 Partisipan

Pengalaman merupakan segala kejadian yang telah dilalui oleh seseorang. Mengacu pada hal tersebut, maka pemilihan partisipan dalam penelitian ini adalah klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual, sehingga bisa diharapkan bisa mengungkapkan pengalaman disfungsi seksual yang dialaminya.

Cara pemilihan partisipan dilakukan dengan *purposive sampling*, yaitu pemilihan sampel dengan pertimbangan tertentu, yaitu kriteria dan tujuan penelitian (Sugiyono, 2011). Kriteria sampel antara lain:

1. Klien pria diabetes melitus dengan disfungsi seksual yang dirawat di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Pemilihan pria sebagai partisipan berdasarkan kasus disfungsi seksual pada pria lebih banyak dari wanita (50% wanita : >50% pria).

Penentuan disfungsi seksual pada klien pria diabetes dilakukan dengan *screening* menggunakan *International Index of Erectile Function (IIEF)*. Menurut Basu & Ryder (2004), IIEF adalah suatu alat ukur questioner untuk menentukan disfungsi seksual. Alat ukur ini telah disusun dengan baku, tingkat keakuratannya sudah diukur dari sisi budaya; bahasa dan psikometri. IIEF ini terdiri dari 15 pertanyaan yang secara komprehensif digunakan untuk mengkaji fungsi seksual dalam 5 domain respon, yaitu 1) fungsi ereksi (pertanyaan 1-5 dan 15); 2) kepuasan berhubungan seksual (*intercourse*) (pertanyaan 6-8); 3) fungsi orgasme – di dalamnya terdapat pertanyaan tentang ejakulasi (pertanyaan 9 dan 10); 4) hasrat seksual (pertanyaan 11 dan 12); dan 5) kepuasan seksual secara umum (pertanyaan 13 dan 14). Rentang nilai masing-masing pertanyaan adalah 0-5 (nilai minimal 0 dan maksimal 5). Algoritme penilaian untuk IIEF dapat dilihat pada tabel 2.5 berikut:

Tabel 2.5 Algoritme Penilaian untuk IIEF

Domain	Item	Rentang Nilai	Nilai maksimal
Fungsi ereksi	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Fungsi orgasme	9, 10	0-5	10
Hasrat seksual	11, 12	0-5	10
Kepuasan <i>intercourse</i>	6, 7, 8	0-5	15
Kepuasan secara umum	13, 14	0-5	10

Sumber: Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., Mishra, A., (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*. Jun; 49 (6), 822-30.

<http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>.

Interpretasi dari masing-masing domain dapat dilihat pada tabel 2.6 beriku:

Tabel 2.6 Interpretasi Klinik untuk IIEF pada masing-masing domain

Interpretasi	Domain	Fungsi Ereksi	Fungsi Orgasme	Hasrat Seksual	Kepuasan <i>Intercourse</i>	Kepuasan Umum
Disfungsi berat		0-6	0-2	0-2	0-3	0-2
Disfungsi sedang		7-12	3-4	3-4	4-6	3-4
Disfungsi ringan ke sedang		13-18	5-6	5-6	7-9	5-6
Disfungsi ringan		19-24	7-8	7-8	10-12	7-8
Tidak terjadi disfungsi		25-30	9-10	9-10	13-15	9-10

Sumber: Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., Mishra, A., (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*. Jun; 49 (6), 822-30.

<http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>.

Setelah klien dinyatakan termasuk mengalami disfungsi seksual, maka hasil *screening* tersebut ditunjukkan kepada klien untuk diklarifikasikan, jika ternyata masih terjadi penyangkalan; kesalahpahaman atau ketidakmengertian dengan kondisinya, maka peneliti akan menanyakan secara lisan dengan bahasa yang dimengerti, misalnya “apakah bapak mengalami perubahan kemampuan saat berhubungan seksual?”.

Pada hasil *screening* awal yang dilakukan, langsung dilakukan penilaian dan disampaikan kepada partisipan. Untuk partisipan yang ada di lantai 7 Gedung A (rawat inap) penyampaian disesuaikan dengan janji pertemuan kedua, baik itu beberapa menit setelah penilaian atau pada hari berikut. Sedangkan untuk partisipan yang ada di poli endokrin, peneliti meminta waktu 5 menit untuk menilai format *screening* awal yang telah diisi untuk kemudian disampaikan hasilnya dan dilanjutkan untuk wawancara mendalam.

Saat dilakukan penyampaian hasil, partisipan dengan terbuka menerima dan mengakui bahwa dirinya mengalami disfungsi seksual. Hal ini terbukti, ketika pertama kali ditanyakan dan diklarifikasikan kembali tentang perubahan seksual yang dialami, dengan terbuka partisipan mengatakannya, bahkan jauh sebelum mengisi format IIEF tersebut, partisipan sudah menjelaskan kalau dirinya mengalami gangguan seksual.

2. Usia antara 30-60 tahun

Usia ini adalah usia pria dewasa pertengahan dan akhir, di mana insiden diabetes mellitus banyak terjadi. Selain itu, rentang usia tersebut menunjukkan pria berada pada masa perkembangan dewasa pertengahan dan akhir di mana tugas perkembangan usia 30-40 tahun adalah *peak sexual responsiveness* yaitu puncak pertanggung jawaban atas kebutuhan dan identitas seksualnya, dan tugas perkembangan usia 40-60 tahun adalah bereaksi terhadap efek seksual yang ada pada dirinya.

3. Diabetes tipe 2

Tipe 2 ini dipilih berdasarkan data bahwa klien diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta semuanya bertipe 2. Selain itu, Indonesia adalah negara di batas katulistiwa yang insiden diabetes mellitus tipe 2 lebih banyak dibanding tipe 1.

4. Menikah dan mempunyai pasangan

Kriteria ini dibuat dengan pertimbangan bahwa ditemukan respon pasangan terhadap disfungsi seksual yang dialami sekaligus harapan pasangan partisipan.

5. Mampu berkomunikasi dengan baik, kesadaran composmentis, kooperatif.

Tiga hal ini merupakan syarat mutlak untuk mendapatkan informasi pengalaman dengan baik.

6. Belum pernah menjadi responden penelitian sejenis.

Kriteria ini dibuat untuk menghindari pengulangan, menjaga privasi dan yang penting adalah mendapatkan data apa adanya tanpa dipengaruhi bias.

7. Bersedia menjadi partisipan dengan mengisi *informed consent*.

Penentuan jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif dapat didasarkan pada penelitian terdahulu atau rekomendasi. Pada penelitian kualitatif yang dilakukan oleh LeMone (1993) dengan judul *Human Sexuality in Adults with IDDM* dilakukan wawancara pada 11 orang pria dan wanita untuk mengeksplorasi perubahan seksual pada klien dengan IDDM, sedangkan Riemen (1986) dalam Creswell (2002) merekomendasikan jumlah sampel dalam penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi adalah 3-10 orang, dan bila sudah terjadi saturasi maka jumlah partisipan tidak perlu ditambah lagi. Lain halnya menurut Lincoln & Guba (1985) dalam Sugiyono (2007), dijelaskan bahwa jumlah partisipan yang akan diambil ditentukan oleh kualitas informasi yang ingin diperoleh melalui proses wawancara sampai tidak adanya informasi baru (terjadi saturasi data).

Selain pertimbangan penelitian terdahulu dan rekomendasi, ada hal utama yang perlu dipertimbangkan dalam penggalan pengalaman seksualitas seseorang, yaitu kendala psikologis dan penolakan, oleh karena itu jumlah partisipan direncanakan 5-10 orang (bisa kurang atau lebih) tergantung pada terjadinya saturasi, karena pada dasarnya prinsip dasar pengambilan data dalam penelitian kualitatif nantinya adalah tercapainya saturasi data, yaitu tidak ada lagi informasi baru yang bisa didapatkan dan tujuan telah tercapai (Polit, Beck & Hungter, 2001).

Dalam proses penelitian, akhirnya didapatkan 7 partisipan. Perolehan jumlah partisipan ini melalui proses seleksi calon partisipan dari kepala ruangan lantai 7. Terdapat 8 klien diabetes mellitus dengan rincian 4 klien di kamar 705, 3 klien di kamar 719 dan 1 klien di kamar 718. Setelah dipilah sesuai dengan kriteria, maka yang sesuai kriteria hanyalah 2 klien, sedangkan ke-6 klien yang lain tidak memenuhi syarat karena 1) usia < 30 tahun (1 klien berusia 28 tahun), 2) Tidak mempunyai pasangan/istri (2 klien belum menikah, 1 klien cerai), 3) tidak dapat

diajak komunikasi karena kondisi fisik yang tidak memungkinkan, yaitu adanya komplikasi ketoasidosis diabetikum sehingga terjadi penurunan kesadaran (2 klien), 4) satu klien menolak untuk dijadikan partisipan karena menginginkan ketenangan berfikir.

Dari 2 partisipan setelah dilakukan pendekatan dan menyetujui maka diambil menjadi partisipan. Oleh karena lama rawat inap di lantai 7 memakan waktu 15-40 hari atau lebih tergantung dengan kondisi sakitnya, maka peneliti melakukan ekspansi lokasi penelitian, yaitu di poli endokrin URJT RSUPN Dr. Cipto mangunkusumo Jakarta. Melalui seleksi dari kepala ruangan, perawat serta tata usaha bagian penerimaan klien, maka didapatkan > 10 klien. Oleh karena hanya dibutuhkan sekitar 3-7 partisipan, maka dilakukan pendekatan kepada 6 klien dan 1 klien menolak untuk dijadikan partisipan karena sudah mendekati urutan pemanggilan masuk kamar periksa. Akhirnya didapatkan total 7 partisipan.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap Gedung A lantai 7 dan Poli Endokrin Unit Rawat Jalan Terpadu (URJT) RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Pemilihan tempat ini dengan pertimbangan bahwa jumlah pasien pria diabetes di 2 ruang tersebut dapat mencukupi pencapaian sampel penelitian, jika di lantai 7 belum memenuhi jumlah partisipan maka diambil di poli endokrin. Selain pertimbangan kemudahan pemenuhan jumlah partisipan, peneliti juga sudah pernah melaksanakan praktik klinik saat Aplikasi 1 Keperawatan Medikal Bedah dan Aplikasi 2 Keperawatan Medikal Bedah Sistem Endokrin Program Magister Kekhususan keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun akademik 2010-2011.

Rumah sakit tersebut memberikan kemudahan untuk melakukan penelitian dengan prosedur yang tidak rumit dan para staf (perawat dan dokter) memberikan dukungan, mengingat rumah sakit tersebut adalah rumah sakit pendidikan yang memberikan ruang bebas untuk dilakukan penelitian. Selain itu, klien yang

dirawat di sana sudah terkondisikan untuk beradaptasi dengan proses kajian ilmiah sehubungan dengan kondisi sakitnya. Pengambilan lokasi di ruang rawat inap memberikan kesempatan lebih banyak dan lebih mudah bagi peneliti untuk menggali informasi, karena interaksi resiprokal antara perawat klien jauh lebih mudah.

3.3.2 Waktu Penelitian

Proses penelitian dilaksanakan mulai dari penyusunan proposal, pengambilan data, analisa data dan penyajian hasil sampai terdokumentasi dalam bentuk laporan tugas akhir. Penyusunan proposal dilakukan sejak 18 Nopember 2010-27 April 2011, ujian proposal tesis 1 Mei 2011, proses uji etik dan perijinan penelitian 2 Mei-14 Juni 2011, pengumpulan pengolahan dan analisa data serta pembahasan dimulai pada 15 Juni – 08 Juli 2011.

3.4 Etika Penelitian

Meneliti pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes merupakan sebuah eksplorasi yang membutuhkan persiapan matang dan mempertimbangkan etika penelitian. Bagi partisipan akan muncul rasa tidak nyaman, malu, merasa tabu untuk mengungkapkan serta kekhawatiran apabila pengalaman yang sudah diceritakan akan menimbulkan berbagai akibat buruk bagi dirinya. Oleh karena itu peneliti menggunakan etika penelitian yang akan melindungi partisipan dari berbagai kekhawatiran tersebut.

Penelitian ini akan menggunakan beberapa prinsip etik yang diterapkan dalam penelitian kualitatif, yaitu prinsip *beneficience*, prinsip menghargai martabat manusia (*respect to dignity*) dan prinsip keadilan (*justice*) (Pollit, Beck & Hungler, 2001; Speziale & Carpenter, 2003).

Dalam memenuhi prinsip *beneficience*, peneliti memastikan kepada partisipan bahwa dalam penelitian yang dilakukan mereka bebas dari bahaya serta menjamin bahwa manfaat penelitian ini lebih besar dari resiko yang ditimbulkan (Pollit, Beck & Hungler, 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti memberikan

penjelasan dan jaminan kepada partisipan kalau eksplorasi pengalaman disfungsi seksualnya ini tidak berbahaya karena tanpa menggunakan alat apapun kecuali lembar *screening* disfungsi seksual (IIEF) dan pertanyaan terbuka, manfaat yang didapatkan akan memberikan masukan yang sangat berharga bagi perkembangan keperawatan, karena perawat lebih mendapatkan data konkrit tentang bagaimana perasaan klien sehingga dapat mengkaji sampai mengevaluasi masalah keperawatan yang komprehensif pada klien diabetes.

Dalam proses jaminan keamanan penelitian, terdapat 1 calon partisipan yang menanyakan “apakah penelitian ini ada tindakan pengambilan darah?” Alasan calon partisipan menanyakan hal tersebut adalah karena dia trauma dengan saudaranya yang sakit diabetes mellitus yang dirawat di rumah sakit, menurutnya saudaranya meninggal setelah diambil darahnya. Maka dijelaskan oleh peneliti bahwa penelitian ini tanpa melakukan tindakan invasif atau melukai, hanya dilakukan wawancara, akhirnya calon partisipan mengerti. Sebelum memberikan kesediaannya sebagai partisipan, ada pertanyaan lanjutan dari calon partisipan, yaitu “apakah hasil penelitian ini nanti akan berefek pada status kesehatan dan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan jika seandainya dia dirawat di rumah sakit ini?” alasannya karena dia takut akan berefek sehingga tidak mendapatkan perawatan yang baik. Maka dijelaskan bahwa hasil penelitian ini hanya akan digunakan untuk keperluan ilmiah dalam proses penyelesaian proses belajar magister keperawatan medikal bedah yang dilakukan peneliti, dan tidak berefek pada pelayanan kesehatan di kemudian hari. Setelah dilakukan dialog, maka akhirnya partisipan dengan sukarela bersedia menandatangani surat persetujuan menjadi responden.

Peneliti juga memberikan kenyamanan (*protection from discomfort*) kepada partisipan dengan memberikan kebebasan kepada partisipan untuk memilih tempat; waktu dan pada kondisi bagaimana wawancara bisa dilakukan (Pollit, Beck & Hungler, 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Dalam proses penentuan tempat ini, saat di lantai 7 kedua partisipan memilih diwawancarai di tempat tersendiri dan akhirnya digunakan kamar 706 untuk wawancara. Sedangkan bagi

partisipan yang ada di Poli Endokrin, kamar 18 yang kosong digunakan untuk wawancara. Partisipan juga akan diberi kesempatan untuk berhenti sejenak jika saat wawancara ada kegiatan lain yang harus dilakukan, atau beristirahat sejenak ketika proses wawancara sudah menimbulkan kelelahan dan ketidaknyamanan.

Prinsip menghargai martabat (*respect to dignity*) dan manusia dipenuhi dengan memberikan hak untuk menentukan pilihan (*self determination*) dan hak mendapatkan penjelasan secara lengkap (*full disclosure*) (Pollit, Beck & Hungler, 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti memenuhi hak partisipan dalam menentukan pilihan melalui penjelasan bahwa partisipasi yang dilakukan adalah bebas, bersifat sukarela dan tidak ada paksaan. Peneliti juga menjelaskan bahwa tidak berkeberatan jika partisipan mengundurkan diri dan tidak dikenakan sanksi apapun. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan proses penelitian serta hak-hak partisipan selama mengikuti penelitian sehingga partisipan bisa menentukan keikutsertannya secara sukarela. Pada proses pengambilan data, tidak ada satupun partisipan yang mengundurkan diri di tengah-tengah proses wawancara, baik dari wawancara pertama maupun yang kedua dan ketiga. Hanya ada 1 partisipan yang di tengah wawancara mohon ijin untuk menghentikan sebentar karena akan buang air kecil.

Prinsip etik selanjutnya adalah prinsip keadilan (*justice*), yaitu dengan memberikan perlakuan yang sama tanpa membedakan suku, agama ataupun golongan, pun juga perbedaan status sosial pendidikan dan ekonomi, artinya tidak ada diskriminasi, termasuk di dalamnya tidak menyinggung kelemahan dasar yang dimiliki partisipan, contoh disfungsi seksualnya (Pollit, Beck & Hungler, 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti tidak memilih calon partisipan dari daerah mana, karena semua klien bisa menggunakan bahasa Indonesia. Dari pengumpulan identitas partisipan, didapatkan asal daerah yang beragam yaitu Jawa Timur, Jawa Tengah, Padang, Aceh dan Jakarta. Juga tidak memilih status pendidikan dan ekonomi yang tinggi saja.

Peneliti juga melakukan prosedur *confidentiality* dan *anonymity*. Prinsip kerahasiaan (*confidentiality*) mewajibkan peneliti menjamin kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan oleh partisipan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Peneliti menjelaskan jaminan kerahasiaan bahwa hasil wawancara baik dalam bentuk rekaman maupun transkrip wawancara akan didokumentasikan sendiri oleh peneliti. Kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*) dijamin dengan tidak mencantumkan nama maupun inisial partisipan dalam transkrip verbatim, tetapi dengan mencantumkan kode P (partisipan) sesuai dengan urutan wawancara untuk setiap partisipan. Ketika ini disampaikan kepada calon partisipan, maka partisipan merasa lebih tenang.

Dalam memenuhi semua hak tersebut, peneliti menerapkan pendekatan *consensual decision making* atau disebut juga dengan *informed consent process*, yaitu adanya kesepakatan/konsensus yang dibuat antara peneliti dengan partisipan. Pendekatan ini digunakan untuk mengevaluasi kesediaan partisipan dalam berpartisipasi selama penelitian pada berbagai tahap dalam proses penelitian (Speziale & Carpenter, 2003). Tujuan dari *informed consent* adalah memudahkan partisipan dalam memutuskan kesediannya mengikuti proses penelitian. Dalam *informed consent* terdapat penjelasan singkat proses penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, lama keterlibatan dan hak partisipan.

Dalam praktiknya, proses *informed consent* ini akan dapat dicapai tidak hanya dengan partisipan membaca isi *informed consent*, tetapi peneliti juga memberikan penjelasan detail tentang tujuan, maksud, manfaat dan bahaya dari penelitian, dan inilah yang akan dilakukan oleh peneliti. Setelah ada kesepahaman, maka partisipan membubuhkan tanda tangannya pada lembar *informed consent* sebagai bukti bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

3.5 Alat dan Metode Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1) peneliti sendiri, 2) pedoman wawancara mendalam, 3) catatan lapangan (*field note*), 4) handphone sebagai alat perekam suara, dan 5) catatan ingatan.

Peneliti adalah instrumen utama dalam penelitian kualitatif. Sebagai alat pengumpul data utama, peneliti adalah orang yang berinteraksi secara langsung dengan partisipan, sebagai manusia responsif, mampu beradaptasi (menyesuaikan diri), menekan kebutuhan, mendasarkan diri atas pengetahuan, merespon data secepatnya dan mampu menggunakan kesempatan untuk mengklarifikasikan kembali data yang diperoleh (Moeloeng, 2006). Pada penelitian ini, peneliti sebagai pewawancara tunggal dan sebagai instrumen penelitian, secara langsung dan terbuka melakukan penggalian informasi tentang pengalaman disfungsi seksual yang dialami oleh partisipan.

Sebelum penelitian dilakukan, secara terencana peneliti membuat rancangan berupa pedoman wawancara. Pedoman wawancara yang mendalam dibuat berdasarkan teori-teori yang relevan dengan masalah yang digali dalam penelitian, dimulai dengan pertanyaan terbuka (*open ended question*), tidak bersifat kaku, karena pertanyaan dapat berkembang sesuai proses yang berlangsung selama wawancara, tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan. Tujuan pedoman wawancara ini adalah untuk memudahkan peneliti supaya pertanyaan yang diajukan terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman juga digunakan untuk mengingatkan peneliti terhadap pokok permasalahan yang dibahas (Speziale & Carpenter, 2003).

Dasar penentuan pedoman wawancara dengan menggunakan *open ended question* adalah pendapat Robinson (2000) dalam Speziale & Carpenter (2003) yang menyatakan bahwa *open ended question* merupakan cara yang utama pada penelitian kualitatif. *Open ended question* akan memberikan kesempatan pada partisipan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman yang dialami sesuai dengan fenomena yang diteliti.

Pedoman wawancara yang disiapkan peneliti adalah berisi pertanyaan terbuka tentang pengalaman disfungsi seksual pada pria diabetes yang terdiri dari 15 item besar pertanyaan. Dalam praktiknya, pertanyaan-pertanyaan tersebut hanya dijadikan panduan untuk mengarahkan wawancara pada tujuan yang telah

ditentukan, dengan tetap berprinsip pada dasar tidak mengarahkan jawaban partisipan ke jawaban atau opini tertentu yang dibangun oleh peneliti. Tidak menutup kemungkinan pertanyaan itu akan bertambah ataupun bisa berkurang atau bahkan cukup 1 pertanyaan saja yang diajukan, sesuai dengan kondisi wawancara (selengkapnya pedoman wawancara mendalam ada di lampiran 7).

Dalam proses selanjutnya, ternyata memang ada beberapa pertanyaan yang muncul seiring dengan penjelasan partisipan, diantaranya: 1) sejak kapan bapak menderita diabetes (kencing manis)?, pertanyaan ini kembali ditanyakan melalui wawancara untuk memastikan dan menggiring menuju awal terjadinya disfungsi seksual, 2) sejak kapan bapak mengalami perubahan/gangguan seksual semenjak didiagnosa/menderita diabetes? Dilanjutkan dengan memastikan waktu dan rentangnya, 3) apa efek dari upaya yang bapak lakukan sehubungan dengan disfungsi seksual yang bapak alami?, pertanyaan ini dilontarkan peneliti karena partisipan menyampaikan menggunakan pil, jamu, olah raga dan pengaturan diet serta kontrol glukosa darah untuk mengatasi masalahnya, sehingga diperlukan pertanyaan lanjutan tentang efek upaya tersebut. 4) bagaimana respon petugas kesehatan sehubungan dengan gangguan seksual yang bapak alami? 5) adakah upaya lain selain yang disebutkan sebelumnya untuk mengatasi masalah disfungsi seksual ini? Akhirnya ditemukan adanya mekanisme koping partisipan, dan 6) apa upaya bapak untuk memenuhi kebutuhan seksual selama ini?

Selain pedoman wawancara, peneliti juga menyiapkan lembar catatan lapangan (*field note*), lembar penulisan hasil wawancara, lembar dokumentasi identitas partisipan yang disimpan tersendiri (untuk mempermudah penelusuran data ketika kembali dilakukan pertemuan). *Field Note* berisi tentang respon non verbal yang muncul saat wawancara dilakukan, mendeskripsikan segala hal yang tidak dapat ditangkap/direkam secara auditorik. Beberapa hal yang dapat dituliskan dalam catatan lapangan antara lain waktu wawancara (tanggal dan jam), tempat wawancara, lingkungan fisik tempat wawancara, ekspresi non verbal partisipan dan sikap partisipan saat wawancara. Bahkan respon peneliti atas proses wawancara sebagai bentuk refleksi peneliti dapat dituliskan dalam catatan

lapangan, walaupun ini bukan menjadi prioritas utama dan hanya sebagai data pendukung kelengkapan kondisi non-verbal saat pengambilan data dilakukan.

Persiapan alat yang lain adalah alat perekam, rencana awal peneliti menggunakan MP4 karena mempunyai kemampuan menyimpan data yang lebih banyak dan merekam dalam waktu yang lama, alat ini juga bisa langsung dihubungkan dengan komputer sehingga data yang ada bisa disimpan. Juga peneliti sedianya menggunakan tape recorder untuk menunjang perekaman dan menghindari missing data. Namun pada proses penelitian yang dilakukan, peneliti akhirnya menggunakan handphone yang mempunyai memori rekaman sekitar 600 jam dengan ketajaman rekaman dan *speaker* yang cukup untuk bisa merekam dan didengarkan kembali. Untuk mengetahui kualitas rekaman, peneliti terlebih dahulu mengkalibrasinya dengan mencoba merekam suaranya sendiri dengan jarak dan posisi yang berbeda-beda sehingga didapatkan hasil rekaman yang bagus.

Pengumpulan data menggunakan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*), yaitu proses penggalian dan eksplorasi pengalaman secara mendalam dengan bertanya langsung kepada partisipan tentang fenomena yang dialaminya. Selain wawancara mendalam secara langsung dengan menggunakan pedoman wawancara dan catatan lapangan, peneliti juga menggunakan rekaman (*recording*) dan pencatatan ingatan. Metode ini sesuai dengan metode pengumpulan data yang disampaikan oleh Notoatmodjo (2002) bahwa ada 5 metode dalam pencatatan dan wawancara, yaitu 1) pencatatan mengembangkan pertanyaan tersebut dengan melihat fenomena dari penderita langsung, 2) pencatatan ingatan, 3) pencatatan dengan alat (*recording*), 4) pencatatan dengan *field rating*, dan 5) pencatatan dengan *field coding*.

Pencatatan langsung dilakukan dengan cara pewawancara secara langsung mencatat jawaban-jawaban dari partisipan, sehingga alat-alat dan pedoman penelitian *interviewer* berupa alat tulis harus selalu siap di tangan. Kemudian apa yang menjadi jawaban dari partisipan tidak terlupakan.

Pencatatan ingatan dilakukan sebagai bantuan untuk melengkapi data, hal ini dilakukan karena terkadang peneliti berusaha mengingat kejadian apa yang pernah dilakukan partisipan saat wawancara. Pencatatan ingatan akan ditulis di lembar pedoman wawancara atau *field note* dengan menuliskan hal-hal atau kata-kata pokok untuk membantu mempermudah peneliti dalam mengidentifikasi suatu data. Cara terakhir ini memang ada kekurangannya, yaitu daya ingat terbatas dengan jarak waktu mengingat yang lama sehingga ada kemungkinan data yang tidak tercatat. Namun ini tetap dilakukan dengan strategi proses pencatatan ingatan dapat dilakukan seketika setelah wawancara dilakukan, dan dilengkapi saat dilakukan *verbatim*. Strategi penentuan batas waktu pencatatan ingatan tidak lebih dari 2 hari, agar tidak kehilangan data. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2002) bahwa beberapa ahli memperhitungkan rata-rata 39% dari data yang dapat dicatat dari ingatan, jika dilakukan 2 hari maka akan menurun menjadi 30% dan bila seminggu sesudah pengumpulan data maka hanya 23% saja yang tercatat.

Proses pengumpulan data ini didahului dengan uji coba pada 1 partisipan (direncanakan pada P1), kemudian dilakukan *verbatim* sampai dengan analisa data. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengukur kemampuan peneliti untuk melakukan penggalian data sampai dapat menentukan tema, sekaligus memperkirakan waktu yang dibutuhkan.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini akan terbagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan terminasi.

3.6.1 Tahap Persiapan

Tahap ini diawali dengan peneliti meminta uji etik dari komite etik FIK UI dan dibuktikan dengan adanya surat lolos uji etik, kemudian meminta surat pengantar permohonan ijin penelitian dari FIK UI yang ditujukan kepada Direktur RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan tembusan kepada Kepala Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Bagian Penelitian, Kepala Unit Perawatan Terpadu Gedung A, Kepala Rekam Medik (untuk mendapatkan jumlah klien DM) dan Kepala

Ruangan 7 Unit Perawatan Terpadu Gedung A, Kepala URJT dan Kepala Ruang Poli Endokrin disertai dengan surat keterangan kajian etik sebagai dasar bahwa penelitian yang dilakukan sudah lolos uji etik. Setelah melakukan poses perijinan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dan mendapatkan ijin, maka peneliti melakukan penjangkaran partisipan dengan melakukan pendekatan ke kepala ruangan untuk mendapatkan data klien pria diabetes sesuai dengan kriteria yang diinginkan peneliti, sekaligus memeriksa rekam mediknya untuk mengetahui keadaan umum klien. Proses pemilahan klien dilakuan oleh peneliti sesuai dengan kriteria, untuk kemudian peneliti melakukan pendekatan langsung ke calon partisipan.

Sebelum peneliti mengutarakan maksud penelitian, peneliti melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya dengan berperan sebagai perawat yang membantu perawatan klien pria diabetes. Peneliti melakukan pendekatan personal dengan berbicara tentang topik yang bersifat umum seperti biodata calon partisipan, keluarga serta kondisi kesehatannya. Hal ini dilakukan untuk menetralkan kondisi dan meminimalisasi persepsi negatif, karena seks merupakan hal yang tabu dan sangat pribadi dan jarang diceritakan.

Setelah terjalin hubungan saling percaya, maka peneliti mengutarakan maksud untuk melakukan *screening* disfungsi seksual yang berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus yang diderita calon partisipan. *Screening* tersebut menggunakan IIEF yaitu berupa quesioner. Jika calon partisipan bersedia untuk mengisi quesioner tersebut, maka calon partisipan diberikan waktu dan ditinggal oleh peneliti agar bebas mengisi. Setelah pengisian selesai, maka peneliti melakukan pengecekan kelengkapan jawaban dan ternyata tidak ada soal yang terlewatkan. Setelah pengisian lengkap, maka peneliti melakukan penilaian selama 5 menit dan menyampaikan hasilnya ke calon partisipan bahwa mereka mengalami atau tidak mengalami disfungsi seksual.

Ketika sudah terjadi kesepahaman dan calon partisipan memang mengalami disfungsi seksual berdasarkan *screening* awal yang dilakukan peneliti, maka

selanjutnya peneliti menyampaikan maksud dan tujuan penelitian, memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan (lampiran 1). Setelah calon partisipan paham, dilanjutkan dengan memberikan lembar *informed consent* untuk dibaca dan dipahami. Setelah selesai dibaca, maka calon partisipan diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan seputar penelitian tersebut jika seandainya masih ada yang dirisaukan, dan selanjutnya berhak memberikan persetujuan secara sukarela dengan membubuhkan tanda tangan. Selanjutnya peneliti akan membuat kontrak waktu dan tempat pelaksanaan wawancara dengan partisipan.

Pada proses persiapan ini, ada beberapa hal yang menjadi perhatian peneliti yaitu 1) proses uji etik, 2) proses perijinan, 3) pendekatan dengan partisipan, dan 4) pertimbangan etik penelitian. Namun secara umum tidak terdapat kesulitan berarti baik dari proses perijinan dari institusi tempat penelitian; pimpinan; staf perawat dan dari partisipan serta keluarganya (proses pendekatan dengan partisipan dan beberapa hambatan kecil telah disebutkan dalam 3.4).

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

Pada dasarnya tahap pelaksanaan adalah tahap pengumpulan data, eksplorasi pengalaman disfungsi seksual yang dialami oleh klien pria diabetes. Wawancara dilakukan 1-3 kali di waktu, lokasi dan kondisi yang disepakati sebelumnya dengan partisipan. Untuk 2 partisipan yang ada di lantai 7, wawancara dilakukan di kamar 706 yaitu kamar kosong untuk diskusi dan penyuluhan, sedangkan yang di poli endokrin di kamar 18.

Pada wawancara pertama dilakukan proses pengenalan dan eksplorasi hal-hal ringan untuk membina hubungan saling percaya, kemudian ketika waktu sudah memungkinkan kepada masing-masing partisipan diajukan pertanyaan terbuka. Pertanyaan terbuka ini akan memberikan kesempatan kepada partisipan menyampaikan pengalamannya secara lebih leluasa tentang disfungsi seksual dan berbagai masalah yang terjadi selama wawancara berkembang, sesuai dengan temuan-temuan dan ungkapan partisipan tetapi tetap berdasarkan literatur yang terkait dengan permasalahan.

Selanjutnya, peneliti menyiapkan peralatan wawancara seperti handphone yang telah dicharge penuh dan diperiksa memorinya dan alat tulis untuk didekatkan pada partisipan. Saat wawancara, strategi yang digunakan adalah *open ended question/interview* yaitu pertanyaan terbuka dengan memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman mereka tentang disfungsi seksual yang sedang dialami. Peneliti tidak berusaha untuk mengarahkan jawaban partisipan maupun memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki peneliti sebelumnya.

Selama proses wawancara, peneliti menggunakan bahasa yang mudah dimengerti partisipan, yaitu bahasa Jawa campur dengan Madura dan Indonesia bagi partisipan dari Jawa Timur dan Jawa bercampur Indonesia bagi partisipan dari Jawa Tengah, kemudian melakukan klarifikasi terhadap jawaban partisipan bila dirasakan ada jawaban yang menyimpang dari pertanyaan ataupun jawaban yang belum jelas. Jawaban partisipan yang sesuai dengan konteks pertanyaan peneliti merupakan suatu indikator bahwa partisipan mengerti maksud dari pertanyaan peneliti. Selain itu, peneliti melakukan wawancara mendalam pada setiap pertanyaan pokok dan merespon jawaban partisipan dengan pertanyaan yang lebih dapat menggali pengalaman partisipan secara rinci (selengkapnya di 3.5).

Tempat dan waktu wawancara disesuaikan dengan kesepakatan partisipan. Wawancara berlangsung selama 30-60 menit untuk setiap partisipan, sebanyak 1-3 kali pertemuan sampai peneliti mendapatkan data sesuai dengan tujuan penelitian, disamping untuk mengklarifikasi dan menyesuaikan data sehingga didapatkan data yang valid. Hal ini dilakukan dengan alasan untuk menggali lebih jauh lagi tentang pengalaman klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual.

Hasil wawancara dari semua partisipan direkam dengan menggunakan alat bantu berupa *handphone*, alat ini dapat memudahkan untuk merekam seluruh jawaban partisipan. Selain itu dengan alat bantu tersebut memungkinkan peneliti lebih menjalin hubungan dengan partisipan, karena lebih leluasa melakukan wawancara

tanpa perlu sibuk mencatat setiap perkataan partisipan serta membantu peneliti untuk lebih berkonsentrasi. Untuk menjaga aspek etis sebelum menggunakan alat perekam tersebut, peneliti meminta ijin kesediaan dari partisipan, sedangkan untuk kesiapan alat dilakukan kalibrasi dan cek berulang, yaitu dengan cara mereset ke posisi normal dan memeriksa *recording programnya*.

Selama wawancara dilakukan, peneliti juga membuat catatan lapangan (*field notes*). Catatan lapangan digunakan untuk mendata kondisi lingkungan, waktu dan tempat saat wawancara dilakukan, suasana saat wawancara, seperti respon *non-verbal* berupa ekspresi sikap dan tingkah laku partisipan yang dapat diobservasi secara *visual* selama wawancara dilakukan, serta mencatat hal-hal penting yang tidak dapat diperoleh melalui wawancara. Pencatatan lapangan ini juga dilakukan sesaat setelah sesi wawancara selesai dibantu dengan pencatatan ingatan, hal ini dilakukan untuk menghindari respon negatif dari partisipan sekiranya partisipan tidak berkenan. Catatan lapangan dan rekaman yang sudah didapatkan diubah menjadi transkrip verbatim.

Selama proses wawancara, apabila terdapat distraksi yang disebabkan oleh *noisy* atau yang lain ataupun diminta oleh partisipan, maka peneliti akan berhenti sejenak dan mematikan alat perekam untuk kemudian dihidupkan kembali ketika situasi kembali kondusif untuk dilakukan wawancara. Pada proses wawancara terdapat beberapa gangguan berupa: 1) peneliti dan salah satu partisipan batuk dengan frekuensi yang sering, sehingga perlu mengajukan meminta maaf dan menanyakan apakah tetap dilanjutkan, dan partisipan mempersilahkan melanjutkan, 2) partisipan (P6) meminta ijin untuk ke kamar kecil, 3) partisipan (P1) meminta alat rekam dimatikan karena menyampaikan hal yang *private* yang menurut partisipan tidak perlu direkam, 4) handphone partisipan (P2) berbunyi beberapa kali sehingga perlu diberhentikan wawancara dengan mematikan alat perekam sejenak, 5) partisipan (P7) akan melakukan pemeriksaan darah pada jam 12.00 WIB, maka untuk sementara dihentikan, dan pada jam 13.00 dilanjutkan kembali.

Wawancara kedua sampai ketiga dilakukan untuk mengkonfirmasi tema-tema yang telah dibuat dalam deskripsi tekstual untuk lebih menambah keakuratan data dalam penelitian tersebut, kemudian peneliti memvalidasi data yang diperoleh dari partisipan. Pada kesempatan ini pula peneliti dapat membuat perbaikan atau koreksi bila terdapat berbagai kesenjangan dari data yang diperoleh selama wawancara pertama. Wawancara kedua dan ketiga ini bervariasi, pada partisipan 7 dilakukan wawancara 2 kali yaitu pada pagi dan siang hari setelah pemeriksaan darah, partisipan 6 pada pagi hari sebelum masuk ruang periksa dan setelah buang air kecil, partisipan 1 dan 2 ketika sudah pulang dilakukan wawancara ketiga dengan menggunakan telpon, sedangkan partisipan 3, 4 dan 5 cukup sekali bertemu karena sudah menyetujui apa yang diungkapkan itu benar.

Wawancara diakhiri dengan menyimpulkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Setelah semua topik terjawab, maka peneliti memberikan ucapan terima kasih kepada partisipan atas partisipasinya serta melakukan terminasi. Terminasi ini dilakukan sementara saat wawancara pertama dan kedua atau terminasi akhir, tergantung wawancara itu sudah berada pada tahap pertama, kedua, atau ketiga.

3.6.3 Tahap Terminasi

Pada tahap ini peneliti melakukan validasi tema akhir pada semua partisipan. Setelah melakukan validasi, peneliti menyatakan pada partisipan bahwa proses penelitian telah berakhir dan peneliti mengucapkan terima kasih serta memberikan reward atas ketersediaan dan kerjasama partisipan selama proses penelitian.

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini dilakukan langsung setelah mengumpulkan data dari masing-masing partisipan. Langsung dalam hal ini adalah tidak menunda-nunda setelah data diperoleh. Proses pengolahan dan analisa data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data. Adapun tahapan proses analisis data menggunakan langkah dari Colaizzi (1978) dalam Holloway and Wheeler (1996) dan Speziale & Carpenter (2003) sebagai berikut:

1. Penyusunan transkrip

Peneliti mencatat data yang diperoleh, yaitu semua hasil wawancara dicatat dengan mengubahnya dari rekaman suara menjadi bentuk tertulis secara verbatim, begitu juga hasil catatan lapangan terhadap partisipan, lingkungan dan aktivitas partisipan yang dibuat, sebagai tambahan untuk analisis selanjutnya. Untuk mendapatkan kelengkapan transkripsi, maka peneliti berkali-kali mendengarkan rekaman (baik di *handphone* maupun yang sudah ditransfer ke laptop), mencocokkan dengan transkrip yang sudah ditulis dengan verbal yang didengar. Untuk menghindari bias data baik oleh pengaruh internal maupun eksternal peneliti, maka peneliti meminta bantuan kepada teman yang lain sebagai *second listener* untuk membantu mendengarkan dan mencocokkan hasil verbatim.

2. Pembacaan Transkrip

Setelah transkrip disusun, maka peneliti membaca hasil transkrip berulang-ulang untuk memperoleh ide yang dimaksud partisipan. Dalam proses membaca berulang tersebut, peneliti memilih kutipan kata dan pernyataan yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti, kutipan kata yang dipilih adalah pernyataan bermakna (kata kunci).

3. Penentuan dan Pembuatan Kategori

Peneliti mengulang proses pembacaan semua hasil transkrip partisipan kemudian ditentukan kategori data. Pernyataan yang bermakna sama atau hampir sama akan dijadikan kategori. Penyusunan kategori sangat ditentukan oleh kemampuan peneliti memahami dan memvalidasi suatu makna kalimat, maka dalam pengkategorian diperlukan juga pendapat dari *external reviewer* yang lebih berpengalaman, memerlukan analisis kalimat dalam waktu yang lama. Hal ini dilakukan dengan meminta bantuan dari teman dan pembimbing.

4. Formulasi Tema

Formulasi tema didapatkan dari sub tema atau sub-sub tema, untuk kemudian yang sejenis dikelompokkan dalam bentuk terstruktur dan terkonsep yang disebut tema.

Tema ini sangat dipengaruhi oleh hasil verbatim dalam transkrip, dan didasarkan pada tinjauan teori. Dalam tahap ini peneliti melakukan *coding* dan pengelompokan data ke dalam berbagai kategori untuk selanjutnya dipahami secara utuh dan ditelusuri tema-tema utama yang muncul. Peneliti kembali ke diskripsi aslinya untuk validasi tema.

5. Formulasi Klaster Tema

Kelompok data yang sudah terstruktur dan terkonsep dikelompokkan oleh peneliti, mengorganisasikan data dengan cara mengembangkan hubungan antar kategori, sub tema, sub-sub tema dan tema. Pengorganisasian ini dilanjutkan dengan membandingkan deskripsi asli di transkrip dengan hasil pengelompokan tema akhir sehingga terbentuklah klaster tema yang sesuai dan siap untuk dideskripsikan secara lengkap.

6. Deskripsi Lengkap

Peneliti mengintegrasikan hasil secara keseluruhan ke dalam bentuk diskripsi naratif mendalam dari fenomena yang diteliti. Deskripsi yang disusun adalah lengkap, sistematis dan jelas.

7. Penyusunan Laporan Hasil Analisis

Sebagai langkah akhir peneliti kembali ke partisipan untuk klarifikasi data hasil wawancara berupa transkrip yang telah dibuat kepada partisipan, untuk memastikan apakah sudah sesuai dengan apa yang disampaikan oleh partisipan atau belum. Pada tahap ini ada pengurangan atau penambahan hasil transkrip yang telah disusun peneliti berdasarkan persepsi partisipan.

Proses analisis data diperoleh dari hasil wawancara, pengamatan terhadap data yang dibutuhkan yaitu tentang pengalaman klien pria diabetes dengan disfungsi seksual untuk dideskripsikan dan disimpulkan, oleh karena itu pada analisis data peneliti tetap memperhatikan: transkrip wawancara, catatan lapangan dari hasil pengamatan peneliti, dan hasil rekaman. Pada tindakan akhir, setelah semua isi

transkrip diklarifikasikan dengan partisipan dan terjadi proses memperhalus data, akhirnya akan disusun suatu hasil penelitian.

3.8 Keabsahan Data

Proses keabsahan penelitian merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003).

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan proses validasi dan penentuan reliabilitas data dengan berpegang pada 4 kriteria perolehan keabsahan data menurut Guba dan Lincoln (1994) dalam Speziale & Carpenter (2003), yaitu 1) *credibility*, 2) *dependability*, 3) *confirmability*, dan 4) *transferability/fittingness*.

3.8.1 *Credibility*

Credibility atau derajat kepercayaan yaitu mencari data yang berbeda dengan data yang telah ditemukan dengan cara memperpanjang pengamatan atau memperlama observasi, diskusi, menggunakan kepustakaan dan melakukan proses pengecekan data yang telah diperoleh kepada partisipan, meliputi aktifitas yang meningkatkan kemungkinan dihasilkannya penemuan yang kredibel (Lincoln & Guba, 1985 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Tujuan prosedur ini adalah untuk membuktikan bahwa pengalaman yang telah dideskripsikan peneliti merupakan pengalaman hidup partisipan.

Untuk mencapai *credibility* ini, pada kesempatan wawancara peneliti mencoba mengklarifikasikan kembali apa yang disampaikan partisipan sehingga sampai partisipan mengatakan bahwa memang benar itu jawabannya. Seperti ketika partisipan 3 mengatakan bahwa dirinya ikhlas menerima apa yang terjadi pada dirinya, pertama-tama sudah ikhlas terlebih dahulu, maka dilakukan penegasan kembali dengan beberapa kali menanyakan tentang sikap tersebut. Pertanyaan yang muncul adalah “apakah keikhlasan yang bapak miliki itu merupakan proses saat ini atau sejak dahulu?”, maka jawab partisipan sejak awal, seperti yang diungkapkan tadi.

Peneliti juga mengembalikan deskripsi yang telah dibuat oleh peneliti kepada partisipan untuk dilakukan *checking*, karena pertemuan tidak bisa dilakukan maka ada partisipan yang dihubungi dengan telepon untuk mengklarifikasikan hasil yang telah disusun. Peneliti juga meminta pembimbing untuk mengevaluasi deskripsi yang telah dibuat oleh peneliti untuk meningkatkan kredibilitas hasil penelitian dan hasilnya adalah pembimbing menyarankan adanya perbaikan pada item awal terdiagnosa diabetes, ketajaman penentuan kategori dan sub tema.

3.8.2 *Dependability*

Dependability dalam penelitian kualitatif adalah suatu bentuk kestabilan data (Pollit, Beck & Hungler, 2001). Dalam penelitian ini, *dependability* akan dilakukan peneliti dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu suatu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti kecermatan data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *External reviewer* yang direncanakan dalam penelitian ini adalah teman ahli penelitian kualitatif dan dosen pembimbing yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti, memberikan penekanan dan arahan dalam menggunakan data hasil penelitian yang telah diperoleh untuk digunakan selama proses analisa data.

Masukan dari teman peneliti adalah untuk menstabilkan data perhatikan item pertanyaan yang sudah dilontarkan, pertajam analisis jawaban dan kata kunci saat proses wawancara sehingga dapat menggali data lebih dalam. Selain itu, setelah dilakukan uji validitas pada partisipan 1, pembimbing menyarankan untuk minimal menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang ada (saat wawancara dengan P1) sehingga menstabilkan dan memperoleh data yang akurat, dan masukan-masukan ini dilakukan untuk kemudian sampai mendapatkan kestabilan data.

3.8.3 *Confirmability*

Confirmability atau kepastian mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapat persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang (Speziale & Carpenter, 2003). *Confirmability* yaitu melakukan pengujian terhadap hasil penelitian, dan pengujian ini dilakukan

bersama dengan uji *dependability*. Hasil penelitian dikatakan telah memenuhi *confirmability* jika hasil penelitian ini dilakukan dengan *inquiry audit* melalui penerapan *audit trail*, yaitu peneliti mengumpulkan secara sistematis dan cermat atas material dan hasil dokumentasi penelitian, dalam hal ini adalah transkrip verbatim dan *field notes*.

Pengumpulan dokumentasi secara sistematis dan cermat ini kemudian akan dilanjutkan dengan kepada *external reviewer* yang direncanakan yaitu teman ahli penelitian kualitatif dan dosen pembimbing sebagai melakukan analisis pembandingan untuk menjamin obyektifitas hasil penelitian, kemudian ditunjukkan kepada partisipan untuk mengkonfirmasi keobyektifan data.

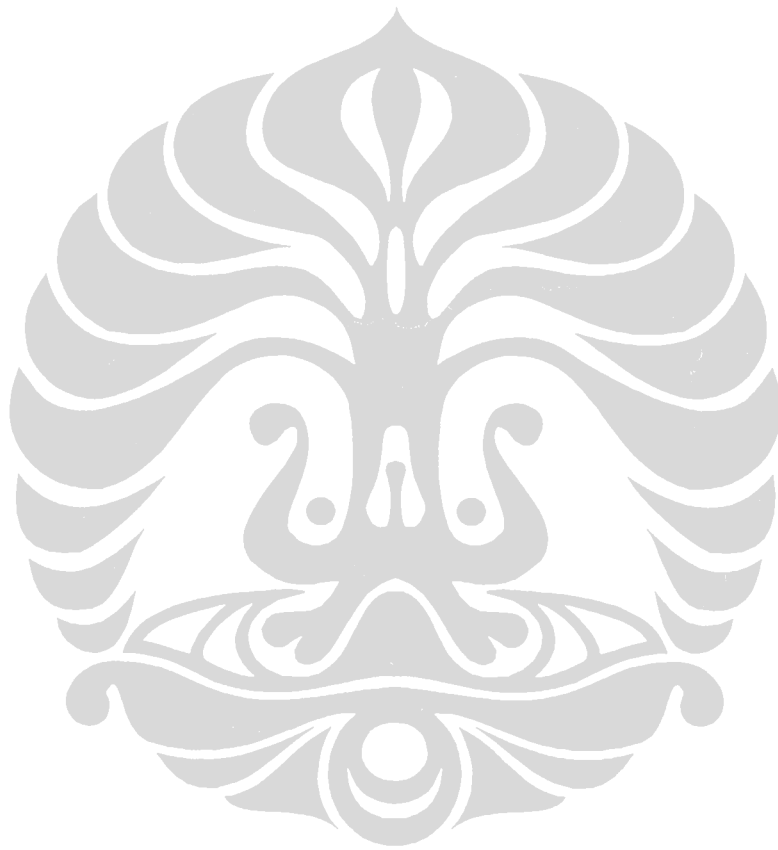
Masukan dari *external reviewer* adalah hilangkan interpretasi dengan usaha seobyektif mungkin sesuai dengan apa yang disampaikan oleh partisipan. Saran ini dilakukan sehingga ditemukan obyektifitas khususnya pada penentuan sub-sub tema dan sub tema.

3.8.4 *Transferability/Fittingness*

Transferability atau disebut keteralihan adalah suatu bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan kepada orang lain pada situasi yang sama (Speziale & Carpenter, 2003). Salah satu cara yang akan diterapkan peneliti untuk menjamin *transferability* hasil penelitian ini adalah dengan menggambarkan tema-tema yang telah diidentifikasi dari hasil penelitian kepada pihak lain yang tidak terlibat dalam penelitian yang memiliki karakteristik serupa. Artinya tema-tema yang didapatkan akan dicoba untuk digambarkan kepada klien yang lain, direncanakan akan dilakukan dengan mengklarifikasikan kepada klien pria diabetes yang lain (bukan partisipan) akan kebenaran tema yang dirasakan oleh partisipan, apakah mereka mengalami hal yang sama atau tidak.

Transferability ini dilakukan dengan menanyakan kepada 3 orang, yaitu sahabat di Gresik yang menderita diabetes mellitus (usia 48 tahun), sahabat dari Surabaya

(38 tahun), dan klien diabetes dari Jakarta (47 tahun). Mereka bertiga mengungkapkan bahwa semuanya mengalami disfungsi seksual, khususnya disfungsi ereksi, frekuensi coitus berkurang, istri malas berhubungan seksual dan komplain, serta mencari obat untuk memulihkan fungsi. Namun hasrat yang dimiliki tetap ada, tetapi tidak tersalurkan sesuai dengan kebutuhan.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang berisi data umum dan data khusus. Data umum berisi karakteristik tempat penelitian, karakteristik partisipan, status kesehatan diabetes melitus dan hasil *screening* awal disfungsi seksual dengan menggunakan *International Index of Erectile Function (IIEF)*.

Data khusus berisi analisis tematik hasil wawancara mendalam tentang pengalaman disfungsi seksual pada klien pria diabetes mellitus.

4.1 Data Umum

4.1.1 Karakteristik Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, berlokasi di Salemba, rumah sakit ini adalah rumah sakit rujukan terbesar. Sesuai dengan variabel penelitian, maka ruangan yang digunakan adalah ruang penyakit dalam lantai 7 Gedung A Pusat Perawatan Terpadu, tepatnya di ruangan nomor 705. Lantai 7 adalah ruangan khusus penyakit dalam yang diantaranya merawat klien diabetes mellitus. Khusus untuk diabetes mellitus, disediakan 2 kamar yaitu 704 dan 704 serta tidak menutup kemungkinan di kamar 718 dan 719 bagi pasien dengan komplikasi ginjal. Di ruangan 705 terdapat 4 bed untuk klien diabetes mellitus yang mayoritas mengalami komplikasi mikroangiopati dan neuropati (gangren). Saat dilakukan pengambilan data, semua bed terisi penuh. Wawancara dilakukan di kamar 706, yaitu ruangan kosong yang digunakan untuk penyuluhan; diskusi dan pertemuan sejawat, sehingga privasi partisipan terjaga.

Selain di lantai 7, tempat penelitian juga diambil di Poli Endokrin Unit Rawat Jalan Terpadu. Pemilihan lokasi ini karena jumlah klien di lantai 7 belum memenuhi jumlah partisipan yang direncanakan sebab lama rawat klien di lantai 7 sangat lama, yaitu sekitar 15 hari sampai 2 bulan, tergantung proses kesembuhan. Di Poli Endokrin setiap hari terdapat 100-150 klien yang kontrol pada hari senin, selasa, Kamis dan jum'at, sedangkan hari Rabu khusus untuk klien baru sekitar 6-20 orang. Di Poli Endokrin terdapat 4 ruangan pemeriksaan, yaitu ruang rawat

kaki, ruang pemeriksaan mata, ruang pemeriksaan endokrin, ruang pemeriksaan thyroid. Terdapat 1 ruangan diskusi dan ruangan kosong lain yang akhirnya dipakai peneliti untuk wawancara sehingga *privacy* partisipan terjaga.

4.1.2 Karakteristik Partisipan

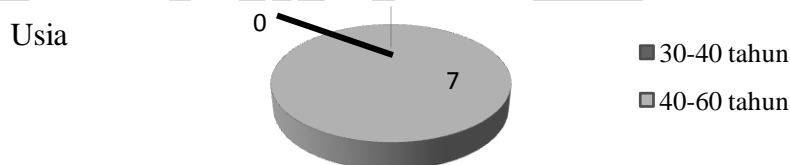
Jumlah partisipan 7 orang, mereka semua adalah klien diabetes mellitus baik yang rawat inap (2 orang) maupun rawat jalan (5 orang). Pada dasarnya saturasi sudah tercapai dengan 3 partisipan, namun untuk mendapatkan variasi mendalam dan validitas data maka ditambah 4 partisipan. Karakteristik partisipan diuraikan sebagai berikut:

4.1.2.1 Data Demografi

Data demografi partisipan meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, domisili, lama menikah, jumlah anak, fasilitas kesehatan terdekat dengan rumah partisipan, masuk rumah sakit dan yang menunggui/mengantar ke rumah sakit. Data demografi dapat dilihat pada uraian berikut ini:

1) Umur

Distribusi partisipan dari umur dapat dilihat pada gambar diagram 4.1 berikut:



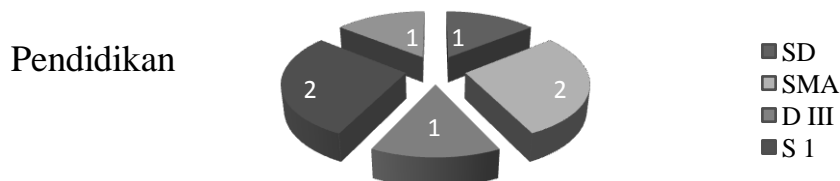
Gambar 4.1

Distribusi Partisipan dilihat dari Umur pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Umur semua partisipan berada pada rentang 40-60 tahun (100%).

2) Pendidikan

Pendidikan partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.2 berikut:



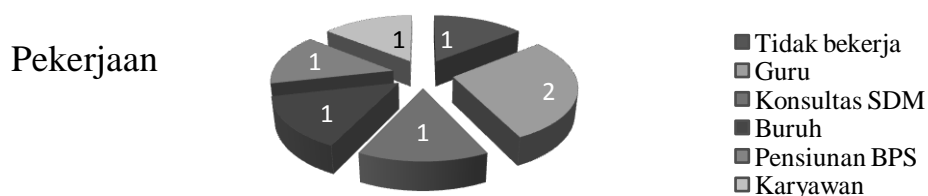
Gambar 4.2

Distribusi Partisipan dilihat dari Pendidikan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari diagram 4.2 diketahui bahwa pendidikan partisipan bervariasi, 2 orang (28.57%) strata 1 (P2, P4), 2 orang (28.57%) SMA (P6, P7), dan selebihnya masing-masing SD (P5), diploma III (P1), strata 2 (P2).

3) Pekerjaan

Distribusi pekerjaan partisipan disajikan pada gambar diagram 4.3 berikut ini:



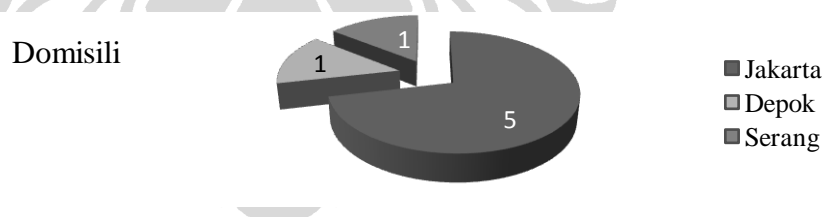
Gambar 4.3

Distribusi Partisipan dilihat dari Pekerjaan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar di atas pekerjaan partisipanpun bervariasi, 2 orang (28.57%) sebagai guru yaitu guru agama dan guru PPKN (P2, P4), dan selebihnya masing-masing tidak bekerja (P1), buruh (P5), karyawan (P7), pensiunan BPS (P6) dan konsultan sumber daya manusia di beberapa perusahaan (P3).

4) Domisili

Domisili partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.4 berikut ini:



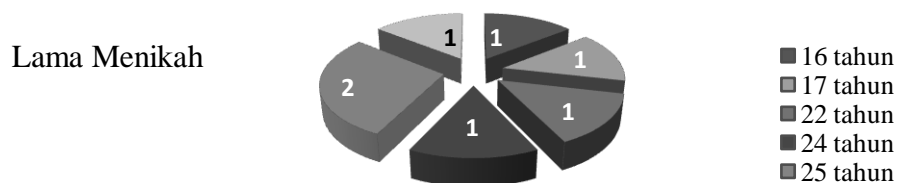
Gambar 4.4

Distribusi Partisipan dilihat dari Domisili pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar di atas, mayoritas partisipan berdomisili di Jakarta. sebanyak 5 orang (71.43%) (P1, P2, P4, P6, P7), 2 orang masing-masing dari Depok (P3) dan Serang (P5).

5) Lama menikah

Lama menikah partisipan dapat diketahui dari gambar diagram 4.5 berikut ini:



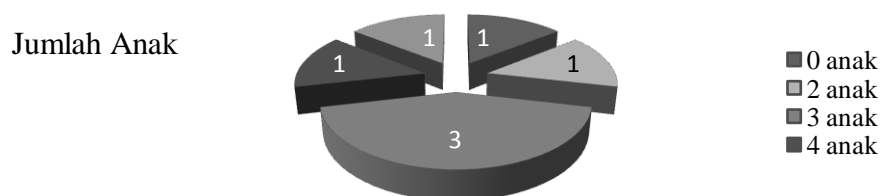
Gambar 4.5

Distribusi Partisipan dilihat dari Lama menikah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar di atas diketahui bahwa lama menikah partisipan sudah 16 tahun-26 tahun dengan rincian 4 orang masing-masing 16 tahun (P2), 17 tahun (P4), 22 tahun (P7), 26 tahun (P5), 2 orang (28.57%) 25 tahun (P1, P6).

6) Jumlah anak

Jumlah anak partisipan dapat diketahui pada gambar diagram 4.6 berikut ini:



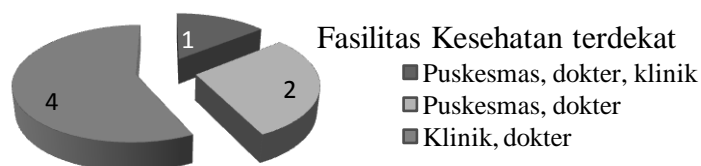
Gambar 4.6

Distribusi Partisipan dilihat dari Jumlah Anak pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar di atas diketahui selama rentang pernikahan mereka, jumlah anak yang dimiliki adalah 1 orang (14.29%) tidak mempunyai anak (P3), 1 orang (14.29%) mempunyai 2 anak (P1), 3 orang (42.86%) masing-masing mempunyai 3 anak (P2, P4, P5), 1 orang (14.29%) mempunyai 4 anak (P6) dan 1 orang (14.29%) mempunyai 7 anak (P7).

7) Fasilitas kesehatan terdekat

Fasilitas kesehatan yang terdekat dengan rumah partisipan dapat diketahui pada gambar diagram 4.7 berikut ini:

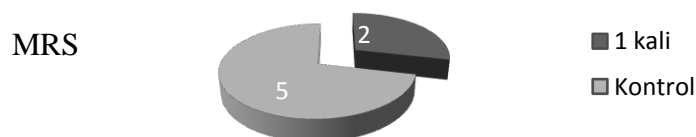


Gambar 4.7
Distribusi Partisipan dilihat dari Fasilitas Kesehatan terdekat pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.7, fasilitas kesehatan terdekat dari rumah partisipan adalah puskesmas, klinik, dan dokter dengan rincian 1 orang (14.29%) ada 3 fasilitas (puskesmas, klinik dan dokter) (P2), 2 orang (28.57%) ada 2 fasilitas (puskesmas dan dokter) (P5, P6) serta 4 orang (57.14%) ada 2 fasilitas (klinik dan dokter) (P1, P3, P4, P7).

8) Masuk rumah sakit

Partisipan masuk rumah sakit dapat dilihat pada gambar diagram 4.8 berikut:

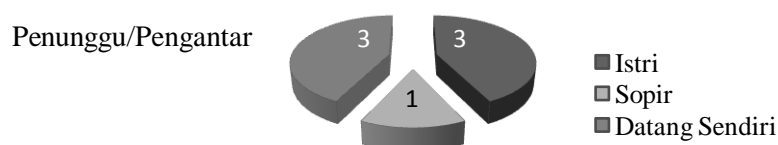


Gambar 4.8
Distribusi Partisipan dilihat dari Masuk Rumah Sakit pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar di atas, status masuk rumah sakit 2 orang (28.57%) baru pertama kali dirawat di rumah sakit (P1, P2), dan 5 orang (71.43%) kontrol di poli dengan insentitas rutin (P3, P4, P5, P6, P7).

9) Yang menunggu/mengantar ke rumah sakit

Penunggu/pengantar partisipan saat MRS diurai pada diagram 4.9 berikut ini:



Gambar 4.9
Distribusi Partisipan dilihat dari Penunggu/Pengantar pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

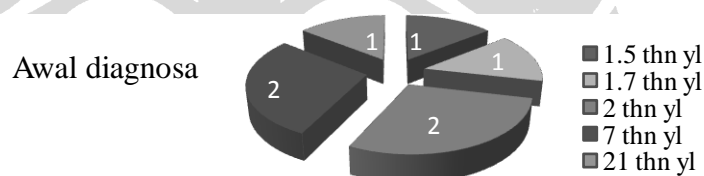
Dari gambar 4.9, diketahui ketika opname, 2 partisipan (28.57%) ditunggu oleh istri (P1, P2), dan 3 orang (42.86%) datang sendiri ke poli endokrin karena istri sedang berada di rumah orang tua, bekerja dan tidak bisa mengantarkan (P4, P4, P7), serta 1 orang (14.29%) diantar sopir karena istri sedang bekerja (P3).

4.1.2.2 Status Kesehatan Diabetes Mellitus

Status kesehatan diabetes mellitus yang diderita partisipan dapat diketahui dari awal didiagnosa diabetes mellitus, tindakan kontrol, konsumsi obat diabetes, rutinitas olah raga dan jenisnya, tindakan kontrol diit, kemampuan pengontrolan stres dan caranya, kondisi luka (area dan waktu muncul), rasa kesemutan dan baal beserta waktu muncul, gangguan ginjal dan waktu muncul, gangguan penglihatan. Distribusi datanya dapat dilihat pada sub-sub bab berikut ini:

1) Awal didiagnosa diabetes mellitus

Awal partisipan didiagnosa diabetes mellitus disajikan pada gambar diagram 4.10 berikut ini:



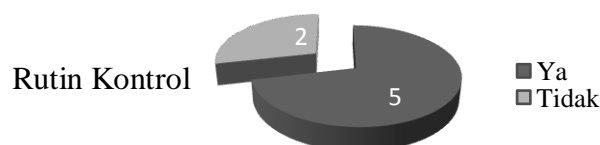
Gambar 4.10

Distribusi Partisipan dilihat dari Awal didiagnosa Diabetes Mellitus pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.10 di atas dapat diketahui dari 7 partisipan, awal didiagnosa diabetes mellitus, 3 orang masing-masing sejak 1.5 tahun yang lalu (P5), 1.7 tahun yang lalu (P2), 2 orang (28.57%) dan sejak 21 tahun yang lalu (P3). Dua orang sejak 2 tahun yang lalu (P6, P7), dan 2 orang (28.57%) sejak 7 tahun yang lalu (P1, P4).

2) Kontrol

Rutinitas kontrol partisipan ke pelayanan kesehatan dapat dilihat pada gambar diagram 4.11 berikut ini:



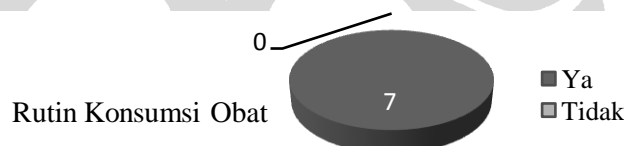
Gambar 4.11

Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Kontrol ke Fasilitas Kesehatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Untuk kontrol ke rumah sakit, mayoritas partisipan rutin setiap bulan sekali yaitu sejumlah 5 orang (71.43%) (P3, P4, P5, P6, P7) dan 2 orang (28.57%) tidak rutin kontrol (P1, P2).

3) Konsumsi obat diabetes

Rutinitas partisipan mengkonsumsi obat diabetes mellitus sesuai dengan advis dokter dapat dilihat pada gambar diagram 4.12 berikut ini



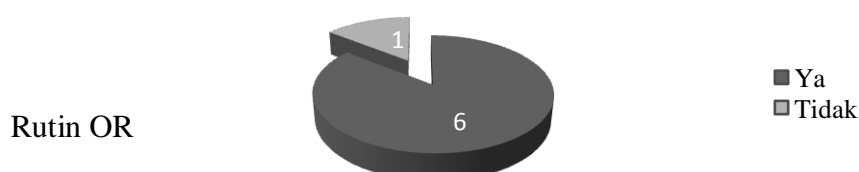
Gambar 4.12

Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Konsumsi Obat Diabetes Mellitus pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.12, semua partisipan rutin meminum obat OAD (100%).

4) Olah raga fisik

Rutinitas aktifitas olah raga partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.13 berikut ini:



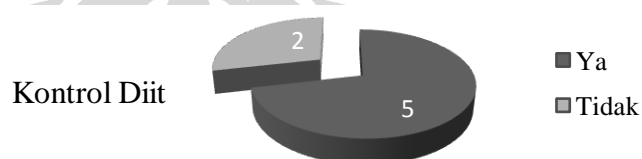
Gambar 4.13

Distribusi Partisipan dilihat dari Rutinitas Olah Raga pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.13 di atas, Olah raga fisik mayoritas dilakukan oleh partisipan dengan jumlah 6 orang (85.71%) (P1, P2, P4, P5, P6, P7). Dengan jenis olah raga yang dilakukan adalah 1 orang (14.29%) jalan cepat selama 15-30 menit seminggu 3 kali (P7), 1 orang (14.29%) berjalan ringan dan senam 2 kali seminggu di sanggar senam khusus diabetes (P1), 1 orang (14.29%) jalan santai (P2) dan 3 orang (42.86%) jalan kaki (P4, P5, P6).

5) Kontrol diit

Kontrol diit yang dilakukan oleh partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.14 berikut ini:



Gambar 4.14

Distribusi Partisipan dilihat dari mengontrol Diit dengan ketat pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Tindakan lain yaitu mengontrol makanan (diit), 2 orang (28.57%) tidak mengontrol makanannya (P1, P4) dan 5 orang (71.43%) mengontrol makanan sesuai dengan diit diabetes yang disarankan dokter (P2, P3, P5, P6, P7).

6) Kemampuan mengatasi stres

Untuk menghadapi masalah dan stres, kemampuan partisipan dapat diketahui dari gambar diagram 4.15 berikut ini:



Gambar 4.15

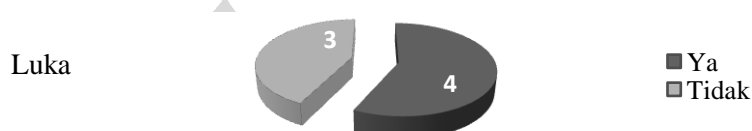
Distribusi Partisipan dilihat dari Kemampuan Mengatasi Stres pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Untuk menghadapi masalah dan stres, dari gambar 4.15 didapatkan data bahwa dari 7 partisipan hanya 1 orang (14.29%) yang tidak mampu

mengontrol stres dengan baik sehingga terkadang diperlukan obat (P4), dan 6 orang (85.71%) dapat mengontrol stres yang dialami (P1, P2, P3, P5, P6, P7). Cara partisipan mengontrol stresnya bervariasi, mulai dari berdoa (P1); mengaji (P2); kegiatan dan berfikir positif (P3); tertawa (P4); sabar (P5); menyanyi dan memancing (P6), dan berfikir sendiri (P7).

7) Keberadaan luka

Keberadaan komplikasi mikroangiopati yang berupa luka pada kaki partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.16 berikut ini:



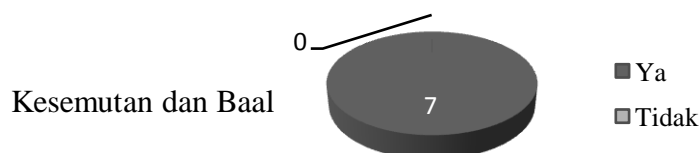
Gambar 4.16

Distribusi Partisipan dilihat dari Keberadaan Luka pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.16 didapatkan mayoritas partisipan sudah terjadi komplikasi mulai dari mikroangiopati, neuropati, nefropati dan retinopati. Dari 7 partisipan, 4 orang (57.14%) mengalami luka di telapak kaki kanan/kiri (P1, P2, P3) dan bengkak di kaki kanan (P6), 3 orang (42.86%) belum mengalami luka (P4, P5, P7). Luka terjadi mulai dari 4 bulan-4 tahun yang lalu dengan rincian masing-masing adalah 4 bulan (P6); 1 tahun (P2); 2 tahun (P1) dan 4 tahun yang lalu (P3).

8) Rasa kesemutan dan baal

Kejadian komplikasi neuropati berupa kesemutan dan baal pada ekstremitas bawah partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.17 berikut ini:



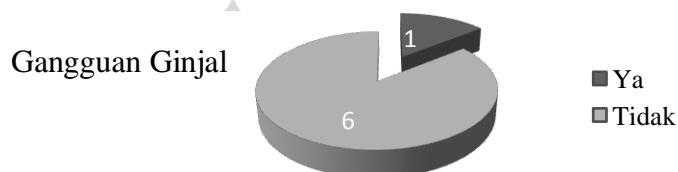
Gambar 4.17

Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Rasa Kesemutan dan Baal di Ekstremitas Bawah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Kesemutan dan baal dirasakan oleh semua partisipan (100%) dengan rentang waktu mulai dari 6 bulan-4 tahun yang lalu, yaitu dari 5 orang masing-masing dimulai kesemutan dan baalnya 6 bulan (P7); 1 tahun (P2); 1.5 tahun (P5); 2 tahun (P6) dan 4 tahun yang lalu (P3), sedangkan 2 orang (28.57%) sejak 3 tahun yang lalu (P1, P4).

9) Gangguan ginjal

Kejadian komplikasi nefropati/gangguan ginjal pada partisipan dapat diketahui dari gambar diagram 4.18 berikut ini:

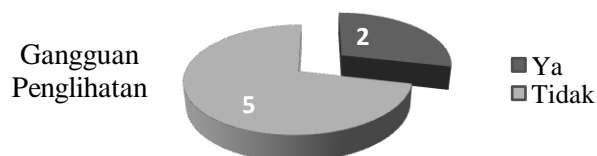


Gambar 4.18
Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Rasa Kesemutan dan Baal di Ekstremitas Bawah pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.17 dapat diketahui bahwa perubahan fungsi ginjal hanya dialami oleh 1 orang (14.29%) pada 1 tahun yang lalu (P1) dan 6 orang (85.71%) tidak mengalaminya (P2, P3, P4, P5, P6, P7).

10) Gangguan penglihatan

Kejadian komplikasi retinopati atau gangguan penglihatan pada partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.19 berikut ini:



Gambar 4.19
Distribusi Partisipan dilihat dari Adanya Gangguan Penglihatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.18 didapatkan bahwa komplikasi terakhir yang dialami partisipan adalah gangguan penglihatan, ada 2 orang (28.57%) yang mengalami gangguan penglihatan (rabun) pada kedua matanya sejak 5 bulan

yang lalu (P6) dan 4 tahun yang lalu (P1), sedangkan 5 orang (71.43%) belum mengalami gangguan penglihatan dikarenakan diabetes (P2, P3, P4, P5, P7).

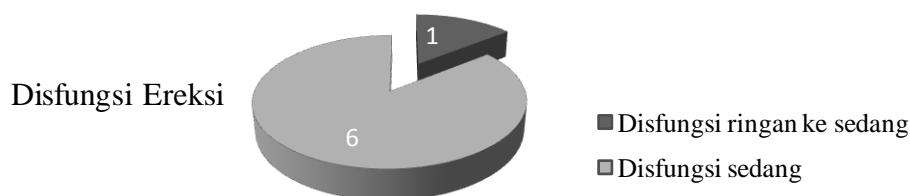
4.1.3 *Screening* Awal Disfungsi Seksual

Sesuai dengan penentuan partisipan, terlebih dahulu dilakukan *screening* awal untuk menentukan kejadian disfungsi seksual pada klien pria diabetes. *Screening* ini menggunakan questioner *International Index of Erectile Function (IIEF)* yaitu *screening* khusus untuk mengetahui disfungsi seksual pada pria yang bahasanya sudah disesuaikan dengan budaya, tata bahasa dan kebutuhan, kemudian dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan kebutuhan dengan tanpa menghilangkan pokok isi questioner. Ada 15 pertanyaan yang terbagi dalam 5 bagian utama yaitu 1) fungsi ereksi, 2) fungsi orgasme, 3) hasrat seksual, 4) kepuasan *intercourse*, dan 5) kepuasan umum.

4.1.3.1 Fungsi ereksi

Fungsi ereksi diwakili oleh 6 pertanyaan (1-5) dan 15 yang berisi tentang kemampuan ereksi selama aktifitas seksual, kemampuan ereksi maksimal untuk penetrasi, frekuensi memasukkan alat kelamin, kemampuan penetrasi, kemampuan mempertahankan ereksi saat penetrasi, dan kemampuan mempertahankan ereksi sampai *coitus* selesai.

Fungsi ereksi partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.20 berikut ini:

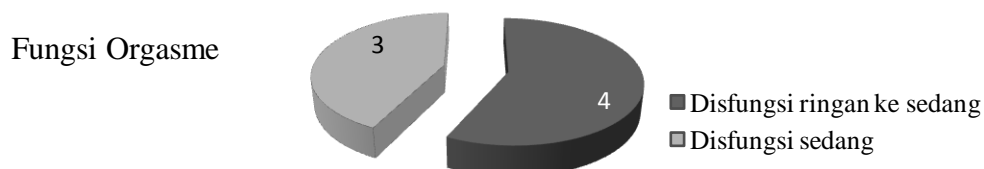


Gambar 4.20
Distribusi Partisipan dilihat dari Fungsi Ereksinya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.20 menunjukkan bahwa mayoritas partisipan dengan jumlah 6 orang (85.71%) mengalami disfungsi ereksi sedang dengan hasil interval nilai antara 10-12 (P1-P6).

4.1.3.2 Fungsi orgasme

Fungsi orgasme diwakili oleh 2 pertanyaan (9, 10) yang berisi tentang kemampuan ejakulasi setelah adanya stimulasi atau *intercourse* dan merasakan orgasme atau klimaks saat diberikan stimulasi atau terjadi *intercourse* (dengan atau tanpa ejakulasi). Fungsi orgasme partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.21 berikut ini:



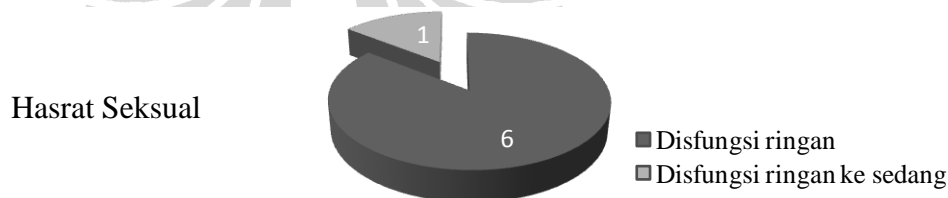
Gambar 4.21
Distribusi Partisipan dilihat dari Fungsi Orgasmenya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.21 didapatkan data bahwa adanya perimbangan tingkat orgasme (kemampuan ejakulasi) mulai dari terjadinya gangguan ejakulasi setingkat disfungsi ringan ke sedang (P1, P2, P3, P7) sampai ke disfungsi sedang (P4-P6).

4.1.3.3 Hasrat seksual

Hasrat seksual/libido diwakili oleh 2 pertanyaan (11, 12) yang berisi tentang frekuensi merasakan kepuasan dan tingkat hasrat seksual.

Hasrat seksual partisipan dapat dilihat pada gambar diagram 4.22 berikut ini:



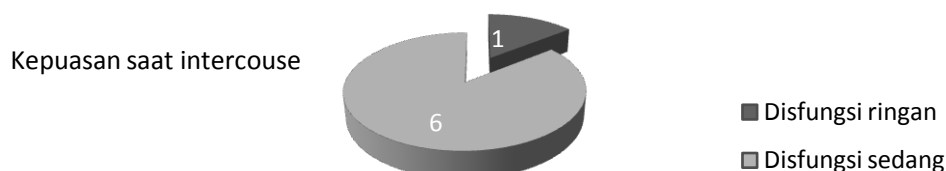
Gambar 4.22
Distribusi Partisipan dilihat dari Hasrat Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.22 didapatkan bahwa mayoritas partisipan dengan jumlah 6 orang (85.71%) hanya mengalami disfungsi ringan yaitu gangguan hasrat seksualnya berada pada tingkatan ringan (P1, P2, P3, P5, P6, P7).

4.1.3.4 Kepuasan *sexual intercourse*

Kepuasan saat berhubungan badan (*sexual intercourse*) diwakili oleh 3 pertanyaan (6-8) yang berisi tentang frekuensi merasakan kepuasan tiap berhubungan badan, mendapatkan *intercourse* yang memuaskan, dan menikmati hubungan badan.

Kepuasan partisipan yang didapatkan saat *sexual intercourse* dapat dilihat pada gambar diagram 4.23 berikut ini:



Gambar 4.23

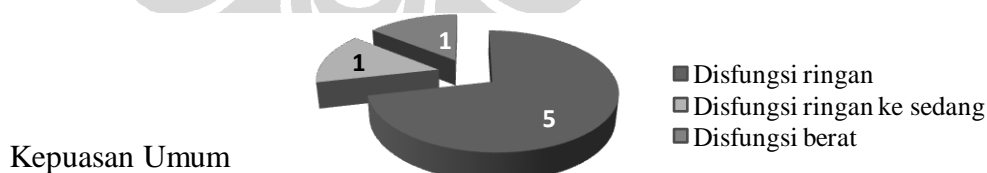
Distribusi Partisipan dilihat dari Kepuasan *Sexual Intercourse* pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Gambar 4.23 menjelaskan bahwa dalam berhubungan seksual, kepuasan *sexual intercourse* yang dialami partisipan juga mengalami gangguan. Mayoritas partisipan dengan jumlah 6 orang (85.71%) mengalami ketidakpuasan sedang saat berhubungan badan (disfungsi sedang), yaitu pada P1-P6.

4.1.3.5 Kepuasan umum

Sedangkan kepuasan secara umum terwakili oleh 2 pertanyaan (13, 14) yang berisi tentang kepuasan dalam kehidupan seksual secara keseluruhan dan kepuasan berhubungan seksual (*sexual relationship*) dengan pasangan.

Kepuasan secara umum dapat dilihat pada gambar diagram berikut ini:



Gambar 4.24

Distribusi Partisipan dilihat dari Kepuasan Umum pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

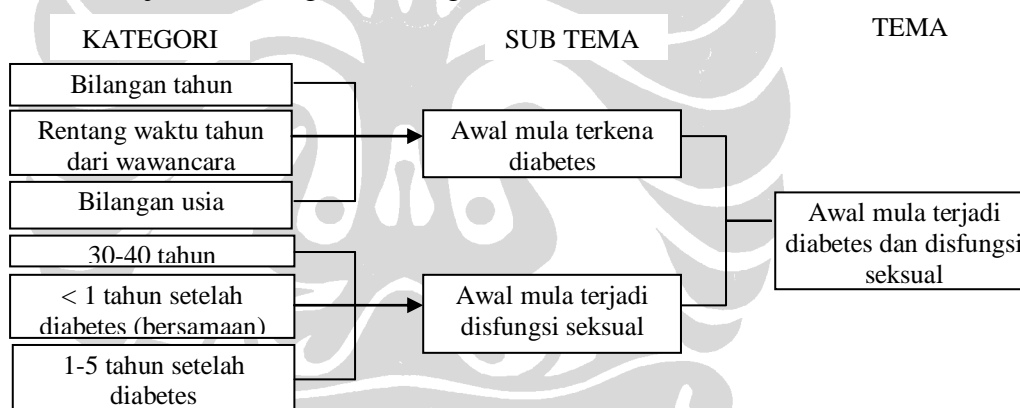
Gambar 4.24 menjelaskan bahwa kepuasan hubungan partisipan dengan pasangan secara umum mayoritas mengalami gangguan pada tingkatan ringan sebanyak 5 orang (71.43%) (P8-P7).

4.2 Data Khusus

Setelah dilakukan proses analisis tematik, maka didapatkan 11 tema, yaitu 1) awal mula terjadi diabetes dan disfungsi seksual, 2) pandangan tentang seksual dan disfungsi seksual pada kehidupan pria, 3) gambaran disfungsi seksual yang dialami, 4) pola hubungan seksual setelah diabetes, 5) dampak disfungsi seksual, 6) cara mengatasi masalah seksual dan pemenuhannya, 7) efek berbagai upaya mengatasi disfungsi seksual, 8) adaptasi/mekanisme koping, 9) respon dari support sistem, 10) harapan terhadap kondisi disfungsi seksual, dan 11) kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan.

4.2.1 Awal mula terjadi diabetes dan disfungsi seksual

Waktu pertama kali partisipan mengalami diabetes mellitus dan disfungsi seksual menjadi hal yang penting karena informasi ini berkesinambungan. Analisa tematik tema 1 disajikan dalam gambar diagram 4.25 berikut ini:



Gambar 4.25

Diagram Analisis Tematik Tema 1 Awal Mula terjadi Diabetes dan Disfungsi seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Juni-Juli 2011

4.2.1.1 Awal mula terkena diabetes

Waktu pertama kali partisipan mengalami diabetes mellitus menjadi hal yang penting diketahui untuk dapat merunut disfungsi seksual yang terjadi. Jawaban partisipan atas pertanyaan “sejak kapan menderita diabetes?” sebagai berikut:

1) Bilangan tahun

Berikut ungkapan yang diberikan:

“saya sakit diabet sejak tahun 2004” (P1)

“ kalau ya saya nggak, waktu ituu (sambil mengingat-ingat) kemarin kan bulan 12 (2010) ya tanggal 27, itu sebelumnya sudah ada 7 bulan sebelumnya, jadi sekitar masih.. masih bulan Februari Januari gitu ya, ya nah itu saya cek itu di GD ternyata 180” (P2)

2) Rentang waktu tahun dari wawancara

Berikut ungkapan yang diberikan oleh beberapa partisipan:

“ ... saya sudah mulai diabet sekitar 21 tahun yang lalu ... ” (P3)

“ sudah 7 tahun ” (P4)

“ ... sakit udah 2 tahun... ” (P6)

3) Bilangan usia

Ada 1 dari 7 partisipan yang mengungkapkan awal mula menderita diabetes dengan cara menyebutkan umur, berikut ungkapannya:

“ mulai diabet ... umur 33... ” (P3)

4.2.1.2 Awal mula terjadi disfungsi seksual

Penting untuk mengetahui awal mulai partisipan mengalami disfungsi seksual, data ini dapat digunakan untuk memprediksi berapa tahun disfungsi seksual mulai terjadi setelah didiagnosa diabetes mellitus. Jawaban partisipan atas pertanyaan “sejak sakit diabetes, mulai kapan bapak mengalami gangguan seksual?” dapat dilihat pada penuturan partisipan dalam 3 kategori:

1) Kurang dari 1 tahun setelah diabetes (bersamaan)

“ Sebenarnya sejak 2004... sudah mulai itu ” (P1)

“Ituu (sambil berfikir dan mengernyitkan dahi untuk mengingat-ingat), semenjak itu, semenjak yang pertama itu, sekitaar... 7 bulan sebelumnya... bahkan sebelum 7 bulan itu sudah terjadi” (maksudnya adalah 7 bulan sebelum didiagnosa diabetes)” (P2)

2) Satu sampai lima tahun setelah diabetes

“ Mulai diabet umur 33 tahun, menikah umur 30 tahun, efeknya 5 tahun pasca nikah ” (P3)

“ yaaa... ya sekitar 2 tahun lah ” (P4)

“ ya sejak itu, kencing manis ” (partisipan menderita kencing manis 2 tahun yang lalu) (P5)

“ ada 2.5-3 tahunan lah ” (P6)

“ *ya ejakulasi dini*” (partisipan mengalami ejakulasi dini sejak 2 tahun yang lalu, sejak didiagnosa diabetes) (P7)

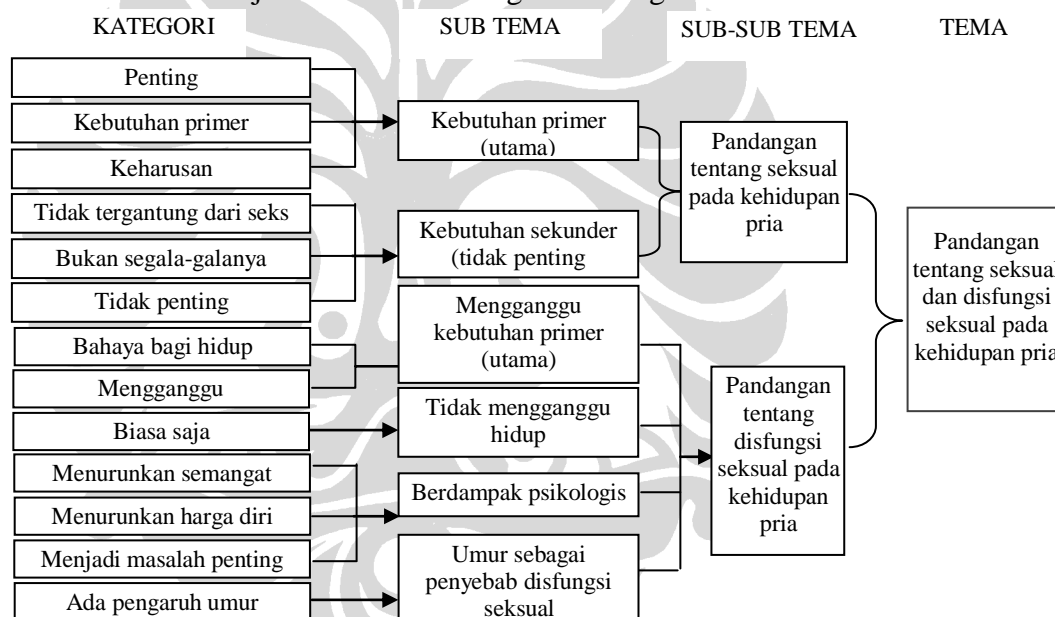
3) Usia

Sedangkan hanya 1 partisipan (P3) yang menyatakan juga pada usia

“ *terganggunya ya 33-34 tahun...* “

4.2.2 Pandangan tentang seksual dan disfungsi seksual pada kehidupan pria

Seksual menjadi hal yang dibutuhkan untuk menunjang hidup seseorang. Berdasarkan kebutuhan tersebut maka setiap orang mempunyai pendapat dan pandangan sendiri-sendiri mengenai seksual dan disfunksinya. Partisipanpun demikian, dari 7 partisipan mereka mempunyai pendapat yang berbeda. Analisis tematik tema 2 disajikan dalam bentuk gambar diagram 4.26 berikut ini:



Gambar 4.26

Diagram Analisis Tematik 2 Tema Pandangan tentang Seksual dan Disfungsi Seksual pada Kehidupan Pria pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.2.1 Pandangan tentang seksual pada kehidupan pria

Tiap orang mempunyai sudut pandang yang berbeda tentang tingkatan seksual sebagai kebutuhan, termasuk juga berbedanya pandangan antara pria dan wanita tentang seksual. Berikut pandangan yang muncul tentang seksual terjawab atas pertanyaan “bagaimana pandangan bapak tentang seksual bagi pria?”

1) Kebutuhan primer (utama)

Klien pria diabetes memandang seksual adalah kebutuhan primer (utama) bagi kehidupan pria. Analisis kategoriknya dapat dilihat dengan ungkapan jawaban partisipan sebagai berikut:

a. Penting

Satu dari 7 partisipan memandang seksual adalah penting sekali bagi kehidupannya, berikut ungkapannya:

“ Waaach penting itu, membuat bergairah... utama tuch” (P1)

b. Keharusan

Partisipan lain mengatakan keharusan:

“ Ya haruslah... kalau itu harus maksimal kan? (P7)

c. Kebutuhan primer

Bahkan ada yang mengatakan secara jelas bahwa seksual adalah kebutuhan primer, selain itu partisipan dapat membedakan dengan pandangan wanita terhadap seksual, menilik dari istrinya:

“ Kalau seksual bagi pria bagi saya itu selain kebutuhan hidup ya, primer yang , itu... kebutuhan primer. Seks adalah kebutuhan primer yang kedua, bagi saya, ya bagi saya. Yaaa kebutuhan primer yang pertama itu kan makan minum, kalau seks ini yang kedua, kalau bagi saya, sangat penting. Kalau perempuan mungkin nggak terlalu” (P2)

2) Kebutuhan sekunder (tidak penting)

Sebagian partisipan yang mengatakan bahwa seksual bukanlah hal yang penting dan menjadi kebutuhan sekunder. Berikut ungkapan partisipan dari tiap kategori:

a. Tidak tergantung dari seks

Satu dari 7 partisipan mengatakan bahwa dalam menjalani rumah tangga tidak hanya tergantung pada seksual, masih ada hal lain yang lebih penting.

“ Yach rumah tangga itu kan nggak tergantung pada itu... (P3)

b. Bukan segala-galanya

Pada partisipan yang sama dilanjutkan penjelasan bahwa seksual bukanlah segala-galanya dalam hidup

“ ... seks bukan segala-galanya” (P3)

c. Tidak penting

Bahkan ada partisipan yang secara jelas mengatakan bahwa seksual bagi kehidupannya sekarang bukan merupakan hal yang penting karena istri sakit dan sudah mempunyai keturunan.

“ ... istri juga lagi sakit, kata dokter mio (maksudnya mioma), perdarahan banyak, sekarang dia lagi di kebidanan, seks sudah nggak penting Sus” (P4)

“ ... udah nggak penting itu, kita juga kan sudah punya keturunan” (P6)

4.2.2.2 Pandangan tentang disfungsi seksual pada kehidupan pria

Pertanyaan dilanjutkan pada “bagaimana pandangan Bapak tentang gangguan/difungsi seksual yang Bapak alami?” “menurut bapak, disfungsi seksual itu sebenarnya apa pak?” “apa pandangan bapak mengenai gangguan pada kehidupan bapak?”, maka berbagai pendapat mengemuka.

1) Mengganggu kebutuhan primer (utama)

Sebagaimana yang telah diuraikan pada 4.2.2.1 point 1) bahwa seksual adalah kebutuhan primer bagi pria, maka ketika terjadi gangguan atau disfungsi seksual, maka partisipan akan merasa terganggu. Ungkapan yang mengatakan bahwa disfungsi seksual mengganggu kebutuhan primernya dapat dilihat pada beberapa kategori di bawah ini:

a. Bahaya bagi hidup

Satu partisipan (P1) menganggap bahwa disfungsi seksual sangat berbahaya:

“ Wow wow wow, itu berbahaya sekaaali, berbahaya sekali...”

b. Mengganggu

Dua dari 7 partisipan mengatakan disfungsi seksual mengganggu.

“ jadiii masalah apa, diabet ... itu masalah seksual sebenarnya sangat terganggu... ” (P3)

“ sebelumnya merasa terganggu, iya” (P6)

2) Tidak mengganggu hidup

Tetapi ada 1 dari 7 partisipan yang menganggap bahwa gangguan seksual yang dialaminya adalah biasa-biasa saja:

“ biasa saja, masih tetap semangat” (P7)

3) Berdampak psikologis

Gangguan/disfungsi seksual yang dialami partisipan ternyata dianggap partisipan menyebabkan perubahan psikologis pada dirinya, mulai dari menurunkan semangat kerja; harga diri dan menjadi sangat penting. Berikut ungkapan mereka dalam beberapa kategori:

a. Menurunkan semangat

Satu dari 7 partisipan mengatakan bahwa disfungsi seksual bisa menurunkan semangat.

“ ... karena kalau tidak ada, itu akan menyebabkan bagi saya tidak semangat bekerja ” (P2)

b. Menurunkan harga diri

Partisipan 2 juga mengungkapkan bahwa disfungsi seksual akan merubah harga dirinya, baik karena merasa tidak berguna ataupun malu pada pasangan.

“ ... saya memandang... sepertinya tidak ada gunanya, punya ilmu, sekolah di luar, nggak ada apa-apanya... saya malu pada istri ” (P2)

c. Menjadi masalah penting

Disfungsi seksual yang dirasakan partisipan akan menjadi permasalahan penting dan berpengaruh pada hidupnya. Ini diungkapkan oleh 1 partisipan.

“ ... menjadi permasalahan banget bagi saya ... ” (P2)

4) Umur sebagai penyebab disfungsi seksual

Saat wawancara, sebagian partisipan mengatakan bahwa disfungsi seksual yang dialaminya merupakan pengaruh dari usia yang semakin menua, ini dimulai dari keyakinan yang sudah dimantapkan atau baru sekedar pertanyaan. Ungkapan mereka dapat dibaca pada kategori “ada pengaruh umur” berikut ini:

“ Jadi namanya ini disfungsi... ya semua tergantung umur... ” (P1)

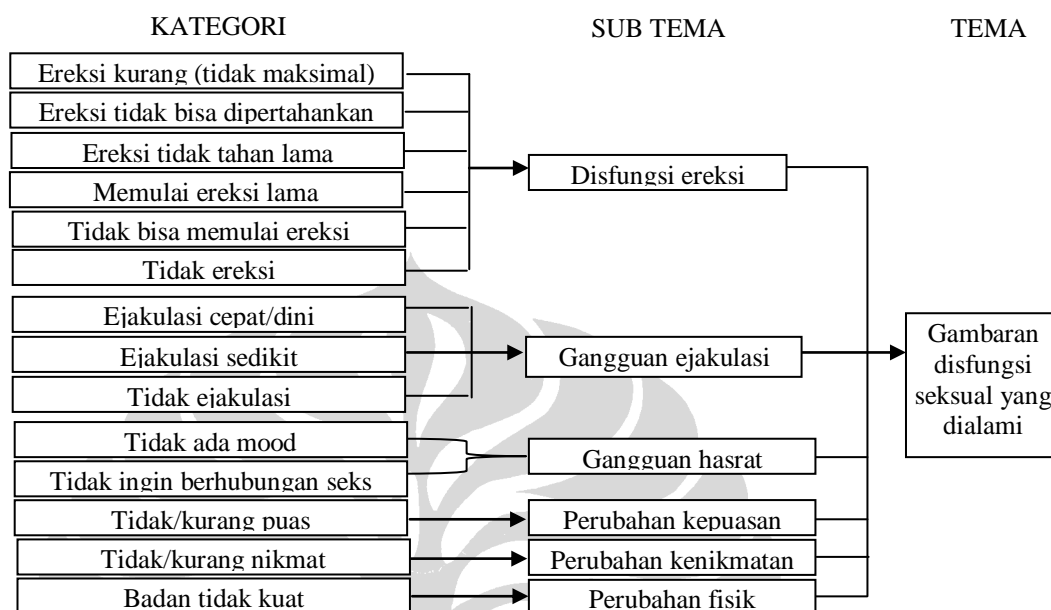
“ ... seiring dengan umur juga berkurang ... ” (P3)

“ saya juga berfikir apa karena umur saya juga sudah dekat 50 gitu ” (P4)

4.2.3 Gambaran disfungsi seksual yang dialami

Disfungsi seksual merupakan ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi fungsi seksualnya. Pada pria ada beberapa macam disfungsi seksual, dan pada penelitian

ini ditemukan gambaran disfungsi seksual yang dialami setelah partisipan menerima pertanyaan “perubahan seksual apa saja yang bapak alami?” “setelah sakit diabetes, perubahan seksual apa saja yang terjadi pada bapak?”. Analisis tematik tema 3 dapat dilihat pada gambar diagram 4.27 berikut ini:



Gambar 4.27

Diagram Analisis Tematik Tema 3 Gambaran Disfungsi Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Pada diagram 4.27 terdapat 1 tema dengan 6 sub tema gambaran disfungsi seksual pada klien pria diabetes, masing-masing tema mempunyai kategori yang dapat terungkap sebagai berikut:

4.2.3.1 Disfungsi ereksi

1) Ereksi kurang (tidak maksimal)

Tiga dari 7 partisipan menyampaikan bahwa ereksi yang dialaminya kurang atau tidak maksimal, dan ada yang membutuhkan rangsangan.

“aaa ada yang kurang itu ... “ (P1)

“kurang maksimal, harus dirangsang dulu, kadang tidak”,

“... keluhan nggak maksimal itu ada: (P7)

“setelah positif diabet... tidak terlalu tegang, nggak bisa nggak bisa keraas ... “ (P2)

2) Ereksi tidak bisa dipertahankan

Ereksi yang sudah muncul, akan sulit dipertahankan oleh klien diabetes. Hal ini diungkapkan oleh 2 dari 7 partisipan.

“ Gak bisa mempertahankan, letoy” (P1)

“ Nggak, nggak lama, kalau begitu tegang, kalau nggak langsung berhubungan, itu kendor” (P2)

3) Ereksi tidak tahan lama

Walaupun hampir sama dengan ereksi yang tidak bisa dipertahankan, tetapi kategori ini disusun tersendiri karena ungkapan yang disampaikan partisipan bermakna beda. Berikut 3 partisipan yang mengungkapkannya:

“ nggak pernah lama ... dan dia diem aja gitu” (P1)

Ketika ditanya “apakah ereksi bisa bertahan lama”, P4 menjawab:

*“ ... nggak terlalu lama, tapi bagi saya cukup... “
“ sering lemes juga sich”, “ agak cepat”*

“...tidak bisa keras sama sekali, ...begitu keras gitu, gagal” (P2)

4) Memulai ereksi lama

Bersamaan dengan ketiga kategori di atas, ternyata untuk memulai ereksi sangat sulit dirasakan oleh partisipan. Ada 2 partisipan yang menjawab ketika ditanyakan “pada perubahan seksual, apa yang dialami?”

“ ereksiii... lama, ereksi lama, panasnya lama” (P3)

Dan pertanyaan “kalau untuk keras, bagaimana memulai kerasnya?”

“ lama... lama saya, agak lama saya, mungkin bisa cumbu rayu dulu, dan nggak lama, nggak lama saya, nggak cepat, dibanding sebelum sakit” (P2)

5) Tidak bisa memulai ereksi

Satu partisipan (P6) mengatakan tidak bisa memulai ereksi. Ketika diklarifikasikan kembali, partisipan tetap bersikukuh tidak bisa memulainya.

“ ... nggak bisa ... memulainya berdiri, nggak bisa”

6) Tidak ereksi

Disfungsi ereksi yang terakhir dan paling bermasalah adalah tidak bisa ereksi. Tiga partisipan menyampaikan hal ini dengan wajah serius, bahkan ketika diklarifikasikan kembali ketidakmampuannya (P5), dia menegaskan.

“ hampir, nyaris, saya tutupi dengan obat” (P1)

“ ... udah nggak bisa apa-apa gitu, nggak bisa berdiri ... “ (P6)

“ ... udah selama-lamanya nggak bisa” (P6)

“ ... suka berdiri, kalau lagi nggak sakit mah. Ini setelah sakit ini... nggak mau pisan” “ pisan!”(P5)

4.2.3.2 Gangguan ejakulasi

Ejakulasi atau keluarnya sperma merupakan suatu kondisi yang memuaskan bagi klien pria. Akan tetapi, bersamaan dengan disfungsi ereksi, ejakulasipun terganggu. Gangguan ini dapat berupa waktu keluar, jumlah atau sama sekali tidak keluar. Berikut kategori dan ungkapan para partisipan setelah diberi pertanyaan “perubahan seksual apa saja yang Bapak alami?:

1) Ejakulasi cepat/dini

Empat partisipan mengungkapkan bahwa spermanya keluar cepat, baik itu melalui senggama atau tidak.

“ ... Cuma sebentar “ (maksudnya cuma sebentar keluar) (P1)

“ ya, ejakulasi dini” “ ... ya paling 1, 2, 3 menit... biasanya 10-15 menit” (P7)

“ pertama-tama bisa main gitu, tapi sebentar sebhentaaaar, pas masuk gitu keluaaaaar” (P6)

“ ... Keluarnya cepat, itu saya sejak positif diabet” (P2)

“ ... nggak ngerasakan ... saya sudah sampai, istri belum” (P2)

“ begitu keras gitu ... keluarnya cepat” (P2)

“ keluarnya duhuan... adaaa mungkin... semenit gitu” (P2)

2) Ejakulasi sedikit

Bersamaan dengan ejakulasi dini, maka jumlah sperma yang dikeluarkanpun sedikit, ini disampaikan oleh 1 partisipan

“ keluar keluar, tapi cuma sedikit” (P6)

3) Tidak ejakulasi

Satu partisipan mengatakan tidak keluar air mani (P4)

“ ketika berhubungan... saya nggak keluar mani gitu, ... kalau udah lama gitu, udah sebulan, baru keluar, tapi kalau hanya seminggu gitu nggak keluar. Biasanya kan keluar tuch, kalau kita udah puas kan keluar tuch, ini kita udah puas juga nggak keluar tuch, gitu aja yang saya alami”

4.2.3.3 Gangguan hasrat

Hasrat/libido partisipanpun ikut berubah karena diabetes, baik ini karena murni perubahan kadar gula darah atau karena efek dari perubahan fungsi ereksi dan ejakulasi. Terdapat 2 kategori pokok pada sub tema ini, yaitu tidak ada *mood* (keinginan/hasrat) dan sama sekali tidak ingin berhubungan seksual.

1) Tidak ada mood

Berikut ungkapan tidak adanya keinginan/hasrat pada klien pria diabetes:

“ ... hilang kan moodnya kan” (P1)

Mood yang berubah ini menurut P7 dikarenakan ejakulasi dini yang dialaminya, sehingga dia malas:

“ kayaknya males aja gitu, sudah males berhubungan” (P7)

“ ... kayaknya nggak napsu” (P7)

2) Tidak ingin berhubungan seksual

Dua partisipan menyampaikan ketidakinginannya lagi berhubungan seksual. Hal ini karena tak ada dukungan istri dan salah satu partisipan lain mengatakan karena sudah malas.

“ ya yang terakhir itu, sudah nggak mau lagi saya” (P1)

“ ... berhubungan kira-kira setengah tahunan, karena males” (P3)

4.2.3.4 Perubahan kepuasan

Kepuasan pada dasarnya tidak banyak berubah, hanya ada 2 orang yang mengungkapkan perubahan kepuasan, mengarah ke tidak puas dan puas. Ketika ditanya “bagaimana kepuasan bapak?”

1) Tidak/kurang puas

Dua partisipan tidak ada kepuasan secara fisik, semua terasa biasa adanya.

“ puas fisik sich enggak, kepuasan batin saja” (P3)

“ kalau sudah keluar... asal keluar gitu... (puas?) hehe, ya ndak”(P6)

4.2.3.5 Perubahan kenikmatan

Bersamaan dengan rasa puas, kenikmatan dalam berhubungan juga ada perubahan. Ketika pertanyaan muncul “bagaimanakah dengan kenikmatan saat berhubungan pak?”

1) Tidak/kurang nikmat

Dua partisipan mengatakan tidak menikmati, semua selesai begitu saja.

“*ya gak begitu menikmati*” (P1)

“*yaaa cuma selesai begitu saja*” (P4)

4.2.3.6 Kondisi fisik menurun

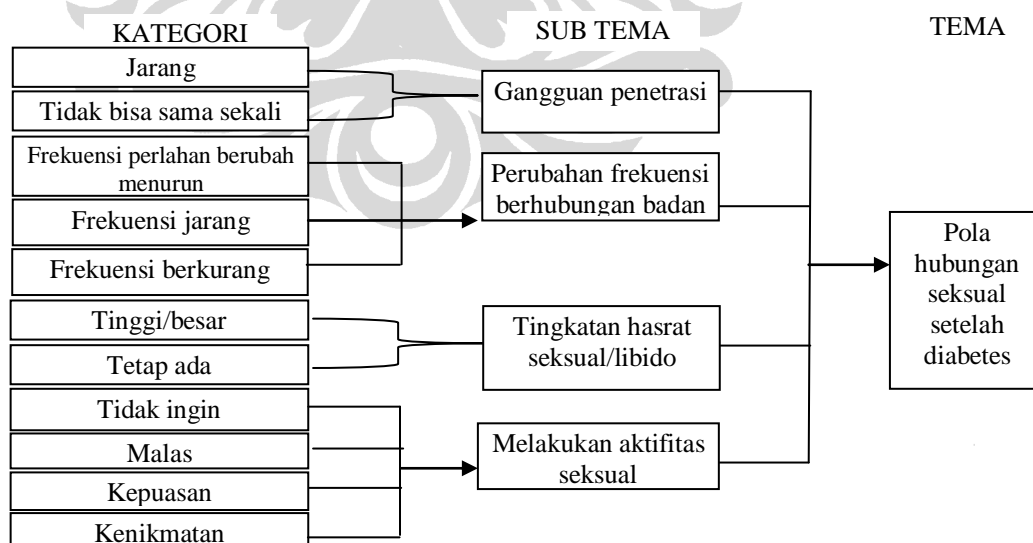
Selain perubahan fungsi seksualnya, ternyata terdapat perubahan fisik yang terjadi pada klien pria dengan diabetes dengan disfungsi seksual. Hal ini diungkapkan oleh 2 partisipan ketika ditanya “perubahan apa yang terjadi karena gangguan seksual yang bapak alami?” kategori badan tidak kuat.

“*... nich fisik saya tidak mendukung itu... gak sama sekali*” (P1)

“*gangguannya... ya orang badannya juga nggak kuat lagi ... lemes saja*” (P5)

4.2.4 Pola hubungan seksual setelah diabetes

Disfungsi seksual klien pria diabetes akan mempengaruhi pola hubungan seksual mereka, mulai dari hasrat seksual/libido, penetrasi, frekuensi *coitus* dan efek psikologis terhadap kegiatan aktifitas seksual. Pola hubungan seksual ini muncul sebagai data baru, hampir seluruh partisipan berkecenderungan bahwa perubahan seksual adalah *coitus*. Analisis tematik dapat dilihat pada gambar diagram 4.28:



Gambar 4.28

Diagram Analisis Tematik Tema 4 Pola Hubungan Seksual Setelah Diabetes pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.4.1 Gangguan penetrasi

Penetrasi merupakan hal wajib bagi pria, hal ini sesuai dengan ungkapan beberapa klien yang sempat ditanyai. Ketika terjadi disfungsi ereksi maka kegiatan penetrasi terhambat atau bahkan tidak bisa sama sekali. Maka sebagai tambahan data baru yang didapat saat wawancara dengan mengajukan pertanyaan sesuai alur percakapan partisipan, maka muncul pertanyaan “bagaimana kondisi saat digunakan senggama?”. Jawaban dapat diketahui dari 2 kategori berikut:

1) Jarang

Dua partisipan mengatakan jarang bisa melakukan penetrasi kepada pasangan, hal ini dibuktikan dengan ungkapan:

“ penetrasinya bermasalah, jarang-jarang ... “ (P3)

“ kalau udah lama gitu (tegang), kadang kadang, gagal juga, udah gitu, udah” (P2)

2) Tidak bisa sama sekali

Ada 2 partisipan yang mengalami ketidakmampuan penetrasi, hal ini disebabkan karena ereksi tidak bisa maksimal; tidak dapat mempertahankan ereksi sebelum coitus dimulai. Berikut ungkapannya:

“ tidak bisa masuk sama sekali” (P1)

“ waktu penetrasinya itu ... kadang-kadang... ilang itu” (P3)

4.2.4.2 Perubahan frekuensi berhubungan badan

Seiring dengan disfungsi ereksi dan perubahan hasrat seksual/libido, terdapat perubahan pada frekuensi berhubungan badan dengan pasangan. Terdapat 3 kondisi yaitu frekuensi perlahan berubah menurun, frekuensi jarang dan frekuensi berkurang. Berikut ungkapan partisipan sebagai bentuk jawaban atas pertanyaan “bagaimanakah dengan frekuensi berhubungan dengan istri?” “ kalau frekuensi berhubungan bagaimana pak?” yang terangkum dalam 3 kategori.

1) Frekuensi perlahan berubah menurun

Dua partisipan mengatakan bahwa frekuensi berhubungan seksual dengan istri perlahan berkurang. Satu partisipan mengatakan bahwa di awal pernikahan dapat melakukan hubungan suami istri 2 kali dalam seminggu,

namun setelah 5 tahun perkawinan akhirnya mulai terasa terjadi penurunan secara perlahan dan akhirnya sekarang dilakukan 2 bulan sekali.

“ ya berkuranglah pelan-pelan... pelan-pelaaan berkurang” (P1)

“perlahan ... 2 bulan sekali” (P3)

2) Frekuensi jarang

Satu partisipan mengatakan bahwa sejak sakit sudah jarang melakukan hubungan suami istri, sekitar 1 bulan sekali dari semula seminggu sekali.

“ setelah positif diabet... frekuensi juga sudah jarang... sangat-sangat lebih parah lagi” (P2)

3) Frekuensi berkurang

Ada 4 partisipan mengalami berkurangnya frekuensi berhubungan badan (*coitus*) dengan ungkapan berikut:

“ ... frekuensinya berkurang” (P2)

“ berkurang... kalau tidak sakit, seminggu 2 kali, ya kadang-kadang susah, seminggu sekali kadang tidak” (P7)

“ berubah sekarang... kira-kira setengah tahuuuun gitu ... “ (P6)

“ ... kita belum kena kencing manis ... seminggu juga mau ... paling sebulan sekali waktu-waktu ini” (P5)

4.2.4.3 Tingkat hasrat seksual/libido

Pada gambaran perubahan disfungsi seksual partisipan di data sebelumnya, hanya ada 2 partisipan yang mengalami gangguan hasrat seksual/libido dan gangguan inipun tidak selamanya terjadi. Hal ini dibuktikan bahwa ternyata semua partisipan mengatakan masih mempunyai hasrat seksual/libido, baik masih tinggi maupun tetap ada, hanya saja hasrat ini akhirnya tidak tersalurkan karena adanya disfungsi ereksi. Ketika ditanya “bagaimana dengan hasrat atau keinginan seksual Bapak?” maka jawaban partisipan dapat dilihat pada 2 kategori berikut ini:

1) Tinggi/Besar

Ada 2 partisipan yang mengatakan bahwa hasrat seksualnya masih tinggi

“ ... tinggi itu saya ... sangat tinggi hasratnya” (P1, P3)

“ ... punya itu besar sekali... hasrat “ (P1)

2) Tetap ada

Ada 5 partisipan yang mengatakan bahwa hasrat seksualnya masih ada, sedangkan ukuran tinggi sedang rendahnya tidak disampaikan. Berikut salah satu ungkapan mereka:

“keinginan ada, tetep ada, nafsu tetep ada” (P6)

4.2.4.4 Melakukan aktifitas seksual

Kegiatan aktifitas seksual lebih ditekankan pada respon psikologis partisipan untuk melakukan *coitus* setelah didiagnosa diabetes dan mengalami disfungsi seksual. Respon mayoritas partisipan terlihat menurun, tidak ingin berhubungan, malas berhubungan, perubahan kepuasan dan kenikmatan, hanya ada 2 orang yang mengatakan masih puas dalam berhubungan karena proses penerimaan dirinya yang sudah dipikirkan masak-masak serta ungkapan walau berubah tapi masih dianggap cukup. Berikut ungkapan mereka dalam beberapa kategori:

1) Tidak ingin

Dua partisipan mengatakan tidak ada keinginan berhubungan seksual.

“tidak kepingin” (P1)

“... maleeees gitu, udah nggak ada kepinginan” (P5)

2) Malas

Satu partisipan mengedepankan malas sebagai alasan

“udah males” (P6)

3) Kepuasan

Dua partisipan mengatakan masih tetap puas ketika berhubungan

“ya pokoknya masuk, keluar, puas” (P1)

“... masih puas” (P4)

4) Kenikmatan

Ada perbedaan antara 3 orang partisipan, 2 orang mengungkapkan tidak merasa nikmat, 1 orang ada kenikmatan dengan tanpa mengungkapkan seberapa nikmat yang dirasakan dan ini disampaikan oleh orang yang sama, karena rasa kenikmatannya fluktuatif.

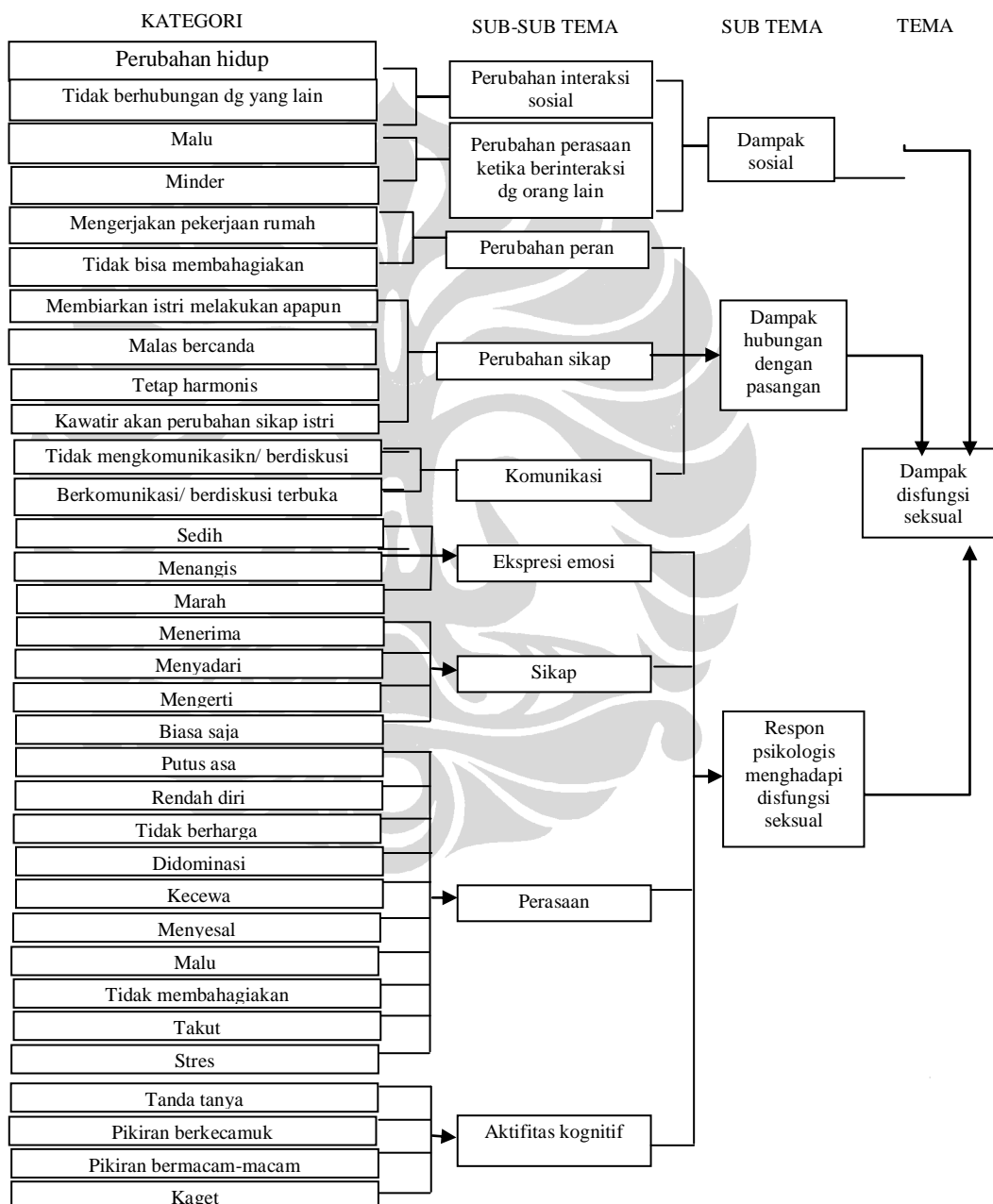
“sejak sakit ya tidak bisa begitu menikmati” (P1)

“ada” (P1)

“nggak merasa nikmat” (P6)

4.2.5 Dampak disfungsi seksual

Perubahan fungsi seksual yang menyebabkan disfungsi ini ternyata berdampak pada kehidupan partisipan. Ada 2 dampak besar yaitu dampak sosial, dampak hubungan dengan pasangan dan 1 respon psikologis menghadapi disfungsi seksual. Tiga hal ini yang menjadi hal penting sehingga dampak lain secara biologis dan spiritual menjadi hal yang tidak bermasalah bagi mereka. Analisis tematik disajikan dalam gambar diagram 4.29 berikut ini:



Gambar 4.29

Diagram Analisis Tematik Tema 5 Dampak Disfungsi Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

Dari gambar 4.29 didapatkan 2 dampak utama terurai menjadi 5 sub-sub tema dan 12 kategori. Sub-sub tema yang muncul antara lain perubahan interaksi sosial, perubahan perasaan ketika berinteraksi dengan orang lain, perubahan peran, perubahan sikap dan komunikasi. Sedangkan kategori-kategori yang ada antara lain perubahan hidup, tidak berhubungan dengan yang lain, malu, minder, mengerjakan pekerjaan rumah, tidak bisa membahagiakan, membiarkan istri melakukan apapun, malas bercanda, tetap harmonis, khawatir akan perubahan sikap istri, tidak mengkomunikasikan/berdiskusi dan berkomunikasi/berdiskusi terbuka.

Selain itu juga terdapat 1 respon psikologis utama yang dirumuskan dari 4 sub-sub tema dari respon psikologis partisipan yaitu ekspresi emosi, sikap, perasaan dan aktifitas kognitif dengan 21 kategori yaitu sedih, menangis, marah, menerima, menyadari, mengerti, biasa saja, rendah diri, tidak berharga, didominasi, kecewa, menyesal, malu, tidak membahagiakan, takut, stres, tanda tanya, pikiran berkecamuk, pikiran macam-macam dan kaget.

4.2.5.1 Dampak sosial

Disfungsi seksual yang dialami partisipan memunculkan respon yang bermacam-macam dan ini ternyata berdampak secara sosial. Hal ini terjadi pada 1 orang partisipan (P1) yang akhirnya hanya di rumah saja tanpa melakukan apapun, dia keluar rumah hanya untuk melakukan terapi alternatif dan olah raga.

1) Perubahan interaksi sosial

Partisipan menyampaikan bahwa hidupnya berubah dan tidak lagi berhubungan dengan teman-temannya. Ungkapan ini disampaikan ketika muncul pertanyaan “selama ini dengan perubahan yang bapak rasakan, bagaimana pengalaman bapak?”

a. Perubahan hidup

“ada” (maksudnya ada perubahan pada hidupnya)

b. Tidak berhubungan dengan yang lain

“... hubungan dengan teman-teman terputus (sedih), hubungan dengan gak bisa ini, mereka mungkin juga mengalami juga seperti itu dan tidak mau bicara tentang itu...”

2) Perubahan perasaan ketika berinteraksi dengan orang lain

Partisipan 2 menyampaikan bahwa dengan gangguan fungsi seksualnya ini merasa malu dan minder. Kondisi ini terjadi di saat berada dalam pergaulan dengan teman kerja. Dengan perasaan yang ada maka partisipan memilih diam dan hanya sebagai pendengar.

a. Malu

“ kadang ada teman ngajak berobat, tapi saya ... ya malu saya”
“ saya merasa kalau mendengar-dengar orang ngobrol... satu minder, saya malu”

b. Minder

“ saya merasa kalau mendengar-dengar orang ngobrol... satu minder, saya malu”

4.2.5.2 Dampak hubungan dengan pasangan

Dampak inilah yang menjadi masalah terbesar partisipan. Dengan disfungsi seksual yang dialaminya, maka begitu banyak akibat yang dirasakannya, dan ini mempengaruhi proses hubungan dengan pasangan. Dampak yang akan disampaikan kali ini adalah bagaimana gangguan seksual ini akan merubah pola hubungan partisipan dengan istri.

1) Perubahan peran

Suami adalah kepala rumah tangga yang mempunyai tanggung jawab lebih besar dengan segala perannya, yaitu memimpin, mengarahkan, memberi nafkah lahir maupun batin, berharga di mata istri dan lain-lain. Namun peran ini tidak terlaksana karena dengan sakitnya maka partisipan tidak bekerja, dengan gangguan seksualnya dia tidak bisa berperan sebagai laki-laki sejati.

a. Mengerjakan pekerjaan rumah

Dua partisipan menyampaikan bahwa untuk mengganti tidak berperannya diri sebagai suami sejati, maka partisipan rela melakukan aktifitas rumah mulai dari mencuci, menyeterika, membersihkan rumah dan membantu semua kegiatan istri. Selain mengganti juga sebagai bentuk imbalan atas apa yang sudah dilakukan istri kepadanya. Semua dilakukan agar tetap dianggap sebagai suami dan berperan serta dalam kehidupan rumah tangga. Berikut uraian ungkapan mereka berdua:

“sejak sakit... tidak bekerja... saya bekerja seperti perempuan yang bekerja di rumah, mencuci, menyeterika...” (P1)

“... kadang-kadang pekerjaan saya saya apa itu membantu sepenuhnya, supaya itu, imbalannya itu ... “ (P2)

b. Tidak bisa membahagiakan

Gangguan seksual yang dialami partisipan akhirnya membuat dia berfikir bahwa dirinya belum bisa berperan untuk membahagiakan istrinya.

Berikut ungkapan mereka:

“... kok nggak bisa membahagiakan gitu, istri saya sudah sabar, sudah ngurus saya ... “ (P2)

“ kita kan belum bisa membahagiakan ya “ (P5)

2) Perubahan sikap

Terdapat sikap yang berbeda dari partisipan. Dalam berhubungan/bergaul dengan istri, ada yang membiarkan istri melakukan apapun sampai dengan mengkondisikan tetap harmonis dengan aktifitas positif.

a. Membiarkan istri melakukan apapun

Satu partisipan (P1) sudah berada pada kondisi membiarkan istrinya berbuat apapun selama istrinya tidak mengganggu dirinya, karena istri sudah tidak mendukung dan berselingkuh.

“ ... kalau mau kawin kawin aja silahkan, saya gak masalah”

“ ... entah karena sudah tersalurin sekarang, bodoh amat dach”

“ ... mau ngapain aja silahkan, jadi gak membebani istirahat saya...”

b. Malas bercanda

Terjadi perubahan sikap malas bercanda dengan istri karena rasa malu dan merasa tidak bergunanya dirinya untuk istrinya, termasuk dengan status dia sebagai guru agama, sudah sekolah di luar negeri tetapi tidak mempunyai kemampuan.

“... saya seperti tidak ada gunanya... punya ilmu, sekolah di luar, tapi nggak ada apa-apanya... nggak ada kekuatan gitu. ... Misalnya kita mau bercanda-canda gitu ya, jadi males gitu ya, mereka takut saya tersinggung, saya juga takut tersinggung” baik kepada istri saya, jadi kadang-kadang saya sama istri saya, saya saking malu ... “ (P2)

c. Tetap harmonis

Tetap harmonis adalah kondisi yang dipertahankan partisipan, walau menurut mereka hidup rumah tangga itu tidak jauh dari masalah.

“... ya biasalah becanda-becanda aja gitu” (P3)

“ ... ya tidak masalah soal gituan, karena dia ... ya karena cinta ama saya ... hehehe” (wajah sumringah) (P3)

“ya biasa saja, tidak berubah” (P7)

d. Kawatir akan perubahan sikap istri

Seiring dengan rasa malunya, baik malu pada diri sendiri maupun ke istri, maka partisipan memilih untuk diam dan tidak berbicara dengan istri. Hal ini menyebabkan keahwasiran-keahwasiran muncul dalam benaknya tentang menerimanya istri terhadap kondisinya selama ini.

“ ... gimana ya? Kalau istri ... takutnya nerima-nerima tapi dalam hatinya dia akhirnya membenci saya ...” (P2)

“... saya takut... dia mencari apa namanya hiburan lain di luar ...” (P2)

“ ... saya justru masih dalam pikiran... masih tanda tanya... apakah dia ini itu” (maksudnya apakah dia berfikir dan bertindak macam-macam sehubungan dengan gangguan seksual yang dideritanya) (P2)

3) Komunikasi

Komunikasi adalah hal yang penting dalam rumah tangga, namun dalam menghadapi masalah disfungsi seksualnya partisipan berbeda cara, ketika ditanyakan peneliti “bagaimana hubungan dengan istri pak?” ada yang berkomunikasi terbuka dan berinisiatif lebih dahulu untuk menjelaskan kepada istri, ada yang sama sekali tidak membicarakannya.

a. Tidak mengkomunikasikan/berdiskusi

Ada 3 partisipan yang mengungkapkan bahwa mereka diam, tidak menyampaikan dan tidak pernah bertanya.

“ saya diam saja ...” (P2)

“ kalau ngobrol... belum, tak pernah ngobrol.. saya sendiri mau mengatakan... ada rasa malu” (P2)

“ nggak ngomongnya bukan karena apa, malu saya ... saya kok menggebu tapi ndak bisa... istri ndak menikmati” (P2)

“ perasaan saya, malu, malu banget, saya nggak bisa ngomong... nggak bisa ngomong karena malu, malu sendiri... ya akhirnya diem ... “

b. Mengkomunikasikan/berdiskusi terbuka

Ada 2 partisipan yang mengambil inisiatif lebih dulu mengkomunikasikan gangguan seksual yang dialami kepada istrinya.

“ ya saya terang-terangan bilang sama istri bahwa resiko penyakit diabetes ya seperti ini” “ ... tidak ada yang kita tutup-tutupi, semua terbuka ... masalah seks segala macam” “ saya kasih tahu istri duluan...” (P3)

“ ya kita bilang kalau kita ada kena kencing manis, jadi kalau kita hubungan dengan orang rumah... berhenti dulu” (P5)

4.2.5.3 Respon psikologis menghadapi disfungsi seksual

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

1) Ekspresi emosi

Dalam menghadapi disfungsi seksualnya, ada 2 partisipan yang dapat mengekspresikan emosinya dalam bentuk sedih, menangis dan marah. Berikut kutipan pernyataan partisipan dalam 3 kategori tersebut:

a. Sedih

Satu partisipan menunjukkan ekspresi sedih ketika dia menceritakan respon istrinya terhadap disfungsi seksual yang dialaminya. Partisipan tidak mau melanjutkan ceritanya, intonasi suara menurun dan menunduk.

(partisipan sedih) ...” sudah, sudah” (P1)

b. Menangis

Dengan partisipan yang masih sama (P1) ketika ditanya “ sejak tahun 2004 terasa perubahan, bagaimana perasaan bapak?”, dia mengungkapkan kalau ingin menangis, dan pada kesempatan wawancara yang lain partisipan menangis sehingga peneliti menyediakan tissue dan menenangkannya.

“ saya ingin nangis ... “ (P1)

c. Marah

Saat ditanyakan kepada partisipan “apakah ada perasaan lain misalnya marah dan sebagainya?” maka P6 menjawab:

“ ya biasa kalau pas itu ya sebetulnya ... wuuuuuaaah kadang-kadang ya... siiiiiiaaalllllaaaaaan ” (P6)

2) Sikap

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

a. Menerima

Tiga partisipan dapat menerima disfungsi seksual yang dialaminya. Banyak sekali hal yang mempengaruhinya, diantaranya saat wawancara partisipan menyampaikan bahwa gangguan itu merupakan konsekwensi dari kebiasaan buruknya dahulu yang tidak bisa mengontrol diit, sudah mengetahui resiko diabetes mellitus pada seksualnya dan proses kesadaran diri yang terjadi pada diri partisipan. Berikut ungkapan-ungkapan mereka:

“ ... ya memang konsekwensi yang harus saya terima... ” (P3)

“ pasrah dan menerima ” (P4)

“ ... tapi kadang-kadang kita juga mikir, yanch sama yang kuasa emang sudah dikasih begini, yach kita terima saja ” (P6)

b. Menyadari

Proses kesadaran diri partisipan didapatkan dari proses internal atas penyebab dan akibat yang terjadi. Dua partisipan menyampaikan bahwa mereka menyadari akan disfungsi yang dialami. Ketika salah satu partisipan ditanya “bagaimana perasaan bapak dengan perubahan seksual yang bapak rasakan ini?” maka partisipan menjawab:

“ ... namanya juga disfungsi... saya nyadari disitu ... ” (P1)

“ ya kita udah menyadari ... ya mungkin udah waktunya ” (P6)

c. Mengerti

Ungkapan mengerti disampaikan oleh 1 partisipan atas kondisi dirinya.

“ saya ngerti bahwa itu konsekwensi dari diabet ” (P3)

d. Biasa saja

Ada 2 partisipan yang mengatakan biasa saja atas disfungsi seksual mereka.

“ kalo marah sich enggak, sedih juga enggaaak, biasa ajah ” (P6)

“ biasa saja ” (P7)

3) Perasaan

Perasaan adalah segala hal yang dialami hati seseorang. ada 10 kategori perasaan yang muncul sebagai respon partisipan atas disfungsi seksual yang dialami.

a. Putus asa

Ungkapan kalimat yang menandakan keputus-asaan dapat dilihat pada rangkaian kalimat berikut ini:

“ ... kalau dicabut sekarang ya... cabut saja. Kenapa? Karena istri sudah nggak mendukung “ (P1)

“ ... setiap mau berhubungan itu saya memikirkan... kalau gagaal, bagaimana itu, jadi akhirnya nggak jadi dech” “ ... jadi down duluan, jadi untuk apalah... keluar lagi, keluar lagi” (P2)

b. Rendah diri

Ketika ditanya “bagaimana bapak memandang diri bapak sendiri dengan gangguan seksual ini? Bagaimana perasaan bapak?”, maka P2 mengungkapkan betapa rendah dirinya.

“ ... saya memandang diri saya tuch rendah banget, perasaan saya” “... ketika saya setelah minum (sat itu pernah sekali istrinya mengusahakan membelikannya jamu dan diminum), itu bisa melakukan itu, gagal lagi, saya jadi, ... perasaan saya rendah banget ...”

c. Tidak berharga

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

“ saya ... sepertinya tidak ada gunanya ... ini perasaan saya”

d. Didominasi

Partisipan 1 mengatakan bahwa istrinya selalu marah-marah dan suka mengatur baik dalam urusan rumah tangga, sakitnya khususnya masalah seksualnya, sehingga partisipan merasa didominasi. Berikut penuturannya:

“ ... saya merasa didominasi ... “ “ ... dia tuch ngatur banget”

e. Kecewa

Perasaan lain yang muncul adalah kecewa. Partisipan 6 mengungkapkan kekecewaannya dengan lugas.

“ yo gelo” (jawa: kecewa)

“ ... Cuma itu kadang-kadang kecewa kalo Cuma sebentar, lebih baik nggak sah “ (sah=usah)

“ ya saya juga kecewa, kecewa ... Kita masih muda begini sudah nggak bisa apa-apaaaaa”

f. Menyesal

Satu partisipan mengungkapkan kalau dia menyesal

“ ya... nyesel “ (P6)

g. Malu

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

Ya malu ya ... “ (P1)

“ ... ada rasa malu saya tuch, rasa malu, kok nggak bisa membahagiakan gitu, istri saya sudah sabar, sudah ngurus saya, tapi saya mau apalah gitu... “ (P2)

“ ... perasaan saya malu banget... malu banget “ (P2)

Khusus untuk partisipan 2 ini, partisipan berkali-kali mengucapkan bahwa dia malu dan sangat malu di sepanjang wawancara, malu pada istri dan orang-orang jika diketahui gangguan yang dialaminya.

h. Tidak membahagiakan

Perasaan tidak bisa membahagiakan istri dalam memenuhi kebutuhan seksual diungkapkan oleh partisipan 2.

“ ... kok nggak bisa membahagiakan gitu, istri saya sudah sabar, sudah ngurus saya, tapi saya mau apalah gitu... “ (P2)

i. Takut

Ketakutan yang dialami partisipan 2 bukanlah ketakutan pada hal dan akibat secara medis, tetapi lebih pada ketakutan terhadap diri sendiri dan istri.

“ ... saya takut diri sendiri, saya takut istri saya membenci saya... itu yang jadi pikiran saya kalau sudah seperti ini... “

j. Stres

Rasa stres karena perubahan seksual ini terjadi pada partisipan 2 juga. Stres yang muncul setiap kali akan berhubungan badan.

“ stres saya, belum mulai saya sudah stres duluan saya, karena yang akan terjadi sepertinya sudah saya ketahui. Pasti saya sudah tahu ... jadi down duluan “

4) Aktifitas kognitif

Aktifitas kognitif adalah proses berfikir partisipan sebagai ekspresi dari respon terhadap disfungsi seksual yang dialaminya. Proses ini wajar karena manusia

adalah makhluk berfikir, apalagi menghadapi hal baru dalam kehidupannya. Dari sub tema ini, muncul 4 kategori yaitu tanda tanya, pikiran berkecamuk, pikiran macam-macam dan kaget. Berikut ungkapan partisipan dalam tiap kategori:

a. Tanda tanya

Adanya perubahan baru pada fungsi seksualnya membuat 4 partisipan bertanya-tanya tentang dirinya.

“ ... saya kan berfikir ya, saya salah apa sich?” (P1)

“ ... ya seperti itu memang ada ...” (P7)

“ ... saya tanda tanya, kok... biasanya saya itu keluar ya, ini kok nggak” (P4)

“ ... saya justru masih dalam pikiran, masih ada tanda tanya...” (P2)

b. Pikiran berkecamuk

Partisipan lain mengatakan pikirannya berkecamuk ketika mengetahui dirinya mengalami disfungsi seksual.

“ ... ya berkecamuklah ...” (P1)

c. Pikiran bermacam-macam

Masih dengan partisipan yang sama (P1), partisipan mengatakan pikirannya macam-macam. Ketika ditanya dia tidak bisa mendeskripsikan dan berulang menegaskan “ ya bermacam-macamlah “

“ ... macem- macem pikiran itu “

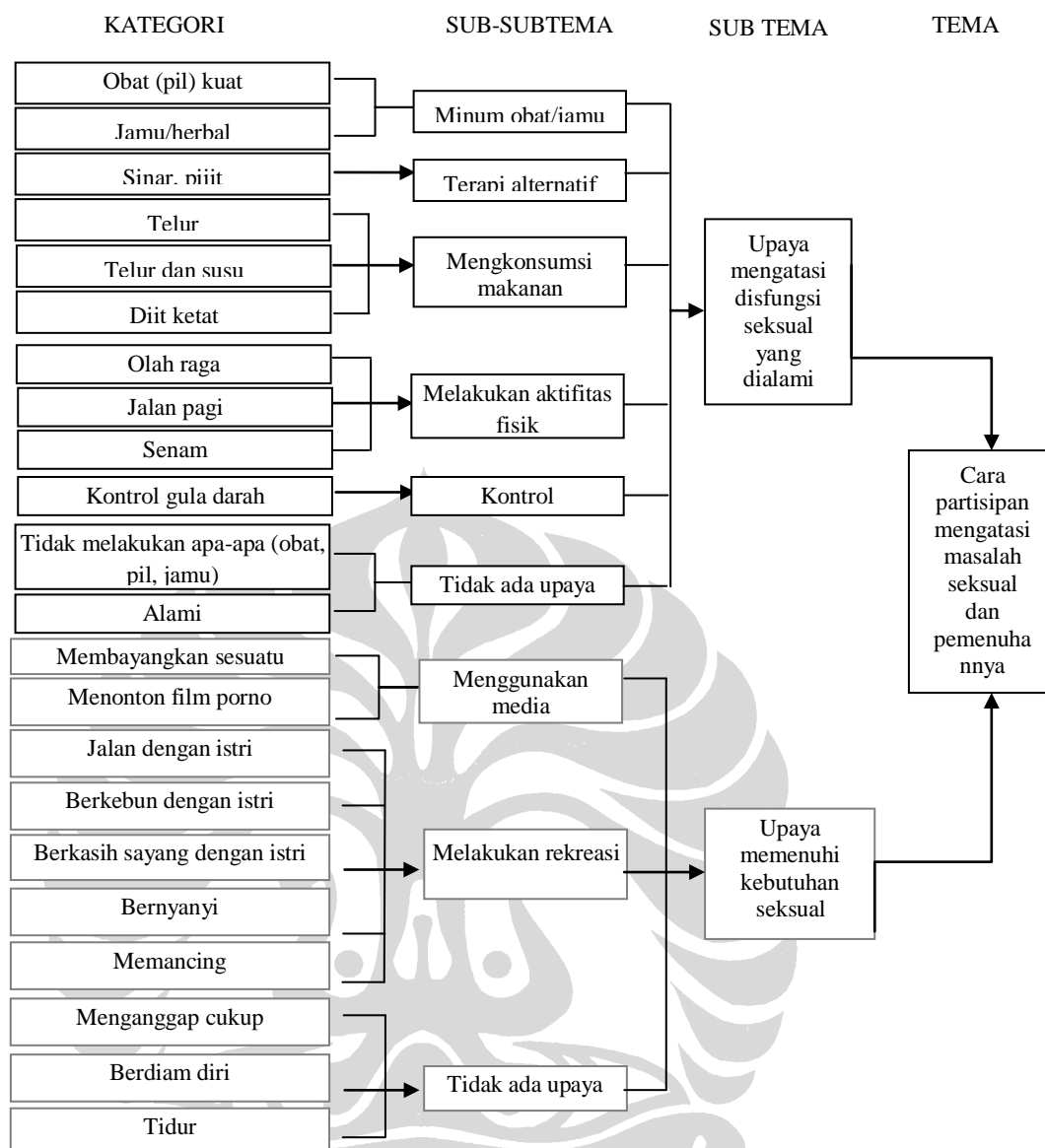
d. Kaget

Ungkapan kata kaget dilontarkan oleh partisipan 6 sehubungan dengan ketidak mampuan dia ereksi secara maksimal.

“ sebentar ‘theng’ (jawa: ereksi) gak (jawa: ogah, enggan)... ya Cuma kaget gitu kok sampe begini “

4.2.6 Cara klien mengatasi masalah seksual dan pemenuhannya

Terdapat 2 hal penting yang saling berkaitan dalam kebutuhan seksual, yaitu ketika terjadi disfungsi seksual dan pemenuhan kebutuhan tersebut di saat disfungsi sedang dialami. Analisis tematik tema 6 ini akan disajikan dalam bentuk gambar diagram 4. 30 berikut ini:



Gambar 4.30

Diagram Analisis Tematik Tema 6 Cara Klien Mengatasi Masalah Seksual dan Pemenuhannya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.6.1 Upaya mengatasi disfungsi seksual yang dialami

Seksual adalah hal yang penting bagi pria, sehingga ketika terjadi disfungsi seksual maka partisipan berupaya untuk memfungsikan kembali seksualnya. Ada berbagai upaya yang dilakukan partisipan, diantaranya mengkonsumsi obat kuat dan jamu, melakukan terapi alternatif, mengkonsumsi makanan, melakukan aktifitas fisik (olah raga), mengontrol gula darah. Namun ada beberapa partisipan yang tidak melakukan upaya apapun dan memilih alami saja.

1) Minum obat/jamu

Salah satu upaya yang mula-mula dilakukan partisipan adalah mengonsumsi obat (pil) kuat, jamu/herbal. Hal ini dilakukan karena begitu banyak propaganda dan informasi di masyarakat umum, dan mudahnya mendapatkan obat/jamu/herbal tersebut, walau ada sebagian partisipan mengatakan bahwa itupun tidak menjamin, takut mengkonsumsinya atau bahkan sembunyi-sembunyi karena dilarang oleh BPOM. Berikut penuturan mereka:

a. Obat (pil) kuat

“ ... jujur ya... obat. Namanya Nangen” (P1)

b. Jamu/herbal

“ berawal dari jamu ... saya coba semua ... “ (P1)

“.. saya itu sering nyoba-nyoba herbal, kemudian saya hentikan” (P3)

2) Terapi alternatif

Upaya lain adalah mengikuti terapi alternatif. Berbagai jenis ditawarkan dan digunakan oleh partisipan, mulai dari pijit dan sinar serta 1 paket pelayanan terapi alternatif khusus untuk disfungsi seksual. Berikut penuturan partisipan:

“ ... mangkanya saya kemarin mengundang suster ke tempat terapi saya agar tahu terapi apa yang dilakukan.. jadi bisa merubah saya... (apa pak terapinya?).. disinar dan dipijit” (P1)

“ di tivi-tivi itu ada pengobatan alternatif, saya pingin di situ. Saya pernah itu di tipi itu saya pernah itu di Kalibata saya pernah telpon, itu bisa gak saya berobat pak keadaan saya begini. Insya Allah bisa, biayanya berapa pak? Ya sekitar 700 ribu ... “ (P2)

3) Mengkonsumsi makanan

Mengonsumsi dan mengatur makanan menjadi pilihan lain dari 3 partisipan. Mulai dari mengonsumsi telur bebek, susu dan pengaturan diit (diit ketat) khusus diabetes. Berikut penuturan mereka:

a. Telur

Partisipan 2 mengatakan bahwa istrinya pernah menyediakan telur dicampur dengan jamu, tapi itu hanya sekali waktu pertama kali ada gangguan.

“ ... karena kita malu, dia mencari sendiri, telur bebek untuk jamu, ... Cuma sekali, saat itu” (P2)

b. Telur dan susu

Partisipan 5 memilih telur dan susu sebagai upaya untuk menjaga vitalitas tubuh yang akhirnya akan berefek pada disfungsi seksualnya.

“paling kalo kesel, telooooor paling ya, sama susu” (P5)

c. Diit ketat

Partisipan 3 sangat mengatur diitnya dengan ketat, karena dia merasa konsumsi makanan yang tidak diaturlah yang membuat dia menderita diabetes dan akhirnya mengalami disfungsi seksual.

“... diit diperketat, sudah lama sich, ada perubahan” (P3)

“... saya pantang, saya diit habis-habisan” (P3)

4) Melakukan aktifitas fisik

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

a. Olah raga

“ya saya olah raga” (P1)

b. Jalan

“jalan pagi sekitar 30 menit” (P1)

“jalan pagi dan sore, sekitar 30 menit, ya sekitar kompleks” (P2)

“jalan cepat 2-3 kali seminggu” (P7)

c. Senam

Partisipan 1 mengatakan ikut senam di sanggar senam tempat terapi dan group senam diabetes.

“... saya ikut senam seminggu 2 kali” (P1)

5) Kontrol

Kontrol yang dimaksud adalah mengontrol kadar gula darah, ini dilakukan oleh partisipan 3 dengan kontrol tiap bulan dan mengontrol gula darah di rumah sekaligus didukung diit yang ketat.

“... saya mengontrol gula darah” (P3)

6) Tidak ada upaya

Ada 4 partisipan yang mengatakan tidak melakukan upaya untuk memperbaiki fungsi seksualnya. Yang dimaksud partisipan adalah lebih pada tidak menggunakan atau tidak mengkonsumsi obat, pil dan jamu yang beredar, mereka lebih memilih alamiah saja.

a. Tidak melakukan apa-apa (obat, pil, jamu)

Partisipan 2 lebih menekankan tidak menggunakan produk obat, pil dan jamu dari luar yang tidak jelas asal-usulnya, hal ini dikarenakan dia takut akan efek pada tubuh juga adanya rasa malu ketika harus membeli dan mengkonsumsinya. Dengan membeli maka orang lain akan tahu bahwa dia mengalami gangguan seksual dan itu mengganggunya.

“... saya kan juga dikenal ustadz... kalau minum jamu, ditebak, ... saya malu, jadi saya gak minum jamu” (P2)

“... obat-obatan itu saya takut juga... takutnya menyerang organ-organ tubuh yang lain” (P2)

“saya nggak upaya, hanya berfikir-fikir saja, untuk solusinya tidak menjalankan, hanya ingin-ingin saja” (P2)

b. Alami

Kata alami digunakan oleh 3 partisipan untuk menggambarkan bahwa mereka tidak melakukan upaya apapun.

“ memang sich selama hidup saya tidak pernah menggunakan obat-obatan, alamiah saja, sampai sekarang” (P7)

“ kita nggak pake cara upaya-upaya ... alami, biasa “ (P6)

“ cara lain... enggak, belon pake apapun, alami aja saya” (P5)

4.2.6.2 Upaya memenuhi kebutuhan seksual

Disfungsi seksual yang dialami partisipan akan berpengaruh pada pemenuhan kebutuhan seksualnya, mulai dari pola hubungan dan kasih sayang dengan pasangan sampai dengan *intercourse*. Untuk memenuhi kebutuhan dasar tersebut, partisipan mempunyai berbagai upaya, dan kategori; sub tema dan tema ini ditemukan saat wawancara mendalam sebagai temuan baru. Upaya partisipan memenuhi kebutuhan seksualnya diantaranya menggunakan media, melakukan rekreasi dan tidak berupaya apapun.

1) Menggunakan media

Seksual adalah kebutuhan, ketika tidak terpenuhi maka terdapat banyak upaya yang bisa dilakukan. Partisipan menggunakan media berhayal dan menonton film porno untuk membantu meningkatkan kemampuan ereksinya dan akhirnya bisa ejakulasi (baik *coitus* ataupun tidak).

a. Membayangkan sesuatu

Satu partisipan menggunakan daya hayal/imajinasinya untuk memenuhi kebutuhannya sehingga bisa ereksi dan ejakulasi. Partisipan membayangkan wanita yang disukainya.

“... kecuali saya membayangkan saja, gak papa kan? Biar dosa saya yang nanggung” (P1)

“... bisa keluar saat membayangkan, lihat foto” (P6)

b. Nonton film porno

Untuk membantu ereksi, partisipan melihat film porno

“... bisa anunya, apalagi nonton film-film gitu... ya masih ada, tapi tegang saja” (P5)

2) Melakukan rekreasi

Rekreasi adalah salah satu upaya menghilangkan kejenuhan dan kepenatan, termasuk menghadapi masalah disfungsi seksual yang dialaminya. Berbagai upaya dilakukan partisipan sehingga kebutuhan seksualnya terpenuhi.

a. Jalan-jalan dengan istri

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

“... kalau nggak jalan-jalan kemanaaaa gitu” (P3)

b. Berkebun dengan istri

Selain jalan-jalan, partisipan yang sama mempunyai hobi berkebun. Dengan istri partisipan berkebun dan berbelanja kebutuhan kebun.

“... nyari kembaaaang gitu, atau bunga gitu” (P3)

c. Berkasih sayang dengan istri

Seksual bukan hanya sekedar berhubungan intim, inilah yang dipahami dan diyakini oleh partisipan 3 dan 6. Untuk memenuhi kebutuhan seksualnya, kasih sayang adalah hal penting dan perlu dilakukan.

“... bisa tidur di sebelahnya saja sudah alhamdulillah” (P3)

“ya sekarang sudah tua ini ya tidur bareng saja, sudah cukup” (P6)

d. Bernyanyi dan memancing

“... kita alihkan yang lain... nyanyi-nyanyi, mancing” (P6)

3) Tidak ada upaya

Partisipan menganggap bahwa kebutuhan seksual itu sudah bisa terpenuhi atau dialihkan, dan ini dianggap tidak melakukan apa-apa. Kategori yang ditemukan adalah partisipan menganggap cukup, berdiam diri atau tidur

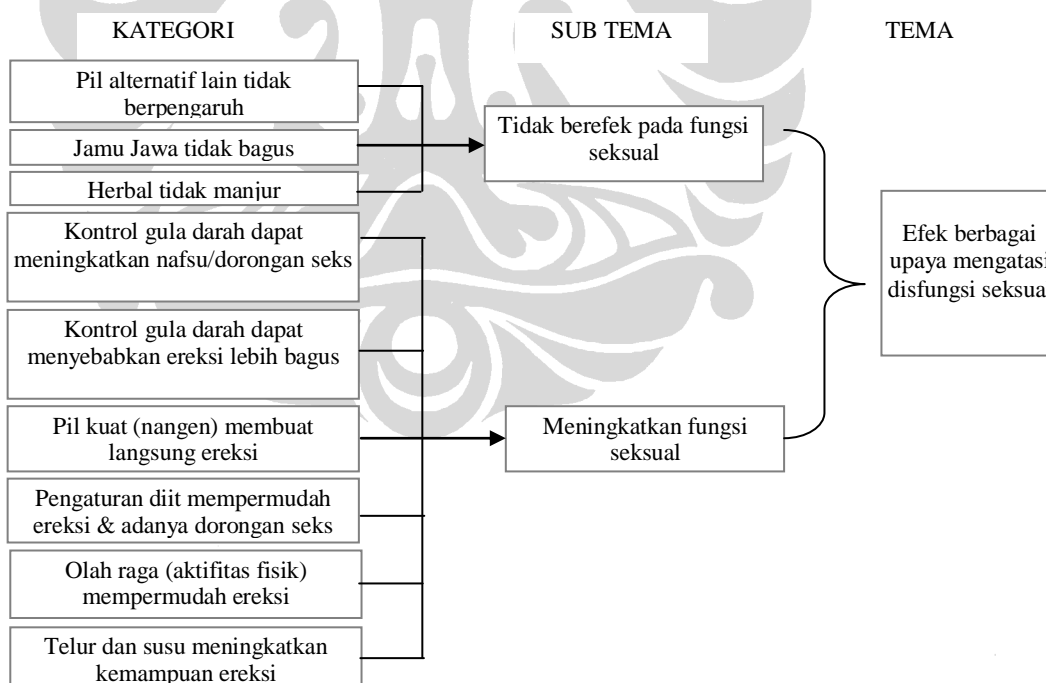
“masih cukup” (P7)

“ya tidak melakukan apa-apa Sus” (P2)

“... lebih baik tiduuuuuur, tiduuuuuur” (P6)

4.2.7 Efek berbagai upaya mengatasi disfungsi seksual

Proses wawancara yang berlangsung mendalam akhirnya menemukan satu tema yang baru, yaitu partisipan menjelaskan efek dari upaya yang telah dilakukan. Ini juga menjawab pertanyaan peneliti “bagaimana efeknya pak?” ketika partisipan menceritakan upaya yang telah mereka lakukan. Ada 2 sub bab yang dapat disimpulkan dari 8 kategori yang ditemukan, yaitu upaya yang dilakukan tidak berefek pada fungsi seksual dan dapat meningkatkan fungsi seksual. Analisis tematik tema 7 ini dapat dilihat pada gambar diagram 4.31 berikut ini:



Gambar 4.31

Diagram Analisis Tematik Tema 7 Efek berbagai Upaya Mengatasi Masalah Seksual dan Pemenuhannya pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.7.1 Tidak berefek pada fungsi seksual

Penggunaan pil alternatif, jamu dan herbal menurut 2 partisipan tidak ada efeknya.

1) Pil alternatif tidak berpengaruh

“saya sudah nyoba, termasuk pil-pil... tidak ada apa-apanya” (P1)

Ketika ditanya dengan obat itu berapa kali bisa melakukan hubungan dengan istri? Maka jawaban P1:

“terus terang saya nggak mau, itu... kenapa yang saya tahu rasanya gak enak (tersenyum), bener kok, gak enak sekali, ...”

2) Jamu jawa tidak bagus

“... saya coba semua, gak ada yang bagus ...” (P1)

3) Herbal tidak manjur

“... nggak yakin, saya muntah-muntah... sampai saat ini belum ada obat herbal yang manjur” (P3)

4.2.7.2 Meningkatkan fungsi seksual

Ada beberapa upaya yang dapat meningkatkan fungsi seksual partisipan, yaitu pil nangen, pengaturan diit, olah raga dan makanan (telur, susu). Empat partisipan menyampaikan efek ini.

1) Kontrol gula darah dapat meningkatkan nafsu/dorongan seks

Ketika partisipan 3 ditanya “apakah ada efek pengontrolan gula darah dengan seksualitas bapak?” maka jawab P3 adalah:

“ada, jadiiii apa ya, keinginan, keinginan itu ...”
“saya merasa kalau gula darah saya rendah (maksudnya turun), itu kerasa ada perubahan nafsu, kayaknya pengen apa gitu”
“berubah di rasa, ...”

2) Kontrol gula darah dapat menyebabkan ereksi lebih bagus

Masih dengan partisipan yang sama (P3), dia juga mengatakan bahwa:

“ereksi lebih bagus, tapi nggak banget-banget amat kayak dulu”
“... dan secara fisik juga kelihatan” (kelihatan bagaimana pak?)
“ya ereksinya kelihatan, bertahan lama, ereksinya lama, ...”

3) Pil kuat - Nangen, membuat langsung ereksi

P1 mengatakan pil dengan Nangen memberi efek pada kemampuan ereksinya. Setelah mengkonsumsinya maka secara langsung dapat meningkatkan ereksi, akan tetapi tidak selamanya.

Saat P1 ditanya “bagaimana dengan obat itu, adakah perubahan?”

“ awalnya sich langsung ereksi (ditegaskan)... ya itu saya bilang, dikasihnya itu, obat. (diam). Nach pertama bagus, saat ini enggak”

Ketika dilanjutkan pertanyaan “bagusnya gimana pak?” maka sejurus langsung dijawab dan ditegaskan sambil dahi berkerut.

“baaagus sekali”

4) Pengaturan diit mempermudah ereksi dan adanya dorongan seks

Bersamaan dengan pengontrolan gula darah, maka partisipan 3 mengatakan bahwa pengaturan diit (diit ketat) akan mempermudah ereksi dan adanya dorongan seksual.

“ ... ada perubahan... ereksi gampang... dorongan seksual”
“ ada keinginan”

5) Olah raga (aktifitas fisik) mempermudah ereksi

Menurut partisipan 2, dengan olah raga (jalan kaki) maka dia merasakan badan lebih sehat dan akhirnya berpengaruh pada fungsi seksualnya. Dalam waktu 2 minggu sebelum wawancara partisipan melakukan hubungan seksual dengan istri dan puas.

“... baru kemarin ini ada 2 kali saya... agak sedikit... Yaaa... juga karena olah raga”

6) Telur dan susu meningkatkan kemampuan ereksi

Partisipan 5 lebih menggunakan telur dan susu untuk meningkatkan vitalitas tubuhnya sehingga berefek pada fungsi seksualnya. Dilanjutkan dengan pertanyaan “kalau sudah minum itu?”, maka partisipan menjawab:

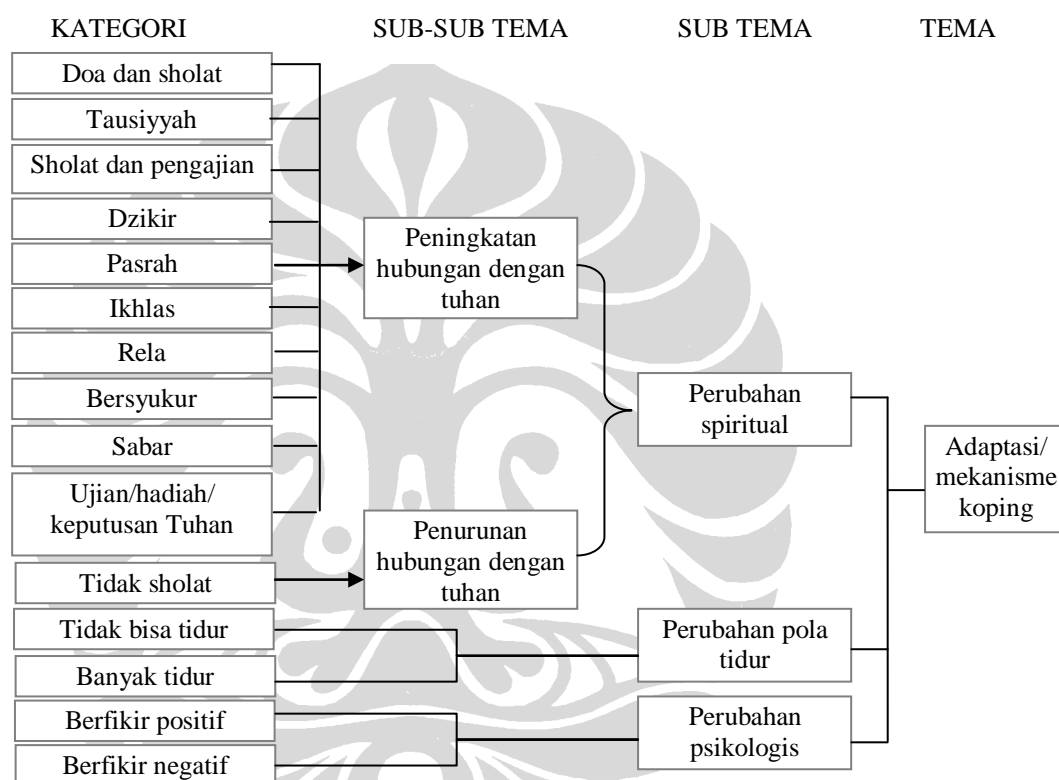
“ Yaaa rasanya tegang gitu... ya sebentar... bisa dipake tapi cuman sekali”

4.2.8 Adaptasi/mekanisme koping

Disfungsi seksual yang dialami partisipan telah menjadi stresor dan berbagai mekanisme koping dipakai untuk mengatasinya. Dari wawancara mendalam, didapatkan berbagai mekanisme mulai dari doa dan sholat, mengikuti tausiyah, sholat dan mengikuti pengajian, dzikir, pasrah, ikhlas, menganggap ini ujian dan hadiah dari Tuhan, rela, bersyukur dan sabar, namun ada juga yang tidak sholat. Selain itu ada partisipan yang tidak bisa tidur atau bahkan menambah frekuensi

tidurnya. Partisipan yang lain, mengkondisikan dirinya selalu berfikir positif, walau masih ada yang berfikir negatif.

Mekanisme koping di atas merupakan kategori dari ungkapan partisipan yang disimpulkan menjadi 2 sub-sub tema yaitu peningkatan dan penurunan hubungan dengan tuhan untuk sub bab perubahan spiritual, dan 2 sub tema perubahan pola tidur dan perubahan psikologis. Analisis tematik tema 11 dapat dilihat pada gambar diagram 4.32 berikut:



Gambar 4.32

Diagram Analisis Tematik Tema 8 Adaptasi/mekanisme Koping pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.8.1 Perubahan spiritual

Spiritual adalah ranah hubungan dengan Tuhan baik berbentuk keyakinan, sikap, pendapat, perilaku dan tindakan. Sebagai makhluk beragama partisipan meyakini bahwa ada tugas spiritual yang perlu diemban sehingga dengan proses internalisasi dalam diri, partisipan memunculkan berbagai mekanisme koping

secara spiritual. Fluktuasinya keyakinan membuat tiap manusia berbeda, begitu juga pada partisipan, ada yang meningkat dan menurun.

1) Peningkatan hubungan dengan Tuhan

Semua partisipan mempunyai mekanisme koping spiritual yang baik, mereka lebih mendekatkan diri pada Tuhan, dibuktikan dengan beberapa kategori dan ungkapan partisipan berikut ini:

a. Doa dan sholat

Ketika terjadi peningkatan nafsu dan tidak bisa terpenuhi kebutuhan seksualnya, maka partisipan mengambil cara untuk menahan diri dengan doa dan sholat.

“... saya bawa doa saja, sholat saja” (P3)

b. Tausiyyah

Kemampuan menahan diri ditunjang oleh seringnya partisipan mengikuti tausiyyah dari para ulama. Saat dilakukan perawatan luka kakinya, peneliti sempat berbincang santai untuk mengenal calon partisipan dan mengenalkan diri, partisipan 3 mengatakan bahwa dia akrab dengan Ustadz Yusuf Mansyur, dengan ini dia akan mendapatkan tausiyyah yang menyejukkan hati. Saat dilakukan wawancara, maka jawaban partisipan atas pertanyaan “apa yang bapak lakukan untuk mengatasi masalah itu?":

“... adanya tausiyyah jadi bisa menahan nafsu, nahan diri”

c. Sholat dan pengajian

Masih dengan partisipan yang sama (P3), selain doa, mendapatkan tausiyyah juga melakukan sholat dan mengikuti pengajian. Suatu mekanisme pendekatan diri pada Tuhan sehingga bisa melupakan hasrat yang timbul menggebu.

“... sholat, ikut pengajian-pengajian insya Allah bisa lah, mengurangilah, bisa agak dilupain”

d. Dzikir

Partisipan 6 mengatasi hasrat/nafsu yang muncul dengan dzikir.

“kalau pas napsu ya kita dzikir, ya akhirnya sadar sendiri”

e. Pasrah

Dua partisipan mengatakan pasrah atas disfungsi seksual yang dialaminya.

“...kalau memang sudah terjadi, terjadilah” (P1)

“... kan saya pasrah... sudah terserah...” (P1)

“... pasrah ...” (P4)

f. Ikhlas

Ikhlas menjadi pilihan mekanisme koping spiritual oleh 2 partisipan.

“... saya ikhlas saja” (P1)

“... saya ikhlas, mangkanya tadi saya ketawa-ketawa” (P3)

“... ya ikhlas saja” (P3)

“ya saya yang pertama ikhlas dulu” (P3)

g. Relaksasi

Kerelaan yang disampaikan partisipan 1 merupakan mekanisme koping yang terakhir menurutnya.

“ya saya rela, rela saya” (P1)

h. Bersyukur

Partisipan 3 mengungkapkan dengan keadaan sekarang dia tetap bersyukur untuk hidupnya ke depan, karena hidup masih bisa dimanfaatkan.

“... kita bersyukur, untuk ke depannya” (P3)

i. Sabar

Kesabaran juga disampaikan partisipan 3 sebagai mekanisme koping.

“ya sabar aja, sabaaaar, ...” (P3)

j. Ujian/hadiah/keputusan Tuhan

Partisipan 1 mengatakan bahwa ini adalah keputusan Tuhan.

“... hadiah dari Tuhan, Tuhan telah memberikan ini, yang membikin sakit itu Allah...” (P1)

2) Penurunan hubungan dengan Tuhan

Kejujuran partisipan 1 mengatakan dia tidak sholat pada akhir-akhir ini dapat dibaca pada ungkapan berikut ini:

“jujur ya... saya tidak sholat” (P1)

4.2.8.2 Perubahan pola tidur

Perubahan pola tidur dialami oleh 2 partisipan, mereka menyampaikan ketika memikirkan masalah disfungsi seksual yang dialami membuat tidak bisa tidur, tapi juga ketika salah satu partisipan merasakan adanya peningkatan hasrat seksual sedangkan dia tidak dapat memenuhi kebutuhan itu, akhirnya dilarikan ke tidur sehingga frekuensinya bertambah.

1) Tidak bisa tidur

Ketika P1 ditanya “bagaimana perasaan bapak ketika tidak bisa ereksi?” maka jawab P1:

(wajah murung sebentar) yaaa berkecamuklah... ampe gak bisa tiduuuur, ya kan.”

2) Banyak tidur

Saat partisipan 6 berhasrat dan ingin melakukan hubungan seksual tetapi ternyata nafsu hilang atau tidak bisa memenuhinya, maka P6 tidur.

“ kalau nggak ada nafsu... maleees, apalagi gak bisa, lebih baik tiduuuuuuuur, tiduuuuuuuur, hehehe” (sambil tertawa)”

4.2.8.3 Perubahan psikologis

Upaya untuk menghadapi dan mengatasi disfungsi seksual dan gejolaknya hati diantaranya dengan berfikir, baik itu berfikir positif dan ada yang berfikir negatif.

1) Berfikir Positif

Ada 2 partisipan yang mengungkapkan mekanisme koping secara psikologis:

“... jadi saya ambil konsentrasi ajalah pada yang baik” (P1)

“... saya nggak mau mengganggu penyakit...” (P3)

“... saya bikin hidup ini santai, kita jalani hidup ini” (P3)

2) Berfikir negatif

Hanya 1 partisipan yang beradaptasi dengan masalahnya dalam keadaan merasa rendah dan tak berguna.

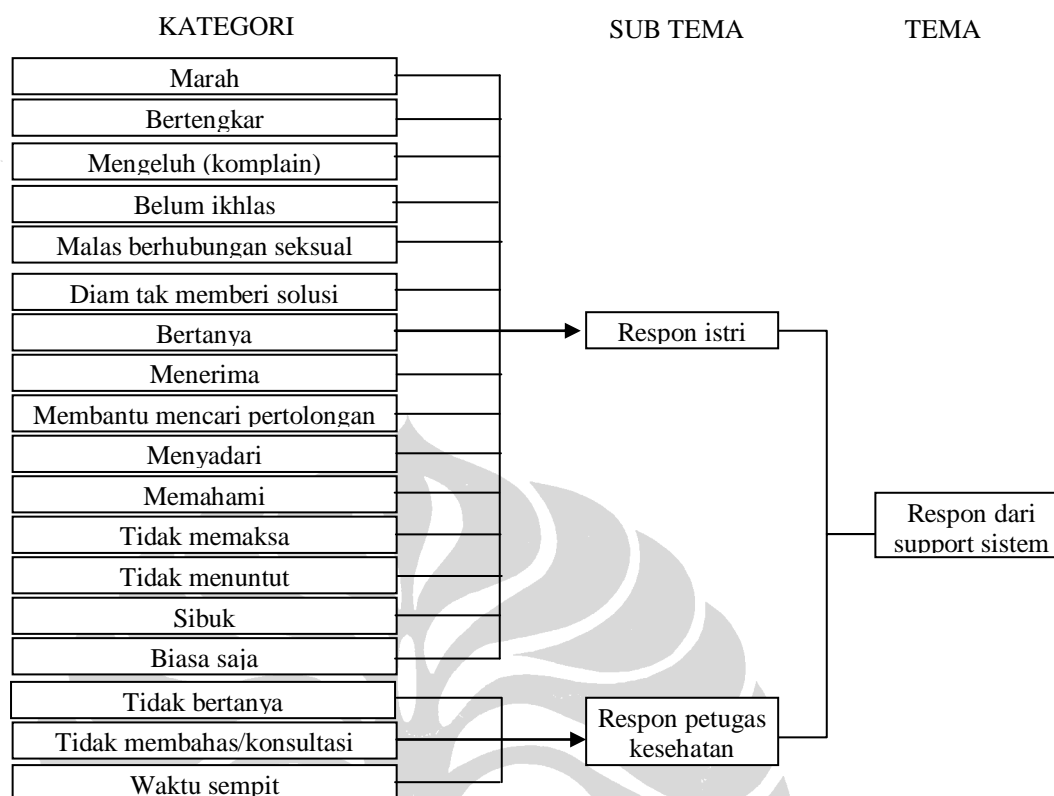
“... sepertinya tidak ada gunanya... punya ilmu, sekolah di luar, tapi nggak ada apa-apanya...” (P2)

“... saya tuch rendah banget” (P2)

4.2.9 Respon dari support sistem

Dukungan support sistem menjadi hal pendukung bagi partisipan untuk menghadapi disfungsi seksual yang dialaminya. Keluarga dan tenaga kesehatan profesional adalah 2 pihak yang bersinggungan secara langsung dengan partisipan, sehingga akan memunculkan respon yang tertangkap. Ketika muncul pertanyaan dari peneliti “bagaimanakah respon istri dan para perawat atau dokter di sini sehubungan dengan gangguan seksual yang bapak alami?, maka jawaban partisipan menghasilkan beberapa kategori yang terangkum dalam 2 sub tema.

Sajian analisis tematik tema 14 dapat dilihat pada gambar diagram 4.33 berikut:



Gambar 4.33

Diagram Analisis Tematik Tema 9 Respon dari Support System pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.9.1 Repon istri

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

1) Marah

Partisipan 1 menyampaikan bahwa istrinya berubah drastis setelah mengetahui fungsi seksual suami terganggu dan selalu marah-marah.

"... dia jadi marah... woooch, iya jadi pemarah, marah. Bu hafna, dia itu sayang bener tadinya, tau tuch sekarang bisa berbalik, 180 derajat... ketika itu, seperti itu, saya gak sangka itu... bahwa dia begitu, marah-marah gak karuan..." (P1)

"... karena dia marah-marah terus... maaarah bener (intonasi suara tinggi), marah-marah tiap hari itu marah-marah..." (P1)

"... istri marah-marah, bennner itu (sambil mengacungkan jari dan menegangkan wajah?) (P1)

2) Bertengkar

“... orang itu seperti di gambar-gambar itu, ya kan, kan, jadi berantem atau gimana itu... sayanya ya gimana...” (P1)

3) Mengeluh (komplain)

“... istri saya mengeuh, udah minum jamu itu apa?... jangan cepat keluar gitu” (P2)

4) Belum ikhlas

“... awalnya istri belum ikhlas, tetapi lama-lama bisa” (P3)

5) Malas berhubungan seksual

Empat partisipan menyampaikan bahwa istri akhirnya malas melakukan hubungan seksual.

“... jadi kayaknya istri mulai males...” (P3)

“... istri juga males” (P6)

“... saya sudah sampai duluan... sejak itu dia ya agak jarang” (P2)
... jadi kayaknya sudah mulai males...” (P2)

“... ya nggak suka lah” (P5)

6) Diam tak memberi solusi

Partisipan 2 mengatakan bahwa istrinya sekarang tidak memberi solusi.

“... Cuma istri saya nggak ngasihkan solusi apa nggak, ya udah gitu” (P2)

7) Bertanya

Adanya perubahan tidak seperti biasanya, maka istri partisipan bertanya.

“... kok nggak biasa gitu” (P7)

“... orang rumah nanya, biasanya 3 kali kok ini Cuma sekali...” (P5)

8) Menerima

“... alhamdulillah akhirnya bisa menerima lah” (P3)

“ibu siap saja, menerima, biasa aja” (P6)

“nggak marah, alhamdulillah menerima” (P5)

9) Membantu mencari pertolongan

Partisipan 2 menyampaikan awalnya istri berusaha mencarikan pertolongan dengan membelikan telur, namun hanya sekali, selebihnya istri banyak berharap agar suaminya berusaha dan berobat.

“... karena kita malu, dia mencari sendiri, telur bebek untuk jamu, Cuma sekali” (P2)

“... tapi kalau ini, istri saya mengharapkan supaya berobat.. alternatif atau misalnya ramuan-ramuan” (P2)

10) Menyadari

“... istri saya juga kan normal, tapi dia dah nyadar kalau saya sudah nggak bisa...” (P3)

11) Memahami

“ dia paham kok” (P7)

12) Tidak memaksa

“ ya istri saya tidak maksain” (P3)

13) Tidak menuntut

“... istri saya juga tidak pernah nuntut...” (P3)

14) Sibuk

Dua partisipan mengatakan istrinya sibuk sehingga keinginan untuk berhubungan seksual sudah teralihkan ke kesibukan dan penat setelah kerja.

“... istri saya juga sudah super sibuk... ya dia pejabat di salah satu instansi, jadi pulangnye malem, sudah nggak sempet dah kayak gitu, Sabtu-Minggu tinggal telernya...” (P3)

“ saya kira istri saya inginnya seks saya nggak tahu, karena saya sendiri nggak pernah menanyakan, apakah karena dia sibuk, karena memang jalan pagi pulang malam, sudah capek” (P2)

15) Biasa saja

“ya istri biasa saja...” (P7)

4.2.9.2 Respon tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan baik perawat maupun dokter adalah individu yang dibutuhkan oleh partisipan untuk mengatasi masalah kesehatannya. Dari wawancara yang dilakukan, harapan besar ditujukan kepada dokter dan perawat. Namun pada kenyataannya, partisipan belum menemukan dukungan akan hal itu, hal ini disebabkan karena respon yang bermacam-macam. Berikut pernyataan partisipan:

1) Tidak bertanya

“tidak menanyakan, kan sibuk...” (P1)

“... saya nggak bertanya, dan nggak ditanya juga” (P6)

“belum ada yang bertanya, baru suster. Kalau tidak dimulai dari susternya sendiri yang nanya... kayaknya gak mau, lebih baik jangan” (P2)

2) Tidak membahas/konsultasi

“saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter...” (P4)

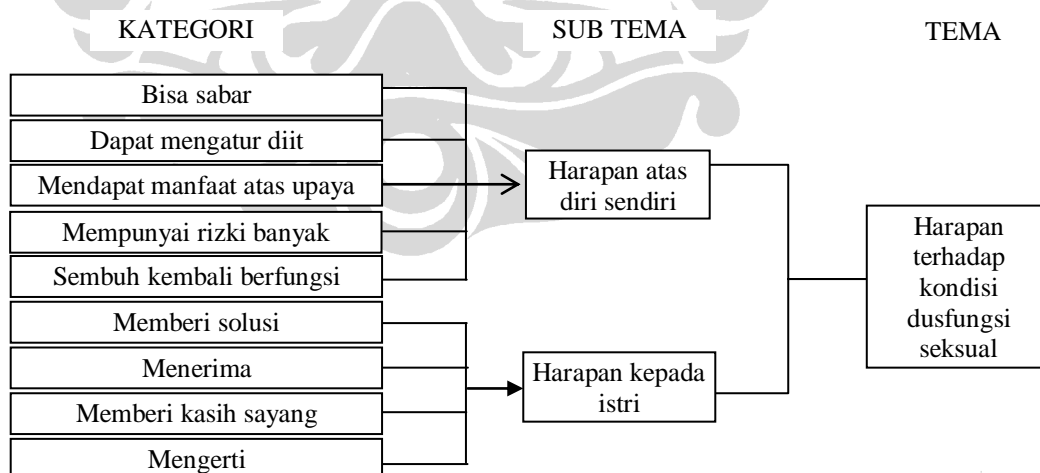
3) Waktu sempit

“saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter... tapi dokternya kan cepat-cepat” (P4)

4.2.10 Harapan terhadap kondisi disfungsi seksual

Keinginan partisipan atas kondisi disfungsi seksualnya mayoritas adalah adanya perubahan positif bagi fungsi seksualnya. Selain itu ada harapan lain yang menunjang kesembuhan dan menghadapi penyakitnya.

Istri sebagai pasangan hidup menjadi penunjang utama, support sistem terpenting bagi partisipan, sehingga ketika ditanyakan “apa harapan bapak kepada istri, petugas kesehatan dan layanan kesehatan”, maka ungkapan atas dukungan istri sangat dibutuhkan, khususnya bagi partisipan yang mempunyai pola hubungan tidak harmonis dengan istri. Analisis tematik pada tema ke-10 ini selengkapnya akan disajikan dalam gambar diagram 4.34 berikut ini:



Gambar 4.34

Diagram Analisis Tematik Tema 10 Harapan terhadap Kondisi Disfungsi Seksual pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.10.1 Harapan atas diri sendiri

Ketika ditanya “apa harapan bapak atas gangguan seksual yang bapak alami?”, maka mayoritas menyampaikan keinginan untuk sembuh. Kesembuhan ini bukan hanya kesembuhan atas diabetes mellitusnya karena partisipan sudah memahami bahwa diabetes yang dideritanya tidak akan sembuh, namun lebih diutamakan adalah kesembuhan disfungsi seksualnya. Selain itu, ada harapan lain yang disampaikan oleh salah satu partisipan. Berikut penuturan mereka:

1) Bisa sabar

Kesabaran diharapkan oleh partisipan 3 dalam menghadapi penyakitnya, disfungsi seksualnya dan kehidupan selanjutnya.

“ya sabar” (P3)

2) Dapat mengatur diet

Partisipan 3 mengharapkan dirinya tetap mampu mengatur diet yang selama ini dilakukannya sehingga berdampak positif pada tubuhnya.

“ya mudah-mudahan bisa mengatur makanan” (P3)

“harapan saya ya kalau sudah begini, dietnya diatur, tepat waktu tepat takaran, hati-hatilah” (P3)

3) Mendapatkan manfaat atas upaya

Upaya yang selama ini dilakukan dianggap sebagai upaya maksimal dan akan diteruskan, sehingga ada harapan untuk mendapatkan manfaat atas upaya itu.

“.. dengan ikhlas... ikhtiar saya bisa mendapat manfaat” (P3)

4) Mempunyai rizki banyak

Tidak dipungkiri kebutuhan berobat membutuhkan biaya yang mahal, sehingga partisipan 3 mengharapkan selalu diberi rizki yang banyak untuk tetap mampu mempertahankan upaya pengobatan.

“mudah-mudahan saya bisa diberi banyak rejeki dan bisa berobat” (P3)

5) Sembuh kembali berfungsi

Partisipan menginginkan disfungsi seksualnya sembuh kembali berfungsi.

“.. kalau bisa minta disembuhin gitu” (P6)

“Cuma pingin bisa sembuh saja, lain nggak ada” (P6)

“... kalau bisa itu sembuh, kalo diabetes kan nggak bisa sembuh” (P6)

“... berharap bisa normal lagi gitu” (P4)

“ya pengennya mah kita sembuh kita” “ya pengen, pengen fit lagi” (P5)

4.2.10.2 Harapan kepada istri

Istri adalah pendamping yang secara langsung terkena dampak dan sangat mempengaruhi suami dalam menghadapi disfungsi seksual yang dialami partisipan, sehingga secara khusus partisipan menaruh harapan besar kepada istri.

Berikut penuturan harapan-harapannya:

1) Memberikan solusi

Solusi merupakan harapan suami, dengan solusi yang diberikan istri sang suami merasa mendapatkan dukungan.

“saya, harapan saya, astu dari istri saya, satu dia memberikan sama-sama memberikan solusi, biar saya berusaha dia berusaha gitu, itu harapan saya, kalau dia nggak, dia memang lagi sibuk” (P2)

2) Menerima

“... harapan saya ya terus menerima” (P4)

3) Memberi kasih sayang

Kasih sayang merupakan hal yang penting bagi partisipan 1, sehingga dia hanya ingin mendapatkan perlakuan yang baik dan kasih sayang yang tulus serta perhatian dari istrinya.

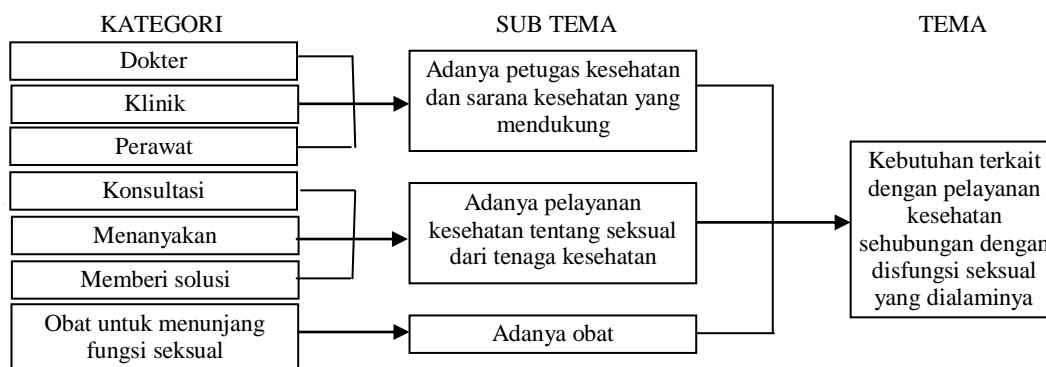
“saya ingin kasih sayang, ada perhatian” (P1)

4) Mengerti

“ya mengertilah” (P7)

4.2.11 Kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan

Tema terakhir adalah kebutuhan partisipan terkait dengan pelayanan kesehatan. Dari pertanyaan “apa harapan bapak terhadap gangguan seksual yang bapak alami ini?” maka muncul bermacam jawaban sebagai bentuk kebutuhan dirinya atas pelayanan kesehatan. Dari 5 kategori yang ditemukan yaitu adanya dokter; perawat dan klinik, konsultasi, menanyakan, memberi solusi dan obat untuk menunjang fungsi seksual, maka dirumuskan 3 sub tema, yaitu adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung, adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan dan adanya obat. Analisa tematik tema 11 ini disajikan dalam gambar diagram 4.35 berikut ini:



Gambar 4.35

Diagram Analisis Tematik Tema 11 Kebutuhan Terkait dengan Pelayanan Kesehatan pada Penelitian Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Juni-Juli 2011

4.2.11.1 Adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung

Partisipan menginginkan adanya petugas kesehatan dan sarana yang dapat membantu menyelesaikan masalahnya, baik itu dari dokter, perawat maupun klinik (medis atau alternatif). Berikut penuturan mereka:

1) Dokter

"... ada dokter dengan dibiayai oleh institusi tertentu" (P1)

2) Klinik

"tapi kalau misalnya benar-benar... berobat itu bisa benar, saya saaaaaangat mau.. apa itu dokter apakah klinik alternatif" (P2)

3) Perawat

"ya termasuk apa itu dari perawat, ya dari kesehatanlah ada" (P2)

4.2.11.2 Adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan

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

1) Konsultasi

"... berbicara tentang diabetes dan disfungsi seksual..." (P1)

".. saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter... emang sich kepingin dari dulu..." (P4)

2) Menanyakan

“... kalau tidak dimulai susternya sendiri yang nanya... kayaknya gak mau, lebih baik jangan” (P2)

3) Memberi solusi

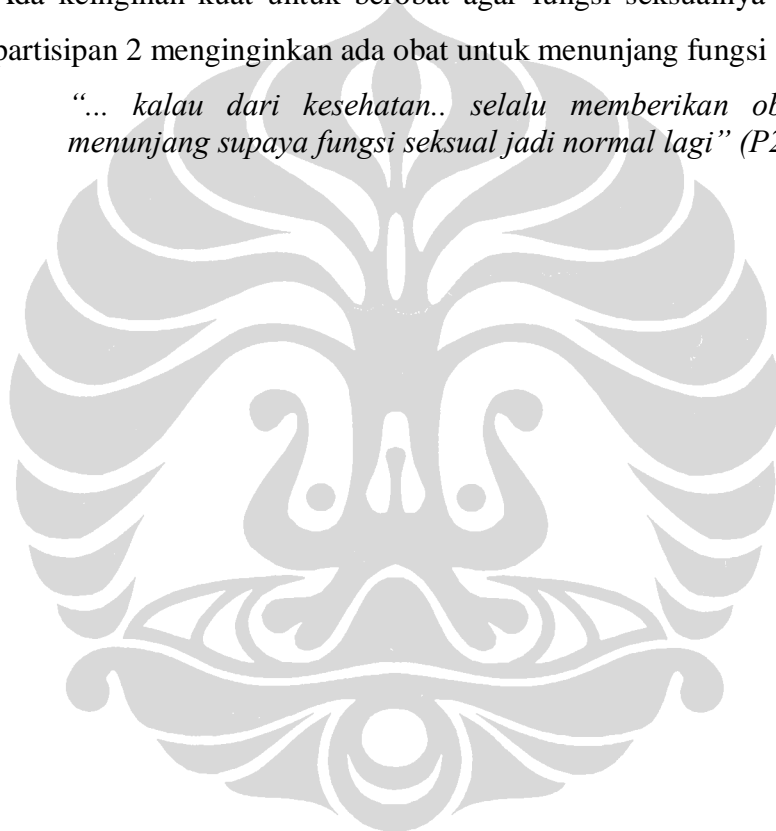
“pingin banget... agar diberi penjelasan”(P7)

“... saya mengharapkan solusi dari suster atau perawat itu sendiri” (P2)

4.2.11.3 Adanya obat

Ada keinginan kuat untuk berobat agar fungsi seksualnya meningkat, sehingga partisipan 2 menginginkan ada obat untuk menunjang fungsi seksualnya.

“... kalau dari kesehatan.. selalu memberikan obat apa untuk menunjang supaya fungsi seksual jadi normal lagi” (P2)



BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas tentang interpretasi hasil penelitian, implikasi dalam keperawatan dan limitasi penelitian. Interpretasi hasil penelitian dilakukan berdasarkan tujuan penelitian dengan membandingkan temuan penelitian dengan bermacam teori dan konsep baik tentang diabetes mellitus, seksualitas atau teori/konsep ilmu lain yang terkait serta hasil-hasil penelitian lain yang dilakukan sebelumnya. Analisis mendasar dan mendalam, mengkorelasikan antara data khusus dengan data umum serta opini peneliti akan memberikan hasanah interpretasi yang lebih mendalam.

Implikasi dalam keperawatan akan dijabarkan sesuai dengan konteks hasil dan temuan di lapangan dalam bentuk implikasi pada pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan. Selain itu juga dalam pembahasan hasil ini akan dikaitkan dengan teori adaptasi dari Sr. Callista Roy sehingga didapatkan korelasi dengan inti teori adaptasi.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi 11 tema, yaitu 1) awal mula terjadi diabetes dan disfungsi seksual, 2) pandangan tentang seksual dan disfungsi seksual pada kehidupan pria, 3) gambaran disfungsi seksual yang dialami, 4) pola hubungan seksual setelah diabetes, 5) dampak disfungsi seksual, 6) cara mengatasi masalah seksual dan pemenuhannya, 7) efek berbagai upaya mengatasi disfungsi seksual, 8) adaptasi/mekanisme coping, 9) respon dari support sistem, 10) harapan terhadap kondisi disfungsi seksual, dan 11) kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan yang kesemuanya disesuaikan dengan tujuan penelitian. Terdapat 3 tema baru yang ditemukan, yaitu tema nomor 1, 7 dan 8.

5.1.1 Awal mula terjadi diabetes mellitus dan disfungsi seksual

Diabetes mellitus adalah penyakit epidemi di seluruh dunia, sekitar 17.9 juta penduduk Amerika telah didiagnosa dengan 5.7 juta lagi sisanya tidak

terdiagnosis. Diabetes mellitus-morbiditas dan mortalitas sangat terkait dan menjadi masalah kesehatan yang kompleks, sehingga perlu dilakukan deteksi dini agar tidak terjadi komplikasi sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas penduduk (Assaly, 2010).

Pada umumnya, seseorang akan mengetahui bahwa dirinya terkena diabetes mellitus ketika sudah berada pada fase komplikasi, ataupun terdiagnosa sebagai penyakit sekunder, artinya seseorang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri karena keluhan/penyakit lain namun ternyata diketahui juga menderita diabetes dan ini mungkin sebagai penyebab utama penyakit tersebut. O'Connor (2006) dalam penelitiannya mengatakan bahwa sebagai hasil dari deteksi dan *screening* untuk perawatan utama klien diabetes, 39% klien awalnya tidak terdiagnosa diabetes akhirnya terdiagnosa saat pertama kali deteksi dilakukan, dan 43% menerima diagnosa setelah kunjungan ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan akut.

Data keterlambatan seseorang mengetahui dirinya terdiagnosa diabetes mellitus ini didapatkan saat proses wawancara berlangsung, bahwa menurut partisipan dirinya baru mengetahui bahwa dia menderita diabetes ketika memeriksakan diri untuk penyakit lain. Partisipan 5 mengatakan bahwa 1.5 tahun yang lalu partisipan memeriksakan penyakit matanya (adanya tumor di mata), dan saat itulah P5 terdiagnosa diabetes. Kondisi ini juga sesuai dengan P2 yang mengatakan bahwa keluhan sering kencing, haus dan makan serta gangguan seksual sebenarnya sudah terjadi sejak 7 bulan sebelum masuk rumah sakit dan hal ini tidak dirasakan oleh partisipan. Begitu juga P7 yang mengalami diabetes mellitus sejak 2 tahun yang lalu didahului oleh penyakit hipertensi 2 tahun sebelumnya.

Rentang waktu partisipan terdiagnosis diabetes mellitus mulai dari 1.5 sampai 21 tahun yang lalu, yaitu ketika partisipan mulai berusia 30 tahun (P3), 38 tahun (P7), 39 tahun (P4), 44 tahun (P2, P5), 48 tahun (P1) dan 57 tahun (P6). Dari rentang waktu tersebut menunjukkan bahwa saat ini tidak perlu menunggu lama seseorang

dapat terkena diabetes, termasuk dari usia mulainya terdiagnosa. Tiga partisipan terdiagnosa sejak usianya masih tergolong muda (30-39 tahun).

Dari rentang waktu terdiagnosa diabetes mellitus, sepertinya tidak memakan waktu yang lama akhirnya partisipan mengalami disfungsi seksual, maksimal 5 tahun sesudah didiagnosa diabetes, waktu yang cukup pendek untuk partisipan mengalami kegagalan dalam fungsi seksualnya yang akan membawa dampak pada kehidupan secara keseluruhan.

Secara teori dikatakan bahwa disfungsi seksual terjadi minimal 5 tahun setelah didiagnosa diabetes, dan bahkan 50% pria dengan diabetes akan mengalami disfungsi seksual ketika 10 tahun terdiagnosa (Lewis, 2001). Namun ternyata hal ini tidak berlaku bagi partisipan penelitian ini. Hal ini dimungkinkan karena pola hidup yang hidup sehat, yaitu sebelum sakit P3 banyak mengonsumsi makanan dalam jumlah yang banyak karena pekerjaan awalnya adalah koki, begitu juga P4 yang tidak mampu menahan hasrat untuk makan berlebih dan menambah porsi ketika menu yang disajikan menggugah selera.

Kondisi lain yang mendukung adalah beberapa partisipan justru mendapatkan diagnosa diabetes sebagai diagnosa kedua, setelah keluhan pertama masuk rumah sakit terdiagnosa, atau sebenarnya sudah merasakan keluhan sejak 7 bulan sebelum masuk rumah sakit namun hal tersebut tidak diketahui sebab musababnya dan hanya dianggap sebagai kondisi yang wajar karena ketidaktahuan. Keterlambatan diagnosa karena pada dasarnya klien sudah lama mengalami diabetes mellitus sampai muncul suatu komplikasi, namun tidak disadari oleh mereka, sehingga mereka datang di saat sudah terjadi komplikasi kronis diantaranya terjadi disfungsi seksual.

Dengan perilaku hidup yang tidak sehat dan keterlambatan diagnosa inilah yang dimungkinkan menyebabkan kadar glukosa darah berada pada kadar yang tinggi, dan telah menimbulkan komplikasi vascular dan neural.

Pada dasarnya dari diagnosa awal diabetes mellitus partisipan dapat diketahui pula lama partisipan menderita diabetes mellitus. Pada penelitian yang dilakukan oleh Rachmadi (2008) didapatkan adanya korelasi antara lama menderita diabetes mellitus dengan kemampuan seksual. Semakin lama menderita diabetes mellitus maka semakin menurun kemampuan seksualnya; hambatan libido 58,3% pada klien di bawah 1 tahun, 73% pada klien 1-5 tahun, 85% pada klien di atas 5 tahun dan gangguan ereksi 58,3% pada klien dibawah 1 tahun, 80% pada klien 1-5 tahun dan 100% pada klien di atas 5 tahun. Hal ini sesuai dengan pendapat seorang ahli bahwa semakin lama menderita diabetes mellitus maka neuropati semakin jauh terjadi sehingga gangguan ereksi semakin sering ditemukan.

5.1.2 Perubahan fungsi seksual

Gambaran perubahan yang terjadi pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual disusun dari tema 3 (gambaran disfungsi seksual yang dialami partisipan) dan tema 4 (pola hubungan seksual setelah diabetes). Pada tema 3 disfungsi seksual yang dialami partisipan ada 6 hal yaitu 1) disfungsi ereksi, 2) gangguan ejakulasi, 3) gangguan hasrat, 4) perubahan kepuasan, 5) perubahan kenikmatan, dan 6) kondisi fisik menurun. Sedangkan pada tema 4 pola hubungan seksual yang berubah adalah adanya 1) gangguan penetrasi, 2) perubahan frekuensi berhubungan badan, 3) tingkatan hasrat seksual/libido, dan 4) melakukan aktifitas seksual. Analisis tematik ini juga didukung oleh hasil *screening* bahwa semua partisipan mengalami disfungsi seksual mulai dari disfungsi ringan sampai sedang.

Partisipan mengalami ereksi yang kurang atau tidak maksimal, mereka membutuhkan rangsangan yang lebih lama terlebih dahulu untuk bisa sampai pada munculnya ereksi, waktu untuk memulai ereksi pun lebih lama dari sebelum sakit, membutuhkan upaya cumbu rayu dan pemanasan (*fore play*) yang lebih lama, namun hal ini masih tetap tidak maksimal bahkan kadang-kadang lembek. Pada *screening* awal juga ditemukan 6 partisipan mengalami disfungsi sedang pada fungsi ereksinya dan hanya 1 partisipan yang disfungsi ringan ke sedang.

Ketidakmampuan ereksi secara maksimal ini menyebabkan partisipan tidak mampu mempertahankan ereksi lebih lama lagi, beberapa menit langsung lembek kembali dan tidak bisa ereksi kembali. Ketika salah satu partisipan ingin melakukan hubungan seksual dengan istri, jika tidak langsung dilakukan penetrasi maka penis yang telah ereksi akan menurun kembali.

Berbeda dengan beberapa partisipan lain yang masih bisa memulai ereksi walau tidak bertahan lama, salah satu partisipan (P6) tidak bisa memulai ereksi sehingga butuh upaya yang lebih dan bahkan terkadang muncul kegagalan dan kekecewaan. Partisipan 1 pada mulanya menurut pengakuannya tidak bisa ereksi dan selama ini ditutupi dengan menggunakan obat (pil alternatif-Nangen).

Keluhan disfungsi ereksi ini menjadi masalah yang paling banyak muncul pada gambaran disfungsi seksual yang dialami oleh partisipan, banyak faktor resiko yang dapat menyebabkan disfungsi ereksi ini, diantaranya beberapa partisipan mengaku mengalami hipertensi (P6, P1, P2), penyakit jantung (P1), tidak kontrol gula darah/gula darahnya tetap tinggi sekitar 300 gr% (P1) dan 230 gr% (P6), tidak peduli pada diet (P1, P4).

Pengalaman partisipan didukung dengan hasil *screening* awal dengan IIEF bahwa pada fungsi ereksi, mayoritas partisipan mengalami disfungsi ereksi sedang dengan interval nilai yang diperoleh 10-12, dan hanya P7 yang mengalami disfungsi ringan ke sedang (nilai 18). Disfungsi/gangguan yang terjadi diantaranya jarang atau hampir tidak pernah mengalami ereksi saat *coitus*, hampir tidak pernah mengalami ereksi maksimal, hampir tidak pernah dapat melakukan penetrasi, jarang mampu mempertahankan ereksi saat penetrasi dan sulit mempertahankan ereksi sampai *coitus* selesai dengan sempurna.

Kondisi di atas sesuai dengan pendapat Basu & Ruder (2004) dan penelitian Feldman, et al. (1994) bahwa disfungsi ereksi adalah komplikasi yang sering terjadi dan 3 kali lebih sering terjadi pada pria diabetes dibanding non-diabetes. Lebih dari separuh (tepatnya 35%-75%, atau sumber lain 35.8%-82%) pria

diabetes mengalami disfungsi ereksi dengan berbagai tingkatan dan sayangnya hanya 10% yang mencari pengobatan (Thompson, 2008; Jackson, 2004; Lipschultz & Kim, 1999). Didukung oleh penelitian Vickers & Wright (2004) yang mengatakan bahwa disfungsi ereksi terjadi pada 32% pria diabetes tipe 1 dan 46% pria diabetes tipe 2.

Disfungsi ereksi dapat terjadi pada sebagian besar pasien diabetes (Lehman & Jacobs, 1983; McCulloh, et.al., 1984; Sairam, et.al., 2001). Banyak faktor resiko yang dapat menyebabkan disfungsi ereksi, prevalensi disfungsi ereksi pada pria diabetes sering berhubungan dengan kondisi seperti penyakit jantung, hiperkolesterolemia dan hipertensi (Fedele, et al. 1998 dan 2000), sangat kuat berhubungan dengan kontrol glukosa darah, durasi penyakit dan komplikasi diabetes (Sairam, et al., 2001). Selain itu disfungsi ereksi juga sangat kuat dipengaruhi oleh kecemasan dan depresi pasien diabetes tak peduli pada jenis diabetesnya (Basu & Ruder, 2004), dan kadar *glycosylate haemoglobin* (HbA1c) merupakan *independent predictor* pada disfungsi ereksi (Romeo, et al., 2000). Namun pada saat pengambilan data, partisipan tidak mendapatkan data terbaru kadar HbA1c karena tidak dilakukan pemeriksaan.

Berbagai jenis gangguan pada disfungsi ereksi di atas sesuai dengan salah satu definisi gangguan/kerusakan ereksi pada pria menurut DSM-IV, yaitu ketidakmampuan persisten atau berulang untuk mencapai atau mempertahankan ereksi sampai selesai aktifitas seksual (Rowland & Incrocci, 2008). Hal disebabkan karena diduga kuat terjadi karena banyak faktor diantaranya *neurological*, *vascular* atau kombinasi keduanya (Basu & Ruder, 2004).

Proses mekanisme disfungsi ereksi pada diabetes meliputi: peningkatan produk akhir dari *Advanced Glycation End-product* (AGE's), peningkatan kadar radikal bebas oksigen dan adanya gangguan sintesis *Nitric Oxide* (NO) karena adanya stres oksidasi, penurunan dan gangguan siklus *guanosine monophosphate-dependent kinase-1* (PKG-1), peningkatan ikatan sisi reseptor endotel B dengan

perubahan ultrastruktural, pengaturan ulang jalur *RhoA/Rho-kinase* dan degenerasi syaraf-NO (Basu & Ruder, 2004).

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

Disfungsi ereksi pada diabetes juga dapat diketahui secara patofisiologi berdasarkan klasifikasi seluler, bahwa terjadi beberapa perubahan pada tingkat seluler sehubungan dengan diabetes mellitus, yaitu hilangnya komplan pada jaringan *fibroelastic*; kelemahan pada *channels maxi K⁺* pada otot halus; menurunnya membran sel kontak sekunder terhadap deposisi kolagen pada *gap junction*, dan menurunnya kadar *nitric oxide* pada *endothelium* (Rowland, & Incrocci, 2008).

Seiring dengan disfungsi seksual yang dirasakan, beberapa partisipan mengatakan mengalami ejakulasi dini baik itu cepat mengeluarkan sperma sebelum *coitus* selesai sempurna atau jumlah sperma yang keluar sedikit sampai tidak terjadi ejakulasi walau sudah merasa puas dan tidak berhubungan seks dalam waktu yang lama. Ejakulasi dini ini hanya terjadi pada 3 partisipan dan tidak terjadi pada yang lain. Kondisi ini didukung oleh data pada *screening* awal bahwa fungsi orgasme pada ketujuh partisipan seimbang, berada pada rentang disfungsi ringan ke sedang (4 orang) dan disfungsi sedang (3 orang). Partisipan jarang dan hampir tidak

pernah mengalami ejakulasi dan bagi yang mengalami ejakulasi kadang-kadang saja mengalami orgasme.

Ejakulasi adalah pemancaran sperma ketika melakukan hubungan seksual. Ejakulasi diawali dengan adanya *intromission* (senggama) dengan dorongan yang lebih lama dan dalam serta pola bervariasi dan kerjasama antara fisik dan psikis seseorang, sehingga masuklah pada ambang ejakulatorius (Pfaff, Arnold, Etgen, Fahrback & Rubin, 2009). Ketika seorang pria diabetes tidak mampu mengontrol/mengendalikan ejakulasi (pemancaran sperma) ketika melakukan hubungan seksual, maka pria tersebut mengalami ejakulasi dini.

Ejakulasi terjadi hanya beberapa detik setelah penetrasi (pemasukan penis ke dalam vagina), bahkan dapat terjadi pula sebelum penetrasi dilakukan. Kerusakan organ seksual terutama pada sistem syaraf karena adanya *neuropathy perifer* pada diabetes menyebabkan kurangnya sensitivitas saraf maupun zat yang mengatur ejakulasi sehingga terjadi ejakulasi dini (Jackson, 2004; Diabetes, UK., 2009; Waldinger, 2008).

The National Health and Social Life Survey (NHSLs) mengindikasikan bahwa ejakulasi dini terjadi pada sekitar 30% pria. Dalam beberapa kasus, ejakulasi dini terjadi sebagai bentuk dari respon atas disfungsi ereksi sehingga bisa dikatakan disfungsi ereksi terjadi dahulu kemudian diikuti ejakulasi dini (Potts, 2004; Benson, et al., 2009). Bahkan masih menurut Benson, et al. (2009) estimasi sekitar 30%-70% pria Amerika mengalami ejakulasi dini.

Ejakulasi dini terjadi ketika sperma telah keluar setelah sekian menit melakukan penetrasi. Menurut beberapa peneliti dan dokter, mereka menekankan *cut of point* dari latensi ejakulasi pada 60-90 detik setelah penetrasi ke vagina (Waldinger & Schweitzer, 2006), namun sebagian besar masih mempertimbangkan dimensi lain yang menambah akurat diagnosa ejakulasi dini. Menurut penelitian Patrick et al, (2005) dikatakan bahwa pria dengan ejakulasi dini untuk mencapai ejakulasinya rata-rata sekitar sampai 2 menit atau kurang dibanding laki-laki tanpa ejakulasi

dini (rata-rata sekitar 7-9 menit). Temuan penelitian ini sama dengan pengakuan partisipan bahwa mereka ejakulasi hanya 1-3 menit setelah dilakukan penetrasi, dan ini akan membawa dampak secara psikologis, sosial dan perubahan pola hubungan suami istri.

Gambaran disfungsi seksual yang lain adalah adanya gangguan hasrat seksual/libido. Hanya 2 partisipan yang mengatakan terjadi gangguan hasrat seksual, namun itu bersifat sementara ketika ada stressor seperti perasaan kecewa dan takut tidak bisa ereksi dan ejakulasi. Pada hasil *screening* awal didapatkan hasrat seksual yang dimiliki partisipan pada dasarnya tetap ada namun berada pada disfungsi ringan (6 orang) dengan nilai 7-8 dan hanya 1 partisipan (P4) dengan nilai 6 yang mengalami disfungsi ringan ke sedang. frekuensi munculnya hasrat pada ke-6 partisipan tinggi dan hanya P4 yang mengatakan sedang, dan 3 partisipan mempunyai libido tinggi (P1, P3, P7) dan yang lainnya sedang.

Gangguan hasrat ini muncul sebagai keluhan sekunder atas disfungsi ereksi dan ejakulasi dini yang dialami, bukan merupakan gangguan yang berdiri sendiri tanpa bisa dihilangkan. Pernyataan di atas sesuai dengan pemeriksaan *screening* awal bahwa hasrat seksual partisipan mayoritas hanya berada pada disfungsi ringan (6 orang) dan hanya 1 partisipan disfungsi ringan ke sedang, hal ini terjadi karena kondisi fisik yang tidak fit (menurun).

Data di atas juga ditunjang dengan pengakuan partisipan pada pola seksual setelah dia diabetes, mayoritas mengatakan bahwa hasrat seksualnya masih ada dan tetap ada bahkan ada 3 partisipan yang mengatakan libidonya sangat tinggi. Hanya saja hasrat itu akhirnya hanya akan menjadi sekedar hasrat yang tidak tersalurkan karena kondisi fisik yang menurun; disfungsi ereksi dan ejakulasi dini yang dialaminya. Hal ini didukung oleh pendapat Untung (2010) bahwa banyak faktor yang mempengaruhi perubahan hasrat seksual diantaranya adalah faktor psikis yaitu stres berlebihan, rasa jemu dengan pasangan dan pengalaman seksual yang tidak menyenangkan.

Pendapat Untung tersebut terbukti terjadi pada partisipan. Ketiadaan hasrat seksual pada waktu tertentu disebabkan karena istri partisipan sudah tidak mendukung dan menghormati dia sebagai suami, sehingga harga diri sebagai seorang lelaki dan suami terinjak (P1). Stres yang terus menerus setiap ingin melakukan hubungan seksual atau saat hasrat timbul, karena partisipan (P2) sudah dapat memprediksi bahwa dia tidak akan bisa mempertahankan ereksi dengan maksimal dan lama yang akhirnya terjadi ejakulasi dini, sedangkan istri belum merasakan kepuasan. Pengalaman seksual yang tidak menyenangkan terjadi pada P2 merasa setiap ingin melakukan hubungan suami istri, bayangan kegagalan selalu muncul tanpa bisa dikendalikan walaupun keyakinan untuk mampu melaluinya sangat tinggi.

Menurut penelitian Masters & Johnson (1996) yang dikutip oleh Mccarthy & Metz (2008) seksual adalah siklus respon seksual. Manusia akan mengalami siklus dengan adanya respon secara fisik dan psikologis, termasuk di antaranya adanya hasrat (*desire*). *Desire* merupakan komponen utama seksualitas yang sehat. Fase munculnya hasrat ini meliputi antisipasi seksual (keinginan memulai secara seksual), fantasi, rasa rindu menggebu sebagai suatu sensasi rasa dan kesiapan untuk berhubungan seks. Takut dan malu dapat menyebabkan tertahannya nafsu seksual. Hal ini juga dialami oleh partisipan 2, selain karena pengalaman yang tidak menyenangkan atas kehidupan seksualnya, P2 juga merasa malu kepada diri sendiri dan istrinya serta takut istrinya akan membenci dan komplain kembali dengan kekurangan yang ada pada dirinya.

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

Nafsu yang dimiliki pria berbeda dengan wanita. Pada pria, nafsu seksual sangat berhubungan dengan hormon *androgen (testosterone)* dan jalur di otak yang mempengaruhi motivasi untuk seksual. Hasrat seksual yang dimiliki oleh pria sangat dipengaruhi oleh stimulasi visual dibanding wanita yang lebih terstimulasi oleh taktil (rabaan dan sentuhan) (Mccarthy & Metz, 2008). Teori ini mendukung tetap adanya hasrat seksual pada partisipan, karena pada dasarnya kadar hormon androgen mereka masih normal dan sebagian partisipan mengatakan bahwa nafsu seksual itu semakin tinggi ketika melihat wanita cantik (P1, P2, P3), melihat film porno (P6).

Untuk kepuasan dan kenikmatan, partisipan mengatakan bahwa kurang puas dan kurang menikmati proses hubungan suami istri, karena adanya ejakulasi dini dan ketidakmampuan ereksi. Yang diutamakan adalah adanya ejakulasi, jika sudah selesai maka selesailah proses hubungan tanpa mempertimbangkan yang lain. Hal ini ditunjang dengan hasil *screening* awal yang mengatakan bahwa tingkat kepuasan partisipan dalam berhubungan seksual berada pada disfungsi sedang dan hanya ada 1 partisipan (P7) yang disfungsi ringan. Yang dimaksud di sini adalah gabungan dari frekuensi memulai *coitus* yang hanya 1-2 kali/bulan (atau lebih dari sebulan), jarang mengalami kepuasan saat *coitus* dan tidak begitu menikmati hubungan seksual. Namun walaupun tidak begitu puas dan tidak menikmati, partisipan tidak mempermasalahkan hal ini.

Penurunan kondisi fisik juga menjadi pemicu disfungsi seksual yang dialami, karena peningkatan kadar glukosa darah menyebabkan peningkatan metabolisme yang akhirnya membuat badan cepat lelah, dan ini akan berpengaruh terhadap ereksi; hasrat dan aktifitas seksual.

Gambaran disfungsi yang lain adalah adanya perubahan pola hubungan seksual setelah diabetes. Partisipan mengalami gangguan saat penetrasi, frekuensi yang perlahan menurun; jarang dan berkurang serta adanya keengganan melakukan aktifitas seksual. Beberapa gambaran sudah dijelaskan di atas, berikut pembahasan tentang gangguan penetrasi dan perubahan frekuensi *coitus*.

Penetrasi dapat terjadi jika telah melalui serangkaian fisiologi ereksi, ketika sudah terjadi relaksasi dari otot halus *arteriolar trabecular* dilanjutkan dilatasi arteri sehingga terjadi peningkatan aliran darah ke ruang sinusoidal, maka penis akan ereksi maksimal dan siap untuk melakukan penetrasi. Ketika terjadi gangguan impuls syaraf dan perubahan kadar NO maka mulailah terjadi ereksi tidak maksimal, dan ini akan menghambat relaksasi; dilatasi otot halus *arteriolar trabecular* dan tidak ada/sedikitnya aliran darah ke ruang sinusoidal. Kondisi ini menyebabkan ketidakmampuan penetrasi.

Frekuensi berhubungan seksual pada individu berusia 18-59 tahun pada umumnya 2 kali seminggu, dengan batas frekuensi *intercourse* 6-7 kali sebulan. Kondisi ini sangat tergantung dengan usia, kepuasan saat *intercourse*, penyakit penyerta dan *support* pasangan (Mccarthy & Metz, 2008). pada penelitian ini partisipan mengalami perubahan frekuensi hubungan badan, mulai dari menurun pelan-pelan, berkurang dan jarang, hal ini disebabkan karena adanya disfungsi ereksi yang dialaminya. Sedangkan ejakulasi dini bukan menjadi persoalan penting dalam frekuensi berhubungan, karena ejakulasi dapat terjadi pada partisipan tanpa melalui *intercourse*.

5.1.3 Dampak, hambatan, cara mengatasi, efek dari upaya yang dilakukan dan mekanisme koping mengatasi disfungsi seksual

1) Dampak dan hambatan pada disfungsi seksual

Tujuan khusus yang ke-3 dan ke-4 terjawab oleh tema ke-5 yaitu dampak disfungsi seksual. Terdapat 3 dampak besar yang terjadi pada partisipan, yaitu dampak sosial; dampak hubungan dengan pasangan dan munculnya respon psikologis atas disfungsi seksual yang dialami.

Dampak sosial terlihat pada partisipan 1, karena penyakit dan disfungsi seksual yang diderita maka partisipan tidak lagi bisa bekerja dan tidak bisa berhubungan dengan orang lain dan teman-temannya, dia merasa terjadi perubahan hidup yang drastis. Padahal di usia yang masih produktif, dibutuhkan hubungan dan relasi yang kuat dengan para kolega untuk mempertahankan fungsi ekonominya. Karena

pada usia produktif, segala kebutuhan partisipan ditanggung sendiri, maka saat ini karir individu sedang menanjak dan individu akan bekerja giat tanpa jeda, mengemban tanggung jawab yang besar dengan jadwal kegiatan monoton dan rutin. Dengan karakteristik ini, maka individu mempunyai stressor tertinggi dalam memenuhi peran dan fungsi hidupnya.

Partisipan lain mengatakan bahwa disfungsi seksual yang dialaminya membuat partisipan malu dan minder untuk bergaul, partisipan hanya menjadi pendengar saja jika ada teman kerja dan orang lain membicarakan tentang seks dan upaya memenuhinya. Alasan ini dilakukan karena malu dan takut ketahuan bahwa dirinya juga mengalami disfungsi seksual, mengingat status sosial kemasyarakatan yang disandang, kehidupan rumah tangga yang harmonis dan mempunyai anak. Partisipan menganggap bahwa kondisi sejahtera itu tidak bisa ditukar dengan cerita tentang kelemahan dirinya.

Untuk menutupi rasa ingin tahu dan keinginan berobat tetapi malu untuk bertanya, maka partisipan selalu berusaha mencari informasi sendiri dengan sembunyi-sembunyi atau sengaja “menguping” pembicaraan teman-temannya sekiranya nanti dalam percakapan itu ditemukan informasi sehubungan dengan terapi alternatif pemulihan fungsi seksual.

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

Sebagai bentuk imbalan atas ketidakmampuannya memuaskan istri, maka 2 partisipan mengambil alih tugas rumah tangga, baik full maupun tidak. P1 mempunyai waktu yang cukup banyak untuk melakukan semua aktifitas rumah tangga karena dia sudah tidak bekerja, dia mengungkapkan bahwa dia bekerja seperti perempuan, menyeterika, mencuci. Pada dasarnya hal ini tidak terlalu berat

karena dia telah melakukan pekerjaan yang lebih berat, tetapi beban moral dan harga diri sebagai suami inilah yang terkadang muncul menjadi kendala.

Partisipan 2 juga melakukan hal yang sama, tetapi kesediaan melakukan kegiatan rumah tangga tujuannya adalah sebagai imbalan, sebagai ganti untuk menyenangkan hati istri, agar semuanya tetap berjalan dengan harmonis tanpa adanya beban di hati partisipan. Namun terkadang akhirnya partisipan malas bercanda dengan istrinya karena takut muncul ketersinggungan dari kedua belah pihak. Pun juga adanya kekhawatiran pada partisipan bahwa sikap menerimanya istri bukan merupakan sikap yang sebenarnya, ada ketakutan sang istri akan membencinya.

Hubungan seks yang baik dan cukup dengan pasangan adalah model hubungan yang fokus dan menikmati seksual yang menyenangkan, tidak perlu membuktikan apapun untuk diri sendiri maupun orang lain, semua hanya tentang penerimaan, kesenangan, kepuasan, seksual yang positif dan realistis serta ekspektasi yang baik akan suatu hubungan. Keintiman dan kepuasan menjadi tujuan utama pada hubungan seks yang baik dan cukup dengan pasangan sehingga terintegrasi dalam kehidupan sehari-hari (Mccarthy & Metz, 2008).

Menerima dan menegaskan kepada diri sendiri dan pasangan bahwa mereka adalah element penting dalam hidup dan inti dari hubungan yang selama ini terjalin, merupakan upaya untuk memandang seks sebagai elemen penting dari hidup, dan hubungan yang baik ini akan menambah kepercayaan diri, menambah perasaan terdalam dalam diri bahwa pria memiliki harga diri sebagai manusia (McCarth & Metz, 2008). Upaya untuk penegasan ini diantaranya dengan melakukan komunikasi terbuka dengan pasangan, baik tentang penyakitnya maupun disfungsi seksual yang dialaminya.

Komunikasi dan diskusi terbuka telah dilakukan oleh 2 partisipan (P3, P5) bahwa sejak awal partisipan dengan terbuka menyampaikan bahwa dirinya mengalami disfungsi seksual karena diabetes yang dideritanya, mencoba mendiskusikan

bagaimana keikhlasan dan penerimaan itu perlu dipupuk dan mencari solusi lain untuk memenuhi kebutuhan seksual baik dengan rekreasi maupun kasih sayang yang lain. Upaya lain yang dilakukan salah satu partisipan (P5) yaitu dengan menjelaskan bahwa sedang terkena kencing manis sehingga untuk berhubungan suami istri dihentikan dulu (walau ketika ada kesempatan bertemu, partisipan juga tetap dilayani oleh istri).

Keterbukaan komunikasi ini salah satunya tergantung pada lama menikah dan komitmen dalam pernikahan. Dalam penelitian ini, semua partisipan telah melewati 10 tahun pertama pernikahan, ini waktu yang tidak pendek untuk saling mengenal dan memahami pasangan, juga termasuk membina hubungan cinta kasih sayang, termasuk menerima segala kelebihan dan kekurangan pasangan. termasuk komitmen bahwa Pernikahan dan rumah tangga merupakan suatu sarana untuk melaksanakan ibadah, dan juga sebagai kebutuhan individu. Kebutuhan untuk berinteraksi secara biologis, psikologis, sosio kultural dan spiritual, tidak hanya sekedar seksualitas semata.

Namun masih ada 3 partisipan yang belum berkomunikasi secara terbuka, partisipan hanya diam saja; tidak mau membicarakan dan membahasnya atau memang tidak pernah menanyakan ke istri karena ketidaktahuannya akan efek diabetes terhadap fungsi seksualnya. Diamnya partisipan (P1) adalah karena sudah sampainya partisipan berada pada posisi pasrah dan membiarkan semua itu terjadi, bahkan penghianatan yang dilakukan oleh istripun sudah tidak menjadi persoalan baginya. Sedangkan P2 yang tidak pernah berdiskusi disebabkan karena rasa sangat malu kepada pasangan dan diri sendiri yang tidak bisa hilang.

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

Respon pasangan yang tidak mendukung membuat partisipan menangis, bersedih dan merasa didominasi oleh pasangan, pikiran berkecamuk dan macam-macam membuat partisipan tidak bisa tidur. Kekecewaan, penyesalan, merasa tidak membahagiakan, rendah diri dan tidak berharga muncul sebagai bentuk perasaan partisipan atas ketidakmampuannya menjadi pria seutuhnya karena disfungsi seksual yang terjadi. Sehingga muncul perasaan takut, stres dan putus asa atas apa yang terjadi dan muncul ungkapan seandainya dipanggil Tuhanpun partisipan siap.

Secara umum, pria menginginkan menjadi *the real men* atau pria sejati, yang mempunyai pekerjaan baik; stres yang tertata; hidup yang baik bersama perempuan yang benar dan baik, dan bahkan mendapatkan keberhasilan dan kegagalan yang nyata dan baik pula (McCarthy & Metz, 2008). Namun karena adanya disfungsi, maka seorang pria merasa sudah tak lagi menjadi pria sejati, dan akhirnya kesejahteraan hidup terganggu.

Sudah jamak dipahami bahwa pria bisa tenang ketika menghadapi perang, badai, topan, gempa bumi, penyakit dan tragedi lainnya dengan keberanian yang besar dan teka yang kuat, namun pria sama sekali akan tidak tenang dan tak berdaya jika terjadi disfungsi seksual (Hanash, 2008). Pria diabetes akan merasakan cemas (selama dan ketika tidak melakukan hubungan seksual), sedih, konflik pribadi, rasa bersalah, gangguan peran, diabaikan, malu, takut, tidak mempunyai harapan, tak bangga pada kehidupan seksualnya, tidak percaya diri dan merasa lemah. Selain itu dia merasa tidak mempunyai harga diri di mata istri, merasa tidak berguna, putus asa, bingung, stress, depresi, menyalahkan diri sendiri, cenderung pendiam atau *uring-uringan*, tidak berkomunikasi dengan baik, konsep diri berubah, tidak bersemangat, tidak bergairah, merasa tidak diterima, dan lain-lain (McCarthy & Metz, 2008; pengumpulan data saat aplikasi mata kuliah Aplikasi Keperawatan Medikal Bedah II Sistem Endokrin Program Magister Keperawatan FIK UI, 2010).

Pria diabetes juga akan merasa hancur, depresi, tak berdaya, seperti ada dalam kubang neraka, merasa sudah menghancurkan kehidupan rumah tangga atau hubungan seksual dengan pasangannya, kehilangan harga diri; kepercayaan diri dan kebanggaan sebagai suami, mengalami frustrasi yang menyakitkan. Dia merasa kehilangan kejantanan yang dihargai; dimanusiakan dan dibanggakan, rentan akan emosi, dan kesulitan berhubungan sosial. Karena kekurangannya, hidup terasa suram, ia menghindari segala hal yang berhubungan dengan seks baik percakapan normal; aktifitas; tontonan atau bahkan ke dokter, atau mungkin sebagai koping destruktifnya pria akan menyalahkan dan menuduh istri atau pasangan sebagai penyebab utama dari masalahnya karena dia sebenarnya tidak mengetahui bahwa gangguan seksualnya ini terjadi karena adanya penyakit metabolik (diabetes) yang dideritanya, atau bahkan menolak mendiskusikan dan mencari pertolongan (Hanash, 2008).

Namun tidak semua partisipan berespon seperti di atas, kekecewaan yang muncul merupakan respon pertama untuk kemudian dilanjutkan dengan bertanya baik pada diri sendiri maupun orang lain, ada apa sebenarnya pada dirinya? mengapa bisa terjadi disfungsi seksual? Kenapa bisa berubah sedemikian? Sehingga sampailah pada pemahaman dan pemakluman bahwa semua yang terjadi adalah karena konsekwensi atas penyakit yang dialami. Sikap menerima, menyadari, mengerti dan menganggap bahwa disfungsi seksual ini biasa-biasa saja membuat respon yang positif dan berpengaruh pada kehidupan.

Kondisi di atas sesuai dengan pendapat Hanash (2008), bahwa respon psikologis “frustrasi” di atas tidak semua terjadi pada pria diabetes. Beberapa dari mereka dapat mengakui masalah seksual yang dialaminya dan meminta petunjuk/nasehat dari tenaga kesehatan. Mereka termotivasi untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan seksualnya secara baik sehingga dapat memuaskan pasangan dan mempertahankan rumah tangga, atau dengan pertimbangan kesehatan fisik sehingga berusaha menghindari penyakit dan atau mengontrol kadar gula darahnya sehingga tidak terjadi disfungsi lagi.

Dilihat dari konsep kehilangan, proses menolak hingga menerima ini sesuai dengan teori kehilangan. Disfungsi seksual adalah kondisi tidak berfungsinya seksualitas pada pria dan merupakan bagian dari kehilangan salah satu aspek diri baik itu bagian diri, fungsi organ, adanya perubahan secara biologis; psikologis; sosial; dan spiritual. Partisipan merasakan ketiadaan dan ketidaklengkapan sesuatu yang sebelumnya ada, baik secara fisik maupun peran sosial yang diembannya sebagai suami dan kepala rumah tangga.

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

2) Cara dan efek dari upaya yang dilakukan untuk mengatasi disfungsi seksual. Keinginan yang kuat untuk bisa sembuh dan kembali berfungsinya kemampuan seksual mereka membuat mayoritas partisipan berusaha untuk mengatasinya. Cara-cara yang dilakukan partisipan sedikit banyak memberikan efek, baik tidak efektif pada fungsi seksualnya hingga dapat meningkatkan fungsi seksual. Tujuan khusus ke-5 terjawab oleh tema cara klien mengatasi masalah seksual dan pemenuhannya. Dari tema ini disusun 2 sub-tema besar yaitu upaya partisipan mengatasi disfungsi seksualnya dan upaya untuk memenuhi kebutuhan seksualnya setelah didiagnosa diabetes.

Berbagai upaya dilakukan, mulai dari mengkonsumsi obat kuat, jamu dan herbal, baik untuk mengatasi diabetesnya maupun khususnya pada disfungsi seksualnya. Selain itu partisipan juga ada yang mengikuti terapi alternatif sinar, pijat (P1) dan paket alternatif walau untuk paket ini diurungkan karena biaya yang tinggi dan rasa malu yang mengemuka (P2). Selain obat dan pil, partisipan juga ada yang melakukan pengontrolan glukosa darah, pengaturan diet, olah raga, telur dan susu.

Pengendalian kadar glukosa darah ini menurut partisipan akan dapat meningkatkan hasrat seksual/libido. Ungkapan ini didukung oleh penelitian Rachmadi (2008) bahwa pada 26 orang (65%) klien diabetes mellitus dengan kadar gula darah puasa >126 mg/dl berkecenderungan 8,7 kali lebih besar mengalami gangguan libido dibandingkan klien dengan kadar gula darah puasa <126 mg/dl sebanyak 3 orang (7,5%). Demikian juga terdapat 27 orang (67,5%) klien diabetes mellitus dengan kadar gula 2 jam PP >128 mg/dl berkecenderungan 13,5 kali lebih besar mengalami gangguan libido dibandingkan klien dengan kadar gula 2 jam PP <180 mg/dl yaitu 2 orang (5%).

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

Menurut Enzlin, et al (2003) dalam penelitiannya, penderita diabetes mellitus sering ditemukan penurunan libido selain fungsi seksual lainnya. Hal ini sebagai akibat terganggunya proses pembentukan hormon testosteron yang akan menyebabkan terjadinya gangguan libido karena kadar testosteron yang rendah dalam darah. Hal yang sama juga disebutkan Tobing bahwa jika jumlah testosteron dalam darah berkurang maka libido seksual juga akan berkurang.

Selain hasrat seksual yang meningkat ketika kadar gula darah menurun, partisipan juga mengalami perubahan ereksi, ereksi yang dialami lebih lama dan lebih kuat. Ungkapan ini didukung oleh hasil penelitian Rachmadi (2008) bahwa terdapat 29

orang (72,5 %) penderita diabetes mellitus yang mempunyai kadar gula darah puasa >126 mg/dl mengalami disfungsi ereksi dengan kecenderungan 9,7 x lebih besar dibanding penderita dengan kadar gula darah puasa <126 mg/dl, yaitu hanya 3 orang (7,5%) Demikian pula dengan kadar gula darah 2 jam sesudah makan, terdapat 30 orang (75 %) penderita dengan kadar gula darah >180 mg/dl mengalami disfungsi ereksi dengan kecenderungan 15 x lebih besar dibanding penderita dengan kadar gula darah 2 jam sesudah makan <180 mg/dl, yaitu hanya 2 orang (5%).

Pada uji korelasi terdapat hubungan yang signifikan antara kadar gula darah dengan kemampuan ereksi dengan kekuatan korelasi sedang dan arah korelasi negatif yang menjelaskan bahwa semakin tinggi kadar gula darah maka akan diikuti semakin menurunnya kemampuan ereksi (Rachmadi, 2008).

Pengaturan diet yang ketat sesuai aturan memang terbukti dapat mengontrol kadar glukosa darah, hal ini dibuktikan dengan pendapat para ahli bahwa diet yang benar akan mempengaruhi pengendalian kadar gula darah. Pendapat tersebut dibenarkan oleh pengalaman partisipan, bahwa mayoritas partisipan melakukan kontrol diet/diet ketat untuk mengatur kadar gula darahnya, hanya ada 2 partisipan saja yang tidak mengontrol makanannya (P1, P4) dengan alasan P4 tidak tahan lapar dan jika merasakan makanan yang dimakan meningkatkan selera, maka P3 akan menambah porsi, sedang P1 sejak awal tidak bisa membatasi diri untuk mengonsumsi segala jenis makanan.

Menurut rekomendasi dari ADA dan EASD, sesuai dengan *evidence based dietary* yang dilansir oleh Wyness (no year) diet untuk mencegah atau mengontrol kadar gula darah adalah diet yang rendah lemak, tinggi serat dan mengandung karbohidrat kompleks, dengan mengonsumsi makanan sesuai 3 syarat tadi maka akan mudah menurunkan berat badan dan mencegah/menghambat terjadinya peningkatan glukosa darah.

Pengaturan diet adalah salah satu upaya memodifikasi gaya hidup klien diabetes, dengan mengatur diet maka berpotensi untuk mencegah atau menunda onset penyakit. Menurut penelitian Walker (2010) dengan studi cohort pada 4864 individu beresiko tinggi diabetes dan diikuti selama periode 2.5-6 tahun, hasilnya menunjukkan bahwa perubahan gaya hidup dapat menurunkan insiden diabetes sebanyak 28-59%. Selanjutnya, pada studi lanjutan diindikasikan bahwa kejadian diabetes tetap menurun beberapa tahun. Walau ini penelitian untuk mencegah terjadinya diabetes, namun hasil ini akan memberikan bukti nyata bahwa pengaturan diet akan dapat menurunkan atau minimal mempertahankan kadar glukosa darah sehingga tidak meningkat.

Upaya lainnya adalah melakukan olah raga rutin, baik senam khusus diabetes (P1), jalan sehat pagi dan sore (P2, P6) selama 30 menit, serta jalan cepat 2x/minggu (P7) selama 15 menit. Mayoritas partisipan melakukan olah raga, hanya P3 saja yang tidak. Data tersebut berbeda dengan hasil penelitian dari Pariser, DeMeuro, Eillete & Stephen (2010), Zhao, Ford, Li & Mokdad (2008) dan data dari ADA (2008) yang mengatakan bahwa meskipun telah dikumpulkan bukti-bukti nyata tentang manfaat olah raga teratur, banyak klien diabetes tipe 2 tidak melakukan olah raga teratur, 40%-43% klien diabetes tipe 2 yang berolahraga tidak memenuhi pedoman ADA untuk kegiatan fisik yang direkomendasikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien tidak memenuhi pedoman aktifitas minimal berada pada tingkatan kurang.

Menurut Info Diabetes Mellitus (2009), olah raga akan menurunkan kadar glukosa darah dan mencegah kegemukan. Pada keadaan istirahat, metabolisme otot hanya sedikit membutuhkan glukosa sebagai sumber energi, tetapi saat berolahraga maka glukosa dan lemak digunakan sebagai sumber utama energi melalui proses pembakaran. Glukosa akan terbakar 15 kali dibanding saat istirahat.

Latihan jasmani berperan utama dalam pengaturan glukosa darah. Pada penderita diabetes mellitus tipe 2, produksi insulin tidak terganggu tetapi terjadi resistensi insulin yaitu kurangnya respon reseptor pada sel terhadap insulin, sehingga insulin tidak dapat membantu transfer glukosa ke dalam sel. Pada saat olah raga,

permeabilitas membran terhadap glukosa meningkat pada otot yang berkontraksi sehingga resistensi insulin berkurang, dengan kata lain sensitivitas insulin meningkat. Hal ini menyebabkan kebutuhan insulin berkurang. Respon ini bukan merupakan efek menetap atau berlangsung lama, tetapi hanya terjadi setiap kali melakukan olah raga (Info Diabetes Mellitus, 2009).

Olah raga teratur akan membakar dan menurunkan kadar glukosa darah. Begitu juga pendapat para ahli yang mengatakan bahwa penatalaksanaan yang benar baik diet, olah raga, aktifitas fisik dan obat akan mempengaruhi pengaturan kadar glukosa darah (McWright, 2008).

Telur dan susu adalah makanan tinggi protein, jika dilihat dari komposisinya maka kedua bahan makanan tersebut berguna sebagai zat pembangun, selain mengandung zat lain seperti lemak. Ini dimungkinkan akan memberikan asupan tenaga yang cukup untuk vitalitas tubuh, walau sampai sekarang belum diketahui oleh peneliti bahwa keduanya mempunyai efek langsung terhadap peningkatan fungsi seksual pria.

3) Adaptasi/Mekanisme Koping

Masalah dan stres lazim terjadi dalam kehidupan, pada klien diabetes stres dapat meningkatkan kadar glukosa darah, untuk itu perlu dilakukan upaya untuk mengatasinya. Mayoritas partisipan (6 partisipan) mengatakan mampu mengatasi masalahnya dengan berdoa, berdzikir, bernyanyi, memancing, berfikir dan bertindak positif, ikhlas, sabar dan menggunakan pikiran sendiri. Hanya ada 1 partisipan yang terkadang membutuhkan obat untuk menenangkan diri.

Distress psikologis atau depresi akan mempengaruhi motivasi klien seseorang untuk mengatur kondisi diabetesnya (Snock & Skinner, 2006), termasuk mengikuti aturan pengobatan, diet yang sesuai, mempertahankan aktifitas dan memonitor kadar gula darah (Fisher, Skaff, Mullan & Goldstein, 2007; Gonzalez, Safren & Cagliero, 2007). Seseorang dengan diabetes dan gangguan mental atau tidak mampu mengatasi masalah/stres seperti depresi akan mempunyai kontrol

glukosa darah yang rendah dan resiko tinggi sakit atau meninggal (Williams, Katou & Lin, 2004; Fisher, et al, 2007), maka dari itu kemampuan mengatasi masalah dan stres sangat penting dimiliki oleh klien diabetes, karena jika stres terjadi maka produk anti insulin akan meningkat diantaranya glukagon, kondisi ini mengakibatkan peningkatan glukosa darah.

Menurut Roy & Andrews (1999), manusia adalah makhluk adaptif, mereka akan beradaptasi dengan semua stimulasi yang mengenai dirinya dalam bentuk, jenis dan ukuran apapun. Dalam proses beradaptasi dengan stimulus yang masuk, terjadi mekanisme koping untuk mempertahankan diri tergantung apakah koping tersebut adaptif atau mal-adaptif sehingga pada akhirnya muncullah perilaku manusia sebagai bentuk respon atas sesuatu, begitu juga pada partisipan.

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

Pada penelitian ini, partisipan berespon dan beradaptasi dengan gangguan pada fungsi seksualnya. Beberapa mekanisme koping dimunculkan sesuai dengan karakter kepribadian; latar belakang hidup; sosial kemasyarakatan; nilai dan keyakinan hidup; spiritualitas individu dan kehidupan umum. Secara umum didapatkan bahwa ada 3 mekanisme koping yang dilakukan oleh partisipan, yaitu adanya perubahan spiritual; perubahan pola tidur dan perubahan psikologis.

Perubahan spiritual merupakan mekanisme koping terbanyak yang muncul pada partisipan. Mayoritas partisipan beradaptasi dengan meningkatkan hubungan dengan Tuhan, diantaranya berdoa dan sholat, mendengarkan tausiyah, sholat dan mengikuti pengajian, dzikir, pasrah, ikhlas, menganggap penyakit ini adalah ujian/hadiah dan peutusan Tuhan, rela, bersyukur dan sabar. Ke-10 mekanisme

koping ini tidaklah datang dengan seketika, walau ada 1 partisipan (P3) yang mengatakan bahwa dia iklas terlebih dahulu sebelum istrinya dan itu sejak awal dia lakukan karena telah menyadari konsekwensi dari diabetes mellitus akan mengalami gangguan/disfungsi seksual.

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

Manusia pada dasarnya adalah makhluk bertuhan, telah ada perjanjian antara manusia dengan Tuhan untuk menjadi hamba-Nya yang baik semenjak berada dalam perut ibu, semenjak ruhnya ditiupkan oleh sang Khaliq (termaktub dalam al-Qur'an), keyakinan akan Tuhan dan kebutuhan akan kasih sayang Tuhan membuat manusia menyadari bahwa apa yang ada di dunia ini adalah berasal dan akan kembali ke Tuhan. Banyak sekali sumber spiritual yang dapat digunakan oleh manusia untuk meyakini dan menginternalisasikan keimanannya dalam kehidupan sehari-hari, dimana sumber-sumber spiritual digunakan oleh manusia diantaranya untuk beradaptasi terhadap stres.

Pernyataan di atas didukung oleh hasil penelitian kualitatif dari Casarez, Engebretson & Ostwald (2010) yang meneliti tentang praktik spiritual dalam manajemen diri pasien Afrika di Amerika yang menderita diabetes, bahwa ada 3 orientasi tentang praktik spiritual dan manajemen diri pasien diabetes, yaitu: praktik spiritual sebagai upaya pengelolaan diri; praktis spiritual dan manajemen diri sebagai upaya penyembuhan, dan praktik spiritual dapat mempengaruhi manajemen diri pasien diabetes dan menjadi sumber dalam proses perawatan.

Pada penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* yang dilakukan oleh Polzer (2005) mengatakan bahwa faktor penting yang mempengaruhi manajemen diri pasien diabet di afrika amerika adalah spiritualitas. Spiritualitas

memegang peranan sentral dalam peran hidup mereka dan menjadi mendukung kerangka kerja untuk sehat sakitnya. Penelitian yang bertujuan untuk menyusun teori tentang pengaruh spiritualitas terhadap manajemen diri pasien diabetes mendapatkan hasil bahwa partisipan merasakan 3 tipologi, yaitu 1) hubungan dan tanggung jawab: Tuhan selalu ada di belakang kita, 2) hubungan dan tanggung jawab: Tuhan ada di garda depan, dan 3) hubungan dan melepaskan diri: Tuhan adalah penyembuh. Tipologi ini bervariasi tergantung pada bagaimana partisipan mengartikan dan menunjukkan pola hubungannya dengan Tuhan dan pengaruh terhadap manajemen dirinya.

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

Bersamaan dengan ihlas, sabar dan bersyukur, partisipan juga melakukan sholat dan terus memanjatkan doa agar diberikan kesembuhan dan kemudahan dalam menghadapi masalah, khususnya untuk menahan gejolak seksualnya. Dengan sholat partisipan merasa dapat mengurangi libido dan bisa melupakannya dan menurut partisipan koping ini berhasil sehingga dirinya lebih tenang dan mampu menahan diri. Ungkapan P3 ini sangat didukung oleh keyakinannya bahwa sholat itu akan mencegah perbuatan keji dan munkar, bukan berarti bahwa seksualitas adalah suatu kejelekan, akan tetapi dengan libido yang tinggi dan begitu banyak godaan yang menstimulasi dirinya, termasuk hasrat yang menggebu dalam hatinya

itu semua akan bisa ditahan dan diatasi dengan sholat. Dengan sholat seseorang akan merasa tenang karena ada komunikasi langsung dengan sang pencipta.

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

Sholat dengan konsentrasi yang penuh untuk mengarahkan seluruh anggota tubuh dan ruhani kita bergerak menuju Allah, akan menyeret manusia dalam suasana yang santai dan rileks, karena manusia sedang melepaskan diri dari keadaan riil dan segala macam keruwetan peristiwa dan gejolak hati, termasuk permasalahan disfungsi seksual partisipan. Kondisi jiwa yang tenang dan pikiran yang bebas yang ditimbulkan oleh sholat merupakan pengobatan yang efektif dalam menangani ketegangan dalam syaraf (Ghazali, 2010).

Jiwa damai dan hati yang tenang adalah hasil dari sholat. Menurut Abu sangkan, sholat dapat mengurangi kecemasan karena terdapat 5 unsur di dalamnya, yaitu meditasi atau doa teratur; relaksasi melalui gerakan sholat; hetero atau auto sugesti dalam bacaan sholat; *grouptheraphy* dan *hydrotherapy*. Masih menurut Abu sangkan, pada saat sholat seluruh syaraf tidak menghantarkan impuls getaran dari panca indera, sebab jiwa secara perlahan bergerak meninggalkan keterikatannya dengan badan, keadaan ini disebut berfikir abstrak. Elektron-elektron pikiran berhenti berputar hingga kembali menjadi “*aether*” (energi non materi), lalu dilepaskan oleh nurani dan menjelma menjadi cahaya yang disebut *nur fuad*, cahaya batin yang langsung kembali ke pangkalnya, yaitu Allah SWT. Ketika getaran antara cahaya batin berjumpa dengan Nur Allah SWT maka

terjadilah keadaan jiwa yang berserah dan lepas bebas dari pengaruh-pengaruh alam atau sensasi tubuhnya (Sangkan, 2005).

Uraian di atas dikuatkan pendapat Popoola & Clinton (2004) bahwa dukungan spiritual lain sebagai mekanisme coping partisipan adalah melakukan sholat. Menurut studi kasus yang dilakukan mereka dengan tujuan ingin menggambarkan pengalaman 3 wanita diabetes di rumah sakit yang berfokus pada coping spiritual untuk mengatasi diabetnya, ternyata didapatkan hasil bahwa dukungan spiritual seperti sholat, berdoa sering menjadi coping individu dan membawa kenyamanan di saat sakit.

Satu partisipan (P6) mengatakan di saat nafsu seksual meningkat sedangkan tidak mempunyai kemampuan secara fisik untuk memenuhinya, maka P3 berdzikir, istighfar meminta ampun pada Allah. Dengan begitu, partisipan akhirnya dapat sadar diri dan meredam nafsu seksualnya untuk dialihkan dengan aktifitas yang positif.

Dzikir secara etimologi berasal dari bahasa Arab *dzakara* yang berarti mengingat, dan secara terminologi dimaknai sebagai suatu amalan ucapan melalui bacaan-bacaan tertentu untuk mengingat Allah. Dari sekian banyak pengertian tentang dzikir dapat diambil pengertian mendasar bahwa dzikir merupakan setiap kegiatan fisik dan psikis yang membentuk akselerasi mulai dari renungan; sikap; aktualisasi sampai kepada kegiatan proses hidup yang dapat mengantarkan kita untuk teringat dan mengingat Allah, The Great Power (Amin & Al-Fandi, 2008).

Dzikir merupakan ibadah sunnah yang paling baik dan paling disukai oleh Allah, paling ringan dan mudah untuk dikerjakan karena tidak dituntut dengan syarat dan rukun tertentu, dapat dilakukan kapanpun; di manapun dan dalam kondisi apapun (Saleh, 2010). Walaupun tidak terbatas ruang dan waktu, tetapi ada waktu-waktu tertentu yang sangat baik untuk dilakukan yaitu malam hari terutama sepertiga malam, saat sholat, mendapatkan musibah, dan ketika lupa Allah (Amin & Al-Fandi, 2008).

Salah satu jenis bacaan yang biasa dibaca orang sakit adalah istighfar, karena di dalamnya mengandung pemahaman kepasrahan diri; permohonan maaf dan berserah diri pada-Nya. Kondisi ini akan memberikan kenyamanan dan dapat dilakukan kapanpun dimanapun dengan bacaan yang tidak sulit karena hanya berbentuk kalimat *Astaghfirullah*. Tidak ada aturan khusus berapa kali; kapan dan bagaimana istighfar itu dibaca, akan tetapi terdapat koridor saat akan membaca yaitu diusahakan hati dan badan bersih; benar-benar berpasrah dan memahami arti permohonan maaf yang sesungguhnya dan bisa dibaca 100 kali tiap pagi (Saleh, 2010).

Stres fisik dan psikologis membutuhkan strategi penanggulangan adaptif (*coping mechanism*). Mekanisme coping yang positif dan efektif dapat menghilangkan stres, sebaliknya, jika negatif dan tidak efektif maka akan memperburuk kesehatan dan memperbesar potensi sakit. Pengelolaan stres memiliki 2 komponen utama, 1) edukatif, dan 2) teknik relaksasi, meliputi meditasi; perenungan dan *biofeedback*. Selain tahajjud, dzikir mempunyai kandungan komponen yang kedua sehingga dapat digunakan sebagai mekanisme coping menghadapi stres. Pengontrolan respon emosi dapat dilakukan dengan 1) strategi *cognitive refenition* untuk melihat masalah dari sisi pandangan yang lebih positif, dan 2) strategi *cognitive restructuring* sebagai upaya mengubah persepsi menjadi lebih realistis dan konstruktif tentang stressor, dan dzikir memenuhi 2 strategi tersebut, terdapat esensi hidup realistis; optimis dan konstruktif. Sikap optimis dapat menghindarkan diri dari depresi; cemas dan stres, dengan optimis orang akan terjaga dan tetap dalam kondisi homeostasis.

Dzikir merupakan ibadah sarat muatan psikologis dan mempengaruhi kognisi dengan memperbaiki persepsi; motivasi positif dan coping efektif. Pada teori *gate control* dikatakan bahwa stres dapat dikendalikan oleh biokimiawi juga motivasi-proses kognisi, sehingga dengan sikap optimis, orang akan terjaga dan tetap dalam kondisi homeostasis.

Mengikuti pengajian dan mendengarkan tausiyah merupakan salah satu koping mekanisme yang dilakukan partisipan, menurutnya hasrat seksual yang tinggi dan pikiran-pikiran yang tak menentu akan bisa dieleminir dan ditahan dengan adanya tausiyah dan pengajian yang diikuti, sehingga bisa melupakan keinginan tersebut. Namun ada 1 partisipan yang mengatakan bahwa sejak sakit dan mengalami gangguan seksual, dia tidak melakukan sholat. Alasan yang diungkapkan adalah karena matanya tidak awas untuk memandang di malam hari, padahal sebelum shubuh partisipan tetap bangun. Hal ini tidak ditanyakan lebih mendalam lagi oleh peneliti apakah memang benar gangguan pandanganlah yang menyebabkan tidak melakukan sholat atau sebab lain.

Mekanisme koping lain yang muncul pada partisipan adalah perubahan pola tidur, diantara mereka ada yang tidak bisa tidur karena memikirkan disfungsi seksualnya atau bahkan memperbanyak frekuensi tidur untuk mengalihkan perhatiannya atas hasrat seksual yang muncul. Tidak bisa tidur yang dialami oleh P1 sebenarnya terjadi pada awal-awal disfungsi seksual muncul dan terjadi perubahan sikap istri yang pemaarah, sehingga membuat dia stres, namun seiring dengan berjalannya waktu maka P1 sudah tidak lagi mengalami gangguan tidur. Sedangkan P6 mengatakan jika libido sedang tinggi maka dialihkan untuk tidur. Teknik distraksi ini ternyata efektif bagi partisipan.

Stres akan perlakuan istri dan stres atas ketidakmampuan memenuhi hasrat seksual merupakan stimulasi yang akan mendatangkan ketegangan, sehingga menyebabkan perubahan pola tidur partisipan. Jika ditilik dari proses adaptasi, partisipan ini berada pada sistem regulator di mana terjadi perubahan kebiasaan fisik yaitu tidur.

Sebagai makhluk perseptif dan adaptif, koping individu atas disfungsi seksual yang dirasakan adalah menganggap bahwa yang dialaminya bukanlah suatu penyakit, pikiran digunakan untuk konsentrasi kepada hal-hal positif sehingga partisipan santai dalam menjalani hidup. Namun ada 1 partisipan yang menganggap dirinya rendah dan tidak berguna.

Bervariasinya mekanisme koping partisipan dipengaruhi banyak hal, diantaranya umur dan pendidikan. Usia partisipan berada pada rentan 40-60 tahun, menurut Badan Pusat Statistik (2009) berdasarkan komposisi penduduk, usia penduduk yang termasuk usia produktif adalah usia dewasa/kerja pada rentang usia 15-64 tahun. Pada fase ini individu masih mempunyai kemampuan baik secara fisik, psikis dan psikologis untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Pengembangan tanggung jawab besar dan kegiatan monoton dan rutin menjadi stressor tertinggi dalam memenuhi peran dan fungsinya, termasuk bagaimana beradaptasi dengan disfungsi seksual yang dialami.

Menurut Barta (2010) umur berpengaruh besar terhadap emosi, fungsi sosial, kesehatan mental, fisik dan kesehatan secara umum individu. Pada penelitian ini, usia juga berpengaruh terhadap dimensi-dimensi tersebut sehingga muncul respon psikologis, biologis, dampak sosial dan psikologis serta proses adaptasi dengan mekanisme koping spiritual; fisik dan psikologis. Umur partisipan menentukan bagaimana partisipan menjawab pertanyaan sesuai dengan karakteristik usianya, pun juga menunjukkan bagaimana partisipan memandang makna hidup dan harapan atas peristiwa yang terjadi. Keterbukaan dan penerimaan partisipan atas peneliti menjadi ciri kematangan usianya, sehingga mempermudah penggalian informasi secara mendalam tentang masalah seksual yang dialami, termasuk bagaimana makna hidup yang dimiliki, mayoritas partisipan telah melampaui pengalaman hidup yang membuat mereka berada pada proses pendewasaan yang matang sehingga mampu menerima dan menjalani kehidupan, termasuk disfungsi seksualnya.

Selain fase produktif, rentang usia 40-60 tahun menunjukkan pria berada pada masa perkembangan dewasa pertengahan dan akhir, di mana tugas perkembangan usia tersebut adalah bereaksi terhadap efek seksual yang ada pada dirinya. Tugas perkembangan ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa dari ke tujuh partisipan bereaksi secara langsung terhadap disfungsi seksual yang dialami, mempunyai perhatian penuh pada disfungsi seksual yang dialami dan muncul respon/efek yang terjadi baik dari sisi biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Pendidikan menjadi salah satu faktor penting yang menunjang bagaimana seseorang memandang makna hidup dan kejadian yang dialaminya, juga akan mempengaruhi mekanisme coping yang dimiliki.

5.1.4 Persepsi tentang seksual, disfungsi seksual dan dukungan keluarga serta tenaga profesional

1) Persepsi tentang seksual dan disfungsi seksual

Tujuan khusus ke-1 terjawab oleh tema 2 yaitu pandangan tentang seksual dan disfungsi seksual pada kehidupan pria. Tema ini tersusun dari 2 sub tema yaitu pandangan tentang seksual pada kehidupan pria dan pandangan tentang disfungsi seksual pada kehidupan pria.

Seksualitas dalam hidup adalah suatu proses, dengan segala dimensi yang membedakan setiap tahapnya. Yang dimaksud dengan pandangan tentang seksual pada kehidupan pria adalah bagaimana partisipan memandang apa sebenarnya seksualitas, fungsi seksual dan seksual yang sehat (*sexual health*). Dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa partisipan memandang seksual merupakan hal penting bagi hidupnya, sebagai kebutuhan primer kedua setelah makan dan minum serta merupakan suatu keharusan bagi pria untuk tetap bugar fungsi seksualnya.

Ditilik dari jawaban-jawaban partisipan tersebut dapat dimaknai bahwa partisipan menganggap seksual adalah aktifitas berhubungan badan. Hal ini sesuai dengan pendapat Rowland & Incrocci (2008) bahwa fokus dan orientasi seksual pada pria berbeda dengan wanita, pria menganggap fokus dari seksualitas adalah area genital dalam arti berhubungan badan.

Pandangan tentang seksual yang sehat menjadi titik pemikiran bagi pria. Menurut McCarthy & Metz (2008) kesehatan seksual pada pria didasarkan pada fakta dan kebenaran pada dimensi fisik dan psikologis pria. Fakta dan kebenaran tersebut adalah pria yang sehat adalah pria yang bangga dengan seksualitasnya, kesehatan seksual pada pria adalah kepercayaan diri dan kekuatan, pria mempunyai gambaran yang luas tentang seksual, apa yang baik untuk tubuhmu maka akan

baik untuk kehidupan seksualmu dan apa yang baik untuk kehidupan seksualmu adalah baik untuk tubuhmu.

Kebenaran lain tentang seksualitas pada pria adalah kepuasan seks merupakan hal penting pada kesehatan pria secara umum, kepuasan seks meliputi keterampilan bercinta, pengetahuan adalah suatu kekuatan, kesehatan seksual adalah proses perkembangan dan pembentukan yang membutuhkan waktu lama, ada banyak hambatan untuk menuju seksual yang sehat, seksualitas pada pria mempunyai banyak dimensi, pornografi mungkin bisa dijadikan fantasi yang menyenangkan tetapi seks yang sehat adalah kenyataan dasar yang harus dipahami, akhir dari sebuah seks adalah keintiman dan kepuasan dalam berhubungan, dan kebenaran terakhir adalah kualitas kepuasan seksual mempunyai variasi yang tinggi (Mccarthy & Metz, 2008).

Menurut Mccarthy & Metz (2008), salah satu fakta bahwa pria bangga dengan seksualitas mereka sangatlah wajar, kebanggaan pria akan seksualitas dan maskulinitas dirinya dianggap sebagai sesuatu yang layak dimiliki oleh pria, merasakan tubuh dan seksual yang indah dan baik merupakan hal terpenting bagi pria dalam kehidupan seksual yang sehat, sehingga tidak perlu ada yang disimpan atau malu untuk merasakan hal itu. Prinsip kesehatan seksual bagi pria adalah merasa bangga atas tubuh (fisik) yang dimiliki dengan segala fungsinya, tidak malu atas dorongan seks yang kuat, libido seks yang tinggi dan didukung dengan fungsi seksual yang baik.

Masih menurut McCarthy & Metz (2008), fakta lain mengatakan bahwa pria mempunyai rentang yang luas dalam memahami seksual yang normal. Seksual yang normal dipahami dalam bentuk fisik yang normal (seperti ukuran penis); fungsi seksual pada tubuh (ereksi dan ejakulasi); bahwa fantasi seksual adalah hal yang normal (agresif, atraktif); bagaimana bercinta dengan baik dan lain-lain.

Jika pada akhirnya terjadi perubahan; gangguan atau disfungsi pada seksualitasnya, maka pria akan merasa terganggu, harga diri dan semangat turun. Inilah yang terjadi pada partisipan, partisipan memandang disfungsi seksual yang

dialaminya sebagai gangguan atas kebutuhan primer dalam hidupnya dan berdampak psikologis pada dirinya. Disfungsi seksual telah membuat hidupnya berbahaya karena kondisi itu menyebabkan sikap istri berubah 180 derajat dan penuh amarah sehingga akhirnya menyakiti dirinya, integritas dan harga diri sebagai seorang laki-laki dan suami telah terkoyak.

Sebagai kebutuhan primer, seksualitas yang sehat merupakan dambaan bagi semua pria dan akan meningkatkan semangat hidup, namun ketika disfungsi seksual terjadi, maka serasa dunia kiamat. Ini terbukti dengan P2 yang mengatakan bahwa dia memandang disfungsi seksualnya membuatnya tidak semangat bekerja, tidak ada harapan dan kebahagiaan setelah pulang bekerja, karena dengan berfungsinya seksualitas maka dia mampu menjadi pria sejati yang dapat memuaskan istrinya. Oleh karena partisipan merasa tidak mampu memuaskan dan berbuat baik pada istrinya maka dia merasa tidak berharga.

Hanya ada 1 partisipan yang mengatakan bahwa disfungsi seksual yang dirasakan tidak mengganggu, karena jika dirunut dari status fungsi seksualnya P7 ini masih berada pada disfungsi ringan ke sedang. P7 hanya mengalami ejakulasi dini dan terkadang tidak ereksi maksimal, namun masih bisa mempertahankan hubungan seksual yang sehat.

Selain pandangan terhadap hidup, disfungsi seksual yang dialami partisipan dipersepsikan sebagai pengaruh dari umur yang semakin menua, sehingga partisipan menganggap itu suatu kewajaran seiring dengan penurunan fungsi tubuh yang lain. Pandangan ini tidaklah salah, karena semakin bertambahnya umur maka proses degeneratif akan terjadi. Secara teori, puncak usia kematangan adalah sampai 30 tahun, setelah 30 tahun maka mulailah terjadi proses penurunan fungsi secara perlahan, perubahan fisik dan psikologis akan mempengaruhi fungsi dan potensial seksual pada lanjut usia.

Akan tetapi menurut Alexander dan Allison, pada dasarnya perubahan fisiologik yang terjadi pada aktivitas seksual pada lanjut usia biasanya berlangsung secara

bertahap dan menunjukkan status dasar dari aspek vaskular, hormonal dan neurologinya. Sedangkan pada partisipan proses disfungsi ereksi maju selangkah lebih cepat dari proses disfungsi seksual pada lansia. Masih menjadi asumsi yang kuat bahwa kondisi kronik karena penyakit akan melemahkan kondisi seseorang baik itu berhubungan langsung atau tidak dengan seks dan sistem reproduksi, dan memungkinkan memacu disfungsi seksual psikogenik (smallCrab.com, 2011).

Namun tidak semua partisipan menganggap bahwa seksual adalah kebutuhan utama, ada juga beberapa partisipan yang mengatakan bahwa seksual adalah bukan segala-galanya, rumah tangga tidak hanya tergantung pada seks dan sudah bukan merupakan kebutuhan utama karena sudah mempunyai keturunan dan istri sedang sakit.

Tiga partisipan dengan secara jelas menyampaikan bahwa kehidupan seksual mereka memang bermasalah, karena sudah tidak mempunyai kemampuan untuk ereksi dan memuaskan istri, akan tetapi kehidupan rumah tangga tidak hanya sekedar memikirkan kebutuhan seksual ataupun tergantung dengan seksual, seksual bukanlah segala-galanya, masih ada hal lain yang perlu dipikirkan diantaranya bentuk kasih sayang dan perhatian (P3). Partisipan yang lain (P6 dan P5) mengatakan bahwa ada komitmen yang tinggi dalam rumah tangga, bahwa janji kepada Allah dan memang sudah sewajarnya dalam rumah tangga tersebut harus ada saling asah asih asuh, dan inipun disetujui oleh P3 dalam kesempatan wawancara yang lain. Menurut P6 dan P5, kebutuhan seks bukanlah hal yang penting untuk saat ini, karena mereka sudah mempunyai keturunan, hal ini sesuai dengan tujuan pernikahan yang termaktub dalam buku pernikahan bahwa pernikahan adalah suatu upaya untuk mendapatkan keturunan.

Pendapat partisipan tersebut ditunjang dengan jumlah anak pada masing-masing partisipan, mayoritas sudah mempunyai keturunan mulai dari 2-7 anak, dan hanya ada 1 partisipan yang belum mempunyai keturunan, hal ini disebabkan karena partisipan sudah mengalami disfungsi seksual sejak usia 5 tahun perkawinan dan

istrinya mempunyai gangguan anatomis pada rahim, sehingga dimungkinkan inilah yang menjadi penyebabnya.

2) Dukungan keluarga dan tenaga profesional

Dukungan keluarga dan tenaga profesional dijealskan oleh tema ke-9, repon dari support sistem, di mana respon dari istri dan petugas kesehatan menjadi sub-tema penting. Pasangan hidup menjadi support sistem terdekat bagi partisipan, respon apapun yang ditunjukkan akan membuat perubahan yang signifikan bagi partisipan untuk melalui hari-harinya bersama permasalahan yang dialami.

Telah disampaikan pada sub bab yang lain bahwa respon istri akan mengakibatkan suami merasa didominasi, rendah diri, harga diri rendah, putus asa bahkan membiarkan istri untuk melakukan apapun asal tidak lagi mengganggu kehidupan partisipan sehari-hari. Juga adanya dukungan untuk mendapatkan pengobatan menjadi harapan dari partisipan yang lain, disamping memberikan kasih sayang solusi dan menerima. Maka dari respon suami dan disfungsi seksual tersebut muncul berbagai repon istri, diantaranya marah-marah, bertengkar, mengeluh (komplain), belum ikhlas, sibuk, diam tak memberi solusi, dan malas berhubungan. Selain itu juga istri bertanya, menerima, menyadari, memahami, tidak memaksa dan tidak menuntut.

Respon negatif dari istri disebabkan karena ketidaksiapan dan ketidaktahuan istri akan dampak diabetes pada fungsi seksual pria, sedangkan respon positif dari istri disebabkan karena adanya komitmen pernikahan yang tetap dipegang.

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

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

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

Sikap perawat yang dimaksud pada paragraf di atas didukung oleh penelitian Tal (2006) tentang pembuktian hipotesis bahwa tenaga profesional kesehatan tidak memberikan perawatan yang cukup terhadap kesehatan seksualnya dan membantu mendefinisikan kasus yang dialami. Tal (2006) mendapatkan bahwa 86% responden mengakui bahwa mereka tidak memberikan perawatan yang cukup, dan 92% responden sama sekali tidak pernah memulai membahas permasalahan ini dengan klien. Hal ini disebabkan karena 5 faktor, yaitu kurangnya pendidikan seksual, malu, budaya, kurangnya pengalaman perawatan kesehatan dan agama, dan secara signifikan didapatkan bahwa perawat lebih malu untuk menangani isu-isu seksual klien ($p=0.032$).

Gambaran dukungan dari petugas kesehatan di atas pada dasarnya tidak menjadi permasalahan sepihak saja, hanya dari petugas kesehatan, akan tetapi juga adanya hubungan resiprokal dari klien. Klien juga memegang peranan penting untuk kiranya dukungan itu didapatkan dengan baik dan mendatangkan manfaat. Dari sisi partisipan (P2), masih adanya ungkapan bahwa dia tidak akan menyampaikan kepada orang lain termasuk petugas kesehatan jika petugas sendiri tidak

menanyakannya, dan walaupun sudah ditanyakan, partisipan akan memilih siapa yang dapat mendatangkan kenyamanan akan rahasia diri yang akan dibuka, partisipan lebih mendahulukan merahasiakannya dibanding membuka kepada orang lain.

Partisipan 4 justru mengatakan belum pernah menceritakan dan membicarakan hal ini dengan petugas kesehatan, karena memang tidak mengetahui bahwa masalah disfungsi seksual yang dialaminya karena pengaruh diabetes mellitus dan bisa dibicarakan dengan dokter atau perawat, baru saat dilakukan wawancara inilah partisipan mengetahui kalau ini dapat didiskusikan. Begitu juga dengan Partisipan 7 yang belum pernah menyampaikan kepada petugas kesehatan. Partisipan 5 dan 6 hampir sama, mereka tidak pernah menyampaikan permasalahannya, bukan karena takut akan tetapi karena ketidaktahuannya dan waktu yang sempit.

Tidak tersampainya masalah disfungsi seksual oleh partisipan ini dapat ditegaskan dengan pendapat dari McCarthy & Metz (2008), bahwa mitos tradisional mengatakan bahwa wanitalah yang mempunyai masalah seksual dan tidak untuk pria. pria sejati selalu siap untuk aktifitas seksual dengan tanpa adanya pertanyaan, keraguan atau perhatian. Padahal pada salah satu studi pada 1740 responden berusia 19-59 tahun sekitar 35-40% individu (31% pria dan 43% wanita) mengalami disfungsi seksual. Lingkungan tempat partisipan hidup dan tinggal menjadi salah satu penyebab tidak tersampainya masalah disfungsi seksual yang dialami. Kultur ketimuran, menganggap tabu dan malu, agama, kepercayaan dan kerahasiaan pada umumnya menjadi alasan mengemuka. Walaupun ada pria yang mau mengungkapkannya, ternyata hanya 12% saja yang secara terbuka menceritakan dan mencari bantuan (Hanash, 2008).

Kehidupan di budaya yang idealis dan melebih-lebihkan pendapat bahwa seksualitas seharusnya spontan, sempurna dan setiap waktu prima dan masih belum dapat menerima bahwa memiliki kesulitan dalam seksual itu adalah normal yang menyebabkan ketidakmauan partisipan masalah disfungsi seksualnya. Pada salah satu penelitian didapatkan 97% pria mempunyai perhatian

penuh kepada kehidupan seksualnya namun hanya 23% saja yang mendatangi dokter profesional untuk mendiskusikannya.

Kondisi pelayanan kesehatan di poli berbeda dengan ruangan rawat inap. Kesempatan untuk berinteraksi dengan klien lebih banyak di rawat inap, ini berimplikasi pada proses pengkajian dan kesempatan terintegrasinya seksualitas dalam proses pengkajian keperawatan. Selama proses pengumpulan data, kesempatan waktu yang digunakan di URJT masih sebatas pada proses administrasi, sedangkan untuk asuhan keperawatan lebih terfokus pada pemeriksaan tanda vital dan perawatan kaki. Begitu juga di rawat inap, penyelesaian masalah fisik dan proses penyembuhan diabetes dengan komplikasinya menjadi prioritas perawatan.

Dalam proses pengumpulan data, peneliti juga memperhatikan beberapa hal diantaranya sistem pendokumentasian, sistem pelayanan, dan proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Belum adanya sistem yang mendukung perawat untuk mengkaji masalah seksual, tidak adanya dokumentasi yang harus diisi oleh perawat, respon klien yang tidak menyampaikan permasalahannya, dan perbedaan pola pelayanan di unit rawat jalan dan rawat inap menjadi kondisi yang mendukung perawat tidak memberikan respon atas permasalahan seksual klien diabetes. Selain itu, prioritas pelayanan keperawatan sesuai kondisi klien, latar belakang perawat yang bervariasi dan beban kerja yang diemban perawat juga menjadikan perawat tidak mengeksplorasi masalah seksual klien.

5.1.5 Harapan klien dan kebutuhan pelayanan kesehatan

1) Harapan klien

Tujuan ke enam terjawab oleh tema 10, harapan terhadap kondisi disfungsi seksual. Partisipan mengharapkan adanya perubahan dari diri sendiri dan istri sebagai pasangan. harapan atas diri sendiri ditekankan pada kemampuan bersabar, dapat tetap mengatur diet yang selama ini dilakukan, mendapatkan manfaat atas upaya yang dilakukan selama ini, mendapatkan rizki yang banyak untuk memenuhi kebutuhan berobat sehingga tetap dapat mengontrol kadar gula darah

dan penyakitnya, sehingga fungsi seksualnya juga dapat berubah lebih baik, selain itu partisipan juga berharap sembuh dan kembali berfungsi.

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

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

Sebagian besar partisipan tetap menginginkan adanya peran dari istri dengan tetap memberikan kasih sayang, menerima dan mengerti serta memberikan solusi untuk mengatasi masalah disfungsi seksualnya. Harapan ini bukanlah harapan kosong, namun kehadiran pasangan yang seutuhnya sangat mempengaruhi respon psikologis dan mekanisme coping partisipan, sehingga akan didapatkan hubungan dan kehidupan pasangan berada pada taraf baik dan sehat.

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

2) Kebutuhan pelayanan kesehatan

Kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan yang diperlukan partisipan mencakup 3 hal yaitu adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang

mendukung, adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan, dan adanya obat.

Suatu keniscayaan dalam menyelesaikan masalah kesehatan seseorang membutuhkan adanya petugas kesehatan, karena merekalah tenaga profesional sesuai bidangnya dan mendapatkan tugas serta tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya. Partisipan menginginkan adanya dokter, perawat dan klinik yang dapat membantu mereka untuk mencari pertolongan dan pengobatan untuk mengatasi disfungsi seksualnya. Selama ini dokter dan perawat belum memberikan pelayanan yang paripurna dalam menangani masalah seksual partisipan, berbagai alasan mengemuka, mulai dari petugas kesehatan tidak menanyakan, tidak membahas dan memberikan kesempatan konsultasi kepada partisipan serta waktu yang sempit.

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

5.2 Implikasi dalam Keperawatan

Seksualitas tidak hanya berhubungan dengan keintiman, akan tetapi merupakan kebutuhan kompleks yang meliputi fisik, psikologis, sosio dan spiritual. Integrasi dimensi fisik, psikologis, relasional, budaya dan psikoseksual memberikan kontribusi yang sama dalam memastikan tercapainya kesehatan seksual sepanjang hidupnya.

Kelima dimensi tersebut yang perlu mendapat perhatian seorang perawat. Perawat adalah pemberi dan penanggung jawab dalam membantu klien menghadapi masalah seksualnya, dibuktikan dalam penelitian Tal (2006), sebanyak 98%

responden menunjukkan bahwa perawat dan staf medis harus bertanggung jawab dalam menangani masalah seksual klien. Perawat mempunyai peran penting untuk melakukan identifikasi awal terhadap masalah seksual yang dialami pasien diabetes, melakukan investigasi disfungsi seksual yang terjadi tanpa melihat batas umur dan memasukkan proses pengumpulan data tersebut dalam pengkajian yang komprehensif, serta membantu individu dan atau pasangan untuk menyusun rencana kesehatan dalam mendukung kesehatan seksual mereka.

5.2.1 Implikasi pada pelayanan keperawatan

Pada dasarnya disfungsi seksual adalah masalah yang sering terjadi pada klien pria khususnya dengan diabetes mellitus, namun masalah ini belum digali secara mendalam. Hal ini disebabkan karena perbedaan perspektif antara perawat dengan klien. Seksual dianggap sebagai hal yang *private*, tabu dan rahasia. Hubungan klien dengan perawat pun menjadi salah satu alasan. Respon perawat dan tenaga kesehatan lain yang tidak bertanya, tidak menyediakan waktu untuk berdiskusi dan konsultasi tentang masalah seksual membuat klien tidak mengungkapkan permasalahannya, sehingga menjadi masalah yang terlupakan.

Perawat adalah profesi mulia yang bertugas memberikan asuhan keperawatan secara paripurna, oleh karena itu pemenuhan kebutuhan seksual menjadi bagian penting dalam proses keperawatan. Perawat tidak hanya berfokus pada masalah fisik dan tingkat kesembuhan diabetes mellitus, akan tetapi tetap memperhatikan kebutuhan seksual sebagai bagian yang terintegrasi dalam kebutuhan klien dan pelayanan keperawatan. Hasil penelitian yang didapat akan berimplikasi sebagai data dasar untuk pengkajian, perencanaan, pendiagnosaan dan intervensi serta evaluasi masalah seksual. Khususnya pada tahap pengkajian, disfungsi seksual dapat digunakan sebagai data dasar pada pengkajian biologis, psikoseksual dan psikososial.

Dari sisi preventif, hasil penelitian ini dapat digunakan untuk perawat sebagai dasar penentuan tindakan preventif yang sesuai agar tidak terjadi komplikasi yang lebih cepat yang akan menimbulkan gangguan/disfungsi seksual. Selain itu dapat

juga digunakan untuk penyusunan program pelayanan kesehatan seksual yang paripurna, dengan menyediakan ruang khusus untuk konsultasi seksual, layanan konsultasi paripurna, *hotline service* dan *home based care* untuk memfasilitasi minimnya fasilitas pelayanan seksual.

Dalam proses penelitian, secara umum tidak ada perbedaan hasil tematik atas pengalaman klien pria diabetes tentang disfungsi seksual yang dialaminya, baik yang di Unit rawat Jalan maupun Unit rawat Inap, perbedaannya lebih pada proses penggalian informasi yang bervariasi seiring dengan proses pelayanan di kedua unit rawat tersebut. Kesamaan tematik ini dapat diambil kesimpulan atas saturasi data, bahwa semua partisipan mengalami pengalaman yang sama tentang disfungsi seksual. Tindak lanjut dari hasil ini adalah perlu adanya klarifikasi apakah masalah ini memang menjadi masalah umum bagi klien pria diabetes, juga akan berdampak pada jenis pelayanan keperawatan di Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan, karena akan ada proses asuhan keperawatan berfokus pada seksualitas sesuai dengan pola asuhan di tiap unit.

5.2.2 Implikasi pada pendidikan keperawatan

Salah satu peran perawat adalah memberikan edukasi kepada klien, termasuk mencetak tenaga profesional yang handal dan paripurna di dunia pendidikan. Seksualitas pada dasarnya sudah dimasukkan dalam kurikulum kebutuhan dasar manusia, namun dengan berdasar pada hasil penelitian ini, dapat dijadikan data dasar untuk penyusunan kurikulum pendidikan pada pengkajian asuhan keperawatan diabetes mellitus sesuai dengan jenjang pendidikan, serta untuk dieksplorasi lebih lanjut sebagai dasar konsep perencanaan dan intervensi keperawatan.

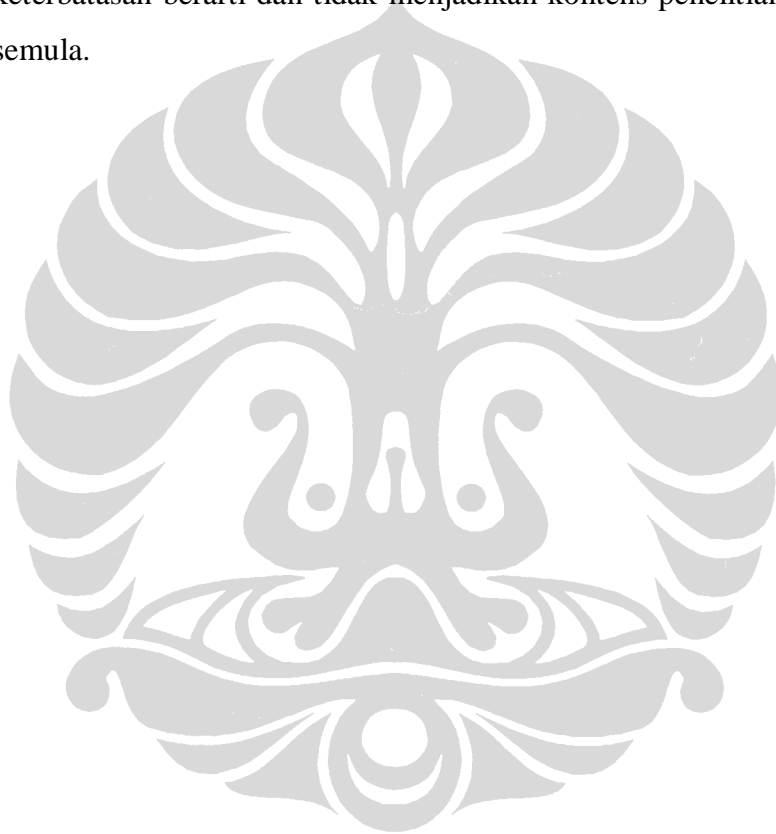
5.2.3 Implikasi pada penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar penelitian dan pengembangan konsep keperawatan, khususnya tentang pemenuhan kebutuhan seksual. Data dasar penelitian ini dapat berimplikasi pada adanya metode penelitian yang baru

dan akan merubah *mindset* peneliti untuk menghasilkan teori baru tentang disfungsi seksual sesuai dengan budaya Indonesia.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini ada beberapa hal yang menjadi perhatian peneliti yaitu 1) proses uji etik, 2) proses perijinan, 3) pendekatan dengan partisipan, 4) pertimbangan etik penelitian dan 5) peneliti sebagai pemula dalam penelitian kualitatif. Namun secara umum semua dapat diatasi, tidak menjadi suatu keterbatasan berarti dan tidak menjadikan kontens penelitian berubah dari tujuan semula.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Penelitian ini memperoleh 11 tema yaitu yaitu 1) awal mula terjadi diabetes dan disfungsi seksual, 2) pandangan tentang seksual dan disfungsi seksual pada kehidupan pria, 3) gambaran disfungsi seksual yang dialami, 4) pola hubungan seksual setelah diabetes, 5) dampak disfungsi seksual, 6) cara mengatasi masalah seksual dan pemenuhannya, 7) efek berbagai upaya mengatasi disfungsi seksual, 8) adaptasi/mekanisme koping, 9) respon dari support sistem, 10) harapan terhadap kondisi disfungsi seksual, dan 11) kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan yang kesemuanya disesuaikan dengan tujuan penelitian.

Awal klien pria diabetes didiagnosa diabetes mellitus pada usia 30-57 tahun dengan lama klien pria diabetes terdiagnosa diabetes mellitus adalah 1.5 tahun-21 tahun. Sedangkan awal klien pria diabetes mengalami disfungsi seksual adalah <1 tahun setelah diabetes (bersamaan dengan munculnya diagnosa) dan 1-5 tahun setelah diabetes.

Berdasarkan tujuan khusus penelitian, seksual pada kehidupan pria dipandang sebagai kebutuhan primer dan sekunder, sedangkan disfungsi seksual dipandang mengganggu kebutuhan primer mereka, berdampak secara psikogis, menurunkan harga diri dan semangat kerja serta umur dianggap sebagai penyebab disfungsi seksual yang dialaminya.

Perubahan disfungsi seksual yang dialami klien mencakup disfungsi ereksi, gangguan ejakulasi, gangguan hasrat seksual/libido, perubahan kepuasan dan kenikmatan, serta penurunan kondisi fisik. Bersama dengan perubahan disfungsi seksual ini, perubahan pola seksual klien pria diabetes mencakup munculnya gangguan penetrasi, adanya perubahan frekuensi berhubungan badan, tingkatan hasrat seksual/libido dan kemauan melakukan aktifitas seksual.

Dampak disfungsi seksual dan hambatan yang terjadi pada klien pria diabetes mencakup gangguan hubungan sosial (dampak sosial), gangguan hubungan

dengan pasangan (dampak dengan pasangan) dan munculnya respon psikologis klien.

Cara dan upaya klien pria diabetes mengatasi disfungsi seksualnya mencakup mengkonsumsi obat, jamu, herbal, terapi alternatif serta alami (tidak melakukan upaya apapun). Sedangkan cara dan upaya klien pria diabetes memenuhi kebutuhan seksual setelah didiagnosa diabetes mellitus mencakup menggunakan media baik fantasi seks maupun menonton film dan melihat foto, melakukan rekreasi dengan pasangan atau sendiri, dan pengalihan ke istirahat atau diam.

Harapan klien pria diabetes pada diri sendiri adalah fungsi seksual kembali sembuh seperti sedia kala, dapat mengatur diet, mendapatkan manfaat dari upaya dan mempunyai rizki serta tetap sabar. Sedangkan harapan klien pria diabetes pada istri (pasangan)nya adalah hendaknya istri mengerti, menerima, memberikan solusi dan tetap memberikan kasih sayang.

Dukungan keluarga dimanifestasikan dengan respon istri diantaranya istri marah, bertengkar, belum ikhlas, mengeluh (komplain), diam tidak memberikan solusi, bertanya, sibuk, malas berhubungan seksual, memahami, menyadari, menerima dan mencari pertolongan. Sedangkan tenaga/petugas kesehatan belum memberikan dukungan yang optimal karena tidak pernah bertanya, tidak membahas, tidak mendiskusikan dan tidak memberikan kesempatan konsultasi serta waktu yang sempit dalam proses pelayanan.

Respon klien yang tidak menceritakan masalah seksualnya, perbedaan persepsi, ketersediaan waktu, kesiapan dan kemampuan diri perawat. Selain itu, tidak adanya sistem yang mendukung proses pengkajian seksual, tidak adanya dokumentasi, tidak adanya format pengkajian tersistem tentang seksualitas, latar belakang perawat dan beban kerja menjadi pendukung belum adanya dukungan perawat dalam penyelesaian masalah seksual.

Kebutuhan klien pria diabetes terkait dengan pelayanan kesehatan mencakup ketersediaan petugas kesehatan dan sarana kesehatan yang mendukung untuk menyelesaikan masalah disfungsi seksual, ketersediaan pelayanan kesehatan

meliputi konsultasi, respon dan empati, bertanya dan memberi solusi sehubungan dengan disfungsi seksual yang dialaminya, serta adanya obat sebagai sarana untuk menunjang dan mengembalikan fungsi seksual.

Upaya klien mengatasi disfungsi seksual yang berefek positif pada fungsi seksualnya adalah pengaturan diet, pengaturan kadar glukosa darah dan olah raga, dan terapi alternatif (*massage* dan penyinaran).

Adaptasi dan mekanisme coping yang dipakai klien pria diabetes dalam menghadapi disfungsi seksual mereka adalah adanya perubahan spiritual dengan peningkatan hubungan dengan Tuhan, meliputi pasrah, sabar, ikhlas, rela, bersyukur, menganggap ini adalah ujian/hadiah dan keputusan Tuhan, berdzikir, berdoa, sholat, mendengarkan tausiyah dan mengikuti pengajian. Selain itu adanya perubahan pola tidur dan perubahan psikologis (berfikir positif dan negatif).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi pelayanan kesehatan

- 1) Diharapkan adanya sistem yang mendukung perawat untuk mengkaji dan menyelesaikan masalah seksual pada klien pria diabetes, sehingga perawat dapat melakukan proses keperawatan seksualitas pada klien diabetes dan dapat memasukkan masalah seksual ke dalam pelayanan kesehatan dan proses keperawatan sehingga terintegrasi dan paripurna.
- 2) Diharapkan adanya dokumentasi dan format tersistem tentang seksualitas, sehingga perawat dapat mudah mengisi dan mengkaji seksualitas.
- 3) Diharapkan untuk menggunakan format pengkajian disfungsi seksual dengan bersumber pada *International Index of Erectile Function (IIEF)* yang tingkat keakuratan dan bahasanya tetap disesuaikan dengan budaya Indonesia untuk menggali disfungsi seksual klien pria diabetes.
- 4) Sebagai kelengkapan proses pengkajian, perlu disusun format pengkajian baku untuk menggali kebutuhan seksual klien pria diabetes.

- 5) Untuk memberikan pelayanan keperawatan yang paripurna di unit rawat jalan, maka perlu adanya sistem yang mengatur proses keperawatan dan asuhan keperawatan, sehingga perawat dapat memanfaatkan waktu yang ada selama klien menunggu panggilan untuk melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan pola pelayanan keperawatan di unit rawat jalan.
- 6) Diperlukan juga bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan dan kesiapan diri dalam menggali dan menyelesaikan masalah seksualitas klien dengan: melakukan eksplorasi kemampuan diri, eksplorasi kesiapan intelektualitas dan mental diri, membekali diri dengan pengetahuan yang cukup tentang seksualitas, mengubah persepsi bahwa seksualitas layak dibicarakan, tidak berfokus pada masalah fisik dan tingkat kesembuhan diabetes mellitus saja, akan tetapi mengintegrasikan seksualitas ke dalam asuhan keperawatan dan benar-benar memberikan pelayanan yang paripurna.
- 7) Untuk memberikan pelayanan kesehatan seksual yang paripurna, maka diharapkan adanya program pelayanan untuk mengatasi masalah seksual pada klien, diantaranya memasukkan seksualitas sebagai bagian dari pengkajian yang seimbang dengan pengkajian fisik, menyediakan ruang khusus untuk konsultasi seksual, layanan konsultasi, *hotline service* dan *home based care* untuk memfasilitasi minimnya fasilitas pelayanan seksual.
- 8) Dengan adanya sistem yang tersedia dan tertata, khususnya tentang pelayanan seksualitas, maka akan didapatkan kesempatan yang lebih bagi perawat untuk melakukan pengkajian, menjadi provider atau pemula penggalian masalah seksual klien tanpa menunggu klien menceritakan masalahnya. Berkesempatan untuk menyediakan waktu lebih untuk konsultasi dan berbagi dengan tetap mempertahankan empati kepada klien untuk dapat melalui masalah mereka.

6.2.2 Bagi pendidikan

- 1) Dimensi seksualitas merupakan aspek mendasar dari asuhan keperawatan, inti dari pelayanan keperawatan adalah *caring*. Diharapkan pendidikan sebagai institusi pengembangan ilmu pengetahuan tetap menggagas seksualitas

sebagai bagian dari kurikulum pembelajaran dan patut menjadikan seksualitas sebagai bagian yang perlu diperhatikan dengan seimbang.

- 2) Diharapkan adanya pemahaman tentang kebutuhan dasar seksualitas pada jenjang pendidikan diploma 3 keperawatan, sehingga mahasiswa mampu melakukan proses keperawatan dasar dalam pemenuhan kebutuhan seksual.
- 3) Pada jenjang pendidikan strata 1 diharapkan adanya materi pembelajaran seksualitas pada sistem endokrin, khususnya diabetes mellitus, tidak hanya sekedar terfokus pada proses keperawatan pada klien diabetes melitus secara biologis, dan juga kelainan fungsi reproduksi karena gangguan hormonal, akan tetapi juga mengintegrasikan masalah seksualitas ke dalam materi diabetes mellitus dan sistem lain.
- 4) Pada jenjang strata 2 diharapkan adanya proses keperawatan tentang seksualitas ke dalam aplikasi manajemen asuhan keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah.
- 5) Sedangkan pada jenjang strata 3 diharapkan adanya temuan baru sehubungan dengan masalah seksualitas pada klien diabetes, dapat menyusun batang tubuh ilmu pengetahuan tentang seksual pada klien diabetes mellitus.
- 6) Sebagai bentuk pengabdian kepada masyarakat dan aplikasi dari tri dharma peruruan tinggi, institusi pendidikan dapat melakukan penggalian ilmu pengetahuan dengan melakukan penelitian berlanjut serta menyediakan layanan konsultasi, *hotline service* dan *home based care* untuk memfasilitasi minimnya fasilitas pelayanan seksual.

6.2.3 Bagi penelitian

- 1) Diharapkan menggali penelitian sejenis dengan subyek penelitian wanita.
- 2) Diharapkan melakukan penelitian sejenis dengan menggali pengalaman/ persepsi dari perawat, petugas kesehatan lain (dokter) dan pasangan, baik penelitian dilakukan oleh peneliti yang sama atau bekerja sama dengan perawat ruangan.
- 3) Diharapkan melakukan penelitian sejenis dengan metode *grounded theory*, triangulasi dan metode penelitian kuantitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S., Stone, A., Peters, J.L., Davies, M.J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Medicine*, 23, 1165–1173.
- Amin & Al-Fandi. (2008). *Energi Dzikir*. Jakarta: Penerbit Amzah.
- Asih, I.D. (2004). *Indonesian students' experience of learning at an Indonesian university*. Jakarta: Publication.
- Bacon, C.G., Hu, F.B., & Giovannucci, E. (2002). Association of type and duration of diabetes with erectile dysfunction in a large cohort of men. *Diabetes Care*, 25, 1458-1463.
- Barta, Z. (2010) *Health-related quality of life, smoking and carotid atherosclerosis in white British women with systemic lupus erythematosus*. Juli 01, 2011. <http://www.lupsagepub.com>
- Basu, A. & Ryder, R.E.J. (2004). New treatment options for erectile dysfunction in patients with dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Review Article on Drug*, 64 (23), 2667-2688.
- Benson, A., Ost, L.B., Noble, M.J., & Lakin, M. (2009). April 7, 2011. *Premature ejaculation*. <http://emedicine.medscape.com/article/435884-overview#showall>
- Black, J. & Hawks, J. (2009). *Medical surgical nursing*. (7th ed). St Louis: Elsevier Saunders.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dochterman, J.M., (2008). *Nursing interventions classification (NIC)*. (5th Ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elseiver.
- Campbell, L., Redelman, M., Borkman, M., McLay, S. & Chisholm, D. (1989). Factor in sexual dysfunction in diabetic female volunteer subject. *Medical Journal of Australia*, 151 (10), 550-552.
- Caple, C., & Schub, T. (2011). *Evidence-based care sheet. Diabetes mellitus, type 2: Effect of exercise*. Chinahl Informations Systems: Glendalo, CA.
- Casarez, R.L.P., Engebretson, J.C., & Ostwald, S.K. (2010). Spiritual practices in self-management of diabetes in african americans. *Holistic nursing Practice*, 24 (4): 227-37
- Chek, F.W. (2004). Global prevalence of diabetes-estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047-1053.

- Close, C.F., & Ryder, R.E.J. (1995). Impotence in diabetes mellitus. *Diabetes Metabolism and Clinical Research*, 11, 279-285.
- Creswell, J.W. (2002). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage Publication Inc.
- De Berardis, G., Franciosi, M., & Belfiglio, M. (2002). Erectile dysfunction and quality in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, 25, 284-291.
- DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of nursing: Standards & practice*. (2nd Ed). USA: Delmar/Thomson Learning, Inc.
- Diabetes-UK. (2009). *Diabetes almost ruined my marriage*. March 14, 2011. http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Living_with_diabetes/Sex-and-diabetes/How-it-affects-me/Diabetes-almost-ruined-my-marriage/
- Diabetes-UK. (2009). *How diabetes affected my relationship with my wife in our 70s*. March 14, 2011. http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Living_with_diabetes/Sex-and-diabetes/How-it-affects-me/How-diabetes-affected-my-relationship-with-my-wife-in-our-70s/
- Diabetes-UK. (2009). *Men and sexual dysfunction*. March 14, 2011. http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Living_with_diabetes/Sex-and-diabetes/Men-and-sexual-dysfunction/
- Diabetes-UK. (2009). *Men and sexual dysfunction: causes in men*. March 14, 2011. http://www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Living_with_diabetes/Sex-and-diabetes/Men-and-sexual-dysfunction/Causes-in-men/
- Dune, T.M. & Shuttleworth, R.P. (2009). "It's just supposed to happen": The myth of sexual spontaneity and the sexually marginalized. *Sex Disability*, 27, 97-108.
- Dunning T. (2003). *Care of people with diabetes: A manual of nursing practice*. USA: Blackwell Publishing. January 11, 2011. http://library.nu/docs/4510XW2EF7/Care_of_People_with_Diabetes%3A_A_Manual_of_Nursing_Practice%2C_2_nd_edition/pdf/
- Dunning, P. (1993). Sexuality and women with diabetes. *Patient Education and Counselling*, 21, 5-14.
- Enzlin P., Mathieu C., Van den Bruel A., Vanderschueren D., & Demyttenaere K. (2003). *Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes*. Belgium.
- Fedele, D., Bortolotti, A., Coscelli, C., & Cucinotta, D. (2000). Erectile dysfunction among type 1 and 2 diabetics in Italy. *International Journal of Epidemiology*, 29, 524-531.

- Fedele, D., Coscelli, C., & Santeusanjo, F. (1998). Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy. *Diabetes Care*, 21, 1973-1977.
- Feldman, H.A., Goldstein, I., & Hatzichrisnou, D.G. (1994). Impotence and its medical psychosocial correlates: Results of the massachusetts male aging study. *Journal Urology*, 151, 54-61.
- Fidler, C.R., & Kiemle, G. (2003). Sexual function in diabetic women: Apsychological perspective. *British Association for Sexual and Relationship Therapy*, Vol 18. No. 2.
- Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., & Goldstein, I. (2007). Clinical depression vs distress among patients with type 2 diabetes. Not just a question of semantics. *Diabetes Care* 30: 542-8
- For, W.C. (2008, October 23). *The role of nutrition in diabetes management: From basic to recent advances*. Paper presented at the meeting of Persada Conference Plenary Lecture Session. Malang.
- Furchan, A. (1992). *Pengantar metode kualitatif suatu pendekatan fenomenologis terhadap ilmu-ilmu sosial*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Ghazali Y.A., (2010). *Mukjizat tahajud dan subuh: Menyingkap rahasia, makna dan mukjizat shalat tahajud dan subuh bagi kesehatan fisik, jiwa, peneguh iman dan kesuksesan karir*. Jakarta: Grafindo Khazanah Ilmu.
- Gillibrand, W., & Holdich, P. (2010). Supporting people with diabetes-related stress and depression. *Diabetes evidenced-Based Management* 21. *Practice Nursing Journal*. 21 (7): 362-365.
- Gonzalez, J.S., Safren, S.A., & Cagliero, E. (2007). Depression, self-care and medication adherence in type 2 diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 30 (9): 2222-7
- Guest, J.F., & Das, G.R. (2002). Health-related quality of life in a UK-based population of men erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics*, 20, 109-17.
- Hanash, K.A. (2008). *New frontiers in men's sexual health: Understanding erectile dysfunction and the revolutionary new treatments*. London: Westport, Connecticut.
- Herdman, T.H. (2010). *NANDA international. Ddiagnosa keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2009-2011*. (Sumarwati M. dkk. Alih Bahasa). Jakarta: EGC.
- Hjelm, K.G., Bard, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2004). Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), 47-59.

- Holloway, L., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. London: Blackwell Science Ltd.
- Hossain. (2007). Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *NEJM*.
<http://www.care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/26/2/409>
<http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>
- Icks, A., et.al. (2008). Original article: Psychology are symptoms of depression more common in diabetes? results from the heinz nixdorf recall study. *Journal Compilation. Diabetes UK. Diabetic Medicine*, 25, 1330-1336.
- Info Diabetes Mellitus. (2009). *Pentingnya olah raga bagi penderita diabetes mellitus*. Manajemen diabetes, olah raga diabetes.
<http://indodiabetes.com/pentingnya-olahraga-bagi-penderita-diabetes-melitus.html>
- Jackson, G. (2004). Sexual dysfunction and diabetes. *International Journal Clinical Practice*, 58, 4, 358-362.
- Jackson, G., & Padley, S. (2008). Erectile dysfunction and silent coronary artery disease: Abnormal computed tomography coronary angiogram in the presence of normal exercise ECGs. *International Journal of Clinical Practice*. June 62, 6, 973-976.
- Jensen, M. (1981). Diabetic sexual dysfunction: A comparative study of 160 insulin treated diabetic men and women and an age-matched control group. *Arch Sex Behavior*, 10, 493-504.
- Jensen, M. (1986). Diabetic sexual dysfunction: A comparative study of insulin treated diabetic men and women and an age-matched control group. *Arch Sex Behavior*, 40, 500-512.
- Kalamedik-berita. (2010). *Mengenal Diabetes*.
<http://www.kalamedik.com/berita.html>
- Kaplan, H.S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel.
- Klein, R., Klein, B.E.K., & Lee, K.E. (1996). Prevalence of self-reported erectile dysfunction in people with long-term IDDM. *Diabetes Care*. 19, 135-141.
- Kozier, B. & Erb's. (2010). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. 8th edition. Lippincott.
- Lehman, T.P., & Jacobs, J.A. (1983). Etiology of diabetic impotence. *Journal Urology*, 129, 291-294.

- LeMone P. (1993). Human sexuality in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Image Journal of Nursing Scholarship (Image J Nurs Scholarsh)*, 25 (2), 101-5 (27 ref).
- Levine, S.B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (3), 279-285.
- Lewis, R. W. (2001). Epidemiology of erectile dysfunction. *Urologic Clinics of North America*, 28, 209–216.
- Lipschultz, L.I., & Kim, E.D. (1999). Treatment of erectile dysfunction in men with diabetes. *JAMA*, 281, 465-466.
- McCarthy, B.W., & Metz, M.E. (2008). *Men's sexual health: Fitness for satisfying sex*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- McCulloch, D.K., Campbell, I.W., & Wu, F.C. (1980). The prevalence of diabetic impotence. *Diabetologia*, 18, 279-283.
- McCulloch, D.K., Young, R.J., & Presscott, R.J. (1984). The natural history of impotence in diabetic men. *Diabetologia*, 26, 437-440.
- McWright, B. (2008). *Panduan bagi penderita diabetes*. Alih bahasa Nadjamuddin. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher.
- Metro, M.J., & Broderick, G.A. (1999). Diabetes and vascular impotence: Does insulin dependence increase the relative severity? *International K Impoten Res*, 11, 87-89.
- Moeloeng, L. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nathan, D.M., & Delahanty, L.M. (2005). *Beating diabetes: The first complete program clinically proven to dramatically improve your glucose tolerance*. USA: Harvard Medical School. January 11, 2011. http://library.nu/docs/Beating_Diabetes:_The_First_Complete_Program_Clinically_Proven_to_Dramatically_Improve_Your_Glucose_Tolerance/
- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. (Edisi revisi). Jakarta: PT. Asdi Mahasatya.
- O'Connor, P.J. (2006). Diabetes: How are we diagnosing and initially managing it?. *Annals of Family Medicine*. Vol. 4 No. 1
- Odendaal, H.J., Schaetzing, A.E., & Kruger, T.F. (2007, September). Men's health sexual dysfunctions. *Nursing Update Magazine*, 54-55.

- Odendaal, H.J., Schaetzing, A.E., & Kruger, T.F. (2008). *Contraception and sexuality health and disease*. USA: Sapien in Clinical Gynaecology.
- Pariser, G., DeMeuro, M. A., Gillette, P., & Stephen, W. (2010). Outcomes of an education and exercise program for adults with type 2 diabetes, and comorbidities that limit their mobility: A preliminary project report. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 21(2), 5-12.
- Pfaff, D.W., Arnold, A.P., Etgen, A.M., Fahrback, S.E., Rubin, R.T. (2009). *Hormones, brain and behavior*. (2nd ed). New York. The Rockefeller University.
- Phillips, A., & Khan, K. (2010). Diabetes evidence-based management 23. Assessment and support of women with sexual dysfunction. *Practice Nursing Journal*, Vol. 21., No. 9.
- Poerwandari, E.K. (1998). *Pendekatan kualitatif dalam penelitian psikologi*. Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Penelitian. Fakultas Psikologi UI.
- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (Edisi 3). Jakarta: Perfecta LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Pollit, P.F., Beck, C.T., & Hugler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods appraisal and utilization*. (3rd Ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Polzer, R. (2005). *Spirituality and self-management of diabetes in african americans*. Doctoral disertation. University of North Carolina at Chapel Hill.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik (Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice)*. (Asih Y. Alih Bahasa). (Edisi 4. Volume 1). Jakarta: EGC.
- Potts, J.M. (2004). *Essential urology: A guide to clinical practice*. Totowa, New Jersey: Humana Press.
- Rachmadi, A. (2008). *Kadar gula darah dan kadar hormon testosteron pada pria penderita diabetes mellitus Hubungan dengan fungsi seksual dan perbedaannya dengan yang tidak mengalami disfungsi seksual*. Juli 6, 2011. Universitas Diponegoro Semarang. Tesis dipublikasikan di Internet. http://eprints.undip.ac.id/16266/1/Agus_Rachmadi.pdf
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M., & Willies, D. L. (2008). Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behaviour. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 133-149.

- Rendell, M.S., Rajfer, J., Wicker, P.A. (1999). Sildenafil for the treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: A randomized controlled trial: Sildenafil diabetes study group. *JAMA*. 281 (5), 421-426.
- Romeo, J.R., Seftel, A.D., & Madhum, Z. (2000). Sexual function in men with diabetes type 2: Association with glycaemic control. *Journal Urology*. 163, 788-791.
- Rosen, R.C. (1997). The international index of erectile dysfunction (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile function. *Urology*, 49, 822-830.
- Rowland, D.L., & Incrocci, L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Roy, S.C., & Andrews, H.A. (1999). *Roy adaptation model*. (2nd Ed). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Ryder, R.E.J., Close, C.F., & Moriarty, K.T. (1992). Impotence in diabetes: Aetiology, implications for treatment and preferred vacuum device. *Diabetes Medicine*, 9, 893-898.
- Sairam, K., Kulinskaya, E., & Boustead, G.B. (2001). Prevalence of undiagnosed erectile dysfunction in male erectile dysfunction. *BJU International*, 88, 68-71.
- Saleh A.Y. (2010). *Berzikir untuk Kesehatan Syaraf*. Jakarta: Penerbit Zaman.
- Sangkan, A. (2005). *Pelatihan shalat khusyu': Shalat sebagai meditasi tertinggi dalam Islam*. Jakarta: baitul Ihsan.
- Scarano, W.R., Messias, A.G., Oliva, S.U., Klinefelter, G.R., & Kempinas, W.G. (2006). Sexual behaviour, sperm quantity and quality after short-term streptozotocin-induced hyperglycaemia in rats. *International Journal Andrology*, 29, 482-488.
- Seekwellness (2008, Agustus). *International index of erectile function questionnaire (IIEF)*. Mei 11, 2011.
- Sholeh M. (2000). *Disertasi: Pengaruh sholat tahajjud terhadap peningkatan respon ketahanan tubuh imunologik, suatu pendekatan psikoneuroimunologi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Sholeh M. (2008). *Pelatihan shalat tahajjud: Solusi praktis menyembuhkan berbagai penyakit*. Jakarta Selatan: Penerbit Hikmah.
- Sholeh M. (2009). *Terapi salat tahajjud: Menyembuhkan berbagai penyakit*. Cetakan XXI. Bandung: Mizan media Utama.

- Smeltzer, S., & Bare. (2008). *Brunner & suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Soegiono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Soegondo, S. (2009). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu: Panduan penatalaksanaan diabetes melitus bagi dokter dan edukator*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Solomon, H., Man J.W., & Jackson G. (2003) Erectile dysfunction: Cardiovascular risk and the role of the cardiologist. *International Journal Clinical Practice*, 57, 96-99.
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing advancing humanistic imperative*. (3rd Ed). Philadelphia: Lippincott.
- Tal, M.H. (2006). Patient's sexual health: Do we care enough? *EDTNA ERCA Journal*, XXXII4, 183-186.
- Tandra H. (2008). *Segala sesuatu yang harus diketahui tentang diabetes*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Thakur, M., & Dixit, V.K. (2007). Ameliorative effect of fructo-oligosaccharide rich extract of orchis latifolia linn. on sexual dysfunction in hyperglycemic male rats. *Sex Disability Journal*, 26, 37-46.
- Thakur, M., Bhargava, S., Praznik, W., Loeppert, R., & Dixit, V.K. (2009). Effect of chlorophytum borivilianum santapau and fernandes on sexual dysfunction in hyperglycemic male rats. *Chines Journal Integral Medicine*, 15 (6), 448-453.
- The international index of erectile function questionnaire (IIEF)*. (n.d.). Mei 11, 2011. <http://www.seekwellness.com/mensexuality/questionnaire.htm>
- Thompson, J. (2008). Addressing erectile dysfunction in diabetes nursing practice. *GSK Diabetes Educational Initiate*. No page.
- Tobing N.L. (2006). *Seks tuntunan bagi pria*. Jakarta: Penerbit PT. Alex Media Komputindo.
- Untung. (December 7, 2010). *Disfungsi ereksi: Gangguan sexual pria*. Pengobatan Tradisional Notes. January 12, 2011. http://www.facebook.com/?ref=home#!/note.php?note_id=177875735572682

- Usher, J.M., & Baker, C.D. (1993). *Psychological perspectives on sexual problems: New directions in theory and practice*. London and New York: Routledge.
- Vickers, M. A., & Wright, E. A. (2004). Erectile dysfunction in the patient with diabetes mellitus. *American Journal of Managed Care*, 10, S3–S11.
- Waldinger, M.D. (2008). Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 1-13.
- Walker, K.Z. (2010). Diet and exercise in the prevention of diabetes. *Journal of human nutrition and dietetics. (J HUM NUTR DIET)*. 23 (4): 344-342.
- Whitehead, E.D., & Klyde, B.J. (1990). Diabetes-related impotence in the elderly. *Clinical Geriatry Medicine*, 6, 771-795.
- Whitehouse, C.R. (2009). Sexuality in the older female with diabetes mellitus-a review of the literature. *Urologic Nursing*, Januari-February. Volume 29 Number 1, 11-19.
- Williams, J.W., Katon, W., & Lin, E.H.B. (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 140: 1015–24
- Wyness, L. (no year). Understanding the role of diet in type 2 diabetes prevention. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 14. No. 9: 374-379.
- Zhao, G., Ford, E. S., Li, C., & Mokdad, A. H. (2008). Compliance with physical activity recommendations in US adults with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 25(2), 221-227.
- Zweifler, J., Padilla, A., & Schafer, S. (1998). Barriers to recognition of erectile dysfunction among diabetic mexican-american men. *Journal of the American Board of Family Practice*, 11, 259-263.
- (2008). *Application of roy's adaptation model*. April 16, 2011. http://currentnursing.com/nursing_theory/application_Roy%27s_adaptation_model.htm
- (2011). *Penurunan seksualitas pada lanjut usia*. 5 Juli 2011. <http://www.smallcrab.com/lanjut-usia/468-penurunan-seksualitas-pada-lanjut-usia>



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Lampiran 1

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

Nomor : ~~155~~/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 2 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur Utama
RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
Jl. Diponegoro No. 71
Jakarta


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

Sdr. Hafna Ilym Muhalla
0906620543

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pada Pria Diabetes di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

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

Dekan,

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

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bagian Penelitian RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
3. Kepala Departemen Ilmu Penyakit Dalam RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
4. Kepala Unit Perawatan Terpadu Gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
5. Kepala Rekam Medik RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
6. Kepala Ruang Lt. 6 UPT Gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
7. Kepala Ruang Lt. 7 UPT Gedung A RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo
8. Sekretaris FIK-UI
9. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
10. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
11. Koordinator M.A. "Tesis"
12. Peninggal

Universitas Indonesia



Lampiran 2

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 :

Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Nama peneliti utama : **Hafna Ilym Muhalla**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 26 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Dekan
Dewi Trawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Jalan Diponegoro No.71 Jakarta 10430, Kotak Pos 1086
 Telp. 3918301, 31930808 (Hunting), Fax. 3148991

Lampiran 3



Jakarta, 3 Mei 2011

No : 100/TU-K/Lit/VI/2011
 Lampiran :
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth

1. Ka. Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A
2. Ka. Departemen Ilmu Penyakit Dalam
3. Ka. Unit Rekam Medik

RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo
 Jakarta

Bersama ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Hafna Ilmy Muhalla
 NPM : 0906620543
 Fakultas : Keperawatan
 Universitas : Indonesia
 Strata : S - 2

Yang bersangkutan akan melakukan survey / pengambilan data mengenai: "Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual Pada Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta", penelitian ini dilakukan di Rawat Inap Terpadu Gedung A. Sesuai dengan permohonan peneliti dengan disposisi oleh Direktur Pengembangan dan Pemasaran No. 16061/TU-M/69/VI/2011 tanggal 19 Mei 2011. Selanjutnya kami mohon tanggapan apakah penelitian ini dapat dilakukan di Departemen/Unit/Bagian Saudara.

Kami mohon kesediaan sejawat agar menunjuk pembimbing dalam kegiatan penelitian tersebut dan meminta copy hasil sebagai data di Bagian Penelitian dalam bentuk *hard cover* disertai dengan melampirkan Abstrak penelitian dalam bentuk email dilengkapi nama lengkap, asal institusi dan judul penelitian yang dikirimkan kepada bagian penelitian (penelitianrscm@fk.ui.ac.id)

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ka. Bagian Penelitian
 RS Dr. Cipto Mangunkusumo,

Dr. dr. Dini Widiarni W., Sp-THT-KL(K) M.Epid
 NIP: 195901151985122001

Tembusan Yth :

1. Direktur Pengembangan dan Pemasaran
2. Ka. Manajer Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A
3. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia



DEPARTEMEN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO



Jl. Diponegoro No. 71 Jakarta 10430
Kotak Pos 1086

Telp : 3918301, 3911488, 3911115
Fax : 3911904, 3911115

Lampiran 4

No : 007/BM-Pu/4/2011 Jakarta, 14 Juni 2011
Lampiran :-
Hal : Permohonan Ijin pengambilan data untuk penelitian

Yth. Kepala Bagian Penelitian

Sehubungan dengan surat Saudara No: 100/TU-K/Lit/VI/2011, perihal ijin pengambilan data untuk penelitian mahasiswa program S 2 FIK UI Hafna Ilmy Muhalla dengan judul penelitian "Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta" di Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A pada prinsipnya kami tidak keberatan. Adapun pembimbing dalam kegiatan penelitian tersebut adalah Ns. Yeane Anastaria, SKep

Demikian, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

W. Ka. Unit Rawat Inap Terpadu Gedung A

(Dr Fathema D Rachmat, SpB. BTKV)
NIP. 19640110 198903 2 005

Tembusan :
1. Kepala Bidang Keperawatan RSCM

**PENJELASAN PENELITIAN
STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

Saya :

Nama : HAFNA ILMY MUHALLA

NPM : 0906620543

Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Studi Fenomenologi: Pengalaman Disfungsi Seksual pada Klien Pria Diabetes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta” dengan pendekatan kualitatif, maka bersama ini kami jelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang utuh dan mendalam tentang pengalaman partisipan pria dengan diabetes yang mengalami disfungsi seksual (gangguan atau ketidakfungsian seksual) di RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien.
2. Sebelum wawancara dilakukan, akan ada pengkajian awal (*screening*) tentang gangguan/disfungsi seksual yang dialami oleh calon partisipan, dengan mengisi format IIEF, yang didahului oleh permintaan kesediaan untuk mengisi format tersebut.
3. Setelah pengisian format IIEF selesai, maka dilanjutkan dengan wawancara akan dilakukan 3-4 kali pertemuan selama 30-60 menit/pertemuan dengan partisipan, sesuai dengan kesepakatan. Jika diketemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara yang kedua dengan kesepakatan waktu yang ditetapkan kemudian.
4. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalaman dengan lengkap, terbuka, tanpa ada paksaan dan bebas menyampaikan segala sesuatu yang dialaminya.

5. Selama penelitian dilakukan peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, tape recorder/MP4 untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
6. Penelitian ini jauh dari bahaya dan kerugian bagi fisik maupun psikis, karena tidak ada perlakuan pada partisipan dan hanya dilakukan wawancara. Informasi akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian, manfaat yang akan didapatkan begitu besar yaitu untuk peningkatan proses asuhan keperawatan klien dan untuk perkembangan ilmu keperawatan sehingga dapat memberikan perawatan yang paripurna untuk klien.
7. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan informan.
8. Jika ada yang belum jelas, partisipan dipersilahkan untuk mengajukan pertanyaan kepada peneliti.
9. Jika partisipan berkehendak untuk menghentikan proses wawancara oleh karena suatu hal (kegiatan atau yang lain), maka hak tersebut akan diberikan dengan membuat perjanjian penentuan waktu bertemu kembali sesuai dengan yang disepakati bersama antara peneliti dengan partisipan.
10. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya.

Demikian penjelasan ini dibuat untuk memberikan informasi yang akurat dan jelas kepada calon partisipan, dan atas kerjasamanya peneliti sampaikan terima kasih.

Peneliti

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama(inisial) :

Umur :

Pekerjaan :

Domisili :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya tentang manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi perawat yang merawat pasien pria dengan diabetes yang mengalami disfungsi seksual. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan. Saya berhak menghentikan partisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat saya merasa keberatan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan pasien pria dengan diabetes yang mengalami disfungsi seksual. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,

Tangan Tangan Peneliti

Tanda Tangan Partisipan

(.....)

(.....)

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

Pernyataan Pembuka

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman bapak yang mengalami disfungsi seksual (gangguan fungsi seksual). Mohon bapak menceritakan pengalaman tersebut. Bapak bisa menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang bapak alami.

Contoh pertanyaan yang dapat diajukan untuk memfasilitasi wawancara antara lain:

1. Saya ingin mendapatkan gambaran pemahaman bapak tentang gangguan dan masalah seksual pada pria, khususnya dengan masalah seksual yang Bapak alami. Coba sampaikan apa yang Bapak ketahui tentang hal tersebut!
2. Saya ingin mendapatkan gambaran tentang pengalaman bapak selama menjalani hidup dengan masalah seksual sebelum dan saat menderita diabetes, coba ceritakan bagaimana pengalaman dan persepsi bapak?
3. Perubahan seksual apa saja yang bapak alami setelah mengalami diabetes?
Bagaimana perasaan bapak terhadap perubahan tersebut?
Apa yang membuat bapak merasa demikian?
4. Bagaimana kehidupan pribadi bapak setelah mengalami diabetes dan masalah seksual?
Bagaimana perasaan bapak terhadap perubahan tersebut?
Apa yang membuat bapak merasa demikian?
5. Bagaimana sikap dan perasaan bapak terhadap perubahan tersebut dan bagaimana upaya bapak menghadapi masalah tersebut?
6. Bagaimana/seperti apa bapak melihat diri bapak saat ini?

7. Apa saja dampak/akibat yang terjadi pada diri bapak sehubungan dengan masalah/gangguan seksual yang bapak derita?
Bagaimana perasaan bapak terhadap dampak tersebut?
Apa yang membuat bapak merasa demikian?
8. Hambatan apa saja yang Bapak temukan dan alami sehubungan dengan masalah/gangguan seksual yang Bapak derita?
Bagaimana perasaan Bapak terhadap hambatan tersebut?
Apa yang membuat Bapak merasa demikian?
Apa yang Bapak lakukan untuk mengatasi hambatan tersebut?
9. Bagaimanakah sikap istri melihat perubahan yang bapak alami?
Bagaimana perasaan bapak terhadap sikap istri tersebut?
Apa yang membuat bapak merasa demikian?
Apa yang bapak lakukan untuk menghadapi sikap tersebut?
10. Bantuan seperti apa saja yang dibutuhkan bapak untuk mengatasi masalah yang dihadapi saat ini?
11. Harapan apa sajakah yang bapak inginkan atas kondisi gangguan seksual yang Bapak alami ini?
12. Harapan apa sajakah yang bapak inginkan pada petugas kesehatan sehubungan dengan masalah seksual yang bapak alami?
Kenapa harapan itu muncul?
13. Harapan apa sajakah yang bapak inginkan pada fasilitas kesehatan sehubungan dengan masalah seksual yang bapak alami?
Kenapa harapan itu muncul?
14. Adakah hal lain yang bapak bisa sampaikan tentang pengalaman bapak/ibu setelah mengalami masalah/gangguan seksual karena diabet ini?

**LEMBAR CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTES*)
 PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
 DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
 DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
 2011**

Hari/tanggal :

Pukul :

Tempat :

Pewawancara :

Posisi pewawancara :

Partisipan :

Posisi partisipan :

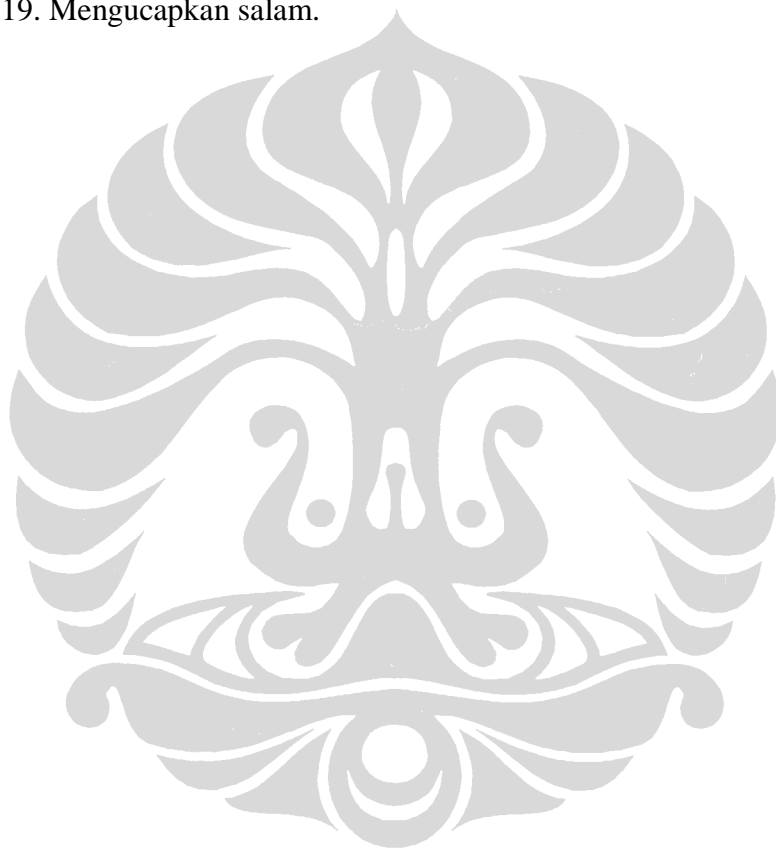
Dihadiri oleh :

Respon partisipan	Catatan
Ekspresi non verbal partisipan Sikap partisipan saat wawancara Perilaku partisipan saat wawancara Kondisi lingkungan saat wawancara Respon pewawancara saat wawancara	

**PROSEDUR WAWANCARA
PADA PARTISIPAN DIABETES DENGAN DISFUNGSI SEKSUAL
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

1. Melakukan pendekatan untuk membina hubungan saling percaya dengan berperan sebagai perawat yang membantu perawatan klien pria diabetes, dan mengucapkan terima kasih atas kesediaannya dalam berkomunikasi.
2. Memperkenalkan diri.
3. Melakukan pendekatan personal dengan berbicara topik umum seputar identitas calon partisipan, keluarga dan status kesehatannya.
4. Menyampaikan maksud dan tujuan pengkajian awal (*screening*) disfungsi seksual menggunakan format questioner IIEF.
5. Meminta izin calon partisipan untuk dilakukan *screening* disfungsi seksual untuk kemudian jika ada kesepakatan maka calon partisipan mengisi *informed consent* dilakukan *screening*.
6. Menyampaikan hasil *screening* dan menjelaskan kondisi disfungsi seksual calon partisipan.
7. Menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.
8. Menjelaskan bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak membahayakan, bebas resiko, bebas dan sukarela menerima atau menolak mejadi partisipan, penelitian akan bermanfaat bagi perkembangan keperawatan, rahasia terjaga hanya untuk kepentingan penelitian.
9. Melakukan kesepakatan dengan calon partisipan untuk menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.
10. Mengisi lembar data demografi dan status kesehatan partisipan yang berhubungan dengan diabetes yang diderita.
11. Wawancara dilakukan peneliti.
12. Dalam wawancara partisipan bebas mengeluarkan pendapat tanpa adanya penilaian dan opini apapun dari peneliti.

13. Dijelaskan bahwa partisipan berhak menghentikan wawancara jika dibutuhkan.
14. Dijelaskan bahwa pengalaman apapun yang berhubungan dengan keluhan seksualnya akan sangat berharga untuk bisa dibagikan.
15. Dalam wawancara tidak ada salah atau benar dan akan dijaga kerahasiaannya.
16. Dijelaskan akan dilakukan pertemuan ke 2-4 untuk mengklarifikasikan data.
17. Akan dilakukan terminasi sementara dan akhir.
18. Mengucapkan terima kasih dan memberikan *reward*.
19. Mengucapkan salam.



**LEMBAR PERSETUJUAN MENGISI FORMAT *SCREENING* AWAL
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama(inisial) :

Umur :

Pekerjaan :

Domisili :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan *screening* ini dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya tentang manfaat *screening* ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi peneliti untuk menentukan dengan pasti tentang gangguan/disfungsi seksual yang saya alami. Saya mengerti bahwa *screening* ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai calon partisipan dan saya memahami bahwa *screening* ini sangat bermanfaat bagi saya karena saya akan mengetahui apakah saya mengalami gangguan/disfungsi seksual atau tidak. Saya berhak menghentikan partisipasi dalam *screening* ini jika suatu saat saya merasa keberatan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi calon partisipan pada *screening* ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan pasien pria dengan diabetes yang mengalami disfungsi seksual. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan *screening* ini.

Jakarta,

Tangan Tangan Peneliti

Tanda Tangan Calon Partisipan

(.....)

(.....)

**LEMBAR FORMAT SCREENING
DISFUNGSI SEKSUAL PADA PRIA DIABETES
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

Tanggal :

Calon Partisipan (CP) :

Petunjuk pengisian:

1. Berikan tanda centang (√) pada kotak pilihan jawaban sesuai kondisi Bapak.
2. Pengisian ini jujur serta bebas dari paksaan dan pengaruh siapapun

Keterangan:

1. Format *screening* ini diadopsi dari *The International Index of Erectile Function Questionnaire* (IIEF), yaitu questioner baku berisi 15 pertanyaan tentang fungsi ereksi, kepuasan berhubungan seksual (intercourse), fungsi orgasme, hasrat seksual, dan kepuasan seksual secara umum. Questioner ini sudah diuji keakuratannya baik dari segi budaya, bahasa dan pola hubungan antar manusia. Kemudian oleh peneliti diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dengan penyesuaian kondisi sosiokultural; nilai, agama dan etik serta psikologis partisipan di Indonesia.
2. Rentang pilihan angka adalah 0-5 dengan penjelasan sebagai berikut:
 - tidak pernah ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
 - hampir selalu dan selalu (artinya selalu)
 - sering (artinya lebih dari separuh jumlah frekuensi berhubungan seks)
 - kadang-kadang (sekitar separuh jumlah frekuensi berhubungan seks)
 - jarang (kurang dari separuh jumlah frekuensi berhubungan seks_
 - hampir tidak pernah (berbeda dengan yang 0)

Pertanyaan:

a. Fungsi ereksi (5 pertanyaan)

1. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, seberapa sering Bapak bisa ereksi saat berhubungan seks?
 - 0 = tidak ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
 - 5 = hampir selalu dan selalu
 - 4 = sering
 - 3 = kadang-kadang
 - 2 = jarang
 - 1 = hampir tidak pernah
2. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, seberapa sering Bapak bisa ereksi maksimal untuk mulai senggama (memasukkan penis ke kelamin pasangan?)

- 0 = tidak ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
- 5 = hampir selalu dan selalu
- 4 = sering
- 3 = kadang-kadang
- 2 = jarang
- 1 = hampir tidak pernah

3. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, ketika memulai hubungan seksual, seberapa sering Bapak dapat memasukkan alat kelamin bapak ke kelamin pasangan?

- 0 = tidak ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
- 5 = hampir selalu dan selalu
- 4 = sering
- 3 = kadang-kadang
- 2 = jarang
- 1 = hampir tidak pernah

4. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, selama melakukan hubungan seksual, seberapa sering Bapak mampu mempertahankan ereksi setelah penis Bapak masuk?

- 0 = tidak ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
- 5 = hampir selalu dan selalu
- 4 = sering
- 3 = kadang-kadang
- 2 = jarang
- 1 = hampir tidak pernah

5. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, selama melakukan hubungan seksual, seberapa sulit mempertahankan ereksi sampai hubungan seksual selesai/berakhir?

- 0 = tidak ada kegiatan seksual (tidak berhubungan seks sama sekali)
- 1 = sangat sulit sekali
- 2 = sangat sulit
- 3 = sulit
- 4 = sedikit sulit
- 5 = tidak sulit

b. Kepuasan berhubungan seksual (3 pertanyaan)

6. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, berapa kali Bapak memulai untuk berhubungan seksual?

- 0 = tidak pernah memulai untuk berhubungan seks
- 1 = 1-2 kali
- 2 = 3-4 kali
- 3 = 5-6 kali
- 4 = 7-10 kali
- 5 = 11-20 kali

7. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, ketika Bapak memulai untuk berhubungan seksual, seberapa sering bapak puas?
- 0 = tidak pernah memulai untuk berhubungan seks
 - 5 = hampir selalu dan selalu
 - 4 = sering
 - 3 = kadang-kadang
 - 2 = jarang
 - 1 = hampir tidak pernah
8. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, seberapa banyak Bapak menikmati hubungan seks Bapak?
- 0 = tidak pernah berhubungan seks
 - 5 = sangat menikmati sekali
 - 4 = sangat menikmati
 - 3 = cukup menikmati
 - 2 = tidak begitu menikmati
 - 1 = tidak menikmati

c. Fungsi orgasme (2 pertanyaan)

9. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan/lebih, ketika mendapat rangsangan/berhubungan seks, seberapa sering Bapak ejakulasi?
- 0 = tidak ada rangsangan/hubungan seks
 - 5 = hampir selalu dan selalu
 - 4 = sering
 - 3 = kadang-kadang
 - 2 = jarang
 - 1 = hampir tidak pernah
10. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, ketika mendapat rangsangan/berhubungan seks, seberapa sering Bapak merasa orgasme/kenikmatan memuncak (dengan atau tanpa terjadi ejakulasi)?
- 0 = tidak pernah memulai untuk berhubungan seks
 - 5 = hampir selalu dan selalu
 - 4 = sering
 - 3 = kadang-kadang
 - 2 = jarang
 - 1 = hampir tidak pernah

d. Hasrat seksual, atau sering disebut libido adalah kondisi di mana seseorang berkeinginan untuk berhubungan seks, memikirkan seks dan frustrasi jika tidak terpenuhinya kebutuhan seks (2 pertanyaan)

11. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, seberapa sering Bapak merasakan hasrat seksual itu muncul?
- 5 = hampir selalu dan selalu
 - 4 = sering
 - 3 = kadang-kadang
 - 2 = jarang
 - 1 = hampir tidak pernah

12. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, bagaimana Bapak mengukur kadar hasrat seksual Bapak?

- 5 = sangat tinggi
- 4 = tinggi
- 3 = sedang
- 2 = rendah
- 1 = sangat rendah atau tidak berhasrat sama sekali

e. Kepuasan seksual secara umum (2 pertanyaan)

13. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, bagaimana tingkat kepuasan Bapak dalam kehidupan seksual yang Bapak alami selama ini?

- 5 = sangat puas
- 4 = cukup puas
- 3 = antara puas dan tidak puas
- 2 = cukup tidak puas
- 1 = sangat tidak puas

14. Sejak sakit kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, bagaimana tingkat kepuasan Bapak dalam pola hubungan dengan pasangan?

- 5 = sangat puas
- 4 = cukup puas
- 3 = antara puas dan tidak puas
- 2 = cukup tidak puas
- 1 = sangat tidak puas

f. Fungsi ereksi (1 pertanyaan)

15. Sejak kencing manis, dalam waktu 1 bulan atau lebih, bagaimana Bapak kepercayaan diri Bapak untuk tetap mendapatkan dan mempertahankan kemampuan ereksi?

- 5 = sangat tinggi (sangat percaya diri)
- 4 = tinggi (percaya diri)
- 3 = cukup (cukup percaya diri)
- 2 = rendah (rendah diri)
- 1 = sangat rendah (sangat rendah diri)

Cara penilaian

Algoritme penilaian untuk IIEF

Domain	Item	Rentang Nilai	Nilai maksimal
Fungsi ereksi	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Fungsi orgasme	9, 10	0-5	10
Hasrat seksual	11, 12	0-5	10
Kepuasan <i>intercourse</i>	6, 7, 8	0-5	15
Kepuasan secara umum	13, 14	0-5	10

Interpretasi dari masing-masing domain

Domain	Fungsi Ereksi	Fungsi Orgasme	Hasrat Seksual	Kepuasan <i>Intercourse</i>	Kepuasan Umum
Disfungsi berat	0-6	0-2	0-2	0-3	0-2
Disfungsi sedang	7-12	3-4	3-4	4-6	3-4
Disfungsi ringan ke sedang	13-18	5-6	5-6	7-9	5-6
Disfungsi ringan	19-24	7-8	7-8	10-12	7-8
Tidak terjadi disfungsi	25-30	9-10	9-10	13-15	9-10

Penilaian tiap partisipan

Domain	Nilai Maksimal	Nilai yang didapat	Interpretasi
Fungsi ereksi	30		
Fungsi orgasme	10		
Hasrat seksual	10		
Kepuasan <i>intercourse</i>	15		
Kepuasan secara umum	10		

**LEMBAR DATA DEMOGRAFI
DAN STATUS KESEHATAN PARTISIPAN
PADA PENELITIAN STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN
DISFUNGSI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN. Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
2011**

A. DATA DEMOGRAFI

1. No. Partisipan:
2. Umur (TTL) :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Domisili :
6. Lama menikah:
7. Jumlah anak :
8. Fasilitas kesehatan yang dekat dengan partisipan
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
 - e.
9. Masuk rumah sakit (MRS) yang ke- :
10. Yang sering menunggui saat MRS :

B. DATA KESEHATAN UMUM DIABETES

1. Saya mengalami kencing manis (diabetes) sejak:

<input type="checkbox"/> 1 tahun yang lalu	<input type="checkbox"/> 15 tahun yang lalu
<input type="checkbox"/> 5 tahun yang lalu	<input type="checkbox"/> (isi sesuai kondisi bapak)
<input type="checkbox"/> 10 tahun yang lalu	
2. Saya kontrol rutin tiap bulan

<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak
-----------------------------	--------------------------------
3. Saya minum obat secara teratur

<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak
-----------------------------	--------------------------------
4. Saya olah raga teratur

<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak
-----------------------------	--------------------------------

 Jika ya, Jenis olah raganya:
 - a.
 - b.
 - c.
5. Saya diit makanan sesuai dengan aturan dokter

<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak
-----------------------------	--------------------------------

6. Saya dapat mengontrol stres ketika ada masalah
 ya tidak
Jika ya, cara yang saya gunakan adalah:
a.
b.
c.
7. Saya sudah mengalami luka di kaki
 ya tidak
Jika ya, luka dialami sejak :
Lokasi luka :
8. Saya sudah mengalami kesemutan dan rasa tebal di kulit kaki
 ya tidak
Jika ya, kesemutan dan rasa tebal di kulit kaki dialami sejak:
9. Saya sudah mengalami sakit jantung (seperti tekanan darah tinggi, dll)
 ya tidak
Jika ya, sakit tersebut dialami sejak :
10. Saya sudah mengalami gangguan di ginjal
 ya tidak
Jika ya, gangguan tersebut dialami sejak :
11. Saya sudah mengalami gangguan penglihatan
 ya tidak
Jika ya, gangguan tersebut dialami sejak :
Mata yang terganggu (lingkari yang sesuai) : kanan – kiri – keduanya

**ANALISIS DATA PENELITIAN "STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DI RSUPN Dr. CIPTOMANGUNKUSUMO JAKARTA"**

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN												
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7						
		Awal mula terkena diabetes	Penyebutan tahun/ rentang tahun		Bilangan tahun	"... Sejak 2004..." (saat umur 48 tahun)	√												
						"... Kemarin bulan 12 (2010) ya tanggal 27, itu sebelumnya - sudah ada 7 bulan sebelumnya" (saat umur 44 tahun)		√											
						"... Mulai diabet sekitar 21 tahun..." (saat umur 33 tahun)			√										
						"sudah 7 tahun" (saat umur 39 tahun)				√									
						"iya iya" (ketika ditanya 1.5 tahun) (saat umur 44 tahun)					√								
						"iya" (ketika ditanya sekitar 2 tahun) (saat umur 38 tahun)						√							
						"... Sakit udah 2 tahun ..." (saat umur 38 tahun)							√						
						Usia													
								Awal mula terjadi disfungsi seksual	Rentang waktu dari terkena diabetes		Bilangan usia	"... Umur 33"			√				
												30-40 tahun			√				
< 1 tahun setelah diabetes	"Sebenarnya sejak 2004... Sudah mulai itu"	√																	
"... Semenjak pertama itu, sekitar... 7 bulan sebelumnya... Bahkan sebelum 7 bulan itu sudah terjadi "		√																	
1-5 tahun setelah diabetes	mulai diabet umur 33 tahun, menikah umur 30 tahun, efeknya 5 tahun kemudian pasca nikah "			√															
"yaaa... Ya sekitar 2 tahun lah"				√															
"ada 2.5-3 tahunan lah"												√							
" ya ejakulasi dini "													√						
(ketika ditanya dalam 1 tahun ini ada perubahan seksual)														√					
1	Diperolehnya gambaran persepsi klien pria diabetes tentang disfungsi seksual yang dialaminya	Pandangan tentang seksual pada kehidupan pria	Kebutuhan primer (utama)		Penting							" waach penting itu ... ", "utama tuh"	√						
						Kebutuhan primer	" kalau seksual bagi pria bagi saya selain kebutuhan hidup ya ... Itu kebutuhan primer"		√										
						Keharusan	" ya haruslah... Kalau itu harus maksimal kan?"						√						
						Tidak tergantung dari seks	" yach rumah tangga iu kan nggak tergantung pada itu..."			√									
						Bukan segala-galanya	" ... Seks itu bukan segala-galanya..."			√									
						Tidak penting	" ... Istri juga lagi sakit, ... Mioma... Seks sudah nggak penting sus"				√								
						" ... Udah nggak penting itu, kita juga kan sudah punya keturunan"						√							
						Pandangan tentang disfungsi	Mengganggu kebutuhan primer (utama)	Bahaya bagi hidup	"... Berbahaya sekaaali, berbahaya sekali"	√									
									Mengganggu	"... Masalah seksual sebenarnya sangat terganggu..."			√						
									" sebelumnya merasa terganggu, iya"						√				

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN													
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7							
		seksual pada kehidupan pria	Tidak mengganggu hidup		Biasa saja	" biasa saja, masih tetap semangat"									√					
			Berdampak psikologis			Menurunkan semangat	" ... Karena kalau tidak ada, itu akan menyebabkan bagi saya tidak semangat bekerja "		√											
						Menurunkan harga diri	" ... Saya memandang... Sepertinya tidak ada gunanya, punya ilmu, sekolah di luar, nggak ada apa-apanya "		√											
						Menjadi masalah penting	"... Menjadi permasalahan banget bagi saya..."		√											
		Umur sebagai penyebab disfungsi seksual	Ada pengaruh umur			" ya semua tergantung umur... "	√													
						" ... Seiring dengan umur juga berkurang... "			√											
						" saya juga berfikir apa karena umur saya juga sudah dekat 50 gitu"					√									
2	Diperolehnya gambaran tentang perubahan yang terjadi ketika klien pria diabetes mengalami disfungsi seksual	Gambaran disfungsi seksual yang dialami	Disfungsi ereksi			Ereksi kurang (tidak maksimal)	"aaa ada yang kurang itu..."	√								√				
							" kurang maksimal, harus dirangsang dulu, kadang tidak", ". "													
							" Keluhan nggak maksimal itu ada"													
						Ereksi tidak bisa dipertahankan	" setelah positif diabet... Tidak terlalu tegang, nggak bisa... nggak bisa keraas... "		√											
							"gak bisa mempertahankan, letoy"	√												
							"... Tapi untuk mempertahankan tidak bisa"	√												
						Ereksi tidak tahan lama	" nggak pernah lama..."	√												
							"... Nggak terlalu lama, tapi bagi saya cukup.. ", sering lemes juga sich, " agak cepat"					√								
						Memulai ereksi lama	"ereksiiii... Lama, ereksi lama, panasnya lama"					√								
							" memulai ereksinya lama... Lama saya, agak lama... Bisa cumbu rayu dulu, dan nggak lama ... "					√								
						Tidak bisa memulai ereksi	" ... Nggak bisa ... Memulainya berdiri"												√	
						Tidak ereksi	"hampir, nyaris, saya tutupi dengan obat"	√												√
							" ... Udah nggak bisa apa2 gitu, nggak bisa berdiri... ", " ... Udah selama-lamanya nggak bisa"												√	
" ... Suka berdiri, kalau lagi nggak sakit mah. Ini setelah sakit ini... Nggak mau pisan... (pisan?) enggak"											√									
Gangguan Ejakulasi		Ejakulasi cepat/dini			"... Cuma sebentar" (maksudnya Cuma sebentar keluar)	√														
		" ya, ejakulasi dini" "... Ya paling 1, 2, 3 menit...Biasanya 10-15 mnt"													√					

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN						
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
						" pertama-tama bisa main gitu, tapi sebentar sebentar, pas masuk gitu keluaaaaaa"						√	
						" ... Keluarnya cepat, itu saya sejak positif diabet",		√					
						" ..Nggak ngerasakan..Saya sudah sampai duluan, istri saya belum"		√					
						" ... Saya tidak bisa keras sama sekali, ... Begitu keras gitu... Keluarnya cepat"		√					
						" keluarnya duluan... Aadaa mungkin... Semenit gitu"		√					
					Ejakulasi sedikit	" keluar keluar tapi Cuma sedikit"						√	
					Tidak ejakulasi	" ketika berhubungan... Saya nggak keluar mani gitu, jarang"				√			
			Gangguan Hasrat		Tidak ada mood	" ... Hilang kan mood nya kan"	√						
						" kayaknya males aja gitu, sudah males berhubungan"							√
						" ... Kayaknya nggak napsu"							√
					Tidak ingin berhubungan seks	" yang terakhir itu" (ketika ditanya keinginan berhubungan seksual)	√						
						" .. Kira-kira setengah tahunan, karena males"						√	
			Perubahan kepuasan		Tidak/kurang puas	" puas fisik sich enggak, kepuasan batin saja"			√				
						" kalau sudah keluar... Asal keluar gitu"						√	
			Perubahan kenikmatan		Tidak/kurang nikmat	"ya gak begitu menikmati"	√						
						" yaaa Cuma selesai begitu saja"				√			
			Kondisi fisik menurun		Badan tidak kuat	"... Nich fisik saya tidak mendukung itu... Gak sama sekali"	√						
						" gangguannya... Ya orang badannya juga nggak kuat lagi... lemes saja "					√		
		Pola hubungan seksual setelah diabetes	Gangguan penetrasi		Jarang	"Penetrasinya bermasalah, jarang-jarang..."			√				
						" kalau udah lama gitu (tegang), kadang-kadang, gagal juga, udah gitu, udah"		√					
					Tidak bisa sama sekali	"Tidak bisa masuk sama sekali"	√						
						" waktu penetrasinya itu.. Kadang2.. Ilang itu"			√				
			Penurunan frekuensi berhubungan badan		Frekuensi perlahan berubah menurun	" perlahan... 2 bulan sekali" (yang asalnya dari 2 kali seminggu)	√					√	
						" ... Kita belum kena kencing manis... Seminggu juga mau... Paling sebulan sekali waktu-waktu ini"							
					Frekuensi jarang	" setelah positif diabet... Frekuensi juga sudah jarang... Sangat-sangat lebih parah lagi"		√					
					Frekuensi berkurang	" ya berkurangnya pelan2... Pelan-pelaaan berkurang"	√						
						" ... Frekuensinya berkurang"		√					
						" berkurang... Kalau tidak sakit, seminggu 2 kali, Ya kadang2 susah, seminggu sekali kadang tidak"							√

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN								
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7		
			Tingkatan libido/ hasrat seksual		Tinggi/besar	" yaa 2 bulan sekalilah, sebelum sakit ya seminggu sekali" "... Tinggi itu saya..." , " sangat tinggi hasratnya"	√		√						
					Tetap ada	" ... Punya itu besar sekali... Hasrat" " yo aaaadaaaaaa.... " " nggak ada perubahan nafsu" (maksudnya tetap ada) " keinginan ada, tetep ada, nafsu tetep ada" " ... Napsu sich ada, tapi kadang hilang" " kalau hasrat itu ada terus... " " keinginan mah masih"	√		√						√
			Melakukan aktifitas seksual		Tidak ingin	"tidak kepingin" " ... Maleeees gitu, udah nggak ada kepinginan"	√					√			
					Malas	" udah males" " ... Begitu ingat, yaach... Duluan sampe dah, malas lagi, akhirnya saya jadi malaas... "		√						√	
					Kepuasan	" ya pokoknya masuk, keluar, puas" " ... Masih puas"	√				√				
					Kenikmatan	"sejak sakit ya tidak bisa begitu menikmati" " nggak merasa nikmat"	√							√	
3	Diperolehnya gambaran tentang dampak secara biopsikososio spiritual pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual	Dampak disfungsi seksual	Dampak sosial	Perubahan interaksi sosial	Perubahan hidup	"ada, hidup saya berubah"	√								
					Tidak berhubungan dengan yang lain	"... Hubungan dengan teman-teman terputus" "... Hubungan dengan gak bisa ini"	√								
					Malu	" kadang ada teman yang ngajak berobat, tapi saya... Ya malu itu saya" " saya merasa kalau mendengar-dengar orang ngobrol... Satu minder, saya malu"		√							
					Minder	" saya merasa kalau mendengar-dengar orang ngobrol saya jadi rasa minder..."		√							
			Dampak hubungan dengan pasangan	Perubahan peran	Mengerjakan pekerjaan rumah	"... Saya bekerja seperti perempuan yang bekerja di rumah, mencuci, menyeterika..." "... Kadang2 pekerjaan saya saya apa itu membantu sepenuhnya, supaya itu, imbalannya itu..."	√								
					Tidak bisa membahagiakan	"... Kok nggak bisa membahagiakan gitu ... " " kita kan belum bisa membahagiakan ya"		√						√	
& 4	Diperolehnya gambaran			Perubahan sikap	Membiarkan istri melakukan	"... Kalau mau kawin aja silahkan, saya gak masalah"	√								

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN									
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7			
	tentang hambatan pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual yang dialaminya					apapun	"... Entah karena sudah tersalurin sekarang, bodo amat ach"	√								
							"... Mau ngapain aja silahkan, jadi gak membebani istirahat saya..."	√								
						Malas bercanda	".. Misalnya kita mau bercanda2 gitu ya, jadi males..."		√							
						Tetap harmonis	".. Ya biasalah bercanda-bercanda aja gitu"			√						
							"... Ya tidak masalah soal gituan, karena dia... Ya karena cinta ama saya ... "			√						
							" ya biasa saja, tidak berubah"								√	
						Kawatir akan perubahan sikap istri	"... Gimana ya? Kalau istri ... takutnya nerima-nerima tapi di dalam hatinya dia akhirnya membenci saya ..."			√						
							"... Saya takut ... Dia mencari apa namanya hiburan lain di luar ... "			√						
							"... Saya justru masih dalam pikiran.. Masih tanda tanya... apakah dia ini itu"			√						
						Komunikasi	Tidak mengkomunikasikan/diskusi	" saya diam saja..."	√							
								" nggak pernah saya tanyain ke istri..."				√				
								" kalau ngobrol... Belum, tak pernah ngobrol... Saya sendiri mau mengatakan... Ada rasa malu"			√					
							Berkomunikasi/berdiskusi terbuka	" nggak ngomongnya bukan karena apa, malu saya... Saya kok menggebu tapi ndak bisa.. Istri ndak menikmati"			√					
								" ya saya terang2an bilang sama istri bahwa resiko penyakit diabetes ya seperti ini"				√				
						Respon psikologis menghadapi disfungsi seksual	Ekspresi emosi	" .. Tidak ada yang kita tutup-tutupi, semua terbuka... Masalah seks segala macem"			√					
								" saya kasih tahu istri duluan... "			√					
								" ya kita bilang kalau kita ada kena kencing manis, jadi kalau kita hubungan dg orang rumah... Berhenti dulu"					√			
							Sikap	Sedih	(partisipasi sedih), " ... Sudah, sudah "	√						
									Menangis	" saya ingin nangis..."	√					
								Marah	" ya biasa kalau pas itu ya sebetulnya... Wuuuaah kadang2 ya... Siiiiiaaaalllllaaaaan"							√
Menerima	" ... Ya memang konsekwensi yang harus saya terima" " pasrah dan menerima"			√												
		" ya kita kan ada yang bilang kalau penyakit gula itu memang nggak bisa itu... Jadi impoten"				√										

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN						
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
						" ... Tapi kadang2 kita juga mikir, yach sama yang kuasa emang sudah dikasih begini, yach kita terima saja"						√	
					Menyadari	".. Saya nyadari disitu ... "	√						
						" ya kita udah menyadari... Ya mungkin udah waktunya"						√	
					Mengerti	" saya ngerti bahwa itu konsekwensi dari diabet"			√				
					Biasa saja	" kalo marah sich enggak, sedih juga enggaaaak, biasa ajah"					√		
						" biasa saja"							√
				Perasaan	Putus asa	"... Kalau dicabut sekarang ya.. Cabut saja. Kenapa? Karena istri sudah nggak mendukung"	√						
						" ... Setiap mau berhubungan itu saya memikirkan... Kalau gagaaaal, bagaimana itu, jadi akhirnya nggak jadi tuch"		√					
						" ... Jadi down duluan, jadi untuk apalah... Keluar lagi, keluar lagi"		√					
					Rendah diri	" .. Saya memandang diri saya tuch rendah banget, perasaan saya"		√					
						" ... Perasaan saya rendah banget ..."		√					
					Tidak berharga	" saya ... Sepertinya tidak ada gunanya... Ini perasaan saya"		√					
					Didominasi	"... Saya merasa didominasi... ", " ... Dia tuch ngatur banget"	√						
					Kecewa	" yo gelo", (kecewanya 3 bulan pertama)						√	
						" ... Cuma itu kadang-kadang kecewa kalo cuma sebentar, lebih baik nggak sah"						√	
						" ya saya juga kecewa, kecewa ... Kita masih muda begini sudah nggak bisa apa-apaaaa"						√	
					Menyesal	" ya ... Nyesel"						√	
					Malu	"ya malu ya..."	√						
						" ... Perasaan saya malu banget ... "		√					
					Tidak membahagiakan	" ... Rasa malu, kok nggak bisa membahagiakan gitu, istri sudah sabar "		√					
					Takut	" ... Saya takutkan diri sendiri, saya takut istri saya membenci saya ..."		√					
					Stres	" saat akan berhubungan, stres saya, belum mulai saya sudah stres duluan saya... Jadi down duluan"		√					
				Perilaku kognitif	Tanda tanya	" ... Saya kan berfikir ya, saya salah apa sich?"	√						
						" ... Ya seperti itu memang ada.. "							√
						(ketika ditanya adakah pikiran ih kok berubah)							√
						" .. Kadang-kadang saya bertanya, kenapa bisa ejakulasi dini"							√
						" ... Saya tanda tanya, kok.. Biasanya saya itu keluar ya, ini kok nggak"				√			

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN								
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7		
5	Diperolehnya gambaran tentang pemahaman dan cara klien pria diabetes dalam mengatasi disfungsi seksual	Upaya mengatasi disfungsi seksual yang dialami	Minum obat/ jamu		Pikiran berkecamuk	" ... Saya justru masih dalam pikiran, masih ada tanda tanya... "		√							
					Pikiran bermacam-macam	" ... Ya berkecamuk lah... "	√								
					Kaget	" sebentar "theng" gah... Ya Cuma kaget gitu kok sampe begini"	√						√		
			Terapi alternatif		Obat (pil) kuat	"... Jujur ya... Obat. Namanya Nangen"	√								
					Jamu/herbal	"... Berawal dari jamu... Saya coba semua ... "	√								
			Mengonsumsi makanan		sinar, pijit, paket	" ... Saya itu sering nyoba-nyoba herbal"			√						
					Telur	" ... Disinar dan dipijat"	√								
					Telur dan susu	" ... Di tivi-tivi itu ada pengobatan alternatif... Di kalibata... Pernah saya telpon... Saya urungkan karena 700 ribu"		√							
			Melakukan aktifitas fisik		Diet ketat	" ... Karena kita malu, dia mencari sendiri, telur bebek untuk jamu, ... Cuma sekali, saat itu"			√						
					Diet ketat	" Paling kalo lagi kesel, telooooo paling ya, sama susu"						√			
					Olah raga	" ... Saya pantang, saya diet habis-habisan"			√						
					Jalan	"ya saya olah raga"	√								
			Kontrol		Jalan	" ... Jalan pagi sekitar 30 menit..."	√								
					Senam	" jalan pagi dan sore, sekitar 30 menit, ya sekitar kompleks saja"		√							
					Senam	" jalan cepat 2-3 kali seminggu"							√		
					Kontrol gula darah	" ... Saya ikut senam seminggu 2 kali"	√								
					Kontrol gula darah	" ... Saya mengontrol gula darah"			√						
			Tidak ada upaya		Tidak melakukan apa-apa (obat, pil, jamu)	" ... Saya kan juga dikenal ustadz... Kalau minum jamu, ditebak, ... Saya malu, jadi saya gak minum jamu"		√							
					Tidak melakukan apa-apa (obat, pil, jamu)	" ... Obat-obatan itu saya takut juga... Takutnya menyerang organ-organ tubuh yang lain"		√							
					Tidak melakukan apa-apa (obat, pil, jamu)	" saya nggak upaya, hanya berfikir-fikir saja, untuk solusinya tidak menjalankan, hanya ingin2 saja"		√							
Alami	" memang sich selama hidup saya tidak pernah menggunakan obat2an, alamiah saja, sampai sekarang"									√					
Efek berbagai upaya	Tidak berefek pada fungsi seksual		Alami	" kita nggak pake cara upaya-upaya ... "						√					
			Pil alternatif lain tidak berpengaruh	" cara lain... Enggak, belon pake apapun, alami aja saya"					√						
			Jamu jawa tidak bagus	" saya sudah nyoba, termasuk pil-pil... Tidak ada apa-apanya"	√										
					Jamu jawa tidak bagus	" ... Saya coba semua, gak ada yang bagus... "	√								

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN																									
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7																			
		mengatasi disfungsi seksual	Meningkatkan fungsi seksual		Herbal tidak manjur	" ... Nggak yakin, saya muntah-muntah... Sampai saat ini belum ada obat herbal yang manjur"			√																							
					Kontrol gula darah dapat: - Meningkatkan nafsu/ dorongan seks			" ada, jadiii apa ya, keinginan, keinginan itu ... "			√																					
								- Ereksi lebih bagus			" saya merasa kalau gula darah saya rendah, itu kerasa ada perubahan nafsu, kayaknya pengen apa gitu"			√																		
											- Ereksi lebih bagus			" ereksi lebih bagus, tapi nggak banget-banget amat kayak dulu"			√															
														- Ereksi lebih bagus			" berubah di rasa, dan secara fisik juga kelihatan"			√												
																	- Ereksi lebih bagus			" ya ereksinya kelihatan, bertahan lama, ereksinya lama, ... "			√									
																				Pil kuat - nangen membuat langsung ereksi			" awalnya sich langsung ereksi... Pertama bagus tuch, saat ini enggak", baaaagus sekali"	√								
																							Pengaturan diet mempermudah ereksi dan adanya dorongan sex			"... Ada perubahan... Ereksi gampang... dorongan seksual", ada keinginan "			√			
		Olah raga (aktifitas fisik) mempermudah ereksi																								" ... Baru kemarin ini ada 2 kali saya ... Agak sedikit... Ya", ... Juga karena olah raga "	√					
					Telur dan susu meningkatkan kemampuan ereksi																					(kalau sudah minum itu?) Yaa rasanya tegang gitu... Ya sebentar... Bisa dipake tapi cuman sekali"					√	
								Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Menggunakan media																	Menghayal/membayangkan sesuatu	"... Kecuali saya membayangkan saja, gak papa kan?"	√				
											Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Menggunakan media														Nonton film porno	"... Bisa anunya, apalagi nonton film-film gitu... Ya masih ada, tapi tegang saja"					
														Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Melakukan rekreasi											Jalan-jalan dengan pasangan	" ... Kalau nggak jalan-jalan kemanaaa gitu"			√		
																	Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Melakukan rekreasi								Berkebun dengan pasangan	" ...nyari kembaaang gitu, atau bunga gitu"			√		
																				Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Melakukan rekreasi					Berkasih sayang dengan - pasangan	" ... Yaa paling biasalaaaah di peluk-peluk aja, ... "			√		
																							Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Melakukan rekreasi		Bernyanyi	" ... Kita alihkan yang lain... Nyanyi-nyanyi..."					
		Upaya memenuhi kebutuhan seksual	Melakukan rekreasi																							Memancing	" ... Kita alihkan yang lain... mancing"					
					Tidak ada upaya																					Menganggap cukup	" masih cukup"					
								Tidak ada upaya																		Berdiam diri	" ya tidak melakukan apa2 sus"		√			
											Tidak ada upaya															Tidur	" ... Lebih baik tiduuuuuuur, tiduuuuuur"					
6	Diperolehnya gambaran tentang													Harapan terhadap kondisi	Harapan atas diri											Bisa sabar	" ya sabar"			√		
																	Dapat mengatur diet	" ya mudah-mudahan bisa mengatur makan"									√					
																		" harapan saya ya kalau sudah begini, dietnya diatur, tepat waktu"			√											

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN											
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7					
	harapan klien pria diabetes terhadap kondisi disfungsi seksual yang dihadapi	disfungsi seksual	sendiri			tepat takaran, hati-hatilah"												
						Mendapat manfaat atas upaya	" ... Dengan ikhlas ... Ikhtiar saya bisa mendapat manfaat"			√								
						Mempunyai rizki banyak	" mudah-mudahan saya bis diberi banyak rejeki dan bisa berobat"			√								
						Sembuh kembali berfungsi	" ... Berharap bisa normal lagi gitu"				√							
							" ... Kalau bisa minta disembuhin gitu", " Cuma pingin bisa sembuh saja, lain nggak ada"							√				
							" ... kalau bisa itu sembuh, kalo diabetes kan nggak bisa sembuh"							√				
			Harapan kepada istri				" ya pengennya mah kita sembuh kita"							√				
							" ya pengen, pengen fit lagi"							√				
						Memberikan solusi	" harapan saya ... Istri saya, dia memberikan sama2 memberikan solusi"				√							
						Menerima	" ... Harapan saya ya terus menerima"					√						
						Memberi kasih sayang	" saya ingin kasih sayang, ada perhatian"	√										
						Mengerti	" ya mengertilah"											√
7	Diperolehnya gambaran tentang bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga dan tenaga profesional pada klien pria diabetes dengan disfungsi seksual	Respon dari support sistem	Respon istri			Menerima	"... Alhamdulillah akhirnya bisa menerimalah"			√								
							" ibu siap saja, menerima, biasa aja"						√					
							" nggak marah, alhamdulillah menerima"						√					
						Marah	"... Dia jadi marah, pemarah...", "... Marah2 gak karuan..", ... Istri marah2, bennner itu..."	√										
						Bertanya	" ... Kok nggak biasa gitu"										√	
							" ... Orang rumah nanya, biasanya 3 kali kok ini Cuma sekali... "								√			
						Membantu mencari - pertolongan	" ... Karena kita malu, dia mencari sendiri, telur bebek untuk jamu, ... Cuma sekali, saat itu"			√								
							" ... Tapi kalau ini, istri saya mengharapkan supaya berobat... Alternatif atau misalnya ramuan2"			√								
						Menyadari	" ... Istri saya juga kan normal, tapi dia dah nyadar kalau saya sudah nggak bisa ... "				√							
						Memahami	" dia paham kok"										√	
						Bertengkar	"... Jadi berantem atau gimana itu... "	√										
						Tidak memaksa	"ya istri saya tidak maksain"					√						
						Tidak menuntut	" ... Istri saya juga tidak pernah nuntut..."					√						
Malas berhubungan seksual	" ... Istri mulai males... "					√												
	" ... Istri juga males"										√							
	" ... Jadi kayaknya sudah mulai males"							√										
	" ... Saya sudah sampai duluan... Sejak itu dia ya agak jarang, males"																	
							√											

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN									
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7			
						" ... Ya nggak suka lah"					√					
					Belum ikhlas	" .. Awalnya istri belum ikhlas"			√							
					Sibuk	" ... Istri saya sibuk, pulang malam", " ... Istri juga sudah super sibuk... "		√	√							
					Biasa saja	" ya istri biasa saja... "								√		
					Mengeluh (komplain)	" ... Istri saya mengeluh, udah minum jamu itu apa? ... Jangan cepat keluar gitu"		√								
			Respon tenaga kesehatan		Diam tak memberi solusi	" ... Cuma istri saya nggak ngasihkan solusi apa nggak, ya udah gitu"		√								
					Tidak bertanya	" ... Tidak menanyakan, kan sibuk... "	√									
						" ... Saya nggak bertanya, dan nggak ditanya juga"							√			
						" belum ada yang bertanya, baru suster. Kalau tidak dimulai dari susternya sendiri yang nanya... kayaknya gak mau, lebih baik jangan"		√								
					Tidak membahas/konsultasi	" saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter ... Tapi dokter kan cepat-cepat"					√					
					Waktu sempit	" saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter ... Tapi dokter kan cepat-cepat"					√					
8	Diperolehnya kebutuhan terkait pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh klien pria diabetes yang mengalami disfungsi seksual	Kebutuhan terkait dengan pelayanan kesehatan sehubungan dengan disfungsi seksual yang dialaminya	Adanya petugas kesehatan dan sarana kesehatan yg mendukung		Dokter	" ... Ada dokter dengan dibiayai oleh instansi tertentu"	√									
					Klinik	" tapi kalau misalnya benar2... Berobat itu bisa benar, saya saaaangat mau... Apa itu dokter apakah klinik alternatif"		√								
					Perawat	"ya termasuk apa itu dari perawat, ya dari kesehatan lah ada"										
			Adanya pelayanan kesehatan tentang seksual dari tenaga kesehatan		Konsultasi	" ... Berbicara tentang diabetes dan disfungsi seksual... " " ... Saya belum pernah mengkonsultasikan ke dokter ... Emang sich kepingin dari dulu ... "	√				√					
					Menanyakan	" kalau tidak dimulai dari susternya sendiri yang nanya... Kayaknya gak mau, lebih baik jangan"		√								
					Memberi solusi	" pingin banget... Agar diberi penjelasan" " ... Saya mengharapkan solusi dari suster atau perawat itu sendiri"				√				√		
			Adanya obat		Obat untuk menunjang fungsi seksual	" ... Kesehatan.. Selalu memberikan obat apa untuk menunjang supaya fungsi seksual jadi normal lagi"		√								
		Adaptasi/ mekanisme koping	Perubahan spiritual	Peningkatan hubungan dengan Tuhan	doa dan sholat	" ... Saya bawa doa saja, sholat saja"				√						
					Tausiyah	" ... Adanya tausiyah jd bisa menahan nafsu nahan diri"					√					
					Sholat dan pengajian	" ... Sholat, ikut pengajian-pengajian insya Allah bisa lah, mengurungilah, bisa agak dilupain"					√					
					Dzikir	" kalau pas napsu ya kita dzikir, ya akhirnya sadar sendiri"										√
					Pasrah	" ... Kalau memang sudah terjadi terjadilah", " ... Kan saya pasrah... Sudah terserah..."			√							

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN									
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7			
						" ... Pasrah... "				√						
					Ikhlas	" ... Saya ikhlas saja"	√									
						" ... Saya ikhlas, mangkanya tadi saya ketawa2"			√							
						" ... Ya ikhlas saja", " ya saya yg pertamanya ikhlas dulu"			√							
					Ujian/hadiah/ keputusan Tuhan	"... Hadiah dari Tuhan, Tuhan telah memberikan ini, yang membikin sakit itu Allah..."	√									
					Rela	" ya saya rela, rela saya"	√									
					Bersyukur	" ... Kita bersyukur, untuk kedepannya"			√							
					Sabar	" ya sabar aja, sabaaar,... "			√							
				Penurunan hubungan dg Tuhan	Tidak sholat	"... Saya tidak sholat"	√									
			Perubahan pola tidur		Tidak bisa tidur	" ... Nggak bisa tidur"	√									
					Banyak tidur	" kalau nggak ada nafsu... Maales, lebih baik tiduuuur, tiduuuur"									√	
			Perubahan psikologis		Berfikir positif	" ... Jadi saya ambil konsentrasi ajalah pada yang baik"	√									
						" ... Saya nggak mau menganggap penyakit ..."			√							
						" ... Saya bikin hidup ini santai, kita jalani hidup ini"			√							
					Berfikir negatif	" ... Sepertinya tidak ada gunanya... Punya ilmu, sekolah di luar, tapi nggak ada apa-apa... "		√								
						"... Saya tuch rendah banget"		√								

**TABULASI DATA SCREENING AWAL DISFUNGI SEKSUAL PADA KLIEN PRIA DIABETES
DENGAN MENGGUNAKAN INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION QUESTIONNAIRE (IIEF)
PADA PENELITIAN "STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGI SEKSUAL
PADA KLIEN PRIA DIABETES DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

P	A. FUNGSI EREKSI																				Σ								
	frek ereksi saat CO					Ereksi max u/mulai CO					sering dapat penetrasi					Tahan ereksi stlh pnttrasi						Tahan erksi s/CO slsai							
	0	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	5		4	3	2	1	0	1	2	3
1					x						x						x					x							7
2					x						x						x					x							#
3					x						x						x					x							9
4						x					x											x							7
5						x					x											x							7
6						x					x											x							7
7					x																	x							#

P	B. KEPUASAN BERHUBUNGAN SEKSUAL										C. FUNGSI ORGASME										Σ								
	frek memulai CO					kepuasan tiap CO					Kenikmatan tiap CO					frekuensi ejakulasi						frekuensi orgasme							
	0	1	2	3	4	5	0	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	5		4	3	2	1	0	5	4	3
1		x									x																		5
2		x									x																		5
3			x									x																	5
4	x											x																	4
5	x												x																4
6	x													x															4
7				x																									#

P	D. HASRAT SEKSUAL (LIBIDO)					E. KEPUASAN UMUM					F. FS. EREKSI					Σ													
	frek muncul hasrat					ukuran hasrat					Kpuasn khdpn sex						pola hub dg pasangn					PD mdpt & mpthnk							
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1			
1		x																											3
2		x																											2
3		x																											3
4			x																										3
5		x																											3
6		x																											3
7		x																											4

PENILAIAN IIEF

P	Fungsi Ereksi		Fungsi Orgasme		Hasrat Seksual	
	A	Interpretasi	B	Interpretasi	C	Interpretasi
1	10	Disfungsi sedang	5	Disfungsi ringan ke sedang	8	Disfungsi ringan
2	12	Disfungsi sedang	5	Disfungsi ringan ke sedang	7	Disfungsi ringan
3	11	Disfungsi sedang	5	Disfungsi ringan ke sedang	8	Disfungsi ringan
4	10	Disfungsi sedang	4	disfungsi sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang
5	10	Disfungsi sedang	4	disfungsi sedang	7	Disfungsi ringan
6	10	Disfungsi sedang	4	disfungsi sedang	7	Disfungsi ringan
7	18	Disfungsi ringan ke sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang	8	Disfungsi ringan
P	Kepuasan Intercouse		Kepuasan Umum			
	D	Interpretasi	E	Interpretasi		
1	6	Disfungsi sedang	2	Disfungsi berat		
2	5	Disfungsi sedang	6	Disfungsi ringan ke sedang		
3	5	Disfungsi sedang	8	Disfungsi ringan		
4	5	Disfungsi sedang	6	Disfungsi ringan		
5	5	Disfungsi sedang	7	Disfungsi ringan		
6	5	Disfungsi sedang	7	Disfungsi ringan		
7	10	Disfungsi ringan	7	Disfungsi ringan		



DEPARTEMEN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDRAL BINA PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR CIPTO MANGUN KUSUMO
 JL Diponegoro No. Jakarta 10430 Telp. 3018301, 3193080 (Hunting)
 Kotak Pos 1086 Fax 3148991 (Formulir 4)

LAPORAN SELESAI PENGAMBILAN DATA

Yang bertanda tangan dibawah ini, Pembimbing lapangan di Unit Penelitian :
 Ns. Yeane Anastania, S.Kep.

Menerangkan bahwa :

Nama : HAFNA ILMU MUHALLA
 NPM/NIM : 0906620543
 Fakultas : FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
 Universitas : UNIVERSITAS INDONESIA
 Strata : STRATA 2 (MAGISTER)

Judul Penelitian :
 STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGSI
 SEKSUAL PADA KLIEN PIAA DIABETES DI RSCM
 DR CIPTOMANGUNKUSUMO JAKARTA

Telah melaksanakan penelitian dari tanggal 15 JUNI 2011 sampai dengan
 08 JULI 2011

Dan dinyatakan selesai

Rawat Inap Tedakarta,
 Pembimbing lapangan,

 Lantai 7 E Ns. Yeane Anastania, S.Kep.
 Penyakit Dalam

Tembusan Yth :
 1. Kepala Bagian Penelitian

Universitas Indonesia



DEPARTEMEN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDRAL BINA PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR CIPTO MANGUN KUSUMO
 Jl. Diponegoro No. Jakarta 10430 Telp. 3018301, 3193080 (Hunting)
 Kotak Pos 1086 Fax 3148991 (Formulir 4)

LAPORAN SELESAI PENGAMBILAN DATA

Yang bertanda tangan dibawah ini, Pembimbing lapangan di Unit Penelitian :

Ns. Pakhtina Gultom, Skn, Skep

Menerangkan bahwa :

Nama : HAFNA ILMY MUHALLA

NPM / NIM : 0906620543

Fakultas : FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Universitas : UNIVERSITAS INDONESIA

Strata : STRATA 2 (MAGISTER)

Judul Penelitian :
STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN DISFUNGSI
SEKSUAL PADA PRIA DIABETES DI RUPN DR. CIPTO
MANGUNKUSUMO JAKARTA

Telah melaksanakan penelitian dari tanggal 15 JUNI 2011 sampai dengan
08 JULI 2011

Dan dinyatakan selesai

Jakarta,
 Pembimbing lapangan,

 Ns. Pakhtina Gultom, Skn, Skep

Tembusan Yth :
 1. Kepala Bagian Penelitian

Universitas Indonesia