

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

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

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

Puskesmas Pandak 1 Bantul merupakan Puskesmas dengan pelayanan IGD 24 jam dan juga menyediakan fasilitas rawat inap dengan 10 tempat tidur. Puskesmas Pandak 1 terletak di jalan Pandak Pajangan, dusun Gesikan desa Wijirejo kecamatan Pandak kabupaten Bantul. Wilayah kerja puskesmas meliputi 2 desa yaitu desa Wijirejo (10 dusun) dan desa Gilangharjo (15 dusun). Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Pandak 1 tahun 2009 sebanyak 27.495 jiwa, dengan perincian Wijirejo 11.087 jiwa (5.442 laki-laki dan 5.645 perempuan) dan Gilangharjo 16408 jiwa (8.081 laki-laki dan 8.327 perempuan).

Selama bulan September 2016 hingga bulan Februari 2017 jumlah pasien *stroke* yang terdaftar mencapai 38 pasien dan yang memiliki pasangan sebanyak 30 pasien dengan rata-rata pekerjaan mereka sebagai petani dan di dominasi oleh kaum laki-laki. Dengan jumlah masyarakat yang banyak dan pola hidup masyarakat yang tidak teratur menyebabkan banyak timbulnya masalah kesehatan di tengah masyarakat diantaranya adalah *stroke*. Meski Puskesmas Pandak 1 menyediakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap akan tetapi Puskesmas Pandak 1 tidak menyediakan layanan kunjungan rumah pada pasien *stroke* dikarenakan keterbatasan tenaga medis yang tersedia. Oleh karena itu, setiap satu bulan sekali pasien *stroke* yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Pandak 1 akan melakukan pemeriksaan ke Poli Rawat Jalan Puskesmas Pandak 1.

##### **2. Karakteristik Responden**

Hasil penelitian terhadap karakteristik pasangan penderita *stroke* post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak I Bantul

Karakteristik	Frekuensi (n : 30)	Persentase (100%)
Usia		
36-45 tahun	1	3,3
46-55 tahun	6	20,0
56-65 tahun	16	53,3
≥ 65 tahun	7	23,3
Jenis kelamin		
Laki-laki	14	46,7
Perempuan	16	53,3
Pendidikan		
SD	19	63,3
SMP	10	33,4
SMA	1	3,3
Pekerjaan		
Buruh	7	23,3
Petani	12	40,0
Pedagang	1	3,3
IRT	10	33,4

Sumber: Data primer tahun 2016

Tabel 4.1 menunjukkan usia responden sebagian besar berusia 56-65 tahun sebanyak 16 orang (53,3%). Jenis kelamin responden sebagian besar perempuan sebanyak 16 orang (53,3%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar SD sebanyak 19 orang (63,3%). Pekerjaan responden sebagian besar adalah petani sebanyak 12 orang (40%).

### 3. Tingkat Psikologis Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan Pertama

Hasil pengukuran tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Indikator Tingkat Psikologis Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan Pertama di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak I Bantul

Psikologis pasangan penderita stroke 6 bulan pertama	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Anxiety</i> (ANX)		
Baik	12	40,0
Cukup	18	60,0
Kurang	-	0
Jumlah	30	100
<i>Depressed mood</i> (DEP)		
Baik	13	43,3
Cukup	17	56,7

Kurang	-	0
Jumlah	30	100
<i>Positive well-being (PWB)</i>		
Baik	12	40,0
Cukup	18	60,0
Kurang	-	0
Jumlah	30	100
<i>Self-control (SC)</i>		
Baik	16	53,3
Cukup	14	46,7
Kurang	-	0
Jumlah	30	100
<i>General health (GH)</i>		
Baik	17	56,7
Cukup	13	43,3
Kurang	-	0
Jumlah	30	100
<i>Vitality (VT)</i>		
Baik	17	56,7
Cukup	13	43,3
Kurang	-	0
Jumlah	30	100

Sumber: Data primer tahun 2017

Tabel 4.2 menunjukkan tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *anxiety* sebagian besar adalah kategori cukup (60%), indikator *depressed mood* sebagian besar kategori cukup (56,7%), indikator *positive well-being* sebagian besar kategori cukup (60%), indikator *self-control* sebagian besar kategori baik (53,3%), indikator *general health* sebagian besar kategori baik (56,7%), dan *vitality* sebagian besar kategori baik (56,7%).

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Tingkat Psikologis Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan Pertama di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak I Bantul

Psikologis pasangan penderita stroke 6 bulan pertama	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	12	40,0
Cukup	18	60,0
Kurang	-	0
Jumlah	30	100

Sumber: Data primer tahun 2017

Tabel 4.3 menunjukkan tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul sebagian besar adalah kategori cukup (60%).

## B. Pembahasan

### 1. Karakteristik pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama

Usia responden sebagian besar berusia 56-65 tahun (masa lansia akhir) sebanyak 16 orang (53,3%). Menurut penelitian yang dilakukan Yuniarsih (2009) *caregiver* berusia tua, relative lebih berpengaruh menimbulkan dampak negatif dari pada *caregiver* yang berusia lebih muda. Hal ini disebabkan karena dengan bertambahnya usia, kemampuan fisik untuk dapat merawat seseorang dengan kecacatan fungsional juga semakin berkurang. Menurut Papalia (2008) masa lansia akhir secara umum berada pada periode kesehatan mental positif. Hal ini menjelaskan teori perkembangan Erikson yang mengatakan bahwa tugas perkembangan utama pada lansia akhir adalah mencapai generatifitas, yaitu keinginan untuk merawat dan membimbing orang lain (Santrock, 2002).

Jenis kelamin responden sebagian besar perempuan sebanyak 16 orang (53,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Ayuningputri dan Maulana (2014) yang menunjukkan mayoritas responden yang berada dalam kesejahteraan psikologis tinggi berjenis kelamin wanita. Pada dimensi hubungan positif dengan orang lain skor responden wanita cenderung lebih tinggi dibandingkan pria, hal ini disebabkan responden wanita pada setiap usia konsisten menilai dirinya tinggi untuk terbuka dengan orang lain.

Tingkat pendidikan responden sebagian besar SD sebanyak 19 orang (63,3%). Snyder & Lopez, (2002) menemukan bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis yang dimiliki individu. Individu yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih baik memiliki kesejahteraan psikologis yang lebih baik juga. Namun menurut Wakhidah (2014) pendidikan bukanlah faktor utama yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis. Agama dan keyakinanlah yang sangat signifikan mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Hal ini dibuktikan dengan penelitian Batuadji (2009) menunjukkan bahwa individu yang berkomitmen pada keyakinan dan praktek keagamaan, umumnya memiliki tingkat *well-being* yang lebih tinggi.

Pekerjaan responden sebagian besar adalah petani sebanyak 12 orang (40%). Status sosial ekonomi berhubungan dengan dimensi penerimaan diri, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, dan pertumbuhan diri. Individu yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah cenderung membandingkan dirinya dengan orang lain yang memiliki status sosial ekonomi yang lebih baik dari dirinya (Snyder & Lopez, 2002).

Dalam penelitian ini meskipun sebagian besar responden bekerja sebagai petani dengan penghasilan yang rendah namun tetap dapat memiliki kesejahteraan psikologis yang cukup. Hal ini disebabkan adanya sikap narimo ing pandum yang sudah melekat pada budaya masyarakat Jawa. Hal ini didukung oleh penelitian Martiarini (2012) yang menyimpulkan bahwa sikap NIP menjadi ciri yang cukup kuat pada pribadi individu dengan latar belakang budaya. Sikap narimo ing pandum menuntun manusia untuk senantiasa bersyukur serta sabar dalam menerima berbagai macam cobaan kehidupan (Endraswara, 2012).

Pada saat individu dipenuhi oleh rasa narima, sukur dan terima kasih, maka tubuh akan menjadi rileks. Kondisi rileks dapat memberikan pemijatan halus pada berbagai kelenjar tubuh, menurunkan produksi kortisol dalam darah serta menyeimbangkan pengeluaran hormon sehingga memberikan keseimbangan emosi dan ketenangan pikiran (Davis, Eshelman & Mckay, 1995). Sebagai hasilnya, manusia akan mendapatkan ketentraman serta kemampuan menyesuaikan diri terhadap dinamisasi kehidupan yang kemudian melahirkan kebahagiaan (Casmini, 2011). Menurut Ryff (1995), kebahagiaan merupakan outcome variabel dari kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*).

## **2. Tingkat Psikologi Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan Pertama**

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke meliputi *anxiety*, *depressed mood*, *positive well-being*, *self-control*, *general health*, dan *vitality* diuraikan ebagai berikut:

a. *Anxiety* atau kecemasan

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologi *anxiety* sebagian besar adalah kategori cukup (60%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Maria (2010) yang menunjukkan sebagian besar keluarga pasien stroke di Ruang Neuro RSUD Prof Dr Hi Alooi Saboi kota Gorontalo mengalami kecemasan sedang. Tingkat kecemasan yang sedang dalam penelitian ini dipengaruhi oleh faktor mekanisme koping dari pasangan penderita stroke. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi strategi koping diantaranya kesehatan fisik *caregiver* yang sehat, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial, usia, dan jenis kelamin responden (Yuanita, 2015).

Menurut Stuart (2006), kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek spesifik kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal dan berada dalam satu rentang.

Kecemasan dapat diartikan sebagai suatu fenomena psikologis yang kompleks dan subjektif serta sulit dirumuskan dengan jelas secara harfiah. Semua orang pernah mengalami kecemasan dalam kehidupan sehari-hari karena kecemasan merupakan pengalaman psikis yang wajar dan biasa yang pernah dialami setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi dengan sebaik-baiknya. Kecemasan sampai taraf dan kualitas tertentu mempunyai fungsi adaptif konstruktif demi kelangsungan hidup individu dalam lingkungan yang serba berubah-ubah. Kecemasan yang melebihi dari taraf kecemasan tertentu maka akan menyebabkan sindrom klinik yang mengganggu kesehatan, kegiatan sehari-hari dan kesejahteraan hidup (Pakasih, 2006).

Stroke sendiri dapat menimbulkan dampak bagi pasien diantaranya kelumpuhan, gangguan indra rasa, gangguan dalam beraktivitas, perubahan mental seperti gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, gangguan dalam

berkomunikasi, dan gangguan emosional yaitu menjadi gelisah, cemas, takut dan marah atas kekurangannya (Christie,2011).

Dengan dampak yang ditimbulkan dari penyakit stroke pada pasien, akan menimbulkan dampak psikologis pada keluarga pasien, salah satunya keluarga akan mengalami kecemasan. Keluarga merasa cemas dengan perkembangan keadaan klien, pengobatan maupun perawatan (Nursalam, 2009).

b. *Depressed mood* atau perasaan depresi

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *depressed mood* sebagian besar kategori cukup (56,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Ayuningputri dan Maulana (2014) yang menunjukkan suami atau isteri yang menjadi pengasuh bagi pasangan mereka mayoritas berada dalam kategori rendah dalam mengalami tekanan.

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison, 2006). Pasangan penderita stroke dalam melaksanakan perannya memenuhi kebutuhan penderita stroke akan mengalami perubahan fisik, psikologis, dan social. Menurut Beandlands et al (2005) perubahan psikologis yang terjadi pada *caregiver* adalah marah, ketakutan, kecewa, kesal, dan depresi. Lubis (2009), menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi.

Kesejahteraan psikologis *depressed mood* kategori cukup dalam penelitian ini disebabkan *caregiver* memiliki harapan terhadap penderita stroke, yaitu kesehatan bagi penderita stroke, sehingga dapat beraktivitas dan berkumpul dengan keluarga. Harapan dapat berfungsi sebagai faktor motivasi untuk membantu memulai dan mempertahankan tindakan ke arah tujuan dan juga telah dikaitkan dengan kesehatan, kebahagiaan, ketekunan,

dan prestasi (Arnau, 2007). Adanya harapan memberikan kekuatan pada *caregiver* untuk menghadapi situasi yang penuh dengan stres, kecemasan dan depresi. Dengan adanya harapan, memunculkan keinginan pada *caregiver* untuk membuat hidup yang berada di bawah tekanan lebih dapat bertahan mengatasi masalah yang dihadapi.

c. *Positive well-being* atau kesejahteraan psikologis

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *positive well-being* sebagian besar kategori cukup (60%). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Julianti (2013) yang menunjukkan bahwa *caregiver* mulai membiasakan diri mengatasi perubahan mendadak dalam kepribadian pasien stroke dengan mekanisme coping masing-masing.

Menurut penelitian yang dilakukan Saban dan Hogan (2012) *caregiver* mengungkapkan kesulitan mereka mengatasi perubahan mendadak dalam kepribadian pasien stroke. *Caregiver* terdorong harus belajar untuk mengatasi dan beradaptasi dengan kehidupan mereka dari waktu ke waktu.

Ryff (1995) menyatakan bahwa agar seseorang dapat memunculkan potensi terbaiknya, seseorang harus sejahtera secara psikologis. Ketika seseorang memiliki kesejahteraan psikologis yang baik, diharapkan dapat mengaktualisasikan potensinya dengan maksimal. Pemahaman pasangan sebagai *primary caregiver* terhadap pentingnya *psychological well-being* dapat mempengaruhi usaha-usaha yang dilakukan untuk dapat menghadapi dan pada akhirnya menerima kondisi pasangannya yang menderita penyakit kronis.

Ryff (1995) mengatakan bahwa individu dengan *Psychological Well-Being* atau yang disingkat *PWB* berarti tidak hanya terbebas dari perasaan negatif, tetapi juga mengetahui potensi-potensi positif yang ada dalam dirinya. Evaluasi terhadap pengalaman yang akan mengakibatkan seseorang dapat menerima keadaan hidupnya yang akan mengakibatkan *PWB*-nya meningkat (Ryff, 1995).

d. *Self-control*

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *self-control* sebagian besar kategori baik (53,3%). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Julianti (2013) yang menunjukkan bahwa *caregiver* memiliki pengalaman yang positif dalam merawat penderita stroke. *Caregiver* yang sebelumnya sibuk namun sekarang lebih perhatian kepada pasien. Mereka lebih dekat dengan pasien dan keinginan pasien dipenuhi semata-mata untuk menyenangkan hati pasangan hidupnya tersebut.

*Self-control* didefinisikan sebagai suatu jalinan yang secara utuh atau terintegrasi antara individu dengan lingkungannya. Individu yang memiliki *Self-control* tinggi berusaha menemukan dan menerapkan cara yang tepat untuk berperilaku dalam situasi yang bervariasi. *Self-control* mempengaruhi individu untuk mengubah perilakunya sesuai dengan situasi sosial sehingga dapat mengatur kesan lebih responsif terhadap petunjuk situasional, fleksibel, dan bersikap hangat serta terbuka (Ghufron, 2011).

*Self-control* secara fungsional didefinisikan sebagai konsep dimana ada atau tidak adanya seseorang memiliki kemampuan untuk mengontrol tingkah lakunya yang tidak hanya ditentukan cara dan teknik yang digunakan melainkan berdasarkan konsekuensi dari apa yang mereka lakukan. Pasangan penderita stroke yang memiliki *self control* tinggi akan berupaya mengubah perilakunya sesuai dengan kondisi saat itu yaitu sebagai *caregiver* dari penderita stroke, sehingga dapat mengatur kesan lebih responsif, fleksibel, dan bersikap hangat serta terbuka (Ghufron, 2011).

Hasil penelitian ini menunjukkan skor yang rendah yaitu 98 pada pernyataan keluarga pasien stroke merasakan emosi stabil dan pasti. Kondisi emosi yang tidak stabil muncul karena *caregiver* menginginkan pasien mengikuti apa yang disarankannya atau apa yang sudah dilakukannya untuk merawat pasien, namun ternyata pasien menolak karena adanya keinginan dalam memenuhi kebutuhan fisiologisnya ataupun karena adanya perubahan

emosi dari pasien itu sendiri (Julianti, 2013). Hal ini didukung oleh pendapat Beandlands et al (2005), bahwa perubahan psikologis yang terjadi pada caregiver marah, ketakutan, kesal, kecewa, dan depresi.

e. *General health*

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *general health* sebagian besar kategori baik (56,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Julianti (2013) yang menemukan *caregiver* tidak mengalami perubahan fisik, selama merawat pasien tidak ada keluhan penyakit apa-apa dan selalu dalam keadaan sehat. Faktor jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, tingkat kecemasan atau tingkat stres serta kelelahan yang dialami *caregiver* akan sangat menentukan ada atau tidaknya perubahan setelah memberikan perawatan.

Setyowati, (2008) mendefinisikan kesehatan sebagai merasa sehat dan menggunakan semaksimal mungkin setiap kekuatan yang dimiliki yang merupakan proses adaptif, yaitu hasil kombinasi dari lingkungan fisik dan psikologis. Keadaan sehat dapat dicapai melalui pendidikan dan perbaikan kondisi lingkungan.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat skor yang rendah yaitu 84 pada pernyataan keluarga pasien stroke merasa cemas atau mengkhawatirkan status kesehatan mereka. Hal ini dapat disebabkan karena faktor kelelahan, serta pola makan dan pola tidur yang tidak teratur. Menurut Fletcher et al (2009) kelelahan berkelanjutan yang terjadi pada caregiver keluarga dapat menimbulkan resiko kesehatan dan keselamatan pada caregiver keluarga itu sendiri. Kondisi stres dari caregiver mengakibatkan gangguan pada pola tidur.

Penelitian yang dilakukan Yuniarsih (2009) menunjukkan perubahan yang dirasakan sangat signifikan oleh caregiver adalah perubahan pola tidur. Perubahan pola maka dapat terjadi pada caregiver diakibatkan karena penurunan nafsu makan dan perubahan frekuensi makan. Menurut David dan Key (2006) perubahan pola nutrisi dapat terjadi bila seseorang tergantung

pada satu jenis makanan tertentu, atau akibat perubahan suasana saat akan makan. Sedangkan menurut Meadows (2010) stress dan kekhawatiran harus meninggalkan penderita stroke saat hendak makan menjadi salah satu penyebab perubahan pola makan.

f. *Vitality*

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul pada indikator kesejahteraan psikologis *vitality* sebagian besar kategori baik (56,7%).

Karakter yang ditampilkan dengan semangat dan gairah dalam menjalani hidup, melakukan sesuatu dengan sepenuh hati dan menganggap hidup sebagai suatu petualangan. Individu yang memiliki *vitality* dominan akan terlihat aktif dan semangat dalam menjalani hidup. *Vitality* berhubungan langsung dengan faktor psikologis dan somatis. Secara somatis, *vitality* berkaitan dengan kesehatan fisik yang baik, bebas dari penyakit. Sedangkan secara psikologis, diwujudkan melalui kemauan serta integritas diri pada hubungan interpersonal dan intrapersonal (Peterson, 2000).

*Vitality* merupakan fenomena dinamis yang berkaitan dengan fungsi aspek mental dan fisik. Semakin dominan *vitality* maka orang akan merasa semakin hidup bergairah, antusias dan semangat. *Vitality* mengarah secara langsung pada antusiasme pada aktivitas yang mereka pilih. Tekanan psikologis, konflik, dan sumber stres dapat mengurangi *vitality* yang dimiliki (Peterson, 2000).

Tingkat psikologis pasangan penderita stroke post 6 bulan pertama di wilayah kerja Puskesmas Pandak I Bantul sebagian besar adalah kategori cukup (60%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Ayuningputri dan Maulana (2014) yang menunjukkan suami atau isteri yang menjadi pengasuh bagi pasangan mereka mayoritas berada dalam kategori tinggi dalam kesejahteraan psikologis.

Peran sebagai *primary caregiver* yang dilakukan oleh pasangan dapat menimbulkan dampak positif yang dirasakan antara lain pasangan merasa lebih

dibutuhkan kehadirannya dalam membantu kegiatan pasien sehari-hari, mengurus dan menjaga pola makan pasien, serta mendampingi pasien saat terapi, merasa lebih berguna dengan memberikan makna lebih bagi kehidupan pasangannya, memperkuat hubungannya dengan orang lain, meningkatkan kualitas diri secara spiritual, dan juga memperkuat komitmen yang lebih intens terhadap pasangan melalui kegiatan *caregiving* yang diberikan kepada pasangan (Robert, 2006).

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu waktu mengisi kuesioner terkadang tidak tepat, saat responden mengisi kuesioner keluarga yang terkena stroke masih berada di dekat responden dan saat mengisi kuesioner responden juga sering meminta kepada peneliti untuk membacakan dan juga mengisi kuesioner tersebut.

Kesulitan dalam penelitian ini yaitu saat peneliti akan melakukan penelitian keluarga pasien tidak selalu berada di tempat sehingga peneliti harus mengunjungi lebih dari satu kali.