

PENDAHULUAN

Pada umumnya seorang individu mengalami tiga masa dalam hidupnya, yaitu masa kanak-kanak, masa remaja, dan masa dewasa. Masa dewasa dapat dibagi menjadi tiga, yaitu masa dewasa awal, masa dewasa madya dan masa dewasa akhir atau lebih dikenal dengan usia lanjut atau lansia (seterusnya disebut lansia). Lansia adalah periode penutup dalam rentang kehidupan seseorang yaitu periode di mana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu penuh manfaat. Lansia adalah orang-orang yang berusia lebih dari 60 tahun (Hurlock, 2008).

Menurut Hardywinoto dan Setiabudhi (1999) pada umumnya ketika seorang individu berada pada masa lanjut, akan timbul masalah yang bersifat penurunan meliputi fisik, mental, maupun sosial. Namun Schaie dan Willis (2000) mengemukakan bahwa proses menjadi tua merupakan tahapan yang harus dilalui oleh setiap individu karena menjadi tua adalah proses normal dalam sebuah kehidupan.

Perubahan fisik, sosial, maupun psikologis yang dialami selama proses menua membutuhkan kesiapan individu yang bersangkutan serta individu yang berada di sekitarnya. Efek dari perubahan tersebut menentukan apakah individu tersebut akan melakukan penyesuaian diri secara baik atau buruk (Hurlock, 2008). Pendapat tersebut diperkuat oleh pernyataan Papalia (2001) yang menyebutkan bahwa perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada lansia dapat menyebabkan perubahan pada kondisi jiwanya.

Masalah lain yang terkait dengan lansia adalah lansia sering mengalami gangguan pada fungsi tubuh secara umum. Salah satu gangguan yang sering timbul pada masa lansia adalah penyakit *Alzheimer*. Penyakit *Alzheimer* merupakan suatu

gangguan otak progresif dan tidak dapat kembali yang ditandai dengan adanya kemerosotan secara perlahan dari penalaran, ingatan, bahasa serta fungsi fisik (Santrock, 2005). Penyakit *Alzheimer* kebanyakan menyerang wanita karena secara hormonal, wanita lebih cepat masuk masa menopause. Jadi faktor resiko Demensia *Alzheimer* terjadi pada usia lanjut, wanita, trauma apitis berat, pendidikan rendah dan menyangkut faktor genetik kasusnya 1 - 5%. (Wibowo, 2007). Hal ini juga didukung oleh hasil temuan Lerner (1999) yang menunjukkan bahwa resiko wanita mendapatkan penyakit demensia jenis *Alzheimer* lebih dikarenakan angka harapan hidupnya lebih besar daripada pria. Menurutnya jenis kelamin tidak mempunyai hubungan langsung dengan penyakit tersebut.

Seorang individu yang menderita *Alzheimer* memerlukan pendampingan oleh seseorang yang dikenal dengan istilah *caregiver*. Seorang individu yang mengalami *Alzheimer* menyebabkan individu yang bersangkutan merasa tidak puas dan tidak bahagia, hal ini dapat memicu konflik dengan individu yang berada di sekitarnya. Hal ini pula yang menimbulkan rasa tertekan pada *caregiver* yang melakukan pendampingan. Rasa tertekan ini bisa berkembang dan menyebabkan individu yang bersangkutan kesulitan dalam menyesuaikan diri atas pola hidup, sikap kebiasaan dan perilaku penderita *Alzheimer*. Sementara, penyesuaian diri lebih mengarah suatu proses sepanjang hayat (*lifelong process*) dan manusia terus menerus berupaya menemukan serta mengatasi tantangan hidup guna mencapai pribadi sehat (Sunarto dan Hartono, 2006). Agar dapat terwujud maka diperlukan adanya dukungan sosial. Menurut Baron dan Byrne (dalam Sulistyanti, 2013) dukungan sosial merupakan suatu bentuk pemberian rasa nyaman, baik secara fisik maupun psikologis oleh keluarga atau teman dekat dalam menghadapi masalah-masalah tertentu. Melalui dukungan sosial, *caregiver*

mendapatkan kepedulian dan penghargaan maka *caregiver* dapat menyesuaikan diri secara maksimal. Dukungan ini sangat diperlukan dalam menghadapi berbagai tekanan selama masa pendampingan dan perawatan penderita *Alzheimer*.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimana dukungan keluarga dapat memberikan kontribusi bagi *caregiver* dalam mendampingi dan merawat penderita *Alzheimer*?”

Selanjutnya berdasarkan pada uraian latar belakang yang telah dijabarkan di atas, maka penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut: mendeskripsikan serta mengeksplorasi potensi kendala yang dihadapi terkait dengan dukungan keluarga yang diperlukan oleh *caregiver* penderita *Alzheimer*.



TINJAUAN TEORITIS

Alzheimer Disease (AD)

Secara umum, demensia dapat didefinisikan sebagai hilangnya kemampuan kognisi yang sedemikian berat hingga mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan (dalam Kusumoputro, 2006). Berdasarkan PPDGJ 3 maka demensia dapat dibedakan menjadi dua yaitu *demensia Alzheimer* dan *demensia vascular*. AD adalah suatu gangguan otak progresif dan tidak dapat kembali yang ditandai dengan adanya kemerosotan secara perlahan dari penalaran, ingatan, bahasa serta fungsi fisik (Santrock, 2005). AD dapat didefinisikan juga sebagai gangguan neurodegeneratif terkait usia yang berkaitan dengan gangguan memori. Menurut Raja (2016) secara klinis seorang individu dengan AD mengembangkan atrofi otak dan hilangnya neuron, dan penyakit ini ditandai dengan adanya endapan ekstraselular padat plak amiloid dan adanya bagian neurofibrillary yang mengalami kusut. AD secara epidemiologi pada umumnya terbagi dua kelompok yaitu kelompok yang menderita pada usia kurang 58 tahun disebut sebagai “serangan pada tahap awal” (*early onset*) dan kelompok yang menderita pada usia lebih dari 58 tahun disebut sebagai “serangan pada tahap akhir” (*late onset*).

Secara umum gejala penyakit *Alzheimer* adalah munculnya perubahan kepribadian dan tingkah laku sehingga memengaruhi aktivitas sehari-hari. Penderita *Alzheimer* memperlihatkan gejala yang menonjol pada tahap awal seperti sulit mengingat nama anak atau cucu mereka atau lupa meletakkan suatu barang. Gejala penyakit *Alzheimer* berikutnya yang muncul biasanya berupa depresi, sehingga penderita *Alzheimer* memiliki kecenderungan menjaga jarak dengan lingkungan dan lebih sensitif. Pada tahap lanjut penderita *Alzheimer* memunculkan perubahan tingkah laku yang semakin mengkhawatirkan. Perubahan tingkah laku (*behavioral symptom*)

yang dapat terjadi pada penderita *Alzheimer* di antaranya adalah delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, disorientasi spasial, ketidakmampuan melakukan tindakan yang berarti, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, melawan, marah, agitasi, apatis dan kabur dari tempat tinggal (Volicer, Hurley, Mahoney, 1998). Munculnya perubahan tingkah laku ini memerlukan sikap empati yang sangat dibutuhkan oleh para anggota keluarga yang harus dengan sabar merawat penderita *Alzheimer*.

Caregiver

Pada umumnya penderita *Alzheimer* memiliki banyak keterbatasan terkait dengan kemampuan sosial dan penurunan dalam beraktivitas dalam kehidupan kesehariannya, sehingga memerlukan bantuan dari individu lain terkait dengan aktivitasnya (Bayern & Reban, 2004). Adapun secara nyata bantuan untuk merawat dan pendampingan ini dilakukan oleh seorang yang dikenal dengan istilah *caregiver*. *Caregiver* ini dapat berasal dari rumah sakit, lembaga keperawatan, tenaga profesional, maupun dari keluarga di sekitar penderita.

Namun Sarafino (2006) mengemukakan bahwa seringkali penderita *Alzheimer* memilih tinggal di rumah dan mendapatkan perawatan dari pihak keluarga. *Caregiver* dalam melaksanakan tugasnya, seringkali menghadapi tekanan (*stressor*) yang muncul akibat perilaku penderita *Alzheimer* seperti gangguan *mood* (depresi & kecemasan), gangguan aktivitas (berkeliling karena kehilangan ingatan terkait dengan arah), perilaku yang mengganggu serta menuntut, dan delusi terhadap *caregiver* (Neundofer, 2001).

Dukungan Keluarga

Tingginya tekanan yang dihadapi oleh *caregiver* ini memungkinkan yang bersangkutan mencari cara untuk mengurangi dan menghilangkan stress yang dapat diperoleh dari lingkungan di sekitarnya melalui dukungan keluarga. Colarossi (2001) mengungkapkan bahwa dukungan sosial merupakan pembangunan multifase yang meliputi pemilahan dan spesifikasi di seluruh dimensi struktural dan fungsional. Sementara, Dumont dan Provost (1999) mendefinisikan dukungan sosial sebagai serangkaian multidimensional konsep yang mencakup dukungan yang diperoleh dari teman, keluarga, orang asing, dan hewan.

Menurut Canavan dan Dolan (2006) dukungan keluarga merupakan bentuk dukungan informal antar anggota keluarga yang berdampak pada pengembangan seseorang mencakup penilaian, pola perilaku dan kognitif sosial. Sementara Cutrona (1989) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan yang terbentuk dari individu dengan persepsi bahwa seorang dicintai, dihargai, disayang dan untuk memberikan bantuan kepada individu yang memperoleh tekanan dalam kehidupannya yang berasal dari keluarga. Dukungan keluarga menunjukkan pada hubungan interpersonal yang melindungi individu terhadap konsekuensi negatif dari stres. Dukungan keluarga yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, dicintai, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Selanjutnya Friedman, Bowden dan Jones (2010) mengungkapkan bahwa keluarga dapat dilihat dari tiga tingkatan, yaitu: tingkat individu, tingkat hubungan antara pribadi dan tingkatan sistem. Dukungan sosial dalam keluarga ini diperlukan oleh seorang *caregiver* agar dapat menjalankan aktivitasnya secara maksimal dengan meminimalisir potensi *stress* yang muncul saat masa perawatan.

Strategi Koping

Ketika seorang individu menghadapi beban yang berat dalam hidupnya, maka beban tersebut dapat menjadi suatu tekanan (*stressor*), demikian hal itu juga terjadi bagi seorang *caregiver*. Seorang *caregiver* penderita *Alzheimer* memerlukan kemampuan untuk dapat mengurangi atau menghilangkan beban yang dihadapi dalam masa perawatan. Adapun hal yang berpotensi menjadi *stressor* bagi *caregiver* adalah terjadinya perubahan tingkah laku (*behavioral symptom*) yang terjadi pada penderita *Alzheimer* di antaranya adalah delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, disorientasi spasial, ketidakmampuan melakukan tindakan yang berarti, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, melawan, marah, agitasi, apatis dan kabur dari tempat tinggal. Munculnya perubahan tingkah laku ini memerlukan suatu dukungan mental yang mendorong *caregiver* untuk harus dengan sabar merawat penderita *Alzheimer*.

Kemampuan yang diperlukan oleh *caregiver* lebih dikenal dengan istilah strategi mengatasi *stress*. Strategi mengatasi *stress* menurut Sarafino (2006) merupakan kemampuan seseorang untuk mengurangi dan menghilangkan *stress* ketika seorang individu berada dalam keadaan tertekan. Sependapat dengan Sarafino, Lazarus (dalam Nuzulia, 2005) juga mendefinisikan strategi mengenai *stress* sebagai suatu rangkaian upaya yang dilakukan seseorang saat menghadapi tuntutan-tuntutan internal maupun eksternal yang ditujukan untuk mengatur suatu keadaan yang penuh stres dengan tujuan mengurangi distress.

Selanjutnya, Sarason (1999) menjabarkan bahwa strategi koping untuk mengatasi *stress* adalah cara untuk menghadapi *stress* terkait dengan cara individu yang bersangkutan dalam mengidentifikasi dan mencoba untuk menyelesaikan masalah.

Berdasarkan pada definisi strategi mengenai *stress*, maka ketika seorang individu memiliki cara mengatasi atau meminimalkan *stress*, individu yang bersangkutan dapat mengatasi tuntutan-tuntutan dalam situasi yang menekan atau menegangkan. Strategi mengatasi *stress* ini diperlukan dalam menghadapi tekanan yang dinamis dan dapat mengubah secara konstan pikiran dan perilaku seorang *caregiver* ketika merespon perubahan-perubahan dalam penilaian terhadap kondisi, tuntutan-tuntutan dalam masa pendampingan dan perawatan.

Penerimaan Diri

Selanjutnya, melalui dukungan keluarga yang diberikan maka *caregiver* dapat menerima dukungan secara emosional dan merasa telah menerima penghargaan. Hal tersebut bermanfaat bagi *caregiver* agar lebih dapat mengatasi *stressor* yang diperoleh dari penderita *Alzheimer*, serta individu yang bersangkutan juga memiliki penerimaan diri atas keadaan dan lingkungannya. Hal tersebut sesuai dengan hakikat penerimaan diri sebagai keadaan ketika seorang individu telah menyadari, memahami dan menerima diri apa adanya yang disertai keinginan dan kemampuan diri untuk senantiasa mengembangkan diri sehingga dapat menjalani hidup dengan baik dan penuh tanggung jawab (Hati, 2007).

Penerimaan diri menurut Sheerer (1963, dalam Margaretha, 2013) merupakan bentuk sikap untuk menilai diri dan keadaannya secara objektif mencakup segala yang ada pada dirinya termasuk kelebihan-kelebihan dan kelemahan-kelemahannya. Dengan kata lain, saat individu memiliki penerimaan diri maka individu tersebut telah menyadari, memahami dan menerima diri apa adanya dengan disertai keinginan dan

kemampuan diri untuk senantiasa mengembangkan diri sehingga dapat menjalani hidup dengan baik dan penuh tanggung jawab (Margaretha, 2013).

Menurut Hurlock (2008) penerimaan diri merupakan suatu kesadaran individu tentang karakteristik diri dan kemauan untuk hidup dengan keadaan dirinya. Jadi saat seorang individu memiliki penerimaan diri yang positif akan memiliki sikap positif juga terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan atau tidak dikehendaki, sehingga individu mampu melihat keadaan yang dialami secara rasional, tidak mudah putus asa atau menghindar dari keadaan yang tidak menyenangkan tetapi akan mencari jalan keluar atas permasalahan yang dihadapi. Dengan demikian individu akan mempunyai mental yang kuat, yang akan membantu dalam menghadapi *stressor* kehidupan (Dwitantyanov, 2012; Rizkiana & Retnaningsih, 2009). Seorang individu yang memiliki penerimaan diri akan lebih mampu menyesuaikan kondisi emosional dengan realitas yang dihadapi, memiliki keyakinan terhadap kemampuan yang dimiliki, memandang diri sebagai individu yang berharga, bertanggung jawab, berpendirian, serta mampu menerima kelebihan dan keterbatasan yang dimiliki (Sintya Noviana, 2013; Salwa, 2010).

Penyesuaian Diri *Caregiver*

Ketika seorang telah memiliki penerimaan diri yang baik, maka selanjutnya individu yang bersangkutan dapat lebih menyesuaikan diri dengan keadaan serta lingkungannya. Calhoun dan Accocella (1995) menyebutkan bahwa penyesuaian diri adalah interaksi individu yang terus menerus dengan diri sendiri, dengan orang lain, dan dengan lingkungan sekitar tempat individu hidup. Penyesuaian diri lebih bersifat suatu proses sepanjang hayat (*lifelong process*) dan manusia terus menerus berupaya

menemukan serta mengatasi tantangan hidup guna mencapai pribadi sehat (Sunarto dan Hartono, 2006).

Menurut Haber dan Runyon (1984) penyesuaian diri merupakan proses yang terus berlangsung dalam kehidupan individu dalam menghadapi lingkungan yang senantiasa berubah tanpa membuat kecewa diri sendiri maupun orang lain, merasa bersalah, takut dan khawatir. Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa penyesuaian diri merupakan proses mental dan tingkah laku, yaitu individu berusaha untuk mengatasi kebutuhan-kebutuhan dalam dirinya, konflik-konflik dan frustrasi yang dialami, sehingga terwujud keselarasan antara tuntutan dalam diri dengan harapan lingkungan sekitar. Faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian diri, pertama adalah faktor internal meliputi: hereditas dan konstitusi, sistem fungsi tubuh, kesehatan fisik, kemauan serta kemampuan untuk berubah, pengaturan diri, realisasi diri, intelegensi, belajar, pengalaman, latihan, keteguhan diri dan lingkungan. Kedua adalah faktor eksternal mencakup: lingkungan sosial di sekitar seorang individu (keluarga, sekolah, masyarakat), agama, dan budaya.

Peran Dukungan Keluarga pada *Caregiver* Penderita *Alzheimer*

Menurut Wright dan Leahey (2009) ketika salah satu anggota keluarga mengalami gangguan, maka hal itu membawa pengaruh pada seluruh anggota keluarga secara sederhana atau lebih kompleks. Fungsi keluarga penting dalam mengelola kehidupan sehari-hari dan dapat digambarkan sebagai beberapa dimensi yang memengaruhi kehidupan keluarga, seperti pemecahan masalah, komunikasi, peran, respon afektif dan keterlibatan dan kontrol perilaku (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000).

Selanjutnya, orang yang menderita *Alzheimer* memerlukan pendampingan oleh *caregiver*. Ketika seorang *caregiver* memperoleh dukungan keluarga yang didefinisikan oleh Dolan dan Canavan (2006) sebagai bentuk dukungan informal antar anggota keluarga yang berdampak pada pengembangan seseorang mencakup penilaian, pola perilaku dan kognitif sosial, maka *caregiver* dapat menyesuaikan diri secara maksimal.

Hal tersebut juga diperkuat oleh hasil penelitian Fleming (dalam Taylor, 2006) maka diketahui bahwa orang yang memiliki dukungan sosial yang lebih tinggi, maka tingkat stres yang dialaminya akan lebih rendah dibandingkan dengan individu yang memiliki dukungan sosial yang rendah. Temuan tersebut senada dengan pendapat Johnson (dalam Ruwaida, 2006) yang menyatakan bahwa dukungan sosial meningkatkan cara seseorang dalam menghadapi atau memecahkan masalah yang terfokus pada pengurangan reaksi *stress* melalui perhatian, informasi dan umpan balik untuk melakukan strategi mengatasi *stress*. Jadi dapat dikatakan bahwa melalui dukungan sosial maka seorang individu dapat termotivasi sehingga mengurangi dampak *stress* dan meningkatkan produktivitas.

Berdasarkan pada temuan penelitian terdahulu tersebut, maka diketahui bahwa dukungan keluarga dapat memberikan kontribusi yang sangat bermanfaat di antaranya adalah dukungan secara emosional. Dukungan emosional yang diberikan seperti rasa empati, selalu ada mendampingi individu ketika mengalami permasalahan, dan keluarga menyediakan suasana yang hangat dalam keluarga dapat membuat individu merasa diperhatikan, nyaman, dan dicintai oleh keluarga sehingga individu akan lebih mampu menghadapi masalah dengan lebih baik.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk memahami fenomena yang ada secara mendalam. Pengambilan data diperoleh dengan menggunakan metode observasi dan wawancara. Selain itu untuk menguji keabsahan data yang diperoleh dalam penelitian kualitatif peneliti menggunakan *member check* yaitu mendiskusikan kembali hasil penelitian dengan subyek penelitian untuk mengetahui data apa yang harus ditambah lagi atau dikurangi, serta untuk meyakinkan subyek bahwa data yang diolah itu tepat.

Partisipan Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah pasangan dari penderita *Alzheimer* yang menjadi *caregiver* dan berdomisili di kota Salatiga, dengan rentang usia partisipan 50-75 tahun. Selanjutnya *caregiver* dalam penelitian ini telah menjalankan fungsinya dalam kurun waktu antara 5 tahun sampai 10 tahun.

Partisipan Pertama (P1) adalah seorang ibu (E), berusia 72 tahun, berdomisili di Salatiga, Jawa Tengah. P1 merupakan *caregiver* dari suami yang menderita *Alzheimer*. Pekerjaan P1 mengurus rumah tangga. Suaminya (D), penderita *Alzheimer* berusia 81 tahun. Mereka menikah pada 29 November 1967 dan dikaruniai tiga orang anak dan tujuh orang cucu. Semua anak hidup di kota lain.

Keluarga P1 tergolong kondisi ekonomi menengah ke atas, terlihat dari rumah yang cukup besar, dengan dua orang pembantu dan seorang satpam. Pembantu laki-laki dan satpam harus siap sewaktu-waktu diperlukan tenaganya oleh P1 untuk membawa

suami P1 ke RS jika dalam keadaan *emergency*, seperti misalnya kejang. Pengetahuan P1 dalam merawat suaminya dengan cara melihat perawat yang merawat suaminya ketika *opname*. Suami P1 sudah 20 kali *opname*. Awal sakit suaminya dimulai dengan seringnya mengalami kejang yang berdurasi sekitar 2-5 menit, penyebabnya tidak diketahui oleh keluarga maupun dokter. Pada tahun 2008 suami P1 mengalami pendarahan di otak dan dioperasi dengan membuat empat lobang di kepalanya. Sejak operasi itu daya ingat suami P1 semakin menurun lalu mengalami demensia yang menuju ke *Alzheimer*, dikarenakan ada pendarahan ke batang otak.

Partisipan kedua (P2) adalah seorang bapak (S), berusia 79 tahun, berdomisili di Salatiga, Jawa Tengah. P2 merupakan *caregiver* dari istrinya yang menderita *Alzheimer*. Pekerjaan P2 merawat istrinya (Y) yang terkena *Alzheimer*, berusia 83 tahun. Mereka menikah pada 10 Desember 1967. Dikaruniai 2 orang anak dan 2 orang cucu. Semua anak tinggal di kota lain. Keluarga partisipan tergolong kondisi di bawah ekonomi rata-rata, terlihat dari rumah yang ditinggalinya, dibangun dari bantuan salah satu warga gereja. Tempat tinggalnya dibangun di atas tanah milik Pemerintah Kota Salatiga, yaitu di bagian belakang sebuah gedung pertemuan kelurahan. Kebutuhan hidup sehari-hari dibantu dari gereja.

Tahun 1983, P2 bekerja di CV Bumi Traktor dengan penghasilan yang cukup untuk menghidupi P2 bersama keluarganya. Istri P2 juga bekerja di Semarang membantu bibinya. Pada tahun 1998 terjadi Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) besar-besaran dan P2 termasuk yang terkena PHK. Setelah itu P2 bekerja serabutan kadang ikut bekerja di bangunan, atau bekerja membantu orang yang memerlukan tenaganya.

Awal sakit istrinya sering merasakan pusing lalu jatuh dan kepalanya terbentur hingga mengeluarkan darah dan dijahit. Hal itu terjadi berulang kali sehingga istri P2 tidak bisa lagi bekerja dan P2 juga berhenti bekerja karena semakin sering istri P2 terjatuh, berdarah dan dijahit.

Untuk keperluan hidup P2 mendapat bantuan dari anaknya dengan ala kadarnya karena keadaan ekonomi anak P2 tidak jauh berbeda dari P2. Pada akhirnya karena kebaikan warga salah satu gereja, P2 mendapat bantuan setiap bulan untuk menunjang biaya hidupnya.

Analisis

Proses analisis data dimulai dengan pengetikan transkrip wawancara melalui mendengarkan hasil rekaman lalu mengetik verbatim wawancara kata per kata. Peneliti juga mengetik hasil observasi lapangan yang didapat saat pengambilan data berlangsung. Selanjutnya dilakukan pengodean pada verbatim wawancara lalu dilakukan metode analisis data yaitu penentuan tema serta makna di balik setiap kalimat yang diungkapkan partisipan penelitian baik secara verbal maupun non verbal. Makna tersebut ditambahkan pada bagian kiri verbatim. Setelah itu makna tersebut dikelompokkan menjadi tema-tema khusus yang berkaitan dengan variabel penelitian. Peneliti lalu mengelompokkan data berdasarkan tema dan membandingkan partisipan pertama dan kedua.

HASIL

Hasil analisis data memunculkan beberapa tema yaitu : perubahan perilaku pasangan dan penerimaan diri, mengubah aktivitas hidup, dukungan dari anak dan teman, semakin parah pasangan semakin banyak tugas caregiver gangguan fisik *caregiver*, menjadi *caregiver* karena janji pernikahan, strategi koping, tidak melakukan hubungan intim, kesiapan diri ketika Tuhan memanggil.

Perubahan perilaku pasangan dan penerimaan diri

Kedua partisipan menceritakan perubahan perilaku pasangannya. P1 menceritakan keadaan suaminya yang sering kejang, juga keanehan-keanehan yang terjadi pada suaminya, seperti lupa waktu, lupa pada orang, lupa jalan pulang, berhalusinasi. Keadaan semakin memburuk setelah suami P1 mengalami beberapa kali pendarahan otak dan melakukan operasi otak dengan membuat empat lobang di kepalanya.

“ ... saya sedang sibuk ngajari merangkai bunga untuk gereja dan pembantu lagi masak di dapur sambil saya suruh ngawasi bapak...ga tau gimana ketika mbaknya nengok ke kamar bapak sudah ga ada. Terus saya sama pembantu saya cari ke luar. Pembantu saya ke kiri, saya ke kanan, terus dikasih tau sama tukang rokok bapak ada di ujung jalan” (W1)

Pada P2, istrinya sering sekali merasakan pusing lalu jatuh, kepalanya terbentur, berdarah dan dijahit. Terkadang dalam waktu dua hari terjadi lagi hal yang sama dan di tempat luka yang sama.

“ dia itu jadi aneh taruh baju di atas rak piring padahal bilang mau dicuci. Setelah makan tidak ingat pada piringnya. Lupa pada rumahnya, pernah pergi ga bisa pulang... beruntung belum jauh” (W1)

Pada awalnya P1 tidak siap menerima kenyataan ketika dokter yang merawat suaminya menyampaikan diagnosa bahwa suaminya mengidap demensia menuju ke *Alzheimer*. Setelah mendapat banyak penjelasan maka P1 sudah siap bahwa ke depan P1 akan mempunyai tanggungjawab yang berat.

“awalnya saya ya kaget antara percaya dan tidak...tapi setelah dokter nerangin apa itu demensia menuju ke Alzheimer saya lebih siap... bapak akan jadi pikun... anak-anak juga ngirimin itu... fotocopyan tentang Alzheimer” (W1)

Berbeda dengan cara penyampaian P2, lebih datar dan tanpa ekspresi ketika P2 menceritakan bagaimana P2 mengetahui bahwa istrinya terkena *Alzheimer* dari petugas Puskesmas yang memeriksa istrinya dan dari informasi orang-orang di sekitarnya karena mendengar penuturan P2 tentang istrinya sering jatuh dan lupa, juga melihat perilaku istrinya yang sering bicara sendiri dan lupa sesuatu hal. Di tengah-tengah peneliti wawancara dengan P2 tiba-tiba istri P2 marah-marah kepada peneliti. Istri P2 melotot dan marah-marah

“kowe ki ta den ke koq ora ngerti matur nuwun, kowe ngopo ra cerita karo aku malah cerita terus karo nde en”(menunjuk P2), (dalam Indonesia : saya yang melahirkan kamu kenapa kamu tidak berterima kasih, kenapa kamu tidak cerita dengan saya tetapi kamu hanya bercerita pada dia). (W1)

Lalu P2 menenangkan istrinya bahwa peneliti bukanlah anaknya. Pada saat ini istrinya masih mengenali P2 sebagai suaminya dan masih mengenali anak-anaknya tetapi tidak mengenali orang di sekitarnya meskipun orang itu sering datang menjenguk istri P2.

Perubahan aktivitas hidup *caregiver*

Ketika suami P1 sering mengalami kejang, P1 tidak pernah meninggalkan suaminya karena takut jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dengan suaminya karena kalau kejang selain matanya melotot, pasang oksigen, P1 juga harus mengganjal mulut suaminya agar lidahnya tidak digigit.

“waktu bapak sering kejang saya sama sekali ga berani ninggalin takut kalo lidahnya kegigit... (P1 memperagakan lidahnya digigit dan matanya membalik ke atas), sekarang bapak tidak pernah kejang lagi tetapi jadi lumpuh. Saya ke gereja jam 5 pagi sebelum bapak bangun. Kalo misal mo gunting rambut ke salon ya jam 11 waktunya bapak tidur habis disuapin” (W1)

Sebaliknya P2, waktunya penuh setiap hari merawat istrinya dan tidak bekerja di luar rumah ketika penyakit istrinya makin parah. P2 tidak mengikuti aktivitas di gereja. P2 hanya ikut pertemuan bapak-bapak di RT nya yang diadakan sebulan sekali. Tidak pernah ikut ngobrol bersama sesama bapak-bapak di pos ronda yang sering kali mereka berkumpul pada malam hari.

“waktu saya ngumpul sama bapak-bapak cuma sebulan sekali, jam 7. Kalo ngobrol di pos ronda ngopi-ngopi kaya bapak-bapak itu ya ga pernah. Ke gereja ya cuma hari Minggu” (W1)

Dukungan dari anak dan teman

P1 masih mendapat kunjungan dari teman-teman terdekatnya. Mereka memberikan dorongan moril dan memberi dukungan. Juga mendapat kunjungan dari orang-orang gereja yang terus mendoakan dan memberikan semangat. Mereka memberikan apresiasi pada P1 atas pelayanan P1 terhadap suaminya yang menderita *Alzheimer*. P1 juga mengadakan acara Pemahaman Alkitab (PA) supaya P1 masih bisa berinteraksi dengan komunitas warga gereja. Hubungan P1 dengan anak-anaknya berjalan dengan baik. Selalu menanyakan keadaan P1 dan suaminya melalui *handphone* dan juga membantu dalam hal keuangan.

*“saya tidak bebas untuk berkumpul dengan teman-teman seperti dulu dan ga bisa ikut kegiatan gereja tetapi teman-teman dekat dan orang-orang gereja masih sering datang tengok saya. Cerita ngobrol ngalor ngidul...membesarkan saya, apresiasi gitulah...cukup menghibur saya. Kalo sama anak-anak hanya komunikasi via *handphone* karena mereka ada di luar kota. Nanyain saya, nanyain bapaknya..dah gitu aja” (W1)*

Hal berbeda yang terjadi dengan P2, tidak mendapat kunjungan dari teman atau tetangga sekitarnya tetapi masih mendapat kunjungan rutin dari gereja P2. P2 dan istrinya sama-sama Kristen tetapi beda gereja. Yang rutin berkunjung adalah warga gereja P2. Dalam kunjungan mereka mendoakan dan mensupport P2 dalam melayani istrinya. Sebulan sekali ada dua warga gereja yang membantu memberikan bahan makanan. Tidak pernah berkomunikasi dengan anak-anaknya karena P2 tidak memiliki fasilitas komunikasi seperti *handphone*.

“tetangga sini tidak peduli sama saya... istri saya dianggap aneh dan karena keadaan saya kan miskin. Yang datang tiap bulan ya orang gereja saya, doa terus ya kasih bahan makanan untuk satu bulan. Anak-anak saya di luar kota semua. Ya ga bisa ngomong-ngomong...pake apa...paling dateng tengok tapi belum tentu setahun sekali” (W1)

Semakin parah keadaan pasangan semakin banyak tugas *caregiver*

Semakin parah keadaan suaminya maka semakin banyak pekerjaan yang harus dilakukan P1. Tugas P1 bertambah sejak suaminya sudah tidak bisa lagi membuka mulutnya untuk makan. P1 harus memblender makanannya dan memasukkan ke dalam mulut suaminya dengan cara dispet.

“opname terakhir itu bapak disonde, terus waktu pulang saya coba suapin dikit-dikit pake spet bisa, terus ya saya spet aja kalo makan. Disonde kan kasihan” (W1)

Begitu juga dengan P2, semakin parah keadaan istrinya maka semakin banyak pekerjaan yang harus dilakukan P2. Istrinya sering sekali ngompol dan buang kotoran di celana, hal itu membuat tambahan kerja P2 untuk membersihkan dan bertambahnya cucian.

Ada perbedaan di sini jika P1 mempunyai kamar untuk suaminya dan ada pembantu yang membantu mengawasi. Tidak demikian dengan P2. Jika P2 sedang sibuk mencuci atau memasak atau membersihkan rumah, istrinya sering kabur dari

rumah. Untuk mengatasi hal itu maka P2 merantai kaki istrinya, jika kesadaran istrinya sedang menurun. Alasan P2 merantai istrinya karena P2 harus menyelesaikan pekerjaan rumah termasuk memasak dan mencuci dan istrinya tidak ada yang menjaga. Di rumah P2 juga tidak ada ruangan atau kamar yang terkunci untuk menempatkan istrinya.

“sekarang malah tambah parah mba, pipis ngobrok di celana, kerjaan saya tambah banyak untuk mandiin dia, nyuci bajunya, bersihin bekas-bekasnya. Pernah waktu saya tinggal nyuci dia ilang. Lha biar ga ilang ya saya rante kakinya. Lha gimana nanti kalo ilang terus ketabrak mobil kan jadi repot lagi. Kalo lagi nyuci bisa saya tinggal nyariin lha kalo saya lagi mandi” (W1)

Gangguan fisik caregiver

Gangguan fisik membuat kegiatan merawat suaminya terbatas, sekitar 4 bulan yang lalu P1 terkena HNP, jadi punggung P1 sakit sekali jika membungkuk sehingga untuk kegiatan “nyibin” (membasuh badan) suaminya dilakukan oleh pembantu laki-laki dan P1 tetap mengawasi di dekat suaminya. Selain itu P1 juga mengidap jantung koroner disebabkan oleh tensi yang tidak stabil. Ketika suaminya sering kejang membuat P1 stres dan berpengaruh pada jantungnya.

“saya mba...empat bulan lalu kena HNP apa tu...syaraf kejepit jadi saya ga bisa lagi nyibin bapak. Sekarang yang nyibin pak Ateng tapi saya di sebelahnya. Terus saya juga punya jantung koroner. Dulu waktu bapak sering kejang saya itu kan kaget terus deg-degan... kata dokter itu yang membuat jantung saya bermasalah” (W1)

Selain karena usia, P2 merasakan kondisinya menurun banyak. Penyakit yang P2 rasakan bukan karena usia tetapi akibat menghadapi keadaan istrinya setiap hari. Sering merasakan pusing yang berputar-putar hingga mual dan muntah-muntah.

“kepala saya mubeng, enternit jadi terbalik-balik” Cepat capek ditambah mikir keadaan yang begini minim” (W1)

Menjadi *caregiver* karena janji pernikahan

Janji pernikahan membuat P1 setia pada suaminya, bersama suaminya waktu suka dan duka. Selain itu P1 mengatakan tidak ada lagi yang merawat suaminya. P1 juga tidak mau memakai tenaga suster, alasannya P1 malah repot karena justru P1 nanti yang melayani suster jadi lebih baik P1 sendiri yang merawat suaminya. P1 menjalani peran sebagai istri dan orang yang merawat suaminya yang terkena *Alzheimer* dengan penuh kasih sayang. P1 membuat rasa nyaman bagi suaminya bahwa P1 selalu ada di sisinya. Meskipun tidur di *bed* yang berbeda tetapi ke dua *bed* diletakkan bersebelahan jadi dibuat seperti tidur dalam satu *bed*. Kekuatan melakukan itu semua juga karena keyakinan pada Tuhan. Tuhan mampukan P1 untuk menjalani itu semua.

“dulu kan di depan pendeta berjanji waktu nikah...dalam suka dan duka sampai maut memisahkan. Ya sudah gitu aja..hehehe” (W2)

Maksudnya sama tapi cara penyampaianya berbeda. P2 mau merawat istrinya yang menderita *Alzheimer* karena alasan kemanusiaan dan sudah jodohnya. Menikah sudah hampir 50 tahun jadi P2 tetap harus bersamanya apapun keadaan istrinya.

“sudah jadi istri saya mba... sapa lagi yang mau merawat kalo bukan saya. Ini kan sudah jadi takdir saya ya harus saya lakoni wong ga bisa milih” (W1)

Strategi Koping

Untuk menghilangkan kesedihan P1 memelihara 10 ekor anjing jenis Poudle dan Poup. Anjing-anjing itu sudah seperti anak sendiri, dipeluk, dipangku, dimandikan, diajak bicara kadang juga P1 menceritakan isi hatinya dan menangis sambil mengelus-elus kepala mereka. Dan anjing-anjing itu seperti mengerti akan kesedihan P1, mereka menciumi pipi P1 dan duduk manja di pangkuan P1. Selain itu P1 juga mendengarkan kotbah melalui *Youtube*. P1 mengalami kesepian, bukan karena suasana rumahnya yang

sepi, tetapi ada rasa hampa dalam batinnya, karena tidak ada lagi yang bisa diajak bicara dari ke hati, tidak ada lagi orang yang mengerti perasaan P1.

“kadang kalo ngeluh sama anak, kata-kata anak nyakitin ati mba, ya hanya Tuhan aku ngadu, nangis...hehehe...jadi curhat...terus pelukin Sera (nama anjingnya), kebetulan lagi punya anak jadi ada tugas ngedotin anak-anaknya Sera” (W2)

P2 juga melakukan hal yang sama, ketika mengalami kecemasan adalah berdoa. Datang pada Tuhan dan hanya bersandar pada Tuhan. Menurut P2 sebagai manusia beriman ya harus mengandalkan Tuhan dan hanya berdoa pada Tuhan minta kekuatan dan kesehatan untuk P2 bisa melakukan semua ini dengan baik. Cara berbeda yang P2 lakukan untuk mengatasi kecemasan yaitu dengan duduk di bangku dan matanya menerawang ke langit-langit rumahnya, cuek saja.

”ya ndableg saja...hehehe (bahasa Indonesia : ya cuek saja)” (W1)

Tidak melakukan hubungan intim

Sejak sebelum suami P1 didiagnosa demensia ke arah *Alzheimer*, P1 dan suaminya sudah tidak melakukan hubungan intim karena suaminya tidak bisa lagi fokus pada P1, suaminya merasa bingung. P1 juga tidak pernah menuntut pada suaminya untuk melakukan hubungan intim. Menurut P1 karena suaminya tidak menginginkan apalagi P1.

“bapak saja engga mau, apalagi saya to mba... tapi mungkin karena bapak bingung melihat saya... saya ini istrinya apa bukan...hahahaha” (W2)

Berbeda dengan P2, masih melakukan hubungan intim dengan istrinya ketika berusia 70 tahun. Sekarang usia P2, 79 tahun jadi sekitar 9 tahun lalu. Sekarang sudah tidak lagi melakukan hubungan intim dan P2 mengalihkannya pada bekerja mengurus istri dan rumah tangganya.

“keadaan sudah kaya begitu mba...ya gimana ya...kadang on kadang off wah...ga enak” (W2)

Caregiver siap jika Tuhan memanggil pasangannya

P1 mengatakan sebagai istri tetap sedih jika Tuhan memanggil suaminya. Meskipun saat ini P1 sangat terbatas dengan aktivitas hidupnya tetapi kalau Tuhan memanggil suaminya ada rasa kehilangan dan itu membuatnya sedih. Jika Tuhan memanggil P1 lebih dahulu, P1 pun sudah siap karena P1 mempunyai penyakit jantung koroner.

Berbeda dengan P2, jika Tuhan memanggil istrinya, sebagai suami P2 tetap merasakan kesedihan tetapi itu yang terbaik baginya dan bagi istrinya. P2 memohon pada Tuhan agar istrinya dulu yang dipanggil Tuhan. Alasan P2 agar P2 dapat merawat istrinya sampai selesai yaitu sampai Tuhan memanggil istrinya. Selain itu supaya P2 tidak merepotkan anak-anaknya. Menurut P2 jika P2 lebih dulu dipanggil Tuhan, P2 akan menambah sengsara hidup anak-anaknya. Karena tanpa merawat istrinya, hidup anak-anaknya berkekurangan. Setiap malam dalam doanya P2 selalu memohon agar Tuhan mengabulkan doanya.

“saya memohon pada Tuhan untuk mengabulkan permohonan saya. biar istri saya dulu yang dipanggil. Saya akan menyelesaikan tugas saya merawat dia. Kalo saya duluan sama saja saya menyengsarakan anak-anak saya dengan merawat ibunya. Janganlah...” (W2)

PEMBAHASAN

Pada umumnya penderita *Alzheimer* memiliki banyak keterbatasan terkait dengan kemampuan sosial dan penurunan dalam beraktivitas dalam kehidupan kesehariannya, sehingga memerlukan bantuan dari individu lain terkait dengan aktivitasnya. Penelitian ini mendukung riset yang telah dilakukan sebelumnya oleh Bayern dan Reban (2004). Kedua partisipan sama-sama memiliki pasangan yang mengalami penyakit *Alzheimer*. Suami P1 sering mengalami kejang sampai operasi otak, sedangkan istri P2 sering jatuh karena pusing, kepala membentur benda keras seperti lantai atau tembok, hingga sobek, berdarah dan dijahit, bahkan sering terjadi sobek pada tempat yang sama. Hal tersebut mengakibatkan adanya perubahan perilaku, berhalusinasi, lupa pada orang, lupa waktu, disorientasi. Diagnosa dan keterangan yang diberikan dokter, semuanya sama persis seperti yang dialami oleh pasangan masing-masing partisipan, dari gejala demensia dan berakhir pada *Alzheimer*.

Pada awalnya kedua partisipan tidak siap dan bingung menghadapi perubahan yang terjadi pada pasangannya, seiring berjalannya waktu, berbekal keterangan dari dokter, serta informasi orang-orang sekitar dan fotocopy tentang penyakit *Alzheimer*, kedua partisipan dapat menghadapi perubahan itu, siap menerima keadaan pasangannya dan menjadi *caregiver* bagi pasangannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sunarto dan Hartono (2006) mengenai penyesuaian diri di mana manusia akan berupaya menemukan serta mengatasi tantangan hidup guna mencapai pribadi sehat.

Sarafino (2006) mengemukakan bahwa seringkali penderita *Alzheimer* memilih tinggal di rumah dan mendapatkan perawatan dari pihak keluarga sama dengan kedua

pasangan *caregiver* yang memilih tinggal di rumah dan pendapat perawatan dari pihak keluarga.

Konsisten dengan hasil penelitian Calhoun dan Accocella (1995) kedua partisipan mengubah aktivitas hidup untuk merawat pasangan masing-masing. Kedua partisipan mengurangi bahkan ada yang dihilangkan aktivitas di luar rumah seperti yang dulu biasa partisipan lakukan bersama teman-temannya. Jika partisipan harus melakukan suatu kegiatan ke luar rumah, misalkan P1 yang perlu merapikan rambut ke salon, maka dicari waktu ketika suaminya sedang istirahat (tidur). P2 juga memberikan waktunya *full* untuk merawat istrinya. P2 sebulan sekali meluangkan waktu mengikuti pertemuan bapak-bapak di RT nya. Konsekuensi yang dihadapi *caregiver* adalah kehilangan aktivitas dan kehilangan waktu untuk bergaul dan berinteraksi bersama dengan teman-temannya.

Caregiver memerlukan dukungan, support dan apresiasi dari lingkungannya agar *caregiver* tidak merasa sendiri. Bersyukur bahwa kedua partisipan mendapatkan perhatian dari teman-temannya dan warga gereja. P1 mendapat kunjungan dari sahabat dekatnya dan warga gereja. P2 mendapat kunjungan dari warga gereja karena orang di lingkungan P2 tidak memberi perhatian. Kunjungan warga gereja selain memberikan dukungan moril juga memberi support. Mereka juga melakukan pujian dan doa bersama untuk kesehatan partisipan sebagai *caregiver*. Apresiasi, dukungan dan support penting sekali bagi *caregiver* dan hal itu sangat diperlukan partisipan agar partisipan tidak merasa sendirian. Pada P2 selain mendapatkan kunjungan warga gereja P2 juga mendapatkan bantuan natuna rutin sebulan sekali. Kunjungan dari teman dan warga gereja sangat penting bagi *caregiver* karena kedua anak partisipan hidup di kota lain. P1 melakukan komunikasi dengan anak-anaknya melalui telepon seluler sedangkan P2

tidak bisa berkomunikasi dengan anaknya karena keterbatasan fasilitas komunikasi, P2 hanya menunggu ketika anaknya datang menengoknya walaupun belum tentu dilakukan setahun sekali.

Penyesuaian diri kedua partisipan sebagai *caregiver* merupakan proses yang terus berlangsung dalam kehidupannya (Haber & Runyon, 1984) tetapi gangguan fisik kedua partisipan membuat kegiatan merawat pasangan terbatas. P1 yang terkena HNP. Hal ini menyebabkan P1 tidak bisa lagi “nyibin” (membasuh badan) suaminya dan harus dibantu oleh orang lain. Selain itu karena tensi yang tidak stabil, P1 menderita jantung koroner. Akan halnya P2 selain usia, kondisi P2 menurun drastis. P2 sering merasakan pusing yang berputar-putar sehingga menyebabkan mual, muntah dan cepat merasa lelah karena kurang asupan gizi yang baik P2 berada pada status ekonomi yang rendah.

Tugas sebagai *caregiver* tidaklah mudah dan bukan pekerjaan yang gampang karena diperlukan ketahanan mental yang luar biasa. Hal ini juga dikemukakan oleh Neundofer (2001) bahwa *caregiver* dalam melaksanakan tugasnya, seringkali menghadapi tekanan (*stressor*) yang muncul akibat perilaku penderita *Alzheimer* seperti gangguan *mood* (depresi dan kecemasan), gangguan aktivitas (berkeliling karena kehilangan ingatan terkait dengan arah), perilaku yang mengganggu serta menuntut dan delusi terhadap *caregiver*.

Rasa kemanusiaan, kasih sayang dan janji pernikahan kedua partisipan mau bertindak sebagai *caregiver*. P1 mengatakan karena janji pernikahan harus bersama dalam suka dan duka sampai maut memisahkan. Sedangkan P2 meyakini bahwa ini merupakan takdirnya, enak tidak enak harus mau diterima dengan lapang dada karena tidak bisa memilih. Kedua partisipan bukan *caregiver* profesional. P1 bisa merawat

suaminya belajar dari melihat perawat yang merawat suaminya ketika opname di Rumah Sakit. P2 merawat istrinya secara otodidak. Istrinya dibawa ke Rumah Sakit jika kepalanya terbentur, yang berakibat luka dan perlu dilakukan perawatan dengan dijahit. Setelah kembali ke rumah maka P2 akan merawatnya seperti yang sudah P2 lakukan setiap harinya.

Menurut Sarason (1999) menjabarkan bahwa strategi koping untuk mengatasi *stress* adalah cara untuk menghadapi *stress* terkait dengan cara individu yang bersangkutan dalam mengidentifikasi dan mencoba untuk menyelesaikan masalah. Dalam hal ini, P1 mengatasi *stress* dan kecemasannya dengan sering mendengarkan kotbah melalui *Youtube*. Selain itu untuk menghilangkan rasa sedih dan galau, P1 bermain dengan anjing-anjingnya, dengan cara membelai-belai anjingnya P1 merasa sedikit tenang dan merasa ada teman bagi dirinya, karena anjing-anjing itu menjadi hiburan tersendiri baginya ketika mereka memperlihatkan kenakalan dan kelucuannya. Sedangkan P2 mengatakan sama sekali tidak mempunyai rasa cemas. P2 mengatasi rasa cemasnya dengan dibawa “ndableg” (tidak peduli, cuek), tetapi P2 setiap kali tetap berdoa minta Tuhan untuk memberi kesehatan dan kemampuan untuk merawat istrinya.

Menurut Santrock (2005) penyakit *Alzheimer* merupakan suatu gangguan otak progresif dan tidak dapat kembali yang ditandai dengan adanya kemerosotan secara perlahan dari penalaran, ingatan, bahasa serta fungsi fisik. Hal ini juga yang menjadi penyebab P1 tidak lagi melakukan hubungan intim sejak suaminya didiagnosa demensia. Menurut P1 kadang-kadang suaminya bingung pada P1, apakah P1 istrinya atau bukan. P1 mengatakan jika suaminya tidak menginginkan hal itu maka P1 juga tidak menginginkannya. Sedangkan P2 terakhir kali melakukan hubungan intim ketika

P2 berusia 70 tahun. Setelah itu karena kesehatan istri P2 semakin menurun dan tidak lagi fokus maka P2 tidak lagi melakukan hubungan intim.

Kedua partisipan mengatakan siap kapan saja jika Tuhan memanggil pasangannya. Dan kedua partisipan mengatakan tetap akan bersedih dan merasa kehilangan meskipun ketika hidup membuat kedua partisipan terbelenggu dalam hidupnya karena merawat pasangan sebagai *caregiver*. Kapanpun dan siapa dulu yang akan dipanggil Tuhan, P1 sudah siap. Jika P1 lebih dulu yang dipanggil Tuhan maka P1 percaya anak-anaknya akan merawat suaminya dengan baik karena itu ayah mereka. Berbeda dengan P2 yang memohon pada Tuhan agar istrinya terlebih dulu yang dipanggil Tuhan sehingga P2 bisa merawat istrinya sampai selesai. Jika P2 yang dipanggil Tuhan lebih dulu maka akan lebih banyak yang menderita, P2 tidak mau memberikan beban anaknya untuk merawat istrinya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pada awalnya kedua partisipan tidak siap dan bingung menghadapi perubahan yang terjadi pada pasangannya, seiring berjalannya waktu, berbekal keterangan dari dokter, serta informasi orang-orang sekitar dan fotocopy tentang penyakit *Alzheimer* mereka menghadapi perubahan itu, siap menerima keadaan pasangannya dan menjadi *caregiver* bagi pasangannya karena seringkali penderita *Alzheimer* memilih tinggal di rumah dan mendapatkan perawatan dari pihak keluarga.

Caregiver memerlukan dukungan keluarga dan apresiasi dari lingkungannya agar *caregiver* tidak merasa sendiri. Namun pada realitanya dukungan keluarga yang diperoleh *caregiver* tidak berbentuk tindakan secara langsung melainkan dipresentasikan dalam bentuk lain seperti komunikasi yang intens dan bantuan keuangan. Bersyukur bahwa kedua partisipan mendapatkan perhatian dari teman-temannya dan warga gereja. P1 mendapat kunjungan dari sahabat dekatnya dan warga gereja sedangkan P2 hanya mendapat kunjungan dari warga gereja karena orang di lingkungan P2 tidak memberi perhatian. Kunjungan warga gereja selain memberikan dukungan moral juga memberi support. Mereka juga melakukan pujian dan doa bersama untuk kesehatan partisipan sebagai *caregiver*. Apresiasi dan dukungan penting sekali bagi *caregiver* dan hal itu sangat diperlukan partisipan agar partisipan tidak merasa sendirian. Bagi P2 selain mendapat kunjungan, P2 mendapat bantuan natuna rutin sebulan sekali. Kunjungan dari teman dan warga gereja sangat penting bagi *caregiver* karena kedua anak partisipan hidup di kota lain. P1 bisa melakukan komunikasi dengan anak-anaknya melalui telepon seluler sedangkan P2 tidak bisa berkomunikasi dengan

anaknyanya karena keterbatasan fasilitas komunikasi, P2 hanya menunggu ketika anaknyanya datang menengoknyanya walaupun belum tentu dilakukan setahun sekali.

Gangguan fisik partisipan sebagai *caregiver* membuat kegiatan merawat pasangan terbatas. P1 yang terkena HNP menyebabkan P1 tidak bisa lagi “nyibin” (membasuh badan) suaminya dan harus dibantu oleh orang lain. Selain itu karena tensi yang tidak stabil, P1 menderita jantung koroner. Akan halnya P2 selain usia, kondisi P2 juga sering sakit-sakitan dan memiliki status ekonomi yang rendah.

Tugas sebagai *caregiver* tidaklah mudah dan bukan pekerjaan yang gampang karena diperlukan ketahanan mental yang luar biasa. Dalam menjalankan tugasnyanya sebagai *caregiver*, seringkali menghadapi tekanan (*stressor*) yang muncul akibat perilaku penderita *Alzheimer* seperti gangguan *mood* (depresi dan kecemasan), gangguan aktivitas (berkeliling karena kehilangan ingatan terkait dengan arah), perilaku yang mengganggu serta menuntut dan delusi terhadap *caregiver*. Dalam hal ini, P1 mengatasi *stress* dan kecemasannyanya dengan sering mendengarkan kotbah melalui *Youtube*. Selain itu untuk menghilangkan rasa sedih dan galau, P1 bermain dengan anjing-anjingnyanya, dengan cara membelai-belai anjingnyanya P1 merasa sedikit tenang dan merasa ada teman bagi dirinya, karena anjing-anjing itu menjadi hiburan tersendiri baginyanya ketika mereka memperlihatkan kenakalan dan kelucuannyanya. Berbeda dengan P2 yang mengatakan sama sekali tidak mempunyai rasa cemas. P2 mengatasi rasa cemasnyanya dengan dibawa “ndableg” (tidak peduli, cuek), tetapi P2 setiap kali tetap berdoa minta Tuhan untuk memberi kesehatan dan kemampuan untuk merawat istrinya.

Rasa kemanusiaan, kasih sayang dan janji pernikahan kedua partisipan mau bertindak sebagai *caregiver*. P1 mengatakan karena janji pernikahan harus bersama dalam suka dan duka sampai maut memisahkan. Sedangkan P2 meyakini bahwa ini

merupakan takdirnya, enak tidak enak harus mau diterima dengan lapang dada karena tidak bisa memilih. Kedua partisipan bukan *caregiver* profesional. P1 bisa merawat suaminya belajar dari melihat perawat yang merawat suaminya ketika opname di Rumah Sakit. P2 merawat istrinya secara otodidak.

Alzheimer merupakan suatu gangguan otak progresif dan tidak dapat kembali yang ditandai dengan adanya kemerosotan secara perlahan dari penalaran, ingatan, bahasa serta fungsi fisik. Hal ini juga yang menjadi penyebab P1 tidak lagi melakukan hubungan intim sejak suaminya di diagnosa demensia. Menurut P1 kadang-kadang suaminya bingung pada P1, apakah P1 istrinya atau bukan. P1 mengatakan jika suaminya tidak menginginkan hal itu maka P1 juga tidak menginginkannya. Berbeda dengan P2 terakhir kali melakukan hubungan intim ketika P2 berusia 70 tahun. Setelah itu karena kesehatan istri P2 semakin menurun dan tidak lagi fokus maka P2 tidak lagi melakukan hubungan intim.

Saran

Impian pasangan lanjut usia adalah berbahagia bersama dengan pasangannya dalam keadaan sehat dan sejahtera. Bila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, dalam hal ini salah satu pasangan menderita penyakit *Alzheimer* maka pasangan harus menjadi *caregiver* bagi pasangannya. Untuk itu diperlukan dukungan keluarga agar *caregiver* tetap bisa menjalankan tugasnya dengan sehat dan bahagia. Menjadi lebih baik lagi jika ada dukungan dari orang di sekitarnya misalnya tetangga dan pihak gereja. Selain itu agar *caregiver* tetap semangat untuk menjalankan rutinitasnya dianjurkan untuk mengikuti *caregiver* meeting untuk menambah pengetahuannya.

Oleh karena penelitian ini hanya berfokus pada dua partisipan, maka untuk penelitian selanjutnya dapat melibatkan jumlah partisipan yang lebih besar untuk memperoleh perbedaan antara *caregiver* perempuan dan laki-laki serta mengetahui konflik moral yang terjadi pada *caregiver* mengenai pengharapan ingin merawat dan bebas dari beban.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. (2009). *Metode penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bayern, A. & Reban J. (2004). *Alzheimer's disease and related condition*. Czech: Meda Press.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Calhoun, J. F & Acocella, J.R. (1995). *Psychology of adjustment and human relationship*. New York : Mc Graw Hill, Inc.
- Colarossi, L. G. & Eccles, J.S. (2001). "A prospective study of adolescents' peer support": Gender differences and the influence of parental relationship. *Journal of Youth Adolescence*, 29, 56-58.
- Cutrona, C. E & Russell, D. W., (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. *Advances in Personal Relationships*, 6, 37-67.
- Cutrona, C. E. (1994). Perceived parentalsocial support and academic achievement :An attachment theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 369-378.
- Dolan, P & Canavan, J., (2006). *Family support as reflective practice*. London: Jesica Kingsley Publisher.
- Dumont, M & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents, protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.
- Dwitantyanov, A. (2012, Mei 18). *Stres*. Retrieved Mei 5, 2013, from <http://lelaki.berjubahhitam.wordpress.com/2012/05/18/stres/>
- Friedman, M. M., Bowden, V.R., & Jones, E. G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik*. Ed 5. Jakarta : EGC.
- Haber & Runyon. (1984). *Psychology of adjustment*. California: The Dorsey Press.
- Hardywinoto & Setiabudhi. (1999). *Panduan gerontologi tinjauan dari berbagai aspek: Menjaga keseimbangan kualitas hidup para lanjut usia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hurlock, E. B., (2008). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta: Erlangga.

- Kuntjoro, Z. S. (2002). *Pengenalan dini demensia (predemensia)*. Diakses September 18, 2016 dari <http://www.e-psikologi.com/usia/170602.htm>.
- Kusumoputro. (2007). *Kelemahan kognisi ringan sebagai awal pikun alzheimer pada lanjut usia*. Diakses September 20, 2016 dari <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0307/01/opini/401780.htm>.
- Lerner, R. M. (1999). *Concepts and theories human development*. Philipines: Addison Wesley.
- Miller, I., Ryan, C., Keitner, G., Bishop, D & Epstein, N. (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189.
- Moleong, L. J. (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: P.T. Remaja. Rosdakarya.
- Neundofer, Mc, Clendon, Smyth & Stuckey. (2001). A longitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with alzheimer's disease and level of depression among their family caregivers. *Journal of gerontology*, 56, 8.
- Nuzulia, S. (2005). Peran self-efficacy dan strategi coping terhadap hubungan antara stressor kerja dan stress kerja. *Jurnal: Psikologika*, 19, 32-40.
- Oktavia, L & Basri, A. S. (2002). Hubungan antara dukungan sosial yang diterima secara nyata dengan ada atau tidaknya gangguan depresi pasca persalinan pada ibu dewasa muda. *Jurnal psikologi sosial*, 8, 15-18.
- Papalia, O. (2001). *Perkembangan pada remaja*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Patilima, H. (2005). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: CV Alfabeta.
- Ruwaida, A., Lilik, S & Dewi, R. (2006). Hubungan antara kepercayaan diri dan dukungan keluarga dengan kesiapan menghadapi masa menopause. *Jurnal Indigenous*, 8, 76-99.
- Salwa, U., Kuncoro, J & Setyaningsih, R. (2010). Dukungan sosial keluarga dan persepsi terhadap vonis dengan penerimaan diri narapidana Lembaga Pemasarakatan Klas II.A Wanita Semarang. *Proyeksi*, 5, 79-89.
- Santrock, J. W. (2005). *Life-span Development*. USA: McGraw Hill Humanities Social.
- Sarason. (1999). *Abnormal psychology*. New-Jersey: Prentical Hall.
- Sarfino, E. P. (2006). *Health psychology: biospsychology interactions*. America: John Willey & Sons Inc.

- Schaie, K.W. & Willis, S. L. (2000). *Adults development and aging*. (3rd Edition). New York: Harper Collins.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT Grasindo.
- Sugiyono. (2005). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Sunarto, A & Hartono, A. (2006). *Perkembangan peserta didik*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya.
- Suryabrata, S. (2003). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta : Raja Grafindo Perkasa.
- Taylor & Shelley, E. (2006). *Health Psychology 6th ed*, New York: Mc.Graw-Hil
- Wibowo, A. S. (2007). Manajemen demensia alzheimer dan demensia vaskuler. Diakses pada April 18, 2016 dari <http://abgnet.blogspot.com/2007/09/manajemen-demensia-alzheimer-dan.html>.
- Wright, L. M & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Wu, K., Anderson, V & Castiello, U. (2002). Neuropsychological evaluation of deficits in executive functioning for ADHD children with or without learning disabilities. *Developmental Neuropsychology*, 22, 501-531.