



Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia Dengan (DM) Diabetes Mellitus

Sofwan Sofwan

Politeknik Tiara Bunda

Korespondensi penulis: perawatku.app@gmail.com

Abstract. *This research aims to gain an in-depth understanding of the meaning and importance of family experiences in caring for elderly people with diabetes in the city of Depok. This research uses a qualitative descriptive phenomenology method combined with in-depth interview methods. Participants in this study were the primary caregivers of elderly adults with diabetes who were collected using the criteria examining technique. Information collected in the form of audio recordings of interviews and field notes was analyzed using the Collaizi technique. This research identified 13 themes, namely changes in the elderly, ability to complete family health tasks, psychological responses, physical responses, economic responses, role responses, problem solving behavior, problem solving support, ideal life in the elderly. Capacity for services for the elderly, natural services, forms of service and respect for religious and cultural teachings.*

Keywords: *caregiver, Diabetes Mellitus, family nursing, elderly*

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai makna dan pentingnya pengalaman keluarga dalam merawat lansia penderita diabetes di kota Depok. Penelitian ini menggunakan metode fenomenologi deskriptif kualitatif yang dipadukan dengan metode wawancara mendalam. Peserta dalam penelitian ini adalah pengasuh utama orang dewasa lanjut usia dengan diabetes yang dikumpulkan menggunakan teknik examining kriteria. Informasi yang dikumpulkan dalam bentuk rekaman sound wawancara dan catatan lapangan dianalisis menggunakan teknik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 13 tema yaitu perubahan pada lansia, kemampuan menyelesaikan tugas kesehatan keluarga, respon psikologis, respon fisik, respon ekonomi, respon peran, perilaku pemecahan masalah, dukungan pemecahan masalah, hidup ideal pada lansia. Kapasitas pelayanan terhadap lanjut usia, pelayanan alam, bentuk pelayanan dan penghormatan terhadap ajaran agama dan budaya.

Kata kunci: caregiver, Diabetes Melitus, keperawatan keluarga, lansia

PENDAHULUAN

Salah satu yang paling penting dalam kehidupan manusia adalah meningkatkan kesehatan untuk memperpanjang harapan hidupnya. Data dari data badan statistik Indonesia, pada Tahun 2022 UHH di Indonesia mencapai 69,93 untuk perempuan dan 73,83 untuk usia laki-laki. Diduga terdapat keragaman Usia Harapan Hidup (UHH) penduduk di jalur warna-warni dunia, terhitung pada tahun 2010 UHH penduduk Australia 80,50 kali, Guernsey 80,42 kali, Swiss 80,51 kali, Swedia 80,51 kali, Kanada 80,96 kali, Jepang 81, 25 kali, Hongkong 81,59 kali, Singapura 81,71 kali, San Marino 81,71 kali, Makau 82,19 kali, dan Andorra 83,51 kali.

Berdasarkan informasi Badan Perencanaan Kesejahteraan Rakyat (2009), pada tahun 2010 (UHH) di Indonesia mencapai 67,4 kali dan pada tahun 2020 diperkirakan mencapai 71,1 kali. Adanya perbedaan UHH menunjukkan bahwa posisi kesejahteraan Indonesia tidak sama dengan negara lain. Dengan masih tingginya angka kemiskinan yang ditetapkan dalam pencapaian MDGs (Tujuan Pembangunan Seribu Tahun) berdampak pada penguasaan

masyarakat terhadap makanan bergizi dan akses terhadap layanan kesehatan, yang merupakan salah satu faktor penyebab maraknya UHH di Indonesia.

Menurut Stanley dan Bare (2007), seiring bertambahnya populasi penduduk UHH, jumlah keseluruhan individu lanjut usia juga meningkat. Menurut Divisi Populasi PBB, populasi Amerika tumbuh 65 kali lipat menjadi 40 juta pada tahun 2009, dan pada tahun 2050 diperkirakan akan mencapai 89 juta. Menurut perkiraan Kementerian Komunikasi dan Informatika (2009), populasi Amerika tumbuh 65 kali lipat menjadi 40 juta pada tahun 1980. Sedangkan jumlah lansia di Indonesia meningkat menjadi 12 juta pada tahun 1990, 14 juta pada tahun 2000, 23 juta pada tahun 2010, dan 23 juta pada tahun 2010. 28 juta pada tahun 2020, jumlah lansia di Indonesia masih tinggal 7 juta jiwa. Menurut Balai Lanjut Usia Indonesia Jawa Barat (2010), jumlah lansia yang tinggal di Jawa Barat pada tahun 2009 sama banyaknya dengan jumlah lansia pada tahun 2010, dan angka tersebut meningkat hingga 2010. Kota besar

Hal ini menandakan bahwa Indonesia telah memasuki fase struktur kependudukan sebelumnya. Menurut laporan Komisi Perempuan Kementerian Negara pada tahun 2009, suatu daerah dianggap memiliki struktur lama jika persentase lansia yang tinggal di sana lebih dari 7%. Sebelas dunia usaha di Indonesia Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Bali, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, dan Jawa Barat memiliki populasi lansia lebih dari 7%. Menurut Balai Lanjut Usia Indonesia Provinsi Jawa Barat (2010), probabilitas jumlah penduduk di Jawa Barat meningkat dari 7,95 pada tahun 2009 menjadi 8,01 pada tahun 2010. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kebutuhan lansia dalam rangka membantu mereka menjaga kemandirian dan kesehatannya serta tidak menjadi beban masyarakat, keluarga, dan diri mereka sendiri.

Miller (2004) dan Stanley dan Bare (2007) menjelaskan bahwa risiko masalah kesehatan pada lansia merupakan konsekuensi dari penuaan, dan sering kali mereka akan mengalami banyak kerugian. Perubahan pada ranah fisik, psikis, kreatif, dan spiritual dapat mengakibatkan kerugian. Perubahan fisiologis pada sistem warna tubuh yang meliputi perubahan pada sistem muskuloskeletal, sensitif, integumen, saraf, kardiovaskular, paru, endokrin, ginjal, saluran kemih, sistem pencernaan, dan reproduksi menyebabkan perubahan fisik pada lansia. Perubahan nyata yang terlihat pada lansia terkait dengan frekuensi penyakit akibat perawatan nada sebesar 28,2, menurut penelitian. disabilitas gerak sebesar 47,77, disabilitas penglihatan sebesar 64,12 dan disabilitas memori sebesar 66,71 (Tahir, 2007). Perubahan psikososial terjadi akibat adanya perubahan otak dan sosial pada lansia. Perubahan otak berkaitan dengan kepribadian, kecerdasan dan kedudukan orang yang lebih tua, misalnya

sering bentrok dengan generasi muda, mempertahankan kedudukan yang kuat, kesulitan mengubah pendapat, depresi dan kerusakan kognitif. Sementara itu, perubahan sosial yang terlihat pada lansia adalah mereka sering kali kurang mampu mengambil tindakan, lebih mengasingkan diri, tidak mau bergaul dengan tetangga, merasa tidak berdaya, dan kurang khawatir terhadap tempat dan tanggung jawabnya. Perubahan seni pada senior berkaitan dengan pengenalan nilai-nilai, keyakinan, kebiasaan (termasuk hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan) yang telah membentuk pandangan seni. Kaum senior sering kali dianggap sebagai generasi yang sangat tradisional dalam kelompok etnis yang penuh warna, sehingga faktor artistik memegang peranan penting. Perubahan lain yang terjadi adalah perubahan spiritual, para senior sudah siap menghadapi kematian dan lebih bisa menerima pengondisian agama.

Lueckenotte (2000) menjelaskan bahwa gereja tidak hanya menunjukkan kerjasama keagamaan saja, tetapi dapat diwujudkan dalam pengalaman reflektif seseorang, penyakitnya, ekstremitas hidup, atau bahkan pemahaman bahwa hidup di dunia ini terbatas, yang dapat melahirkan seseorang untuk melakukan refleksi spiritual. Tyson (1999) menyatakan bahwa perubahan fungsi fisiologis tubuh pada lansia seringkali memicu munculnya berbagai permasalahan kesehatan yang berwarna-warni, salah satunya adalah Diabetes Mellitus (DM). Diabetes mellitus adalah masalah kesehatan utama di sebagian besar orang Amerika, mempengaruhi 10 dari populasi lansia

Perubahan status gizi pada lansia, perubahan massa tubuh (tidak hanya peningkatan berat badan tetapi juga penurunan massa otot disertai peningkatan lemak tubuh terutama di daerah perut) dan penurunan aktivitas, berkontribusi terhadap insulin. perlawanan. Shen, dkk (2009) dalam eksplorasinya membuktikan adanya hubungan antara tinggi Indeks Massa Tubuh (BMI) dengan prevalensi diabetes pada lansia berusia 65 kali ke atas yang terdaftar pada Medicare Fee For Services (Medicare FFS) di Amerika. . hampir setengah dari sampel eksplorasi adalah lemak, videlicet 47.6, kebulatan 22.6, berat badan normal 20.7, kebulatan dengan penyakit penyerta cormobids 9.1. Keluhan DM pada lansia bersifat multifaktorial, disebabkan oleh faktor alam dan faktor asing. Usia ternyata menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan ketahanan tubuh terhadap glukosa (Yeni, 2010)

Berdasarkan hal tersebut munculnya gejala depresi merupakan dampak psikologis yang terjadi pada lansia dengan DM. Terkait dengan perubahan budaya atau kebiasaan yang terjadi pada lansia setelah menderita penyakit DM, penelitian Welch at al (2006) melaporkan setelah menderita DM selama satu tahun terjadi perubahan kebiasaan dan pola perilaku kesehatan antara lansia kulit hitam dan Hispanik di Amerika. Kunjungan kesehatan untuk mengontrol gula darah pada lansia kulit hitam menjadi lebih baik dan teratur dilakukan daripada lansia kulit putih.

Goin, Tinicher dan Spencer (2002) menunjukkan adanya peningkatan kesadaran pada lansia Indian Amerika yang tinggal di daerah pedesaan setelah menderita penyakit DM terhadap program pengelolaan DM jangka panjang daripada lansia kulit putih. Hal tersebut mencerminkan bahwa terdapat kecenderungan perubahan budaya atau kebiasaan terhadap perilaku kesehatan pada lansia setelah menderita penyakit DM. Mauk (2010) menjelaskan ketika sakit secara spiritual beberapa lansia akan merasa kedekatan dengan Tuhannya dan nyaman dengan agamanya. Terkait hal tersebut penelitian kualitatif Ross (1997) melaporkan kebutuhan rohani para lansia dengan penyakit kronis yang dirawat di sebuah rumah sakit di Edinburgh, Skotlandia adalah berhubungan dengan cinta dan rasa memiliki agama, moralitas, kematian dan sekarat. Untuk kebutuhan rohani, mereka merasa puas jika disediakan ruang istirahat untuk refleksi / berdoa dan adanya kehadiran pelayan keagamaan. Koenig, George dan Titus (2004) menyebutkan pasien lansia dengan penyakit kronis yang meyakini ketika mereka sangat dekat dengan agama atau spiritual cenderung merasa kesehatan dirinya menjadi lebih baik. Demikian juga halnya dengan penyakit DM pada lansia yang merupakan salah satu penyakit kronis yang memerlukan program perawatan jangka panjang sangat memerlukan dukungan spiritual dari lingkungan sekitarnya.

Hasil kualitatif Asniar (2007) tentang pengalaman keluarga mengurus anggota keluarga pasca stroke di rumah, di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok menyatakan bahwa sebagian keluarga merasa lelah, letih, muak dan terbebani karena harus melakukan aktivitas yang berulang-ulang, rutinitas yang sudah lama dilakukan, namun ada pula yang merasa terabaikan, ikhlas dan menerima segala sesuatu dengan alasan sebagai bentuk tanggung jawab. Begitu pula dengan Joko (2007) dalam merawat lansia yang memiliki ketergantungan tinggi di rumah di kota besar Malang, melaporkan bahwa terdapat variasi gairah antara bahagia dan tidak bahagia, bahagia karena keluarga pantas untuk diawasi sebagai bentuk rasa hormat, dan ketaatan kepada orang tua dalam budaya Jawa, sedangkan untuk nafsu Ketidakhahagiaan muncul akibat lamanya pengasuhan, usia tua seringkali menimbulkan salah persepsi antara senior dan keluarganya. Hasil kualitatif lain dari Rita (2008) mengenai pengalaman caregiver dalam merawat lansia penderita kegilaan di rumah di Kota Depok menghubungkan adanya beban fisik

Masyarakat kota Depok sangat berpengang teguh dengan nilai-nilai agama termasuk memuliakan orang tua. Oleh karena itu, pengalaman keluarga yang merawat lansia dengan DM di kota Depok perlu dieksplorasi lebih dalam berkaitan dengan situasi sosial dan budayanya. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia DM di kota Depok

MOTODE

Sampel kriteria yaitu rumah tangga dengan anggota DM lanjut usia yang berusia lebih dari 60 tahun digunakan dalam penelitian deskriptif fenomenologi ini. Setelah memberikan persetujuan, delapan pengasuh utama keluarga tersebut mengambil bagian dalam penelitian ini.

Dengan menggunakan rekaman, catatan lapangan, dan panduan wawancara semi terstruktur, peneliti sendiri berperan sebagai instrumen pengumpulan data. Dengan menggunakan teknik Colaizzi, analisis data meliputi penyusunan temuan wawancara secara verbatim, evaluasi kebenaran hasil wawancara, penafsiran makna, pengelompokan makna ke dalam kelompok tema, dan penulisan seluruh hasil analisis dalam format naratif deskriptif.

HASIL

Delapan partisipan penelitian merupakan pengasuh utama lansia penderita diabetes melitus yang berdomisili di Kota Depok. Dua di antara pesertanya adalah laki-laki. Mereka berusia antara 26 dan 69 tahun. Seorang purnawirawan POLRI, dua orang pengusaha, dan lima orang ibu rumah tangga. Empat orang memiliki ijazah sekolah menengah atas atau sederajat, dua orang telah menyelesaikan sekolah dasar, dan dua orang memiliki gelar sarjana.

Empat peserta terlibat dengan lansia saat masih anak-anak, dua sebagai pasangan, satu sebagai menantu perempuan, dan satu sebagai istri. Rata-rata usia lansia yang dirawat adalah lebih dari enam puluh tahun.

Lima tema menjawab tujuan penelitian: kapasitas keluarga untuk memenuhi tanggung jawab kesehatan keluarga; kesediaan untuk merawat yang lama; masalah fisik; penanganan biaya kesehatan bagi lanjut usia; dan mengambil peran orang lanjut usia.

Tema 1: Kemampuan dalam Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga.

Terdapat lima subtema dalam tema ini: pengenalan masalah, pengambilan keputusan, kepedulian terhadap sesama, perubahan lingkungan, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut lima dari delapan orang, diabetes mellitus (DM) adalah suatu kondisi genetik yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah.

“ penyakit yang kadar gulanya tinggi, kemungkinan terlalu banyak mengkonsumsi gula,... dulu ibu saya senang makan yang manis-manis...” (P4)

Satu orang mengatakan bahwa mengonsumsi terlalu banyak obat adalah penyebab diabetes, sementara dua orang lainnya menyatakan bahwa mereka tidak menyadari kondisi tersebut.

“...kebanyakan makan obat bu ...penyakit gula teh, ... seperti pilek mau sembuh beli dari warung, aturannya harus minum 1 biji, bapakmah 2 biji dimakannya, gitu, jadi kerasanya sekarang jadi gula.” (P7)

Tanggapan lima peserta terhadap subtema pengambilan keputusan tentang pemberian pengobatan pada pasien DM. Peserta memberikan uraian berikut tentang tindakan yang mereka lakukan terkait dengan lansia penderita diabetes dan luka dalam kategori ini:

“...kalau istri saya kambuh... persediaan uang nggak ada...kalau nggak segera ditolong gimana... saya mamaksakan diri aja bawa ibu ke rumah sakit...supaya cepat tertolong...bawa ke rumahsakit “ (P2)

Kategori asupan pengobatan olah raga, dan pengendalian pola makan mengarah pada ditemukannya subtema kepedulian. Terbukti dari klaim dua partisipan berikut ini, empat dari delapan partisipan penelitian ini mengaku membatasi makan, menjaga jadwal makan teratur, dan mengurangi asupan gula pada lansia.

“...seperti masak kalau pake gula, aku pake yang tropicana gitu bu.. trus itu lagi nasi, kalau nasi dikurangi, trus sayurannya aq banyakin nasi sih sedikit makannya paling seratus gram sekali makan kurang lebih satu centong sedanglah” (P1)

Menurut dua peserta lainnya, mereka tidak pernah merencanakan makanan untuk anggota keluarga lanjut usia karena anggota keluarga senior sudah menjalani pengobatan untuk mencegah lonjakan gula darah dan tidak ingin makan berbeda dari anggota keluarga lainnya.

“... sekarang mah makannya ibu sudah bebas, karena ada cuka apel, kalau dulu awal-awal ibu menderita gula, ibu nggak pernah makan baso, lemak-lemak, manis- manis kalau sekarangmah apa saja masuk” (P4)

Tiga pernyataan peserta yang menunjukkan bahwa pasien lanjut usia sering melakukan jalan kaki dan senam di rumah sakit digunakan untuk mengidentifikasi aktivitas olahraga. Pernyataan-pernyataan tersebut adalah sebagai berikut:

“... ikut kegiatan senam tiap hari rabu, ibu masuk klub yang diperkenalkan oleh dokter di Rumah Sakit... setiap habis sholat subuh, ibu selalu jalan santai di lingkungan, paling setengah jam pekerjaan rumah ditunda dulu...” (P4)

Kategori kedokteran kemudian digunakan untuk mengidentifikasi subtema perawatan lansia. Enam peserta mengungkapkan bahwa orang lanjut usia masih menggunakan obat penurun gula darah hingga tulisan ini dibuat. Dua partisipan penelitian tergolong menggunakan obat tradisional, sedangkan empat partisipan mengaku menggunakan pengobatan dari layanan kesehatan, termasuk puskesmas dan tenaga medis. Berikut cara peserta mengartikulasikan pernyataan tersebut:

“...untuk gula mah ibu sudah tidak lagi ngonsumsi obat dari dokter...pengobatan herbal...makan pucuk daun jambu mede,

..., sambiloto juga direbus diminum airnya, ada juga daun sukun yang kering direbus sehari minum 3 kali” (P3)

Peserta melakukan perubahan pada lingkungannya untuk menghindari menyakiti warga lanjut usia di rumah. Empat peserta berbagi pemikirannya mengenai hal ini, menyatakan bahwa mereka selalu menyarankan para lansia untuk memakai sepatu dan berhati-hati saat menyimpan barang di rumah. Kalimat berikut menunjukkan kategori modifikasi lingkungan:

“...takut kejadian kayak dulu... menginjak duri... mengingatkan untuk selalu pakai sandal” (P6)

Kategori pengendalian kesehatan menghasilkan subtema pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seluruh peserta telah memanfaatkan layanan kesehatan, namun ada pula yang tidak memeriksakan diri secara rutin. Berikut petikan pernyataan kategori pengendalian kesehatan:

“...bapak dikontrol kalau ada uang mah... kalau dirasakan ke badan bapak enak lama nggak kontrol, tapi kalau bapak mulai pegel-pegel, bara'al (baal) atau sing- siremeun (kesemutan) bapak periksa lagi” (P7)

Tema ke-2: Ikhlas Merawat Lansia

Tema ini dibagi menjadi dua subtema yaitu merangkul dan menolak perlunya perawatan lansia penderita diabetes melitus. Orang-orang berikut mengidentifikasi kategori penolakan, kemarahan, dan tawar-menawar sebagai subtema penolakan:

“... setiap hari, setiap hari saya merawat bapak sedangkan saya harus mencari nafkah, kemudian harus bisa, harus bisa mengurus anak-anak, kemudian juga harus bisa mengurus suami... kebanyakan harus mengurus eeee mertua gitu yang berpenyakit gula... nggak nyangka bu lah bisa jadi begini” (P6)

Tema rasa takut, kasihan, dan ketundukan merupakan subtema penerimaan, sebagaimana dimaksud di bawah ini:

“... sekarang mah kalau perasaan saya nggak enak, deg langsung saja saya ingat orang tua, takut jangan-jangan ada apa-apa dengan ibu, ...kadang-kadang orang-orang beranggapan orang yang berpenyakit gula itu dekat dengan mautnya, jangan-jangan ibu saya gimana nih ...” (P4)

Tema ke 3: Mengalami Masalah Fisik

Berdasarkan tanggapan peserta, tema ini meliputi gangguan/perubahan integumen, peredaran darah, muskuloskeletal, dan kelaparan:

“Kalau aku jatuhnya ke fisik nggak tahu ya, kalau kata orangmah biasanya yang stress itu kan jatuh jadi jarang makan, aku malah banyak makan kalau stres...” (P1)

Tema ke 4: Mengelola Pembiayaan Kesehatan Lansia

Ketersediaan jaminan pembiayaan untuk layanan kesehatan, yang terbagi dalam tiga kategori tanpa jaminan, tanpa jaminan, dan independen—dapat digunakan untuk mencirikan permasalahan ini. Individu yang tidak memiliki perlindungan asuransi kesehatan membayar perawatan medis mereka sendiri. Pernyataan berikut menggambarkan bagaimana kondisi ini berdampak pada stabilitas keuangan rumah tangga:

“Udah jelas keadaan keuangan keluarga jadi berkurang ... eee dengan bapak mengalami atawa (atau) mempunyai penyakit eee gula otomatis bapak kan harus cek, kemudian untuk cek itu kan harus me... me... membutuhkan biaya otomatis ke- uangan keluarga menjadi semakin ber- kurang...” (P6)

Dalam kelompok yang mendapat jaminan dalam penelitian ini, tiga orang menyatakan bahwa mereka mendapat jaminan pemerintah untuk biaya tes atau pengobatan lansia. Satu orang mempunyai Jamkesmas, sedangkan dua orang lainnya mempunyai jaminan kesehatan Askes:

“.... 6 juta dipotong askes 1 juta, beli obat dari luar hampir 1 juta 200 ribu waktupertama ibu diketahui penyakit gula, kesininyan habis 1 juta, 900 ribu, 700 ribu, 600 ribu, kemarin yang terakhir habis 2 juta saya bayar ke rumah sakit setelah dipotong Askes...” (P2)

Tema ke 5: mengambilah Peran Lansia

Diketahui bahwa merawat lansia menyebabkan penyesuaian peran. Empat partisipan mengatakan bahwa setelah mengidap DM, posisi lansia beralih ke caregiver. Misalnya, suami mengambil alih tanggung jawab istri dalam mengurus rumah tangga dan perempuan menggantikan fungsi suami sebagai pencari nafkah. Peserta kedua yang mengasuh istrinya yang berusia 63 tahun, dan peserta ketujuh yang mengasuh suaminya yang berusia 60 tahun, keduanya memberikan pernyataan sebagai berikut:

“....semua pekerjaan rumah tangga saya yang ngerjain seperti nyuci, ngepel, kadang masak...juga dibantu-bantu oleh saya” (P2)

PEMBAHASAN

Cara orang lanjut usia bereaksi terhadap penyakitnya perubahan fisik, psikologis, spiritual, dan sosial mempengaruhi orang yang merawatnya. Lima tema muncul dari jawaban keluarga yang diberikan oleh pengasuh dalam penelitian ini: identifikasi masalah psikologis,

masalah fisik, masalah keuangan/ekonomi, kapasitas untuk melakukan aktivitas kesehatan rumah tangga, dan tanggapan terhadap peran.

Dalam penelitian ini, kapasitas dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberikan perawatan, mengubah lingkungan, dan memanfaatkan sumber daya kesehatan digunakan untuk menentukan kapasitas dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga. Pernyataan “Penyakit DM adalah penyakit dengan kadar gula darah tinggi” menunjukkan bahwa tidak ada satupun caregiver dalam penelitian ini yang mengetahui apapun tentang penyakit DM; Faktanya, beberapa perawat mengatakan mereka tidak mengetahui kondisi tersebut.

Hasil ini sesuai dengan temuan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Heurer dan Lauscah (2006) yang mengidentifikasi tema penyebab diabetes. Dari 12 peserta, enam orang tidak mengetahui penyebab penyakit tersebut dan mengira penyakit tersebut disebabkan oleh faktor genetik, terlalu banyak mengonsumsi makanan manis, dan faktor stres dalam hidup seperti perceraian, kematian orang yang dicintai, atau kecelakaan. Terdapat kemungkinan terjadinya komplikasi penyakit DM karena kurangnya pemahaman akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam menangani kondisi pada lansia. Menurut Kaakinen dan Coehlo (2014), ada sejumlah alasan mengapa sebuah keluarga tidak dapat memutuskan cara terbaik untuk mengatasi suatu masalah, salah satunya adalah karena mereka mungkin tidak menyadari sifat, tingkat keparahan, atau ruang lingkup masalah tersebut.

Reaksi psikologis adalah respons lain yang diamati pada keluarga dengan pasien DM berusia lanjut. Reaksi psikologis yang terjadi selanjutnya adalah akibat dari reaksi lansia terhadap penyakitnya; Akibatnya, pengasuh merasa seolah-olah kehilangan perannya atau sedang mengalami proses berduka. Ketika dihadapkan pada kesedihan, orang bereksperimen dengan mekanisme penanggulangan yang berbeda (De Laune & Ladner, 2006). Menanggapi duka, orang mungkin memilih untuk merasakan kesedihan karena kehilangan atau mereka mungkin memilih untuk menerima kenyataan kehilangan, yang mungkin termasuk menyesuaikan diri dengan lingkungan baru dan menyalurkan energi emosional mereka ke dalam hubungan baru.

Reaksi psikologis caregiver terhadap kesehatan lansia penderita diabetes melitus oleh penelitian ini dikategorikan menjadi dua subtema yaitu menolak dan menerima kondisi yang muncul. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati dkk. (2004) bahwa keterkejutan, kebingungan, dan rasa hancur merupakan reaksi awal terhadap kehilangan. Beberapa pengasuh mengungkapkan kemarahan ketika mereka sadar akan kenyataan yang mereka jalani.

Kondisi ini sejalan dengan temuan Mace dan Rabins (2006) yang menyatakan bahwa pengasuh lansia mengalami perasaan marah akibat perubahan perilaku pada lansia, perubahan peran pengasuh lansia, perasaan terisolasi dari orang lain, dan rasa terisolasi. terjebak oleh situs yang merawat orang lanjut usia.

Penelitian ini juga mengungkap penerimaan caretaker terhadap lansia penderita DM. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati dkk. (2004) bahwa respons menerima berkaitan dengan penataan ulang sentimen duka di mana orang tersebut telah menerima kenyataan atas apa yang terjadi, mulai melepaskan gambaran tentang penyebab masalah tersebut, dan secara bertahap mengalihkan fokusnya pada sesuatu. lain daripada mencoba mencari solusi. Miller (2000) yang melaporkan bahwa dampak positif caregiver dapat terjadi dalam bentuk peningkatan pemahaman penerima perawatan terhadap caregiver serta peningkatan hubungan antara caregiver dan penerima perawatan, membenarkan penelitian lain mengenai respon caregiver. diterima dari pengasuh. Alhasil, pada penelitian ini muncul perasaan prihatin pada caregiver. perasaan yang muncul dari tumbuhnya keintiman antara pengasuh dan penerima perawatan, seperti pasrah dan simpati terhadap penderitaan lansia.

Gangguan atau perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integumen, dan gangguan peredaran darah merupakan reaksi fisik yang ditemukan pada penelitian ini. Peserta dalam penelitian ini melaporkan mengalami kelelahan, nyeri, jerawat di wajah, dan peningkatan nafsu makan, yang mengakibatkan kenaikan berat badan sebesar sepuluh kg selama enam bulan yang mereka habiskan untuk merawat lansia.

Pengasuh lain melaporkan bahwa dia sering mengalami pusing. Hal ini sesuai dengan penelitian Beandlands, dkk. (2005), yang menemukan bahwa kelelahan, nyeri otot, sulit tidur, dan hipertensi adalah beberapa dampak fisik yang mungkin dihadapi oleh keluarga yang merawat orang dengan penyakit kronis. Selain itu, Mace dan Rabins (2006) menemukan bahwa masalah fisik yang dialami oleh pengasuh pasien lanjut usia dengan penyakit kronis seringkali mengakibatkan kemungkinan pengasuh tersebut menjadi tidak sehat.

Menurut penelitian ini, keluarga mengalami kesulitan keuangan akibat perekonomian. Permasalahan tersebut dapat dilihat dari jenis pendanaan yang meliputi jaminan, kurangnya jaminan, dan kemandirian dalam menanggung biaya pengobatan. Informasi ini sesuai dengan penelitian Bird dan Barry (2011) yang menemukan bahwa keluarga yang merawat lansia harus menanggung biaya perawatan medis, layanan pendukung (seperti obat-obatan dan manajemen gula darah), rawat inap jika timbul kesulitan di rumah sakit. kapan saja, dan biaya perawatan sehari-hari. -hari dihabiskan di rumah. Oleh karena itu, kegiatan tersebut berisiko menimbulkan kesulitan keuangan bagi keluarga, yang dapat mempersulit pemenuhan kebutuhan lain seperti

sandang, pangan, atau kebutuhan rekreasi anggota keluarga lainnya. Hal ini menurut Stanley dan Beare (2004/2007).

Selain itu, jawaban atas pertanyaan penelitian tentang peran pengasuh menunjukkan adanya pergeseran peran yang dihadapi perawat saat merawat pasien lanjut usia dengan DM. Beberapa perawat melaporkan mengambil lebih banyak tugas dan kewajiban dari pasien DM lanjut usia. Hal ini sejalan dengan temuan Bird dan Barry (2011) yang menyebutkan sejumlah masalah yang sering muncul ketika anggota keluarga yang berusia lanjut dan memiliki masalah kesehatan mental atau fisik dirawat. Masalah-masalah ini mencakup mekanisme penanggulangan yang tidak memadai, pembatasan aktivitas sosial dan waktu luang, pelanggaran privasi, dan gangguan terhadap rutinitas sehari-hari dan pekerjaan.

KESIMPULAN

Kemampuan dalam melakukan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, fisik, dan keuangan, serta lansia penderita DM semuanya mempengaruhi bagaimana keluarga merespon perawatan mereka. Investigasi lebih lanjut diperlukan terhadap variabel-variabel yang mempengaruhi reaksi keluarga ketika memberikan perawatan DM senior. Untuk meningkatkan kapasitas keluarga dalam merawat anggota DM lanjut usia di rumah, pendekatan intervensi berbasis komunitas yang menggabungkan keterlibatan komunitas juga harus dikembangkan untuk perawat komunitas (JS, HH, INR).

REFERENSI

- Asniar, Sahar, J., Wiarsih, W. (2007). *Studi fenomenologi pengalaman keluarga merawat anggota keluarga paska stroke di rumah di Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok. Jawa Barat.* (Tesis Tidak dipublikasikan) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Beandlands, H., Horsburgh, M.E., Fox, S., Howe, A., Locking-Cusolito, H., Pare, K. & Thrasher, C. (2005). Caregiving by *family* and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J.*, 32 (6); 621-631.
- Bird, C.L. & Berry, A.A. (2011). *Potential later life economic impacts associated with family caregiving.* Diperoleh dari <https://ncsu.edu/ffci/publications/2011/v16-n2-2011-winter/bird-berry.php>.
- Chung, M.H., Hsu, N., Wang, Y.C., Lai, K.L. & Kao, S. (2007). Exploration into the variance in self-reported health-related quality of life between the chronically-ill elderly and their family caregivers. *Journal of Nursing Research*; 15(3), 175-82.
- Clemen-Stone, S. & McGuire, S.L. (2002). *Comprehensive community health nursing, family, aggregat & community practice.* St Louis: Mosby Co.

- DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2006). *Fundamental of nursing: Standards and practice*. 3rd ed. New York: Delmar/Thomson Learning.
- Departemen Kesehatan, RI. (2005) *Pedoman kesehatan usia lanjut*. Jakarta: Direktorat Jendral Pembinaan Masyarakat.
- Depkominfo. (2009). *Jumlah lansia di Indonesia 16,5 juta orang*. Diperoleh dari <http://www.depkominfo.go.id>.
- Ervin, N.E. (2001). *Advanced community health nursing practice; population, 1st ed*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Kaakinen, J.R. & Coehlo, D.P. (2014). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*, 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., . Swift, C. S. (2012). Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*, 35(12), 2650-2664. <http://dx.doi.org/10.2337/dc12-1801>.
- Lembaga Lanjut Usia Indonesia Provinsi Jawa Barat. (2010). *Panduan program nyaah ka kolot*. LLI Jawa Barat.
- Mace, N.L., & Rabins, P.V. (2006). *A family guide to caring for people with choronic disease*. Baltimore The Johns Hopkins University Press.
- Meiner, S.E. (2006). *Gerontologic nursing. third edition*. St Louis: Mosby Elsevier.
- Menkokesra. (2009) *Usia Harapan Hidup Penduduk Indonesia*. Diperoleh dari <http://www.menkosesra.go.id>.
- Miller, C.A. (2000). *Nursing care of older adult: Theory and practice, 3rd ed*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults: Theory and Practice*. 4th edition. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice, 4rd edition*. Stamford: Appleton & Lange.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2013). *Foundation of community health nursing: Community oriented practice, 4th ed*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. (Juniarti & Kurnianingsih, alih bahasa). Philadelphia: F.A. Davis Company. (Buku asli diterbitkan 2004).
- Susilawati, et al. (2004). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta. EGC.
- Tyson, S.R. (1998). *Gerontological Nursing care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Widyastuti, R.H., Sahar, J. & Permatasari, H. (2011). Pengalaman keluarga merawat lanjut usia dengan demensia. *Jurnal Ners Indonesia*, 1(2), 49-57.
- Wiyono, J., Sahar, J. & Wiarsih, W. (2008). Pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 76-83.