

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAawat LANJUT USIA DENGAN DIABETES MELLITUS

Siti Badriah^{1,2*}, Wiwin Wiarsih³, Henny Permatasari³

1. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Tasikmalaya 46115, Indonesia

2. Program Magister, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

3. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: sitibadriah311275@gmail.com

Abstrak

Merawat lansia Diabetes Melitus (DM) menimbulkan dampak terhadap fisik, emosi, sosial dan ekonomi. Penelitian bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia DM di kota Tasikmalaya, Jawa Barat. Penelitian fenomenologi deskriptif ini melibatkan delapan partisipan yaitu *caregiver* utama lansia DM yang didapatkan dengan teknik *criterion sampling*. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan metoda Collaizi. Hasil penelitian ini menemukan tema kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, respon psikologis, respon fisik, respon terhadap ekonomi dan respon terhadap peran keluarga. Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM diantaranya ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, masalah fisik dan masalah ekonomi. Penelitian lebih lanjut tentang faktor yang memengaruhi respon keluarga dalam merawat lansia dengan DM perlu dilakukan.

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

Abstract

Family Experiences in Caring for Elderly with Diabetes Melitus. Experience in caring for elderly with Diabetes Melitus (DM) adversely affect our physical, emotional, social and economic. The aim of this study was to explore the experience of family in caring elderly with DM in Tasikmalaya City, West Java. This qualitative descriptive phenomenology study involved eight family caregivers who care for elderly with DM as participants which selected by criterion sampling. Data was collected by in-depth interview and field notes which was analyzed by applying Collaizi's method. The result of study identified themes, the ability to carry out the health task of family, psychological response, physical response, economic response and response of role in family. This study recommended the need Further research on the factors that affect the response of the family in caring for the elderly with diabetes.

Keywords: *caregiver*, DM, elderly, family nursing

Pendahuluan

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin tingginya usia harapan hidup (UHH) penduduk. Data dari Kementerian Koordinator Bidang Kesra (2009), pada tahun 2010 UHH di Indonesia mencapai 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diprediksi akan mencapai 71,1 tahun. Stanley dan Beare (2004/2007) menyatakan bahwa peningkatan UHH menyebabkan jumlah penduduk

lanjut usia (lansia) terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data dari Depkominfo (2009) pada tahun 1980 jumlah lansia di Indonesia tujuh juta jiwa, kemudian mengalami kenaikan tahun 1990 menjadi 12 juta orang, tahun 2000 menjadi 14 juta jiwa, tahun 2010 diperkirakan mencapai 23 juta jiwa, dan tahun 2020 diprediksi menjadi 28 juta orang. Lembaga Lansia Indonesia (LLI)

Jawa Barat (2010) menggambarkan jumlah penduduk lansia di Jawa Barat tahun 2009 berjumlah 3.331.241 jiwa dan tahun 2010 naik menjadi 3.441.746. Data dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Dinas Kota Tasikmalaya (2010) menunjukkan bahwa jumlah lansia di kota Tasikmalaya pada tahun 2010 sebanyak 48.078 orang. Hal tersebut menjadi isyarat perlunya peningkatan pelayanan yang lebih fokus pada usia lanjut sehingga kesehatan lansia dapat dipertahankan.

Miller (2004); Stanley dan Beare (2004/2007) menggambarkan bahwa lansia sangat berisiko mengalami penurunan kesehatan akibat bertambahnya usia dan akan mengalami banyak kehilangan (*multiple loss*). Kehilangan tersebut akibat dari perubahan fisik, psikososial, kultural maupun spiritual. Tyson (1998) menyebutkan bahwa kesehatan lansia dipengaruhi oleh berbagai perubahan fungsi fisiologis tubuh yang seringkali memicu munculnya masalah kesehatan, termasuk penyakit degeneratif seperti Diabetes Mellitus (DM). Meiner (2006); Stanley dan Beare (2004/2007) menjelaskan bahwa DM termasuk kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia. Proses fisiologis penuaan menyebabkan terjadinya penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, peningkatan produksi glukosa hepatic dan pengambilan glukosa oleh otot yang menurun sehingga glukosa banyak beredar dalam darah atau hiperglikemi.

DM pada lansia bersifat multifaktorial yang dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Umur merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perubahan toleransi tubuh terhadap glukosa (Kirkman, *et al.*, 2012). Kenyataan ini menjadi dasar bahwa lansia dengan DM termasuk ke dalam populasi rentan. Pender, Murdaugh, dan Parsons (2002) menyatakan populasi rentan berisiko lebih besar mengalami kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis dan kesehatan sosial yang meningkatkan risiko kesakitan dan kematian.

Depkes (2005), menjelaskan bahwa dalam keluarga dengan lansia merupakan kelompok rawan dari segi kesehatan karena kepekaan

dan kerentanan yang tinggi terhadap gangguan kesehatan dan ancaman kematian, sehingga menjadi komponen dan sasaran perhatian dalam pembinaan kesehatan keluarga. Stanhope dan Lancaster (2013) menyebutkan bahwa perawat keluarga harus bekerjasama dengan keluarga sebagai *caregiver* utama lansia untuk mencapai keberhasilan dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Berbagai penelitian telah mengungkapkan pengalaman *caregiver* keluarga merawat lansia. Beandlands, *et al.*, (2005) melaporkan bahwa keluarga yang merawat lansia DM mengalami dampak fisik, emosi, sosial dan ekonomi. Chung, *et al.*, (2007) dalam penelitiannya pada *caregiver* keluarga yang merawat lansia dengan penyakit kronis di Taiwan menemukan masalah fisik, psikologis dan hubungan sosial dengan lingkungan. Asniar, Sahar dan Wiarsih (2007) dalam penelitian tentang pengalaman keluarga merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah, di Kota Depok menyebutkan bahwa sebagian keluarga merasa lelah, cape, jenuh dan terbebani karena harus menjalankan rutinitas dalam waktu yang lama. Wiyono, Sahar dan Wiarsih (2008) dalam penelitian di kota Malang menemukan adanya variasi perasaan antara senang dan tidak. Senang karena keluarga mampu merawat sebagai bentuk rasa hormat, dan taat pada orang tua. Widyastuti, Sahar, dan Permatasari (2011) juga menemukan adanya beban fisik, psikologis, ekonomi dan beban sosial pada *caregiver*. Hasil penelitian ini memberikan arah pada praktek keperawatan keluarga.

Ervin (2002) menyebutkan bahwa perawat komunitas memandang komunitas atau populasi sebagai fokus praktek sehingga harus dapat mengidentifikasi *caregiver* dalam keluarga sebagai *family at risk*. *Family at risk* adalah kelompok yang memiliki ciri atau karakteristik tertentu untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan (Clemen-Stone & McGuire, 2002). Masyarakat Kota Tasikmalaya merupakan masyarakat dengan budaya Sunda dan dijuluki sebagai kota santri (<http://www.tasikmalayakota.go.id>).

Masyarakat kota Tasikmalaya sangat menjunjung tinggi nilai-nilai agama termasuk memuliakan orang tua. Oleh karena itu, pengalaman keluarga yang merawat lansia dengan DM di kota Tasikmalaya 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 Tasikmalaya.

Metode

Penelitian fenomenologi deskriptif ini menggunakan *criterion sampling* yaitu keluarga yang memiliki lansia DM berusia lebih dari 60 tahun. Delapan *caregiver* utama dalam keluarga berpartisipasi dalam penelitian ini setelah memberikan persetujuan melalui *inform consent*.

Peneliti sendiri bertindak sebagai alat pengumpulan data dengan bantuan pedoman wawancara semi berstruktur, catatan lapangan dan *tape recorder*. Analisis data dengan metode Colaizzi yaitu menyusun hasil wawancara dalam bentuk verbatim, menilai keakuratan hasil wawancara, memformulasikan makna, mengelompokkan makna ke dalam kelompok tema dan menuliskan semua hasil analisis ke dalam bentuk deskriptif naratif.

Hasil

Delapan partisipan dalam penelitian ini merupakan *caregiver* utama dalam keluarga yang merawat lansia dengan DM, bertempat tinggal di Kota Tasikmalaya. Dua orang diantara partisipan laki-laki. Usia mereka antara 26 sampai 69 tahun. Lima orang ibu rumah tangga, satu orang purnawirawan POLRI dan dua orang wiraswasta. Dua orang berpendidikan SD, empat orang SMA atau sederajat serta dua orang Sarjana.

Hubungan partisipan dengan lansia terdiri dari empat orang sebagai anak, dua orang sebagai suami, satu orang sebagai menantu dan satu orang sebagai istri dengan usia lansia yang dirawat rata-rata berusia diatas 60 tahun. Lama

merawat lansia DM bervariasi dari enam bulan hingga enam tahun dan semua partisipan berasal dari suku Sunda. Semua partisipan tinggal bersama lansia DM yang dirawatnya, baik dalam keluarga besar maupun keluarga inti.

Tujuan penelitian ini dijawab oleh lima tema yaitu kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, ikhlas merawat lansia, mengalami masalah fisik, mengelola pembiayaan kesehatan lansia, dan mengambilalih peran lansia.

Tema 1: Kemampuan dalam Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga. Tema ini mengandung lima sub tema yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Lima dari delapan partisipan mengatakan penyakit DM terjadi karena kadar gula dalam darahnya tinggi dan merupakan penyakit keturunan, berikut kutipan yang diungkapkan:

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

Dua partisipan lainnya mengatakan tidak tahu tentang penyakit gula dan satu diantaranya mengatakan penyakit gula disebabkan karena terlalu banyak minum obat,

“...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)

Sub tema mengambil keputusan teridentifikasi dari lima partisipan dalam melakukan tindakan pengobatan pada lansia yang menderita penyakit DM. Kategori tersebut digambarkan oleh partisipan terhadap tindakan yang dibuat ketika lansia sedang terserang penyakit gula dan saat mempunyai luka, yang diungkapkan sebagai berikut:

“...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)

Sub tema merawat teridentifikasi dari kategori pengaturan makan, olah raga, dan konsumsi obat. Empat dari delapan partisipan dalam penelitian ini mengatakan mengatur makan lansia dengan cara mengurangi yang manis-manis, jadwal makan teratur dan makan dibatasi seperti dalam dua pernyataan partisipan berikut ini:

“....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)

Dua partisipan lainnya mengatakan tidak pernah mengatur makan untuk lansia, karena lansia tidak mau dibedakan makannya dengan anggota keluarga yang lain dan sudah mempunyai obat untuk mencegah peningkatan gula darah,

“... 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)

Kegiatan olahraga teridentifikasi dari tiga pernyataan partisipan yang mengatakan lansia rutin melakukan olahraga jalan kaki dan senam di rumah sakit seperti dinyatakan berikut ini:

“... 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)

Sub tema merawat lansia selanjutnya teridentifikasi dari kategori obat. Enam partisipan mengungkapkan selama ini lansia masih mengkonsumsi obat penurun gula darah. Empat partisipan diantaranya mengatakan minum obat dari pelayanan kesehatan baik dokter praktek maupun puskesmas dan dua partisipan dalam penelitian ini teridentifikasi menggunakan obat tradisional, Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....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)

Modifikasi lingkungan dilakukan oleh partisipan untuk mencegah terjadinya *injury* pada lansia di rumah. Hal ini diungkapkan oleh empat partisipan yang mengatakan selalu mengingatkan lansia untuk selalu menggunakan alas kaki dan berhati-hati dalam menyimpan barang di rumah, kategori modifikasi lingkungan diidentifikasi dari pernyataan:

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

Sub tema memanfaatkan pelayanan kesehatan teridentifikasi dari kategori kontrol kesehatan. Semua partisipan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan walaupun diantaranya ada yang tidak rutin melakukan kontrol. Kutipan pernyataan kategori kontrol kesehatan terungkap seperti berikut ini:

“...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 terdiri atas dua sub tema yaitu menolak dan menerima kenyataan harus merawat lansia dengan DM. Kategori menyangkal, marah dan tawar menawar merupakan sub tema menolak, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“... 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)

Sub tema menerima terdiri dari kategori takut, merasa kasihan dan pasrah, seperti yang diungkapkan berikut 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. Tema ini mencakup gangguan/perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integumen dan gangguan sirkulasi, seperti yang diungkapkan oleh partisipan:

“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. Tema ini dapat digambarkan dari sub tema ketersediaan jaminan pembiayaan untuk pemeliharaan kesehatan yang terdiri dari tiga kategori yaitu tidak ada jaminan, ada jaminan dan mandiri. Partisipan yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan mengeluarkan uang sendiri untuk berobat. Kondisi ini memengaruhi stabilitas keuangan rumah tangga, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan:

“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 keuangan keluarga menjadi semakin berkurang...” (P6)

Kategori ada jaminan dalam penelitian ini diungkapkan oleh tiga partisipan yang menyatakan memiliki jaminan untuk biaya pemeriksaan atau pengobatan lansia dari pemerintah. Dua diantaranya mempunyai jaminan kesehatan berupa Askes dan satu partisipan memiliki jamkesmas:

“... 6 juta dipotong askes 1 juta, beli obat dari luar hampir 1 juta 200 ribu waktu

pertama 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: mengambilalih Peran Lansia.

Diidentifikasi adanya perubahan peran akibat merawat lansia. Empat partisipan mengatakan bahwa setelah lansia menderita DM terdapat pengalihan peran lansia terhadap *caregiver* seperti peran istri dalam mengurus rumah tangga digantikan suami, begitu juga peran suami sebagai pencari nafkah digantikan oleh istri. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan kedua yang merawat istrinya yang berusia 63 dan partisipan ke-7 yang merawat suaminya berusia 60 tahun seperti berikut ini:

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

Pembahasan

Respon lansia terhadap kondisi sakit yang dialaminya baik dari perubahan fisik, psikologis, spiritual dan sosial telah berdampak pada *caregiver* yang merawatnya. Respon keluarga yang ditunjukkan oleh *caregiver* dalam penelitian ini terbagi lima tema yaitu ditemukannya masalah psikologis, masalah fisik, masalah finansial/ekonomi, kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dan respon terhadap peran.

Kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam penelitian ini teridentifikasi melalui kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semua *caregiver* dalam penelitian ini kurang mengetahui penyakit DM dengan baik yang ditunjukkan dengan pernyataan bahwa penyakit DM itu adalah penyakit dengan kadar gula darah tinggi, tapi maksud dari pernyataan tersebut *caregiver* tidak tahu, bahkan sebagian lagi ada yang menyebutkan tidak mengetahui tentang penyakit DM.

Temuan tersebut sesuai dengan hasil penelitian kualitatif Heurer dan Lauscah (2006) yang menemukan tema penyebab diabetes bahwa enam dari 12 partisipan tidak tahu tentang penyebab penyakit DM, mereka meyakini bahwa DM disebabkan karena terlalu banyak makan makanan yang manis, faktor keturunan dan adanya stressor dalam hidup seperti perceraian, ditinggal mati oleh orang yang disayangi atau kecelakaan. Kurangnya pengetahuan akan berdampak kepada ketidakmampuan keluarga dalam mengambil tindakan untuk melakukan pengelolaan terhadap penyakit DM pada lansia, sehingga akan berisiko timbulnya komplikasi akibat penyakit DM. Kaakinen dan Coehlo (2014) menjelaskan bahwa ketidakmampuan keluarga untuk mengambil keputusan terkait tindakan untuk mengatasi masalah dapat diakibatkan oleh beberapa faktor salah satu diantaranya adalah keluarga tidak mengerti atau mengenal sifat, beratnya dan luasnya masalah

Respon lainnya yang tampak pada keluarga yang merawat lansia DM adalah respon psikologis. Respon psikologis yang terjadi merupakan dampak dari respon lansia terhadap penyakit yang dideritanya yang menyebabkan *caregiver* mengalami suatu kehilangan atau perubahan peran dan akan mengalami suatu proses berduka. Individu yang mengalami duka cita mencoba berbagai strategi untuk menghadapinya (De Laune & Ladner, 2006). Individu akan berespon terhadap kejadian berduka baik itu dengan menerima realitas dari kehilangan termasuk didalamnya menyesuaikan lingkungan, dan memberdayakan kembali energi emosional kedalam hubungan yang baru atau bahkan akan mengalami kepedihan akibat kehilangan.

Penelitian ini telah mengidentifikasi respon psikologis *caregiver* selama merawat kesehatan lansia dengan DM ke dalam dua sub tema yaitu menolak dan menerima terhadap kondisi yang terjadi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati, *et al.* (2004) bahwa reaksi pertama dari kehilangan adalah terkejut, tidak percaya dan merasa terpukul. Saat *caregiver* sadar dengan tentang kenyataan yang dialami, beberapa *caregiver* menunjukkan perasaan marah. Kondisi

ini sesuai dengan pernyataan Mace dan Rabins (2006) bahwa Perasaan marah pada *caregiver* yang merawat lansia dengan penyakit kronis muncul karena ada perubahan peran menjadi *caregiver* lansia, perubahan tingkah laku lansia, perasaan tidak mendapat dukungan dari orang-orang disekitarnya, dan perasaan terperangkap dengan situasi merawat lansia.

Sementara itu ditemukan juga respon penerimaan *caregiver* terhadap lansia DM dalam penelitian ini. Hal ini sesuai pernyataan oleh Susilawati, *et al.*, (2004) bahwa respon menerima berkaitan dengan reorganisasi perasaan berduka dimana individu telah menerima kenyataan yang terjadi, gambaran tentang penyebab masalah mulai dilepaskan dan secara bertahap perhatian dialihkan kepada objek yang baru untuk mencari solusi. Penelitian lain tentang respon menerima dari *caregiver* dikuatkan oleh Miller (2000) yang melaporkan bahwa dampak positif dari *caregiver* dapat terjadi dalam bentuk peningkatan pemahaman dari *care recipient* terhadap *caregiver* serta peningkatan hubungan antara *caregiver* dan *care recipient*, sehingga dalam penelitian ini muncul perasaan kekhawatiran *caregiver* terhadap kondisi lansia, pasrah dan rasa kasian terhadap lansia yang muncul sebagai akibat peningkatan kedekatan antara *caregiver* dengan *care recipient*.

Respon fisik yang teridentifikasi dalam penelitian ini yaitu adanya gangguan/perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integumen dan gangguan sirkulasi. Keluhan yang ditemukan dari partisipan dalam penelitian ini adalah cape, pegal-pegal, muka jadi berjerawat dan terjadi peningkatan nafsu makan sehingga selama enam bulan merawat lansia berat badanya naik sebanyak sepuluh kilo. Sementara itu *caregiver* yang lainnya mengatakan sering pusing. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Beandlands, *et al.*, (2005) yang melaporkan bahwa dampak fisik yang dialami oleh keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis dapat berupa kelelahan, nyeri otot, insomnia dan hipertensi. Selain itu dikuatkan oleh Mace dan Rabins (2006) bahwa orang yang merawat lansia dengan penyakit kronis sering mengalami masalah

fisik yang dapat beresiko memicu timbulnya penyakit pada *caregiver*.

Penelitian ini telah menunjukkan adanya permasalahan finansial sebagai respon keluarga terhadap ekonomi yang teridentifikasi dari sifat pembiayaan yang meliputi ada jaminan, tidak adanya jaminan dan mandiri dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Bird dan Barry (2011) bahwa keluarga dengan lansia harus menyediakan biaya untuk pelayanan medis, pelayanan penunjang (kontrol gula darah dan obat-obatan), rawat inap jika sewaktu-waktu terjadi komplikasi termasuk biaya untuk perawatan sehari-hari di rumah. Sehingga menurut Stanley dan Beare (2004/2007) Aktivitas tersebut berisiko mengalami permasalahan dalam keuangan keluarga yang dapat menyebabkan terganggunya pemenuhan kebutuhan keluarga lainnya seperti sandang, pangan atau kebutuhan rekreasi anggota keluarga lainnya.

Selanjutnya respon terhadap peran *caregiver* dalam penelitian ini mengidentifikasi adanya Perubahan peran yang dialami oleh *caregiver* selama merawat lansia dengan DM. Beberapa *caregiver* mengalami penambahan peran dan tanggung jawab yang dialihkan dari lansia yang menderita DM. Hal tersebut sesuai dengan Bird dan Barry (2011) yang melaporkan beberapa masalah yang biasa terjadi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga lansia dengan masalah fisik dan mental diantaranya koping tidak efektif, batasan aktivitas sosial dan waktu luang, hilangnya privacy, gangguan pada rutinitas rumah tangga dan pekerjaan.

Kesimpulan

Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM diantaranya ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, masalah fisik dan masalah ekonomi. Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor yang berhubungan dengan respon keluarga dalam merawat lansia dengan DM. Selain itu diperlukan rancangan strategi intervensi perawat komunitas dengan

melibatkan peran serta masyarakat untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia DM di rumah (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.
- Widyastuti, R.H., Sahar, J. & Permatasari, H. (2011). Pengalaman keluarga merawat lanjut usia dengan demensia. *Jurnal Ners Indonesia*, 1(2), 49-57.
- 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.
- 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.