



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT
KESEHATAN LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS (DM)
DI KOTA TASIKMALAYA: STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

**SITI BADRIAH
0906505016**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT
KESEHATAN LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS (DM)
DI KOTA TASIKMALAYA: STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**SITI BADRIAH
0906505016**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Siti Badriah

NPM : 0906505016

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Siti Badriah
NPM : 0906505016
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Keluarga dalam Merawat Kesehatan Lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya: Studi Fenomenologi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI


Pembimbing : Wiwin Wiarsih.,S.Kp.,MN


(.....)


Pembimbing : Henny Permatasari, SKp., M. Kep.,Sp. Kep. Kom


(.....)

Penguji : Widyatuti, SKp., M. Kep.,Sp. Kep. Kom


(.....)

Penguji : Ati Nuraeni, SKp., M. Kep.,Sp. Kep. Kom


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

**LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Siti Badriah
NPM : 0906505016
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT
KESEHATAN LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS (DM)
DI KOTA TASIKMALAYA : STUDI FENOMENOLOGI**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2011

Yang menyatakan



(SITI BADRIAH)

ABSTRAK

Nama : Siti Badriah
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas
Judul : Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Kesehatan Lansia
Dengan Diabetes Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya:
Studi Fenomenologi

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan DM di Kota Tasikmalaya. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan dalam penelitian ini adalah *caregiver* utama lansia DM yang didapatkan dengan teknik *criterion sampling*. Data yang dikumpulkan berupa hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan teknik Colaizzi. Penelitian ini mengidentifikasi 13 tema yaitu terjadinya perubahan pada lansia, kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, respon psikologis, respon fisik, respon terhadap ekonomi, respon terhadap peran, perilaku pencarian penyelesaian masalah, dukungan penyelesaian masalah, kehidupan lansia yang optimal, kemampuan merawat lansia, sifat pelayanan, bentuk pelayanan dan mematuhi ajaran agama dan budaya.

Kata kunci : caregiver, lansia, DM

ABSTRACT

Name : Siti Badriah
Program Study : Master in Nursing Science For Community Nursing
Tittle : Family Experiences in Caregiving of Elderly with
Diabetes Mellitus (DM) in Tasikmalaya:
Phenomenology Study

The aim of research were explored the experience of family in caregiving elderly with DM in Tasikmalaya. This research used qualitative descriptive phenomenology method and the data collected by in-depth interview. Participants were primary caregivers elderly with DM collected by criterion sampling technique. The data gathered are in form of the results from the recording of in-depth interview and field note form transcribed and analyzed by using the Collaizi's method. The result of research identified into 13 themes, consist of changed the elderly, the ability to carry out the health task of family, psychological response, physical response, economic response, role response, the search behavior problem solving, problem-solving support, the optimal life of the elderly, the ability to care for the elderly, the nature of the service, the type of services and adhere to the teachings of religion and culture.

Key words : caregiver, elderly, DM

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan berjudul “Pengalaman Keluarga dalam Merawat Kesehatan Lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya.” Selama melakukan penyusunan penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nusasari, S.Kp., MN, sebagai Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Wiwin Wiarsih, SKp., MN selaku pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, semangat, arahan dengan penuh kesabaran pada penulis selama penyusunan proposal ini.
4. Ibu Henny Permatasari, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom, selaku pembimbing II yang senantiasa memberi motivasi, pengertian, meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
5. Seluruh staff dosen dan karyawan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Ibu Hj.Betty Suprapti, SKp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama penyusunan proposal ini
7. Ibu Kusmiyati, SKp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya yang selalu memberikan motivasi dan semangat dalam penyusunan proposal ini
8. Seluruh staff dosen dan karyawan jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya yang telah memberikan banyak dukungan dan semangat selama penyusunan proposal ini

9. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di Puskesmas Kota Tasikmalaya
10. Kepala Puskesmas Cibeurum, Cihideung dan Kahuripan terimakasih telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas yang Bapak/Ibu pimpin
11. Seluruh partisipan, tanpa mereka penelitian ini tidak pernah ada
12. Pendamping hidupku Dedy Kusnaedi yang selalu memberikan dukungan dan cinta yang tak terbatas
13. Mutiara hatiku Dhafi Yarist Kusnaedi, Faris Irham Kusnaedi dan Dhifa Farisa Kusnaedi yang telah menjadi spirit hidup dan selalu menyinari hati penulis
14. Ibu dan Bapak yang selalu menyebut nama penulis di setiap doanya
15. Semua teman-teman seperjuangan Program Magister Keperawatan Angkatan 2010, khususnya teman-teman di peminatan Keperawatan Komunitas yang telah banyak membantu, memberikan dorongan dan semangat untuk terus maju.
16. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, tanpa mengurangi rasa terimakasih, tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi kesempurnaan penelitian ini.

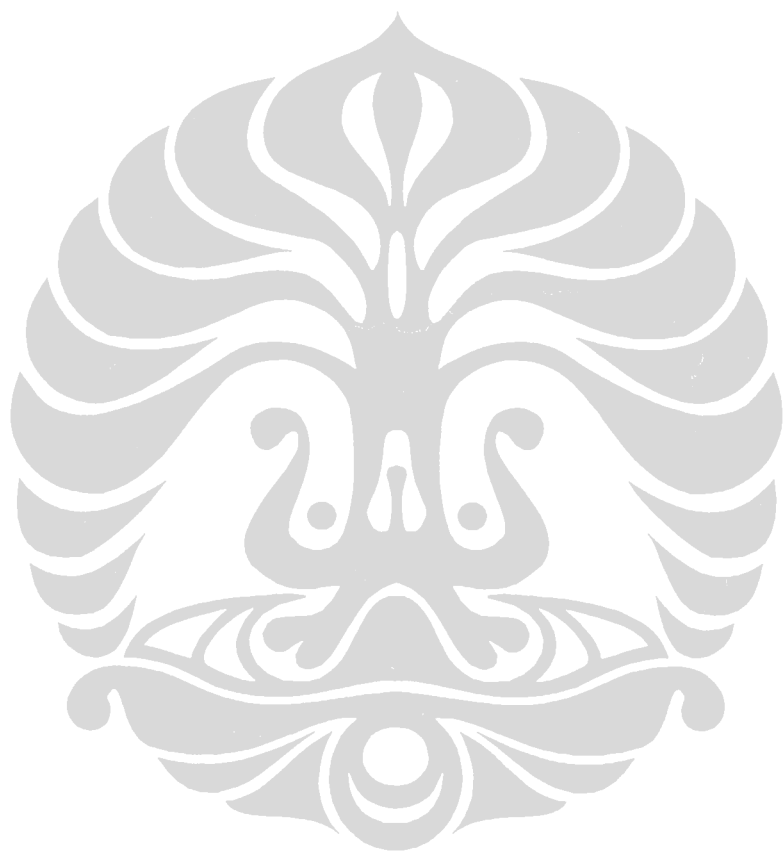
Depok, Juli 2011

Peneliti

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN ORSINILITAS.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRAC.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	16
1.3 Tujuan Penelitian.....	17
1.4 Manfaat Penelitian.....	17
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	19
2.1 Konsep <i>Vulnerable</i> populations pada Lansia DM.....	19
2.2 Konsep <i>At Risk</i> pada Populasi <i>Caregiver</i>	23
2.2 Peran dan Fungsi Perawat sebagai <i>Caregiver</i> Lansia dengan DM.....	30
2.3 Aplikasi Konsep Pencegahan dalam Optimalisasi Fungsi <i>Caregiver</i> pada Lansia DM.....	35
2.4 Peran Perawat Komunitas.....	38
3. METODE PENELITIAN	44
3.1 Desain Penelitian.....	44
3.2 Populasi dan Sampel.....	45
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
3.4 Pertimbangan Etik.....	48
3.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	51
3.6 Alat Bantu Pengumpulan Data.....	53
3.7 Pengolahan dan Analisis Data.....	56
3.8 Keabsahan Data.....	57
4. HASIL PENELITIAN.....	60
4.1 Karakteristik Partisipan.....	60
4.2 Tema Hasil Analisis Data Penelitian.....	61

5. PEMBAHASAN.....	95
5.1 Interpretasi Hasil	95
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	128
5.3 Implikasi untuk Keperawatan.....	129
6. SIMPULAN DAN SARAN.....	132
6.1 Simpulan.....	132
6.2 Saran.....	134
DAFTAR PUSTAKA.....	137



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Karakteristik partisipan
- Lampiran 2 : Analisis Data Penelitian
- Lampiran 3 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 4 : Lembar persetujuan
- Lampiran 5 : Data demografi partisipan
- Lampiran 6 : Panduan wawancara
- Lampiran 7 : Catatan lapangan
- Lampiran 8 : Keterangan lolos uji etik
- Lampiran 9 : Surat pemberitahuan penelitian
- Lampiran 10 : Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Penyakit Diabetes Mellitus tipe 2 (DM tipe 2) merupakan salah satu penyakit degeneratif yang sifatnya kronis dialami oleh lansia. Berbagai perubahan yang terjadi pada lansia mempengaruhi lansia dalam berespon terhadap permasalahan yang diakibatkannya. Keluarga sebagai pemberi perawatan kesehatan di rumah akan bereaksi terhadap respon tersebut dalam bentuk yang bervariasi. Penelitian ini akan menggali bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia yang menderita penyakit DM tipe 2 di rumah. Selanjutnya dalam penelitian ini penulis akan menggunakan pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan DM di rumah untuk makna yang sama pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM tipe 2 di rumah.

Bab pendahuluan ini akan menggambarkan latar belakang, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian kualitatif fenomenologi pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM di Kota Tasikmalaya. Latar belakang menyajikan alasan pentingnya dilakukan penelitian yang didukung oleh data eviden isu-isu penelitian. Perumusan masalah merefleksikan pernyataan mendasar yang akan menjawab tujuan penelitian. Tujuan penelitian difokuskan pada harapan yang ingin dicapai dari kegiatan penelitian, dan manfaat penelitian difokuskan pada kegunaan hasil penelitian untuk pengembang kebijakan pelayanan kesehatan, perkembangan ilmu keperawatan komunitas, profesi keperawatan komunitas serta bagi keluarga dan lansia.

1.1 Latar Belakang

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin tingginya usia harapan hidup (UHH) penduduk. Ditemukan adanya variasi UHH penduduk di berbagai belahan dunia diantaranya pada tahun 2010 UHH penduduk Australia 80.50 tahun, Guernsey 80.42 tahun, Swiss 80.51 tahun, Swedia 80.51 tahun, Kanada 80.96 tahun, Jepang 81.25 tahun, Hongkong

81.59 tahun, Singapura 81.71 tahun, San Marino 81.71 tahun, Makau 82.19 tahun, dan Andora 83.51 tahun (<http://www.manggasiang.co.cc>).

Berdasarkan 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. Terjadinya perbedaan UHH telah menunjukkan tingkat kesejahteraan negara Indonesia belum sebanding dengan negara-negara lainnya. Dengan masih ditemukannya angka kemiskinan pada pencapaian MDGs (*Millennium Development Goals*) telah berpengaruh terhadap daya beli masyarakat untuk makanan bergizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan, hal ini merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap masih rendahnya UHH Indonesia.

Stanley dan Bare (2007) menyatakan bahwa peningkatan UHH penduduk, menyebabkan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) terus meningkat dari tahun ke tahun. *United Nation Population Division* melaporkan pada tahun 2009 penduduk Amerika yang berusia 65 tahun keatas berjumlah 40 juta, dan diprediksi akan mencapai 89 juta pada tahun 2050. Berdasarkan data dari Depkominfo (2009) pada tahun 1980 jumlah lansia di Indonesia masih 7 juta jiwa, tahun 1990 naik menjadi 12 juta orang, tahun 2000 naik lagi menjadi 14 juta jiwa, tahun 2010 diperkirakan mencapai 23 juta jiwa, dan tahun 2020 diprediksi akan menjadi 28 juta orang. Lembaga Lansia Indonesia 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. Ini berarti Indonesia telah memasuki era penduduk berstruktur tua.

Kantor Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan (2009), melaporkan bahwa suatu wilayah disebut berstruktur tua jika persentase lanjut usianya lebih dari 7 persen. Dari seluruh provinsi di Indonesia, terdapat 11 provinsi

yang penduduk lansianya sudah lebih dari 7 persen, yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Bali, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur dan Jawa Barat. Lembaga Lanjut Usia Indonesia Provinsi Jawa Barat (2010) melaporkan bahwa presentase jumlah penduduk Jawa Barat tahun 2009 sebesar 7.95% dan pada tahun 2010 menjadi 8.01%. Hal tersebut mencerminkan salah satu bentuk peningkatan pembangunan kesehatan dan menjadi suatu isyarat perlunya peningkatan pelayanan kesehatan yang lebih fokus pada usia lanjut sehingga lansia dapat mempertahankan kesehatan dan kemandiriannya agar tidak menjadi beban bagi dirinya, keluarga maupun masyarakat.

Stanley dan Bare (2007) menyatakan bahwa upaya untuk mempertahankan kesehatan lansia yang jumlahnya semakin meningkat telah memberikan implikasi khususnya bagi perkembangan keperawatan dan pelayanan kesehatan. Kelompok lansia secara umum merupakan pengguna layanan kesehatan yang paling banyak, dan dengan peningkatan jumlah lansia berarti mereka akan semakin tidak terwakili secara proporsional didalam sektor kesehatan. Biaya pengeluaran perkapita bagi lansia adalah hampir empat kali lipat dibandingkan dengan pasien dari kelompok umur lainnya. Hal ini tentu akan menjadi beban pembiayaan bagi negara.

Pada sebagian negara, pemberian pelayanan kesehatan dan kesejahteraan bagi lansia telah mendapatkan perhatian dari pemerintah. Amerika telah memberikan perhatian terhadap peningkatan jumlah lansia dalam bentuk pemberian jaminan pelayanan kesehatan berupa penyediaan pelayanan dalam bentuk *Medicare Community Nursing Organization* (MCNO) yang dirancang untuk merencanakan mengatur dan memberikan upaya promosi kesehatan dan pelayanan keperluan lainnya oleh perawat. Semua lansia yang berusia 65 tahun keatas yang terdaftar secara resmi sebagai warga negara Amerika berhak memperoleh *Sosial Security Disability Insurance* (SSDI), dan untuk

masalah kesehatan yang spesifik bentuknya berupa *medicare* (<http://Wikipedia.org> diperoleh tanggal 1 Maret 2011).

Upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk lansia adalah Pasal 14 Undang-undang no 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia yang menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan lanjut usia melalui upaya penyembuhan dan pengembangan lembaga serta Pasal 19 Undang-undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menyebutkan bahwa pemerintah melaksanakan penyelenggaraan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan usia lanjut agar tetap produktif. Upaya lainnya adalah memberikan jaminan asuransi kesehatan bagi pensiunan pegawai negeri sipil, TNI, dan Kepolisian, membina lansia di Panti Werdha, memberikan pelayanan kesehatan melalui Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) dan membentuk lembaga lanjut usia di setiap provinsi (Depkes,2003; Dinkes Provinsi Jawa Barat 2009). Berdasarkan hal tersebut keberadaan kebijakan dan pelayanan kesehatan lansia mutlak diperlukan, karena lansia termasuk ke dalam populasi yang sangat beresiko untuk mengalami masalah kesehatan.

Miller (2004); Stanley dan Bare (2007) menggambarkan bahwa resiko lansia untuk mengalami masalah kesehatan merupakan dampak yang terjadi akibat bertambahnya usia, dan sering kali lansia akan mengalami banyak kehilangan (*multiple loss*). Kehilangan terjadi akibat perubahan fisik, psikososial, kultural maupun spiritual. Perubahan fisik pada lansia terjadi sebagai akibat adanya perubahan fisiologis pada berbagai sistem tubuh diantaranya perubahan pada sistem muskuloskeletal, sistem sensoris, sistem integument, sistem neurologis, sistem kardiovaskuler, sistem pulmonal, sistem endokrin, sistem renal dan urinaria, sistem gastrointestinal serta sistem reproduksi. Terkait dengan berbagai perubahan yang terjadi pada lansia telah teridentifikasi bahwa prevalensi gangguan perawatan diri sebesar 28.2%,

disabilitas pergerakan 47.77%, disabilitas penglihatan 64.12% dan disabilitas daya ingat 66.71% (Tahir, 2007).

Perubahan psikososial terjadi sebagai akibat dari adanya perubahan psikologis dan sosial pada lansia. Perubahan psikologis berhubungan dengan kepribadian, intelegensi, dan sikap lansia misalnya sering bertentangan dengan generasi muda, mempertahankan sikap yang kuat, sulit merubah keputusan, depresi, dan kerusakan kognitif. sedangkan perubahan sosial lansia yang dapat diamati yaitu seringkali kurang mampu mengambil tindakan, lebih banyak mengurung diri, tidak ingin bergaul dengan tetangga, merasa tidak berdaya dan kurang menyadari peran dan tanggungjawabnya.

Perubahan kultural pada lansia berhubungan dengan nilai-nilai dasar dari lansia, kepercayaan, kebiasaan (termasuk hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan) yang telah membentuk suatu pandangan kultural. Lansia sering dipandang usia yang sangat tradisional di berbagai kelompok etnik, sebagai konsekwensinya faktor budaya memegang peranan penting. Perubahan lain yang terjadi adalah perubahan spritual, lansia menjadi siap menghadapi kematian dan lebih taat menjalani aktivitas keagamaan. Lueckenotte (2000) menjelaskan spiritualitas tidak hanya menunjukkan afiliasi keagamaan saja akan tetapi dapat dimanifestasikan dalam pengalaman kontemplatif seseorang, penyakit, krisis hidup, atau bahkan pemahaman bahwa hidup di dunia terbatas, sehingga dapat menyebabkan seseorang merenung secara spritual.

Tyson (1999) menyebutkan perubahan fungsi fisiologis tubuh pada lansia seringkali memicu munculnya berbagai masalah kesehatan, salah satunya adalah penyakit Diabetes Mellitus (DM). Diabetes mellitus merupakan masalah kesehatan utama di sebagian besar penduduk Amerika yang mempengaruhi 10% dari populasi lansia usia lebih dari 65 tahun dan 20% sampai 23% dari populasi lansia usia lebih dari 80 tahun. Prevalensi diabetes tipe 2 pada lansia di atas 65 tahun diprediksi akan naik menjadi 44% dalam

20 tahun ke depan. Ligrary (2010) menyebutkan pada tahun 2007 prevalensi penyakit DM di Amerika Serikat sebesar 7.8 % atau 23.6 juta orang dan lebih dari 90 % diantaranya terjadi pada populasi lansia.

Berdasarkan Laporan Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan (2008) bahwa hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan penderita DM di Indonesia usia 65 sampai usia 74 tahun berjumlah 2.4 % dan usia 75 tahun keatas berjumlah 2.2%. Data yang diperoleh dari bagian pencatatan dan pelaporan puskesmas Dinas Kota Tasikmalaya, menunjukan bahwa dalam satu tahun terakhir ini terdapat 292 orang lansia usia 60 tahun keatas yang teridentifikasi mempunyai penyakit DM di kota Tasikmalaya atau sekitar 0.6% (SP3 Dinas Kota Tasikmalaya, 2010). Prevalensi penyakit DM di Kota Tasikmalaya masih berada di bawah angka nasional, tapi walaupun demikian lansia dengan penyakit DM merupakan populasi yang perlu mendapat perhatian dari pemberi pelayanan kesehatan karena dampak dari DM dapat menimbulkan permasalahan bagi lansia itu sendiri dan berpotensi menimbulkan beban bagi keluarga dan masyarakat.

Meiner (2006); Stanley dan Bare (2007) menjelaskan penyakit DM tipe 2 termasuk kedalam kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik *hiperglikemia* dan gejalanya berupa poliuria, polidipsi, polifagia serta penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Proses fisiologis akibat penuaan menyebabkan terjadinya penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, peningkatan produksi glukosa hepatic dan pengambilan glukosa oleh otot yang menurun sehingga menyebabkan glukosa banyak beredar dalam darah dan terjadilah *hiperglikemi*. Adanya perubahan status nutrisi pada lansia, perubahan massa tubuh (bukan hanya kenaikan berat badan tapi juga penurunan masa otot yang disertai dengan meningkatnya lemak tubuh terutama pada daerah perut) dan penurunan aktivitas, berkontribusi terhadap terjadinya resistensi insulin. Shen, et al (2009) dalam penelitiannya membuktikan bahwa ada hubungan antara

tingginya *Body Mass Index* (BMI) dengan kejadian diabetes pada lansia usia 65 tahun keatas yang terdaftar pada *Medicare Fee For Services* (*Medicare FFS*) di Amerika. Hampir setengah sampel penelitian terdapat *overweight* yaitu sebesar 47.6%, obesitas 22.6%, normal berat badan 20.7%, obesitas dengan penyakit penyerta/kormobid 9.1%.

Penyakit DM pada lansia bersifat multifaktorial yang dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Umur ternyata merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perubahan toleransi tubuh terhadap glukosa (Yeni, 2010, ¶ 4, <http://www.klikclinikkink.wordpress.com> diperoleh tanggal 3 September 2010). Kenyataan ini menjadi dasar bahwa lansia dengan DM termasuk kedalam populasi *vulnerable*. Stanhope dan Lancaster (2004) menyebutkan *vulnerable* terjadi jika seseorang/kelompok berhadapan dengan penyakit, bahaya, atau outcome negatif yang faktor pencetusnya dapat berupa genetik, biologis atau psikososial. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk.

Pender, Murdaugh dan Parsons (2002) menyatakan populasi *vulnerable* memiliki resiko yang lebih besar terhadap terjadinya kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis dan kesehatan sosial serta memiliki resiko lebih besar terhadap kesakitan dan kematian. Terkait hal tersebut Meiner (2006) menyebutkan bahwa penyakit DM dapat menyebabkan kegagalan pada beberapa fungsi organ seperti jantung, ginjal, syaraf, mata dan pembuluh darah, sehingga penyakit DM pada lansia memiliki dampak yang signifikan terhadap penurunan kualitas hidup lansia. Oleh karena itu dibutuhkan perhatian khusus untuk merawat lansia dengan DM sebagai populasi yang *vulnerable*.

Cavea dan Durso (2008) menjelaskan sebagai populasi yang *vulnerable* hampir setengah dari lansia dengan DM akan memiliki kecenderungan memiliki resiko tinggi untuk mengalami sindroma geriatrik lebih cepat

termasuk resiko jatuh, penurunan kognitif, inkontinensia urine, nyeri dan depresi. Pinkstaff (2004) dalam penelitiannya terhadap lansia diabetes di Amerika Serikat telah menunjukkan terjadinya penurunan dalam hal kesehatan umum, fungsi fisik, kepuasan dengan kesehatan fisik, masalah tidur, dan keterbatasan peran akibat gangguan fisik dan emosional. Sementara itu Purnomo (2002) telah membuktikan bahwa frekwensi kejadian muskuloskeletal terjadi lebih dominan pada penderita DM dengan karakteristik usia antara 60-69 tahun, wanita, kegemukan, lama DM lebih dari 5 tahun, lama menopause 10-11 tahun, kontrol gula darah rutin dan hiperkolesterolemia. Frekwensi terbanyak gangguan muskuloskeletal adalah osteoarthritis sendi lutut dan sebagian besar telah memiliki disabilitas. Gangguan muskuloskeletal tersebut diduga merupakan manifestasi kronik DM sejalan dengan komplikasi mikrovaskuler.

Hasil penelitian Gregg et. al (2000) bahwa diantara 6588 lansia, 32% wanita dan 15 % pria lansia DM dilaporkan tidak mampu berjalan $\frac{1}{4}$ mil, tidak mampu melakukan pekerjaan rumah, menaiki tangga, dibandingkan dengan 14% wanita dan 8 % Pria yang tidak mempunyai penyakit DM. Penelitian Volpato at al. (2005) melaporkan wanita dengan DM mempunyai resiko lebih besar dalam ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari : tidak bisa mandi, berpindah dari tempat tidur ke kursi, menggunakan toilet, memakai baju dan makan. Berdasarkan hal tersebut, penyakit diabetes berdampak pada penurunan kemampuan fisik yang akan menyebabkan terganggunya pemenuhan kebutuhan sehari-hari (*activity daily living*).

Perubahan psikososial pada lansia yang menderita penyakit DM menurut Araki dan Ito (2008) bahwa depresi diprediksi dapat terjadi pada lansia yang menderita DM tipe 2, sebagai akibat dari adanya insidensi komplikasi mikro dan makrovaskuler, ketidakmampuan dalam melakukan *activity daily living*, inkontinensia urin, kegagalan fungsi penglihatan, penurunan status kesehatan dan peningkatan jumlah perawatan di Rumah Sakit. Penelitian Cheng dan Boey (2000) menemukan dampak psikologis pada lansia yang menderita

penyakit DM yaitu 16% menunjukkan gejala-gejala depresi yang membutuhkan pengawasan selanjutnya. 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.

Stanley dan Beare (2007) menjelaskan penyakit DM pada lansia dengan berbagai dampak yang ditimbulkannya memerlukan intervensi dari perawat komunitas melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier. Bentuk pencegahan primer pada lansia DM meliputi program nutrisi dan aktivitas jasmani. Diperkirakan 65% sampai 80% kasus DM tipe 2 dapat dicegah melalui program nutrisi yang sehat. Mempertahankan berat badan ideal merupakan pertimbangan yang penting untuk mengurangi resiko terjadinya diabetes pada lansia.

Pencegahan sekunder dan tersier merupakan pencegahan yang dilakukan untuk deteksi dini dan membatasi efek serius dari DM tipe 2 serta meningkatkan rehabilitasi setelah lansia terdiagnosis DM. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan deteksi (pengkajian, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan gula darah) dan intervensi dini dari penyakit diabetes pada lansia (diet DM, program latihan/olahraga yang teratur, pengobatan dan terapi insulin). Pencegahan tersier dapat berupa stimulasi sensoris selama perawatan akut, perawatan kaki, mata, kulit, pengendalian glikemia dengan pemeliharaan gula darah yang normal dan modifikasi lingkungan rumah untuk meningkatkan keamanan lansia. Hasil penelitian dari *National Institute of Health* (2001 dalam Stanley dan Beare 2007) menguatkan kepercayaan bahwa mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal akan mencegah atau memperlambat perkembangan komplikasi jangka panjang dari penyakit diabetes. Untuk lansia yang sudah menjalani amputasi maka upaya rehabilitasi dalam upaya penyesuaian diri baik fisik dan emosional sebagai akibat dari kehilangan salah satu bagian anggota tubuhnya perlu dilakukan.

Terkait dengan upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier berbagai kebijakan dan program pelayanan kesehatan lansia telah dibentuk mulai dari tingkat pusat sampai ke daerah. Departemen Kesehatan RI (2005) telah berupaya memberikan pelayanan kesehatan melalui program pembinaan kesehatan lansia yang ditujukan pada upaya peningkatan kesehatan dan kemampuan untuk mandiri, pembinaan kesehatan lansia sebagai bagian upaya

kesehatan keluarga, peningkatan peran serta aktif masyarakat, dan upaya promotif – preventif yang dilaksanakan secara komprehensif dengan usaha kuratif dan rehabilitatif. Kebijakan tersebut diwujudkan dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang lebih operasional.

Kegiatan dari kebijakan pemerintah dilaksanakan sebagai upaya untuk mengembangkan dan meningkatkan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi), meningkatkan upaya deteksi dini pada kasus lansia, meningkatkan pembinaan teknis pada pengelola program lansia di tingkat provinsi, kabupaten dan puskesmas, memantapkan pengelolaan program lansia melalui pendidikan dan pelatihan, menerapkan teknologi tepat guna dalam pembinaan lansia melalui KMS (Kartu Menuju Sehat) dan buku pedoman pemeliharaan kesehatan lansia di masyarakat, mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi pembinaan kesehatan lansia serta melakukan penelitian yang dapat mendukung kebijakan dan pelaksanaan pembinaan kesehatan lansia.

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat dalam Rencana Strategis tahun 2009 – 2013 telah membuat program pelayanan kesehatan pada lansia dengan indikator meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan komprehensif pada lanjut usia dari 70% menjadi 72,5%. Cakupan tersebut dapat dicapai melalui program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dan tidak menular. Penyakit DM pada lansia termasuk didalam program tersebut. Program *Training of Trainer* (TOT) bagi petugas kesehatan selalu dilaksanakan di tingkat kota dan kabupaten. Program terkait lansia adalah dibentuknya Komisi Daerah Lansia (KOMDA LANSIA) di tiap daerah kota dan kabupaten yang berfungsi sebagai advokasi, sosialisasi dan dukungan dana bagi kegiatan lansia. Selain program pelayanan kesehatan, dinas kesehatan Jawa Barat juga memberikan bantuan berupa Jamkesmas Jawa Barat.

Program kegiatan untuk lansia yang telah dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya diantaranya adalah senam lansia pada saat kegiatan Hari Lanjut Usia Nasional (HALUN), pelatihan kader posbindu, pelatihan kader pelayanan kesehatan lansia dan pertemuan pembinaan organisasi santun lansia. Di tingkat puskesmas, program pelayanan kesehatan untuk lansia dilaksanakan melalui pemeriksaan kesehatan di dalam gedung dan di luar gedung berupa pelaksanaan Posbindu.

Hasil wawancara dengan Koordinator Program Lansia Dinas Kota Tasikmalaya menyatakan bahwa untuk mendukung pemeliharaan kesehatan lansia, program kebijakan memang sudah terbentuk mulai dari tingkat pusat sampai ke tingkat puskesmas. Akan tetapi dalam pelaksanaannya menemukan beberapa kendala diantaranya kurangnya dukungan dari pemegang kebijakan baik di Dinas Kesehatan maupun Pemerintahan Daerah yang menyebabkan anggaran untuk pelaksanaan kegiatan pemeliharaan kesehatan lansia sangat kurang. Dari anggaran yang ada kegiatan yang bisa dilakukan hanya berupa pelatihan kader posbindu atau pelatihan kader pelayanan kesehatan lansia, itu pun hanya satu kali dalam 1 tahun. Berdasarkan hal tersebut persamaan persepsi antara pemegang kebijakan, pertemuan pembinaan program lansia tingkat kota pada sektor terkait (Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, Bappeda) sangat diperlukan, sehingga dengan dukungan dari berbagai pihak kegiatan pemeliharaan kesehatan lansia termasuk lansia dengan penyakit kronis seperti DM bisa terlaksana.

Depkes (2005), menjelaskan bahwa dalam keluarga, lansia merupakan kelompok rawan dipandang dari segi kesehatan karena kepekaan dan kerentanannya yang tinggi terhadap gangguan kesehatan dan ancaman kematian, sehingga menjadi komponen dan sasaran perhatian dalam pembinaan kesehatan keluarga. Stanhope dan Lancaster (2004), menyebutkan bahwa perawat keluarga harus bekerjasama dengan keluarga untuk mencapai keberhasilan dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Terkait dengan lansia Lueckenotte (2003)

menjelaskan pemberian asuhan kepada lansia di rumah oleh keluarga dapat dilakukan oleh seluruh anggota keluarga tetapi wanita secara tradisional diasumsikan dan diterima mempunyai peran sebagai pemberi asuhan secara alamiah. Anak perempuan mempunyai tanggung jawab terhadap orangtua mereka yang sudah lansia. Anak perempuan tunggal, anak perempuan yang tidak menikah, anak perempuan yang berdekatan menjadi pemberi asuhan bagi orangtuanya.

Dalam budaya Indonesia peran pemberi perawatan kesehatan didalam keluarga biasanya dilakukan oleh orang dewasa yang lebih tua: ayah, ibu, kakek atau nenek dapat menjadi caregiver. Kao (2003) telah meneliti peran caregiver di keluarga pada lansia di Taiwan, yaitu sekitar 72% anak laki-lakinya 28% anak perempuannya, 70% caregiver adalah istrinya dan 30% adalah suaminya. Delgado (1997), melaporkan anak laki-laki di Puerto Rico merupakan pemberi asuhan yang utama pada orang tuanya. Hal tersebut mencerminkan bahwa pelaksana peran *caregiver* pada keluarga dengan lansia bervariasi tergantung pada budaya yang berlaku di daerah tersebut.

Berbagai fenomena pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien lansia atau pasien dengan penyakit kronis sangatlah bervariasi. Beandlands et.al (2005) melaporkan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis menimbulkan dampak terhadap fisik, emosi, sosial dan ekonomi. Dampak terhadap fisik berupa kelelahan, nyeri otot, insomnia dan hipertensi, dampak terhadap emosi berupa rasa marah, kesal, khawatir dan depresi, dampak terhadap sosial berupa terganggunya aktivitas dengan anggota keluarga lain dan pergaulan dengan lingkungan sekitar, dampak terhadap ekonomi berupa meningkatnya pengeluaran keluarga untuk biaya perawatan. Chung at all (2007) dalam penelitiannya pada *caregiver* keluarga yang merawat lansia dengan penyakit kronis di Taiwan ditemukan adanya masalah fisik, psikologis dan hubungan sosial dengan lingkungan.

Hasil kualitatif Asniar (2007) tentang pengalaman keluarga merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah, di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok menyebutkan bahwa sebagian keluarga merasa lelah, cape, jenuh dan terbebani karena harus menjalankan rutinitas yang berulang dalam waktu yang lama, tapi sebagian lagi ada yang merasa pasrah, ikhlas dan menerima semuanya dengan alasan sebagai bentuk tanggung jawab. Selanjutnya Joko (2007) dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi dirumah di kota Malang, melaporkan terjadi variasi perasaan antara senang dan tidak senang, senang karena keluarga telah mampu merawat sebagai bentuk rasa hormat, dan taat pada orang tua pada kebudayaan Jawa, sementara itu untuk perasaan tidak senang muncul sebagai akibat dari masa perawatan yang lama, usia lansia yang sudah tua seringkali terjadi mispersepsi antara lansia dan keluarga. Hasil kualitatif lainnya Rita (2008) tentang pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dimensia di rumah di Kota Depok teridentifikasi adanya beban fisik, beban psikologis, beban ekonomi dan beban sosial pada *caregiver*.

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu keluarga yang mempunyai anggota keluarga lansia dengan DM di kota Tasikmalaya, keluarga mengatakan bahwa sangat sulit sekali memberitahu lansia untuk berpantang terhadap makanan yang manis-manis, lansia seringkali marah-marah jika diingatkan untuk berpantang. Keluarga merasa khawatir dengan keadaan lansia yang sudah lama menderita DM karena badannya menjadi lebih kurus, berat badan menurun, makanan harus diatur, dan gula darah harus rutin diperiksa serta obat yang hampir setiap hari diminumnya. Keluarga kadang-kadang merasa kelelahan dan frustrasi karena kondisi lansia tersebut. Kondisi ini mengisyaratkan bahwa dibutuhkan adanya pelayanan yang berkualitas untuk mendukung keluarga dalam memberikan perawatan pada lansia atau anggota keluarga yang menderita penyakit kronis, termasuk dengan keluarga yang merawat lansia dengan penyakit DM di rumah.

Ervin (2002), menyebutkan bahwa perawat komunitas harus memandang komunitas atau populasi sebagai fokus praktek. Sehingga dalam hal ini perawat komunitas harus dapat mengidentifikasi *caregiver* dalam keluarga sebagai *populations at risk*. *Populations at risk* adalah sekumpulan individu atau kelompok yang memiliki ciri-ciri atau karakteristik tertentu untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan lainnya dibandingkan dengan kelompok yang lainnya (Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti, 2002). Untuk mengantisipasi hal tersebut berbagai penelitian diperlukan untuk menentukan kebijakan dan praktek keperawatan keluarga atau keperawatan komunitas terkait dengan *caregiver* yang merawat anggota keluarga lansia yang menderita penyakit DM di rumah, sehingga program pelayanan, program pencegahan dan program promosi kesehatan dapat dirancang dan diimplementasikan.

Stanhope dan Lancaster (2004) menyebutkan peran perawat komunitas yang bekerja di keluarga harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik, perawat harus mampu memberdayakan keluarga untuk bisa bekerjasama dalam melakukan perawatan keluarga. Pengalaman perawatan keluarga ini tidak dapat digambarkan secara kuantitatif karena dialami secara berbeda dan dinamis oleh setiap keluarga. Realita yang dihadapi dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial, politik, budaya, ekonomi, suku dan jenis kelamin (Denzin & Lincon, 2010).

Realita yang terjadi, masyarakat kota Tasikmalaya merupakan masyarakat dengan budaya sunda dan image sebagai kota santri yang telah dikukuhkan dengan simbol kubah dalam lambang kota Tasikmalaya (<http://www.tasikmalayakota.go.id> diperoleh tanggal 31 Maret 2011). Masyarakat kota Tasikmalaya sangat menjunjung tinggi nilai-nilai luhur agama termasuk memuliakan orang tua. Wujud pemuliaan terhadap orang tua dibuktikan dengan keberadaan panti jompo yang hanya berjumlah satu buah dengan penghuninya berjumlah 18 orang. Sementara itu para lansia yang tercatat sebagai penghuni panti, keberadaan sehari-harinya pun lebih banyak

berada dibawah pengasuhan keluarga masing-masing. Selanjutnya untuk menggambarkan dan memahami pengalaman yang terjadi pada keluarga yang merawat lansia dengan DM di kota Tasikmalaya maka peneliti perlu menggunakan pendekatan kualitatif dengan disain fenomenologi sebagai cara yang lebih tepat. Penelitian kualitatif merupakan suatu metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna dari sejumlah individu atau sekelompok orang yang berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan (Creswell, 2010). Keluarga sebagai pemberi perawatan yang utama (*caregiver*) pada lansia yang menderita penyakit kronis seperti yang yang diungkapkan Kao (2003) dalam penelitiannya bahwa 80 % *caregiver* berasal dari anggota keluarganya, sangat memerlukan dukungan dari berbagai pihak khususnya dari petugas kesehatan dalam hal ini perawat komunitas sehingga keluarga dapat menjalankan peran *caregiver* dengan baik. Oleh karena perlu dilakukan penelitian dengan disain fenomenologi untuk mengidentifikasi arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lanjut usia dengan Diabetes Mellitus di Kota Tasikmalaya.

1.2 Rumusan Masalah

Penyakit DM merupakan salah satu penyakit degeneratif yang sering muncul pada lansia sebagai akibat perubahan fungsi fisiologis tubuh khususnya sistem endokrin. Respon lansia terhadap penyakit kronis termasuk DM akan menimbulkan masalah fisik, psikologis, budaya dan spiritual pada lansia, dan hal ini akan berpengaruh terhadap respon keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia dengan penyakit kronis. Bentuk respon *caregiver* yang muncul dapat berupa masalah fisik, psikologis, sosial dan ekonomi

Pengalaman keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia dengan penyakit kronis sangat bervariasi dialami oleh tiap keluarga, oleh karena itu diperlukan kajian mendalam tentang bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM. Berdasarkan uraian diatas pertanyaan penelitian adalah “ bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya?”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM)

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Respon lansia dengan penyakit DM

1.3.2.2 Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM

1.3.2.3 Mekanisme coping keluarga dalam merawat lansia dengan DM

1.3.2.4 Harapan keluarga dalam merawat lanjut usia dengan DM

1.3.2.5 Kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh lansia dan keluarga dengan DM

1.3.2.6 Makna dari pengalaman keluarga merawat kesehatan lansia dengan DM

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengembang kebijakan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan lansia dengan penyakit DM. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan landasan kebijakan terkait program kesehatan keluarga khususnya dalam pemberian dukungan yang diperlukan oleh keluarga selaku *caregiver* yang merawat kesehatan lansia dengan penyakit DM di rumah.

1.4.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan disain asuhan keperawatan keluarga. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan masukan dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan

komunitas khususnya asuhan keperawatan komunitas pada populasi lansia dan asuhan keperawatan gerontik, dengan masalah DM pada lansia.

1.4.3 Bagi perawat komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat komunitas untuk dapat mengidentifikasi kebutuhan perawatan lansia dan keluarga dengan DM. Perawat komunitas juga dapat mengembangkan intervensi yang efektif dengan merancang program yang melibatkan peran serta aktif masyarakat dalam memberikan dukungan bagi keluarga yang merawat kesehatan lansia dengan DM.

1.4.4 Bagi lansia dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran pada lansia tentang perubahan yang akan terjadi akibat dari penyakit DM dan mempersiapkan para lansia untuk dapat membentuk respon adaptif terhadap perubahan yang akan terjadi. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi pada keluarga agar dapat memahami dan menyesuaikan terhadap respon yang terjadi pada lansia, dapat mengidentifikasi secara dini tentang kemungkinan adanya dampak dari merawat kesehatan lansia dengan DM terhadap keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bagian ini akan menguraikan teori dan konsep *vulnerable* pada populasi lansia dengan DM, konsep *at risk* pada populasi *caregiver*, peran fungsi keluarga sebagai *caregiver* lansia dengan DM, konsep pencegahan dalam optimalisasi fungsi *caregiver* lansia dengan DM, dan peran perawat komunitas. Bab dua ini akan digunakan sebagai bahan rujukan dalam melakukan pembahasan penelitian.

2.1 Konsep *Vulnerable populations* pada lansia dengan DM

Stanhope dan Lancaster (2000) menjelaskan bahwa *vulnerable* adalah suatu kondisi dimana individu atau kelompok mempunyai kepekaan yang tinggi terhadap masalah kesehatan dan keterbatasan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Sedangkan *vulnerable populations* didefinisikan sebagai kelompok sosial yang mempunyai resiko relatif meningkat atau kepekaan kesehatan yang kurang baik. Sementara itu Pender, Murdaugh dan Parsons (2002) menyatakan bahwa *vulnerable populations* merupakan kelompok yang berbeda dengan individu yang lain karena mempunyai resiko yang tinggi terhadap terjadinya penurunan masalah kesehatan baik secara fisik, psikologi atau sosial. Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *vulnerable populations* (populasi rentan) adalah sekelompok orang yang beresiko tinggi terhadap terjadinya penurunan kondisi kesehatan baik secara fisik, psikologi dan sosial.

Stanhope dan Lancaster (2000) menyebutkan bahwa suatu kelompok menjadi *vulnerable populations* jika memiliki karakteristik *health risk, limited control, disenfranchisement, victimization, disadvantages social status* dan *powerlessness*. Miller (2004); Stanley dan Bare (2007) menjelaskan bahwa populasi lansia termasuk kedalam populasi rentan karena memiliki resiko kesehatan akibat terjadinya *multiple loss* sebagai dampak dari proses penuaan. Kehilangan terjadi akibat perubahan fisik, psikologis dan sosial. Potter dan Perry (2005) menjelaskan perubahan fisik yang terjadi pada

lansia digambarkan dengan kulit makin keriput, gigi rontok, rambut semakin memutih dan tulang makin rapuh. Sementara itu perubahan psikologis yang terjadi adalah lansia menjadi lebih sensitif dan emosi tidak stabil, sedangkan pada perubahan sosial seiring dengan penambahan usia lansia menjadi cenderung menarik diri dan tidak berminat untuk bersosialisasi.

Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) mengelompokkan populasi rentan kedalam *communicable disease, developmental disabilities, mental health and illness, family and community violence, substance abuse, poor dan rural health, homelessness* serta *chronic illness*. Miller (1992) dalam Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) menjelaskan bahwa *Chronic illness* (penyakit kronis) merupakan penyakit yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang tidak dapat diobati dengan prosedur pembedahan sederhana atau terapi medis dalam jangka waktu yang pendek. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan dan dapat menimbulkan kondisi lebih buruk pada individu yang terkena. Salah satu yang termasuk ke dalam penyakit kronis adalah penyakit DM

Berdasarkan hal tersebut lansia dengan penyakit DM termasuk kedalam populasi *vulnerable* karena memiliki resiko tinggi terhadap penurunan kondisi kesehatan baik secara fisik, psikologis atau sosial. Meiner (2006); Stanley dan Bare (2007) menjelaskan penyakit DM termasuk kedalam kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik *hiperglikemia* dan gejala klasik berupa peningkatan berkemih (*poliuria*), rasa haus yang berlebihan (*polidipsi*), rasa lapar yang jelas (*polifagia*) serta penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Selain itu terdapat pula gejala kelemahan, mengantuk, penyembuhan luka yang lama, kerentanan terhadap infeksi khususnya jamur yang dapat menyebabkan munculnya gatal-gatal dan pada kondisi yang lebih lanjut beresiko munculnya komplikasi mikrovaskuler (retinopati, nefropati dan neuropati) dan komplikasi makrovaskuler (penyakit jantung, ginjal, syaraf dan pembuluh darah).

Heuer dan Lausch (2006) dalam penelitian desain fenomenologi terhadap 12 partisipan usia 50 sampai 62 tahun yang menderita penyakit DM di bagian selatan Texas ditemukan adanya tema tanda dan gejala yang dominan dirasakan adalah yaitu peningkatan BAK, pusing, peningkatan rasa haus, peningkatan rasa lapar dan peningkatan kelemahan. Sementara itu Miller (2004) menjelaskan bahwa diabetes yang baru muncul pada usia tua atau lebih dari 65 tahun, gejala klasik seperti *poliuri*, *polidipsi* atau *polifagi* mungkin tidak ditemukan. Demikian pula gejala komplikasi seperti *neuropati* dan *retinopati* umumnya bias dengan perubahan fisik karena proses penuaan. Oleh karena itu perawat komunitas harus melakukan validasi dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan gula darah untuk menentukan diagnosa pasti DM pada lansia.

Dalami dkk (2009) menjelaskan bahwa penyakit kronis merupakan suatu masalah kesehatan yang memerlukan penatalaksanaan dalam jangka waktu yang lama sehingga dapat memunculkan manifestasi psikologis berupa menyangkal, marah, tawar menawar, depresi dan menerima. Respon psikologis tersebut sejalan dengan respon kehilangan dari Kübler-Ross (1969) dalam Koziar et al (2004) mendefinisikan kehilangan merupakan perubahan dari sesuatu yang ada menjadi tidak ada atau situasi yang diharapkan terjadi tidak tercapai. Sumber kehilangan dapat meliputi : (1) kehilangan orang yang dicintai, (2) kehilangan aspek diri, seperti kehilangan fungsi tubuh, kehilangan peran sosial (pekerjaan, kedudukan), (3) kehilangan suatu obyek eksternal seperti kehilangan uang atau harta benda, rumah, binatang kesayangan serta (4) kehilangan dari lingkungan yang telah dikenal.

Kubler dan Ross (1969 dalam, Rawlin et al 1993); Potter dan Perry (2005) menjelaskan kehilangan menyebabkan berduka pada yang mengalaminya. Berduka merupakan proses yang wajar pada orang yang mengalami kehilangan yang meliputi lima tahap, yaitu :

- a. *Denial* (mengingkari) yang ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa dirinya sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah-masalah yang akan terjadi
- b. *Anger* (marah). Pada saat ini individu atau keluarga secara langsung menunjukkan reaksi marah terhadap orang-orang sekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka.
- c. *Bargaining* (tawar menawar) ditunjukkan dengan perilaku mulai menawarkan diri untuk menghindari kesulitan, belajar menerima kepedihan dan menerima hubungan ketergantungan dengan orang lain. Hubungan tersebut dilakukan dengan orang-orang yang sangat mendukung namun terkadang disertai keraguan akan kemampuan untuk melaluinya.
- d. *Depression* (depresi) ditunjukkan dengan respon perilaku sedih yang mendalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mengingat atau berfikir tentang apa yang telah hilang. Pada tahap ini individu tidak banyak berbicara, sering menyendiri atau menarik diri dari lingkungan.
- e. *Acceptance* (menerima) merupakan tahap akhir dari respon berduka. Respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas, mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri lebih baik. Dengan kondisi ini individu dapat melanjutkan fungsi dan perannya, menerima tanggung jawab atas dirinya sendiri dan termasuk dalam perawatan diri dan belajar hidup dengan kehilangan yang telah terjadi

Anderson, Freedland, Clouse dan Lustman (2001) dalam penelitian kualitatif terhadap empat partisipan lansia dengan usia diatas usia 60 tahun di Mexico, melaporkan bahwa dari keempat partisipan teridentifikasi adanya gejala depresi setelah mereka terdiagnosa DM. Sebagai kesimpulannya dari penelitian tersebut lansia yang terdiagnosa DM dua kali menjadi lebih depresi pada permasalahan yang sama jika dibandingkan dengan lansia yang tidak menderita diabetes. Sementara itu penelitian Black, Markides dan Ray (2003)

terhadap 2830 lansia Mexico Amerika di Texas, Colorado, New Mexico, Arizona dan California bahwa 47 % dari keseluruhan lansia yang terdiagnosa DM mengalami gejala depresi minor.

Penelitian cross-sectional Huang dan Hung (2007) terhadap 131 partisipan yang berasal dari *medical center* di Taiwan sebelah timur mulai usia 40 tahun sampai dengan usia lanjut melaporkan bahwa aktivitas psikososial lansia telah mengalami perubahan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup termasuk didalamnya perilaku bersosialisasi, perawatan diri, status ekonomi dengan total varian mencapai 21%. Sementara itu penelitian Cheng dan Boey (2008) terhadap 200 lansia Hongkong usia 60 tahun sampai dengan 92 tahun menghasilkan bahwa lebih dari dua pertiga atau sebesar 68% sampai 86% responden tidak mengalami gangguan dalam kemampuan bekerja, *traveling*, aktivitas sosial, aktivitas rekreasi atau saling berkunjung dan berkumpul dengan kelompoknya untuk berbagi pengalaman diantara kelompok mereka. Lansia tidak lagi memandang penyakit DM sebagai sesuatu yang mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari, karena mereka sudah mengadaptasi penyakit DM dalam gaya hidupnya.

2.2 Konsep *At Risk* pada Populasi *Caregiver*

Risk didefinisikan sebagai kemungkinan terjadinya penyakit atau cedera yang diakibatkan oleh sekelompok faktor baik dari individu maupun lingkungan atau oleh keduanya (Mc Murray 2003). Sedangkan *populations at risk* adalah sekumpulan individu atau kelompok yang memiliki ciri-ciri atau karakteristik tertentu untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan lainnya dibandingkan dengan kelompok yang lainnya (Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti, 2002). Stanhope dan Lancaster (2002) menambahkan *populations at risk* adalah sekumpulan orang yang mempunyai resiko atau kemungkinan untuk timbulnya masalah kesehatan. Berdasarkan kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan *at risk* mengarah pada suatu pengertian tentang adanya peluang munculnya suatu kejadian atau masalah kesehatan dalam periode waktu tertentu.

Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa beberapa faktor berkontribusi terhadap munculnya masalah kesehatan atau kondisi tidak sehat. Akan tetapi tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki dampak yang sama pula. Ada beberapa faktor yang dapat menentukan atau mempengaruhi terhadap kejadian kesakitan atau keadaan tidak sehat, yang dikenal dengan istilah *health risks*. *Health risks* dapat diidentifikasi dalam beberapa kategori yaitu (1) risiko biologis bawaan atau genetik (*inherited biological risk*), termasuk risiko yang terkait dengan usia (*age-related risk*), (2) risiko lingkungan sosial dan lingkungan fisik (*sosial dan physical environmental risk*) (3) risiko perilaku (*behavioral risk*). Sementara itu Pender, Murdaugh dan Parsons (2002) mengidentifikasi *risk factors* ke dalam enam katagori sebagai berikut : genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan kesehatan individu, gaya hidup, dan lingkungan.

Stanhope dan Lancaster (2002), mengkategorikan *at risks* ke dalam beberapa kategori yaitu :

2.2.1 Biological *risk* (Resiko biologi)

Adalah faktor genetik atau kondisi-kondisi fisik tertentu yang berpeluang untuk terjadinya resiko kesehatan

2.2.2 Sosial *risk* (Resiko sosial)

Adalah kondisi-kondisi yang dapat meningkatkan resiko kesehatan seperti faktor kehidupan yang tidak teratur atau tinggal di lingkungan yang dapat berkontribusi untuk terjadinya masalah kesehatan

2.2.3 Economical *risk* (Resiko ekonomi)

Economical *risk* ditentukan oleh adanya ketidakseimbangan antara pendapatan dengan pengeluaran. Krisis ekonomi yang berkepanjangan dapat berpengaruh terhadap kebutuhan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan, dan kesehatan.

2.2.4 Life-style *risk* (Resiko gaya hidup)

Adalah kebiasaan atau gaya hidup yang dapat menimbulkan resiko kesehatan, termasuk didalamnya nilai/keyakinan terhadap kesehatan,

pengaturan pola tidur, rencana aktifitas keluarga dan persepsi terhadap resiko kesehatan.

2.2.5 *Life-event risk* (Resiko kejadian hidup)

Adalah kejadian dalam kehidupan yang dapat beresiko terjadinya masalah kesehatan, seperti; pindah tempat tinggal, adanya anggota keluarga baru, adanya anggota keluarga yang meninggalkan rumah dapat berpengaruh pada pola komunikasi.

Dengan adanya konsep *at risk* tersebut dapat memudahkan perawat komunitas untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada aggregate dan komunitas secara intensif dengan memfokuskan pada kondisi *at risk*, salah satunya yaitu populasi caregiver. *Caregiver* adalah kata yang digunakan bagi penyedia pelayanan kesehatan profesional sebagai *assisted living situation* pada suatu *nursing home* atau *hospice care*. *Caregiver* juga dapat diartikan sebagai "*voluntary caregiver*" atau "*informal carer*" yang diartikan sebagai pasangan, saudara, teman atau tetangga yang tidak dibayar yang bertanggung jawab atas perawatan seseorang yang sakit mental, cacat mental, cacat fisik atau yang kesehatannya terganggu oleh penyakit atau karena usia tua/lansia (www.wikipedia.org, diperoleh 18 Februari 2009).

Burke dan Laramie (2000) menyebutkan bahwa secara tradisional, ketika kebutuhan untuk melakukan perawatan di keluarga muncul, maka untuk pertama kali yang menjadi *caregiver* adalah istri, kemudian anak perempuan, dan akhirnya menantu. Akan tetapi baru-baru ini sejumlah anak laki-laki telah terlibat sebagai *caregiver* dalam perawatan orangtua mereka yang telah tua. Messecar (2008) dalam Kaakinen (2010) menyebutkan bahwa sebagian besar *caregiver* berasal dari anggota keluarga dan sekitar 80% atau lebih adalah merawat lansia. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Kao (2003) yang melaporkan dari 147 *caregiver* lansia di Taiwan sekitar 62% *caregiver* adalah anak-anaknya, 70% adalah istrinya, 30% adalah suaminya dan 15 % adalah *caregiver* dari dua Rumah Sakit di Utara dan Selatan Taiwan.

Burke dan Laramie (2000) menyebutkan bahwa dari sekian masalah kesehatan pada lansia yang memerlukan perawatan dari *caregiver* dan mempunyai dampak terhadap penurunan kemampuan fisik diantaranya adalah: arthritis sebesar 50%, hipertensi dan penyakit jantung 33% dan diabetes 11%. Penyakit DM pada lansia, selain menyebabkan penurunan kemampuan fisik yang lebih cepat, juga dalam perjalanannya memerlukan perawatan jangka panjang (Stanley & Bare 2007).

Perawatan oleh *caregiver* dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan dampak pada keluarga berupa *caregiver burden*. *Caregiver burden* diperkenalkan Zarit (1980 dalam Miller 1995) adalah “adanya masalah fisik, psikologis atau emosional, sosial dan finansial yang dialami oleh anggota keluarga yang merawat lansia yang mengalami gangguan kesehatan”. Dalam penelitiannya Weuve at al.(2007) menyebutkan bahwa *caregiver* mengalami *caregiver burden* setelah enam bulan melakukan perawatan pada lansia dengan penyakit kronis (www.medscape.com diperoleh 9 Maret 2011).

Biegel, Sales dan Schulz (1991 dalam Friedman, 1998) melaporkan bahwa *caregiver burden* dapat disebabkan oleh “karakteristik penyakit dan karakteristik *caregiver*”. Karakteristik penyakit meliputi keparahan penyakit, perubahan yang dialami dan lamanya penyakit yang dialami, sedangkan karakteristik *caregiver* meliputi demografi (jenis kelamin, hubungan peran, status sosial ekonomi dan umur), status kehidupan (stresor dalam kehidupan), kualitas hubungan, tahap perkembangan keluarga dan dukungan sosial. Sebuah institusi penelitian menunjukkan bahwa anggota keluarga yang memberikan perawatan kepada lansia dengan penyakit kronis merupakan *at risk* terhadap masalah emosional, mental, dan masalah kesehatan fisik (<http://www.caregiver.org> diperoleh tanggal 5 Maret 2011).

Berdasarkan hal tersebut *caregiver* yang merawat lansia dengan DM merupakan suatu *populations at risk* karena mempunyai resiko atau peluang terhadap munculnya suatu kejadian atau masalah kesehatan dalam periode

waktu tertentu. Adapun Faktor resiko pada populasi *caregiver* adalah sebagai berikut :

2.2.6 Biological risk

Pada umumnya mayoritas *caregiver* melakukan perawatan pada lansia DM dengan ketergantungan tinggi dalam jangka waktu yang lama. Miller (2004); Stanley dan Bare (2007) menjelaskan bahwa sebagian besar penyakit yang dialami oleh lanjut usia berupa penyakit kronik yang dapat berdampak pada penurunan kemampuan fisik dalam jangka waktu yang lama. Gregg et. al (2000) dalam penelitiannya melaporkan bahwa diantara 6588 lansia, 32% wanita dan 15 % pria lansia DM dilaporkan tidak mampu berjalan $\frac{1}{4}$ mil, tidak mampu melakukan pekerjaan rumah, menaiki tangga, dibandingkan dengan 14% wanita dan 8 % pria yang tidak mempunyai penyakit DM.

Berdasarkan hal tersebut *caregiver* berpotensi untuk mengalami resiko masalah kesehatan fisik. Hal ini dikuatkan oleh hasil penelitian Beandlands et.al (2005) yang melaporkan bahwa dampak fisik yang dialami oleh keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis yaitu berupa kelelahan, nyeri otot, insomnia dan hipertensi. Begitupun dengan Sonnenberg (2010) melaporkan bahwa hidup bersama dalam waktu yang lama dengan lansia yang mempunyai penyakit kronis dapat menyebabkan stres fisik dan emosional

2.2.7 Sociological risk

Merawat lansia dengan ketergantungan tinggi dalam jangka waktu yang lama, menyebabkan *caregiver* berpotensi mengalami penurunan kontak sosial dengan lingkungan sekitarnya, hilangnya kesempatan untuk memenuhi kebutuhan personal atau rekreasi. Kejenuhan yang berkepanjangan dan kurangnya kontak sosial dengan lingkungan dapat menyebabkan *caregiver* berpotensi untuk mengalami masalah kesehatan diantaranya dapat mengalami stress atau depresi.

Penelitian Cohen at al (1990); Schutz at al (1990); Dhooper (1991) dalam Miller (1995) melaporkan bahwa pada caregiver yang merawat lansia dengan penyakit kronis terjadi peningkatan resiko depresi, meningkatnya perasaan marah, rasa bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, ketidakberdayaan, kelelahan emosional, berkurangnya kontak sosial, meningkatnya konflik dalam keluarga, tidak ada waktu untuk kegiatan personal dan aktivitas rekreasi. Penelitian Chung (2007) ditemukan adanya masalah fisik, psikologis dan masalah dalam hubungan sosial dengan lingkungan

Berdasarkan hal tersebut hidup bersama dengan lansia DM yang mempunyai tingkat ketergantungan tinggi dalam jangka waktu yang lama tidak hanya menyebabkan kelelahan fisik bagi caregiver tapi juga kelelahan emosi serta menurunnya hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya.

2.2.8 Economical *risk*

Stanley dan Beare (2007) menjelaskan bahwa tindakan perawatan yang utama pada lansia dengan DM yaitu mendorong keluarga dalam merencanakan makan, latihan, pemantauan secara mandiri (kontrol gula darah dan obat-obatan) serta perawatan preventif untuk mencegah komplikasi. Aktivitas tersebut akan dilakukan oleh keluarga dalam jangka waktu yang lama sehingga keluarga berisiko mengalami permasalahan dalam keuangan keluarga. Permasalahan keuangan dalam keluarga dapat menyebabkan terganggunya pemenuhan kebutuhan keluarga lainnya seperti sandang, pangan atau kebutuhan rekreasi anggota keluarga lainnya. Selain itu permasalahan keuangan keluarga dapat beresiko pada hilangnya akses lansia terhadap pelayanan kesehatan yang merupakan salah satu komponen penting dari empat pilar perawatan lansia dengan DM.

McDonald (2007) menjelaskan bahwa keluarga dengan lansia DM 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. Hasil penelitian Beandles at al. (2005) bahwa telah terjadi peningkatan pengeluaran keuangan untuk biaya perawatan pada keluarga yang merawat lansia dengan penyakit kronis. Selain itu Meiner (2006) menggambarkan bahwa *caregiver* yang bekerja dengan rutinitasnya yang harus selalu merawat lansia di rumah, mungkin sering terganggu dalam pekerjaannya dan bisa sampai kehilangan pekerjaan, sehingga hal tersebut dapat menambah beban bagi kondisi perekonomian keluarga.

2.2.9. *Life style risk*

Lansia dengan DM pada umumnya menunjukkan gejala adanya polidipsi, polipagi dan poliuria. Poliuria (sering kencing) yang dialami oleh lansia terutama jika terjadi pada malam hari dapat menyebabkan *caregiver* mengalami perubahan pola dalam tidur. Perubahan pola tidur dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan masalah pada kesehatan, menurunnya konsentrasi, kelelahan, lemas dan emosi menjadi tidak stabil. Mace dan Rabins (2006) bahwa orang yang merawat lansia dengan penyakit kronis sering mengalami kelelahan karena kurang istirahat dan tidur. Kelelahan yang dialami oleh *caregiver* dapat memicu timbulnya penyakit pada *caregiver*

2.2.10 *Life event risk*

Kegiatan merawat lansia dengan ketergantungan tinggi dalam jangka waktu yang lama merupakan suatu perubahan transisi dalam kehidupan *caregiver*. Keluarga yang sebelumnya tidak mempunyai tanggungjawab merawat, tiba-tiba dengan adanya lansia DM maka peran dan tanggung jawabnya menjadi bertambah. Dengan perubahan tersebut maka *caregiver* atau anggota keluarga yang dibebani peran merawat lansia sangat beresiko mengalami stress dengan tambahan tanggung jawab ini. Selanjutnya stress yang

berkepanjangan dapat menyebabkan *burden* pada *caregiver*. Davis dan Tremont (2005) menggambarkan 50% dari *caregiver* yang merawat lansia dengan dimensia menyatakan depresi, cemas, adanya *caregiver burden* dan *caregiver strain*. Begitu juga halnya dengan *caregiver* pada lansia dengan DM, akan beresiko mempunyai kecenderungan yang sama untuk mendapatkan *caregiver burden* dan *caregiver strain*.

Ory et al (1985) dalam Miller (1995) menyebutkan bahwa meskipun sebagian besar perhatian telah difokuskan pada *caregiver burden*, beberapa literatur menyebutkan adanya konsekuensi positif dan kasih sayang pada *caregiver*. Beberapa aspek positif telah diidentifikasi dari *caregiver* yang merawat lansia sebagai bentuk cinta kasih dan pemenuhan kewajiban keluarga. Selain itu, keluarga menjamin bahwa layanan pengasuhan yang diberikan merupakan perawatan yang terbaik dan tepat yang diberikan oleh *caregiver* dan mereka puas melakukannya. *US House Select Commite on Aging* (1987) dalam Miller (1995) telah membahas dampak positif dari *caregiver* itu diantaranya adalah 1) munculnya rasa persahabatan 2) peningkatan pemahaman dari *care recipient* terhadap *caregiver* 3) merasa diri lebih berguna dan peningkatan harga diri *caregiver* 4) peningkatan hubungan antara *caregiver* dan *care recipient*.

2.3 Peran dan fungsi keluarga sebagai *caregiver* lansia dengan DM

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa peran dalam keluarga diartikan sebagai perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu yang mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam keluarga. Terdapat pembagian peran yang luas pada sebagian besar keluarga saat ini dimana setiap anggota keluarga memainkan peran yang sesuai dengan posisi dan statusnya dalam sistem keluarga (Stanley & Beare, 2007).

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menyebutkan peran dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori: peran formal dan peran informal. Peran

formal adalah peran *eksplisit* yang terkandung dalam struktur peran keluarga seperti : ayah-suami, istri-ibu, anak perempuan-kakak/adik, anak laki-laki-kakak/adik. Peran informal bersifat *implisit*, seringkali tidak tampak di permukaan dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga. Kievit (1968) menjelaskan bahwa peran informal memiliki kebutuhan yang berbeda berdasarkan usia dan jenis kelamin serta cenderung berdasarkan atribut kepribadian dari anggota keluarga. Oleh karena itu satu anggota keluarga dapat menjadi mediator yang mencari kemungkinan kompromi saat anggota keluarga lain terlibat dalam konflik. Anggota lain dapat menjadi pelawak yang memberikan keriang, kegembiraan dan rasa humor yang sangat dibutuhkan dalam masa krisis dan stress.

Peran informal lain sebagaimana dijelaskan oleh Benne dan Sheats (1948); Hartman dan Lairad (1983); Kantor dan Lehr (1975); Satir (1972); Vogel dan Bell (1960) bahwa peran informal ini dapat berperan sebagai penguat stabilitas keluarga atau justru sebagai pengganggu kesejahteraan keluarga. Peran-peran tersebut adalah : pendorong, penyelaras, inisiator-kontributor, negosiator, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari pengakuan, *great stone face* (wajah tanpa ekspresi), sahabat, kambing hitam keluarga, pendamai, pionir keluarga, *distraktor*, koordinator keluarga, perantara keluarga, penonton dan pengasuh keluarga. Berdasarkan hal tersebut dalam bekerja dengan keluarga perawat komunitas harus mempunyai pemahaman yang baik mengenai peran formal maupun informal dalam keluarga dan memfasilitasi pemahaman mengenai sifat-sifat khusus dari tiap anggota keluarga untuk mendapatkan solusi dari setiap permasalahan keluarga.

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa keluarga dengan lansia memiliki peran dalam membantu lansia. Anggota keluarga khususnya wanita memainkan peran penting sebagai *caregiver* pada lansia yang lemah atau lansia yang mengalami *disabilitas* fisik karena penyakit kronis. Sheprad dan Mahon (1996) menyebutkan bahwa peran *caregiver* bervariasi sesuai dengan posisi dan hubungannya dengan penerima asuhan yaitu : peran

berubah secara bermakna saat *caregiver* adalah pasangan hidup, orang tua, anak, saudara kandung, atau teman.

Sementara itu fungsi peran yang seimbang seringkali tidak bisa dipertahankan sehingga munculah kebingungan peran. Anggota keluarga yang dibebani sebagai *caregiver* seringkali merasa khawatir, cemas dan stress dengan tambahan tanggung jawab ini. Terkait hal ini Biegel, Sales dan Robin (1991) merangkum masalah yang biasa terjadi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga dengan masalah fisik dan mental pada lansia diantaranya adalah: koping dengan perilaku merusak, batasan aktivitas sosial dan waktu luang, hilangnya privacy, gangguan pada rutinitas rumah tangga dan pekerjaan, tuntutan peran ganda, kurangnya dukungan anggota keluarga yang lain, gangguan pada hubungan dengan anggota keluarga yang lain dan kurangnya bantuan yang memadai dari lembaga pelayanan kesehatan profesional. Berdasarkan hal tersebut kemampuan keluarga untuk berespon terhadap perubahan peran melalui fleksibilitas peran merupakan hal yang penting dalam keberhasilan fungsi keluarga.

Terdapat lima fungsi keluarga yang saling berhubungan erat satu sama lain yaitu: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Kebahagiaan keluarga diukur dengan kekuatan cinta keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarga karena respon kasih sayang satu anggota keluarga pada anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan pada kehidupan keluarga. Stanley dan Beare (2007) menjelaskan sejalan dengan bertambahnya usia keluarga, pada keluarga lansia cenderung kehilangan beberapa fungsi afektif. Ketika pasangan meninggal dunia, anak-anak pergi, saudara kandung seringkali memiliki kepentingan yang lebih besar dalam hubungan afektif.

Terkait dengan fungsi afektif lansia dengan DM sangat membutuhkan kasih sayang dan cinta kasih dari seluruh anggota keluarga karena respon lansia dengan DM seringkali menunjukkan sikap depresi. Selain itu, dampak bagi

caregiver yang merawat lansia dengan penyakit kronis sebagaimana yang dilaporkan oleh Beandlands et.al (2005) bahwa dampak dari perawatan telah memunculkan rasa marah, kesal, khawatir dan depresi pada *caregiver*. Hasil penelitian Groot at al. (2007) menggambarkan bahwa depresi, kesejahteraan dan fungsi psikososial merupakan indikator penting untuk kualitas hidup seseorang. Terkait dengan fungsi afektif maka dengan kekuatan cinta kasih diantara anggota keluarga diharapkan dapat mengurangi ketegangan atau masalah psikologis yang terjadi pada *caregiver* sebagai dampak dari merawat lansia dengan DM

Stanley dan Beare (2007) menjelaskan fungsi sosialisasi berhubungan dengan sekelompok pengalaman belajar yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga lainnya tentang bagaimana cara berfungsi dan melakukan peran di keluarga. Pada keluarga dengan lansia, lansia sering kali mengisi fungsi sosialisasi dalam keluarga. Penelitian tentang kajian harapan keluarga pada lansia, Kennedy (2000 dalam Stanley & Beare 2007) menemukan bahwa orang muda menganggap kakek/nenek mereka sebagai model peran yang penting. Mereka mencintai, membantu dan memberi rasa nyaman serta beberapa fungsi sosialisasi yang diabaikan oleh orang tua mereka. Sementara itu Aquilino dan Supple (2007 dalam Stanley & Beare 2007) menemukan adanya hubungan timbal balik antara orang-orang yang tinggal bersama dan terlibat dalam aktivitas yang saling menyenangkan, dapat meningkatkan solidaritas intergenerasi dengan lansia. Berdasarkan hal tersebut fungsi sosialisasi sangat diperlukan untuk meminimalkan respon yang terjadi pada lansia akibat penyakit DM dan dampak *caregiver* terhadap perawatan lansia yang seringkali mendapatkan masalah berupa stress yang dapat menurunkan fungsi sosialisasi antar anggota keluarga.

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan sampai saat ini fungsi reproduksi masih merupakan *justifikasi* keberadaan keluarga. Pada fungsi reproduksi pernikahan dan keluarga merupakan suatu hal yang penting untuk

dapat bertahan hidup dan untuk menjamin kontinuitas antar generasi dalam keluarga dan masyarakat.

Fungsi dasar ekonomi dari keluarga adalah menyediakan dukungan ekonomi dan alokasi sumber yang memadai bagi kebutuhan seluruh anggota keluarga meliputi sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang adekuat. Terkait dengan perawatan kesehatan lansia dengan DM maka keluarga harus mampu mengalokasikan biaya untuk perawatan lansia dengan DM. McDonald (2007) melaporkan telah menemukan korelasi antara dampak penyakit kronis dengan menurunnya kesejahteraan finansial keluarga. Pada keluarga dengan lansia DM alokasi pengeluaran meliputi biaya untuk perawatan sehari-hari, maupun biaya untuk melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini dapat berdampak pada beban anggaran rumah tangga yang dibutuhkan untuk menutupi biaya, makanan, pakaian dan pengeluaran harian serta kebutuhan rekreasi untuk seluruh anggota keluarga lainnya. Terkait peran dan fungsi keluarga dalam menghadapi masalah keuangan yang terjadi, Mace dan Rabins (2006) melaporkan bahwa keluarga dapat mengurangi masalah keuangan akibat perawatan lansia dengan dimensi penyakit kronis dengan cara saling membantu dan saling berbagi tanggungjawab keuangan dalam keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan merupakan komponen penting dengan keyakinan bahwa pemeliharaan kesehatan terjadi melalui lingkungan keluarga, modifikasi gaya hidup dan komitmen personal serta peran sentral keluarga dalam mengemban tanggung jawab terhadap tugas kesehatan anggota keluarga. Freeman dan Heinrich (1981) menjelaskan bahwa tugas kesehatan keluarga dilakukan oleh tiap-tiap keluarga sesuai dengan nilai yang dianut keluarga, kemampuan, sumber daya dan gaya hidup. Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga meliputi : 1) kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, 2) kemampuan dalam mengambil keputusan, 3) kemampuan dalam merawat, 4) kemampuan dalam memodifikasi lingkungan dan 5) kemampuan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan primer dengan

efektif maka dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga harus terlibat dan bermitra dengan tim perawatan kesehatan secara total.

Peran kemitraan dengan keluarga diperlukan baik pada kebutuhan promotif, preventif atau kuratif. Terkait dengan perawatan kesehatan lansia dengan DM, keluarga merupakan komponen penting untuk melakukan manajemen pengelolaan DM melalui 4 pilar: pengaturan diet, olahraga, kontrol gula darah dan pemberian obat. Akan tetapi sering dengan proses penuaan dan dampak dari penyakit DM yang dimiliki lansia sering kali menampilkan respon yang membuat caregiver merasa terbebani baik secara fisik, emosi, sosial dan ekonomi karena harus merawat kesehatan lansia sepanjang hidupnya (Beandlands et.al 2005). Berdasarkan hal tersebut, dalam menghadapi masalah kesehatan lansia dengan DM dan beban yang dirasakan caregiver maka keluarga dapat berbagi tugas dalam melakukan perawatan kesehatan dengan anggota keluarga lainnya (Pratt,1982 dalam Friedman, Bowden & Jones 2010).

2.4 Aplikasi konsep pencegahan dalam optimalisasi fungsi *caregiver* pada lansia dengan DM

Konsep pencegahan merupakan komponen yang penting bagi *caregiver* untuk menghindari suatu kejadian atau masalah kesehatan sebelum terjadi. Dalam optimalisasi fungsi *caregiver* pada lansia dengan DM, perawat komunitas menggunakan tiga tingkatan pencegahan, yaitu; primer, sekunder, dan tersier (Anderson & McFarlane, 2004).

Stanley dan Beare (2007), menjelaskan tiga tahapan pencegahan yang dimaksud adalah sebagai berikut :

2.4.1 Pencegahan primer

Pender, Murdaugh dan Parsons (2002) menjelaskan pencegahan primer terdiri dari dua komponen yaitu promosi kesehatan dan proteksi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan motivasi perilaku untuk meningkatkan kesejahteraan dan dan kualitas hidup manusia. Sedangkan proteksi

kesehatan mengkhhususkan pada masalah kesehatan atau penyakit termasuk menghindari perilaku yang beresiko menimbulkan kesakitan. Baik promosi maupun proteksi kesehatan keduanya mempunyai fungsi yang saling melengkapi dalam upaya pencegahan primer.

Promosi kesehatan pada level pencegahan dapat dilaksanakan dengan strategi intervensi berupa pendidikan kesehatan dan proses kelompok (Ervin, 2002). Pendidikan kesehatan pada *caregiver* bertujuan memberikan bekal pengetahuan dalam merawat kesehatan lansia dengan DM yang meliputi: perencanaan diet, olah raga, perawatan kaki ataupun pencegahan luka. Selain itu *caregiver* juga dibekali pengetahuan tentang hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana caranya mencegah terjadinya stress fisik atau emosi pada *caregiver* sebagai bentuk upaya proteksi kesehatan.

Strategi intervensi lainnya dalam upaya promosi kesehatan pada *caregiver* lansia dengan DM adalah proses kelompok. Proses kelompok merupakan suatu kegiatan penggabungan dari individu atau organisasi untuk saling bekerja sama dalam rangka mencapai tujuan tertentu dan saling menguntungkan. Pembentukan kelompok melalui proses penggabungan individu tersebut memungkinkan terjadinya penyelesaian masalah yang dihadapi melalui tahapan perencanaan sampai dengan pencapaian tujuan akhir dari kelompok tersebut (Cohen, 1991 dalam Helvie, 1998). Proses kelompok dapat diwujudkan dengan pembentukan kelompok pendukung peduli lansia DM (*support group*). Berry, Zarit dan Rabatin (2001 Stanley dan Beare 2007) menjelaskan hasil survey terhadap kebutuhan *caregiver* dilaporkan adanya kebutuhan materi pendidikan yang berkualitas tinggi dan pelatihan tentang masalah kesehatan yang dihadapi lansia yang semakin baik dan professional, serta adanya komunikasi dengan pemberi perawatan lainnya. Berdasarkan hal tersebut adanya motivasi perilaku *caregiver* dalam upaya meningkatkan keterampilan dalam pemberian

perawatan pada lansia DM akan meningkatkan kesiapan secara mental dan fisik dapat terhindar dari resiko munculnya burden atau stress *caregiver*

2.4.2 Pencegahan sekunder

Friedman, Bowden dan Jones (2010); Ervin (2002) menjelaskan pencegahan sekunder meliputi deteksi dini dan penanganan secepatnya. Dengan demikian deteksi dini masalah kesehatan dan penanganan kasus merupakan kunci pada pencegahan sekunder dengan *partnership* sebagai bentuk strategi intervensinya.

Partnership adalah hubungan antara profesi kesehatan dan partnernya baik individu, keluarga dan masyarakat yang memiliki kekuatan. Hubungan ini bersifat fleksibel, mengutamakan saling percaya, saling menguntungkan dan selalu meningkatkan kapasitas dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya (Cornes, 1998 dalam Helvie, 1998). *Partnership* dapat diwujudkan dalam bentuk kegiatan *screening* untuk mendeteksi adanya stress atau kejadian *burden* pada *caregiver*.

McCann (2002) menyebutkan bahwa peran perawat komunitas adalah melakukan *scrining* dengan melakukan pengkajian menggunakan *caregiver strain index* dan *Zarit Scale*; *caregiver burden interview* sebagai upaya deteksi dini terhadap kemungkinan munculnya *stress* atau *burden* pada *cregiver*. Reinhard (2008 dalam Kaakinen et al. (2010) merekomendasikan bahwa pengkajian perlu dilakukan pada *caregiver* keluarga sehingga dapat diketahui kondisi dan intervensi yang dibutuhkan oleh *caregiver*. Kaakinen (2010) menyebutkan bahwa ketika *caregiver* sudah mulai merasakan dampak negatif yang menyebabkan stress atau ketegangan maka beberapa intervensi seperti *counseling*, *support mental* dapat segera dilakukan oleh perawat komunitas. Coehlo, Hooker dan Bowman (2007) menekankan perlunya membentuk kemitraan antara

pelayanan kesehatan formal termasuk perawat dengan *caregiver* keluarga untuk memberikan dukungan terhadap *caregiver* di rumah.

2.4.3 Pencegahan tersier

Allender dan Spradley (2001) menyebutkan bahwa pencegahan tersier dilakukan untuk mengurangi tingkat keparahan suatu masalah kesehatan sehingga dapat meminimalkan disabilitas dan mengembalikan atau memulihkan pada fungsi semula. Rehabilitasi merupakan fokus utama dalam pencegahan tersier. Terkait dengan *caregiver* yang telah mengalami kondisi *burden* atau *stress*, maka strategi intervensi yang dilakukan adalah *empowerment* atau pemberdayaan. *Empowerment* merupakan suatu proses pemberian kemauan dan kemampuan kepada *caregiver* agar mampu memulihkan kesehatannya serta mencegah terjadinya disabilitas lebih lanjut akibat *burden* atau *stress*. Strategi intervensi dari *empowerment* dapat dilaksanakan dalam bentuk kegiatan rehabilitasi berupa *psychoeducational program* termasuk di dalamnya adalah program manajemen stress, *cognitive behavioral therapy* (CBT) yang dapat dilakukan secara bertahap oleh perawat komunitas, sehingga dapat menghindari terjadinya keparahan dari stress yang telah ada dan mengembalikan kondisi *caregiver* seperti semula. Messecar (2008, dalam Kaakinen 2010) melaporkan bahwa *psychoeducational program* berkontribusi dalam menurunkan *burden* dan depresi berat serta meningkatkan kesejahteraan *caregiver*.

2.5 Peran perawat komunitas

Perawat komunitas mempunyai banyak peran dalam melakukan intervensi keperawatan. Terkait dengan optimalisasi fungsi *caregiver* lansia dengan DM. Helvie, (1998) mengidentifikasi peran perawat komunitas sebagai berikut:

2.5.1 Pemberi perawatan (*care provider*)

Perawat berperan dalam melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu, keluarga dan komunitas dengan menggunakan prinsip

epidemiologi dan intervensi preventif. Pada fase pengkajian dan perencanaan peran pemberi perawatan mencakup wawancara dan konseling. Wawancara dilakukan untuk mengumpulkan data, sementara itu konseling merupakan suatu metoda untuk memecahkan masalah (Helvie, 1998).

Kegiatan wawancara dengan *caregiver* dilakukan secara spesifik untuk mengumpulkan data yang berhubungan dengan masalah yang terjadi sebagai dampak dari pemberian perawatan pada lansia dengan DM. Sedangkan kegiatan konseling dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengklarifikasi masalah, solusi mengatasi masalah, menyeleksi alternatif pemecahan masalah, dan mengevaluasi hasil. Pada *caregiver* lansia dengan DM fungsi konseling dilakukan ketika *caregiver* sudah teridentifikasi mempunyai masalah kesehatan, kemudian dicarikan alternatif pemecahan masalah yang disesuaikan dengan masalah yang muncul (fisik, psikologis, sosial atau ekonomi). Selanjutnya dilakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah diambil.

2.5.2 Pendidik dan penasihat (*nurse educator and counselor*)

Peran perawat dalam hal ini membantu klien dalam memberikan informasi agar klien mampu membuat pilihan dan memelihara atau mendapatkan autonomi. Pada peran pendidik, perawat mengkaji kebutuhan dan memotivasi pembelajaran klien berdasarkan rencana dari model pendidikan yang akan diterapkan dan melakukan rencana yang telah ditetapkan. Sedangkan peran konselor adalah untuk mendengarkan secara objektif, mengklarifikasi, memberikan masukan dan informasi, dan membimbing klien melalui proses pemecahan masalah (Hitchcock, Schubert, & Thomas 1999)

Perawat sebagai pendidik dapat membantu *caregiver* dengan memberikan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat lansia dengan DM di rumah dengan menggunakan model yang sesuai, misalnya dengan pemberian

pendidikan melalui kelompok pendukung lansia DM (*support group*). Sedangkan dalam peran konselor perawat mendengarkan secara objektif segala permasalahan yang berhubungan dengan masalah psikologis, sosial, ekonomi yang dirasakan oleh *caregiver* sebagai dampak yang dirasakan selama melakukan perawatan pada lansia DM. Selanjutnya perawat mendampingi *caregiver* untuk membuat keputusan yang terbaik dalam menyelesaikan permasalahan yang sedang dihadapinya.

2.5.3 Peran model (*role model*)

Perawat komunitas berperan sebagai model bagi klien dan perawatan kesehatan profesional lainnya. Dalam *setting* rumah maupun dalam kondisi yang lain, klien dapat mengidentifikasi perilaku perawat dan perawat dapat berperan sebagai contoh atau panutan bagi perilaku klien.

Perawatan kesehatan pada lansia DM, seringkali memicu munculnya masalah kegangguan fisik maupun emosi pada *caregiver* karena perilaku lansia yang sudah mengalami penurunan fungsi fisik, psikologis, kognitif dan sosial. Terkait dengan peran sebagai *role model*, perawat komunitas dapat memberikan contoh bagaimana cara memberikan perawatan dengan bersahabat, penuh kasih sayang dan keikhlasan sehingga dapat meminimalkan dampak psikologis pada *caregiver* selama memberikan perawatan pada lansia dengan DM.

2.5.4 Pembela klien (*client advocate*)

Zerwekh (1991) dalam Helvie (1998), menyatakan bahwa advokasi adalah proses meningkatkan kondisi pasien, agar pasien dapat menentukan nasibnya sendiri". *Advokasi* bertujuan untuk membela klien, kelompok maupun masyarakat yang tidak mampu berbicara atau mengeluarkan pendapat. Perawat dapat menjalankan fungsi advokasi ketika keluarga sebagai *caregiver* sudah tidak mampu lagi melakukan perawatan kesehatan dengan mengunjungi pelayanan kesehatan baik untuk perawatan rutin seperti kontrol gula darah maupun kejadian yang

mebutuhkan perawatan segera akibat komplikasi DM. Dalam hal ini Perawat dapat memfasilitasi keluarga atau *caregiver* untuk mendapatkan bantuan biaya kesehatan dari pemerintah.

2.5.5 Manajer kasus (*case manager*)

The ANA Council on Community Health Nursing (ANA, 1991 dalam Helvie, 1998) mendefinisikan *case manager* sebagai suatu proses memberikan perawatan kesehatan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas, pemecahan masalah, meningkatkan kualitas hidup klien". Perawatan *manager* adalah penerapan strategi untuk mengkoordinasikan dan mengalokasikan layanan bagi individu yang tidak dapat mengelola perawatan mereka sendiri atau yang tidak dapat menegosiasikan sistem perawatan kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas 1999).

Perawat komunitas dapat menjalankan peran ini dengan melakukan asuhan keperawatan pada *caregiver* dengan menggunakan lima tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian masalah kesehatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah kesehatan yang biasanya muncul pada *caregiver* diantaranya berupa masalah fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Berdasarkan masalah yang muncul pada *caregiver* maka dalam tahap perencanaan peran perawat sebagai managerial adalah melakukan koordinasi dengan semua *care provider* baik antar sesama perawat maupun profesi lainnya untuk merencanakan intervensi sesuai dengan masalah. Sementara itu perawat juga melakukan advokasi kepada pihak-pihak terkait jika ditemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan untuk menyelesaikan masalah.

2.5.6 Kolaborator (*collaborator*)

Helvie (1998) menyatakan bahwa kolaborasi adalah proses membuat keputusan dengan yang lain dalam proses keperawatan. Kolaborasi dapat dilakukan antara perawat dengan klien atau pelaksana perawatan

kesehatan lainnya atau dengan profesi lain seperti polisi, personel pemadam kebakaran, psikolog, pekerja sosial dan lain-lain.

Ketika perawat komunitas menemukan masalah fisik, psikologis, sosial yang dialami oleh *caregiver* sebagai dampak perawatan lansia dengan DM, maka dalam perannya sebagai kolaborator perawat komunitas bersama-sama dengan psikolog dan pekerja sosial melakukan pengkajian dan menentukan tujuan serta intervensi keperawatan yang tepat untuk *caregiver* tersebut.

2.5.7 Perencana (*discharge planner*)

Peran perawat komunitas lainnya adalah perawat sebagai perencana. Perawat mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan klien sesuai dengan kebutuhan kesehatannya. Perawat mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan *caregiver* yang menyesuaikan dengan kondisi atau situasi *caregiver*. Terkait dengan *caregiver burden* perawat perlu membuat perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah fisik, emosi, sosial dan ekonomi.

2.5.8 Penemu kasus (*case finder*)

Peran perawat sebagai *case finder* adalah menemukan masalah yang dialami klien dan mengidentifikasi apa yang dibutuhkan oleh klien Helvie (1998). Terkait dengan *caregiver* yang merawat lansia dengan DM, peran perawat komunitas adalah menemukan masalah pada *caregiver* yang terjadi selama proses pemberian perawatan. Sehingga berdasarkan permasalahan yang didapat perawat komunitas dapat menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan *caregiver*. Ketika *caregiver* membutuhkan support tentang peningkatan kemampuan dan keterampilan tentang bagaimana cara merawat lansia dengan DM, maka perawat komunitas dapat membuat strategi intervensi berupa pendidikan kesehatan ataupun proses kelompok dalam bentuk *support group* peduli lansia DM.

2.5.9 Pembaharu dan pemimpin (*change agent and leader*)

Leadership adalah kemampuan untuk menggerakkan dan mempengaruhi perilaku orang lain. Sedangkan *change agent* adalah orang yang memulai untuk melakukan suatu perubahan sesuai dengan yang direncanakan. Baik *leadership* maupun *change agent* sangat erat kaitannya untuk membangun suatu perubahan (Helvie, 1998).

Peran perawat sebagai *leader dan change agent* dapat dilaksanakan dengan cara mendorong dan menggerakkan *caregiver* untuk membentuk perkumpulan atau kelompok dengan *caregiver* lainnya yang mempunyai permasalahan yang sama. Melalui proses kelompok pada tahapan pertama perawat dapat memimpin untuk melakukan strategi perencanaan dalam upaya mengatasi permasalahan fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi yang dirasakan *caregiver* selama merawat lansia dengan DM.

2.5.10 Peneliti (*researcher*)

Researcher merupakan bagian penting dari peran perawatan komunitas. Perawat mengembangkan keperawatan komunitas melalui peran serta dalam kegiatan riset keperawatan untuk mengembangkan keilmuan keperawatan komunitas (Helvie, 1998). Perawat komunitas harus mampu mengidentifikasi masalah yang terjadi pada *caregiver* dan menemukan strategi penyelesaian masalah melalui proses investigasi secara ilmiah. Perawat dapat berkolaborasi dengan disiplin ilmu lain dalam kegiatan penelitian untuk menemukan intervensi yang tepat bagi permasalahan yang dihadapi oleh *caregiver* lansia dengan DM

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan tentang rancangan penelitian kualitatif fenomenologi untuk menggali arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di kota Tasikmalaya. Rancangan penelitian ini secara rinci akan menjabarkan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, teknik pengambilan sampel, cara pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, instrument pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan *trustworthinnes of data*.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Dalam penelitian kualitatif, studi fenomenologi merupakan pendekatan untuk menggambarkan arti dari pengalaman hidup pada beberapa individu tentang suatu konsep atau fenomena (Creswell, 1998). Oleh karena itu pendekatan ini dipilih karena penelitian ini mencoba untuk menggali arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM. Pengalaman keluarga (*caregiver*) dalam merawat lansia dengan penyakit kronis termasuk DM merupakan suatu pengalaman hidup yang sangat kompleks dan bervariasi dialami oleh tiap keluarga. Agar peneliti mampu mengeksplorasi kedalaman dan kompleksitas dari pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM maka metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif.

Proses fenomenologi deskriptif pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM di kota Tasikmalaya berpedoman pada pendapat Spigelberg 1975 dalam Streubert dan Carpenter (2003) yaitu *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*. *Intuiting* merupakan tahapan yang pertama di mana peneliti menyatu secara total (*imers*) dalam mengeksplorasi pengalaman partisipan dalam merawat lansia dengan DM. Peneliti menghindari sikap kritis, evaluatif

atau memberikan opini terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena. Pada tahapan intuisi melibatkan peneliti sebagai instrumen dalam proses wawancara. Selanjutnya peneliti menjadi alat untuk mengumpulkan data dan mendengarkan deskripsi yang diberikan individu selama wawancara berlangsung. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan berulang-ulang apa yang partisipan deskripsikan sebagai makna dari pengalaman hidup mereka.

Tahapan kedua adalah *analyzing*, yaitu mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti berdasarkan data yang didapat dari hasil wawancara dengan *caregiver* tentang pengalamannya dalam merawat lansia dengan DM. Kemudian peneliti mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara data tersebut dengan fenomena yang ada. Setelah itu peneliti mempelajari hasil wawancara dalam bentuk verbatim dan melakukan telaah secara berulang-ulang, lalu mencari kata-kata kunci untuk membentuk tema.

Tahap ketiga adalah *describing*, tujuannya adalah untuk mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritical dan deskripsi verbal berdasarkan pada pengklasifikasian atau pengelompokkan dari suatu fenomena. Fenomena pengalaman dari esensi tersebut kemudian diuraikan secara lebih detail dan ditulis dalam narasi secara deskriptif, yang dipergunakan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian mengenai pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan DM.

3.2 Populasi dan Sampel

Pada penelitian kualitatif populasi merupakan suatu fenomena atau situasi sosial yang akan diteliti (Streubert & Carpenter, 2003). Populasi yang telah diteliti adalah keluarga yang merawat lansia dengan DM di rumah di kota Tasikmalaya.

Sampel populasi penelitian kualitatif sangat ditentukan oleh adanya pengulangan informasi atau saturasi data (Maleong, 2010). Duke (1984 dalam Crewell 1998) merekomendasikan jumlah sampel penelitian kualitatif sebanyak 3 sampai 10 orang. Sampel pada penelitian kualitatif dinamakan nara sumber atau partisipan atau informan (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini digunakan istilah partisipan untuk menyebut sampel yang diteliti. Penelitian kualitatif tidak menetapkan aturan baku dalam penetapan jumlah minimal sampel akan tetapi hal yang paling penting pada penelitian fenomenologi ini adalah uraian makna dari sejumlah kecil individu yang mengalami fenomena yang diteliti sampai terjadi pengulangan informasi oleh partisipan atau mencapai kejenuhan informasi.

Beberapa hasil penelitian dapat dijadikan acuan sebagai bahan perbandingan dalam penentuan jumlah sampel penelitian kualitatif tentang pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM, seperti: penelitian Che, Yeh dan Wu (2006) mengenai studi kualitatif *The self empowerment process of primary caregiver: a study carigiver of elderly with dimentia*, saturasi diperoleh dengan sembilan partisipan. Samuelsson (2001) tentang *Burden of responsibility experienced by family caregiver of elderly dimentia sufferer*, saturasi data diperoleh dari delapan partisipan.

Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian kualitatif ini menggunakan *purposive sampling* yaitu suatu tehnik yang didasarkan pada tujuan dari penelitian (Creswell, 1998). Selain itu pada penelitian ini juga, sangat penting untuk menentukan strategi dalam menetapkan partisipan. Terdapat 16 (enam belas) strategi yang digunakan untuk menetapkan partisipan berdasarkan *purposive sampling* yaitu *maximum variation, homogenous, critical case, theory based, confirming and disconfirming cases, snowball or chain, extreme or deviant case, typical case, intensity, politically important cases, random puposeful, staratified purposeful, oportunistic, combination or mixed, convinience* dan *criterion*. Dalam penelitian ini strategi pemilihan sampling yang digunakan adalah *criterion sampling* yaitu partisipan yang memenuhi

kriteria tertentu, dalam hal ini adalah keluarga yang memiliki lansia DM dengan usia lebih dari 60 tahun.

Berdasarkan teori yang direkomendasikan oleh Duke (1984 dalam Creswell, 1998) serta hasil dari penelitian yang telah dilakukan terhadap *caregiver* yang merawat lansia dengan penyakit kronis, maka dalam penelitian ini, data diambil dari 8 partisipan dengan karakteristik sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu *caregiver* utama dalam keluarga, memahami bahasa Indonesia dan mampu berbicara bahasa Indonesia, bersedia menjadi responden dengan memberikan persetujuan melalui *inform consent*, serta mampu menceritakan pengalamannya sebagai *caregiver* yang merawat lansia dengan DM, Sedangkan kriteria lansia DM yang dirawat adalah berusia lebih dari 60 tahun sesuai dengan batasan lansia menurut WHO yaitu 60 tahun keatas.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Tasikmalaya. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan beberapa faktor yaitu: (1) berdasarkan data dari sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas Dinas Kota Tasikmalaya tahun 2010 didapatkan 292 jumlah lansia penderita DM tersebar di 20 puskesmas di Kota Tasikmalaya dengan jumlah terbesar ada di wilayah kerja puskesmas cibeuruem, Puskesmas Cihideung dan Puskesmas Kahuripan (2) Kota Tasikmalaya memiliki calon partisipan yang sesuai dengan karakteristik yang telah ditetapkan oleh peneliti pada kriteria inklusi serta kemudahan akses peneliti terhadap partisipan tersebut, (3) merupakan lahan praktek mahasiswa di institusi pendidikan tempat peneliti bekerja.

3.3.2 Waktu penelitian

Pengambilan data telah dilaksanakan pada bulan April – Juni 2011

3.4 Pertimbangan Etik

Majelis Wali Amanat UI (2005) menjelaskan bahwa etika penelitian adalah pedoman etika yang berlaku untuk semua kegiatan penelitian, termasuk untuk perilaku peneliti dengan tujuan untuk menjamin agar tidak ada seorangpun yang dirugikan atau mendapat dampak negatif dari kegiatan penelitian yang dilakukan. Hal tersebut selaras dengan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (KNEPK) Tahun 2006 bahwa tujuan dari pertimbangan etik adalah untuk menjamin kesejahteraan partisipan, martabat partisipan, menghormati dan melindungi partisipan (<http://www.litbangdepkes.go.id> diperoleh tanggal 5 Maret 2011). Untuk itu perlu disusun suatu jaminan etik penelitian yang melindungi partisipan terkait dengan permasalahan etik yang akan muncul. Peneliti menggunakan beberapa prinsip etik yang sesuai dengan penelitian ini berdasarkan pedoman etika penelitian yang dikemukakan oleh Polit dan Hungler (2001), Streubert dan Carpenter (2003) serta Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (KNEPK) Tahun 2006 yaitu :

3.4.1 Prinsip Otonomi (*autonomy*)

Prinsip otonomi adalah menghormati harkat dan martabat manusia dengan memberikan kebebasan pada partisipan untuk membuat keputusan atas dirinya sendiri yang dilakukan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian atau berhenti dari penelitian yang dilakukan (Streubert & Carpenter, 2003; Polit & Hungler, 2001). Sementara itu KNEPK (2006) menyebutkan bahwa prinsip otonomi untuk menghormati harkat dan martabat manusia dikenal dengan istilah *respect for person*. Salah satu tindakan peneliti untuk menghormati harkat dan martabat manusia adalah dengan menghormati kebebasan partisipan dalam pengambilan keputusan atas kesediaan atau tidaknya sebagai partisipan dalam penelitian ini, yaitu dengan pemberian *informed consent*.

Prinsip otonomi pada penelitian ini dilakukan dengan memberikan *informed consent* kepada *caregiver* sebagai partisipan. *Informed consent* adalah serangkaian pernyataan yang disepakati dan ditandatangani oleh

partisipan sebelum partisipan menyatakan berpartisipasi dalam penelitian, dalam kegiatan *informed consent* ini *caregiver* diberikan penjelasan tentang tujuan yaitu untuk mendapatkan gambaran tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan DM dengan manfaatnya yaitu untuk pengembangan pelayanan keperawatan komunitas dan keluarga khususnya dalam perawatan lansia dengan DM. Selain itu juga peneliti menjelaskan proses penelitian yaitu akan dilakukan wawancara dengan partisipan dengan menggunakan alat perekam selama 60-90 menit, serta menjelaskan mengenai hak-hak partisipan selama mengikuti penelitian yaitu hak untuk menolak berpartisipasi atau mengundurkan diri sewaktu-waktu ketika proses penelitian sudah berlangsung tanpa dikenakan sanksi. Setelah kesepakatan di dapatkan dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini selanjutnya partisipan diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan.

3.4.2 Prinsip *Beneficence* dan *Maleficence*

Prinsip *beneficence* dan *maleficence* bertujuan untuk mencegah kerugian, ketidaknyaman dan menjaga kerahasiaan data partisipan (Streubert & Carpenter, 2003; Polit & Hungler, 2001). Kedua prinsip tersebut diwujudkan dalam penelitian ini dengan cara meyakinkan partisipan bahwa penelitian ini bersifat menggali pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM, tidak melakukan suatu tindakan apapun yang dapat membahayakan *caregiver* sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam upaya meningkatkan pemahaman, penyesuaian dan kemampuan *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM.

Kepentingan partisipan khususnya kenyamanan pada penelitian ini diperhatikan oleh peneliti yaitu dengan cara memberikan kebebasan kepada partisipan untuk tidak mengungkapkan hal-hal yang tidak ingin diungkapkan. Partisipan diberikan kebebasan dalam memilih waktu dan tempat wawancara yang sesuai dengan keinginan partisipan sehingga

membuat partisipan merasa tenang dan nyaman selama proses wawancara. Tempat wawancara dilakukan di rumah partisipan. Wawancara dilakukan pada waktu yang berbeda pada setiap partisipan, dengan waktu yang bervariasi tiap partisipan baik pagi, siang dan sore hari. Lama wawancara tiap partisipan rata-rata 60 menit, tapi ada juga yang sampai 90 menit yaitu saat mewawancarai partisipan kesatu. KNEPK (2006), prinsip kemanfaatan (*beneficence*) dalam penelitian ini juga peneliti lakukan dengan cara meyakinkan partisipan bahwa informasi yang diberikan oleh partisipan pada penelitian ini akan memberikan manfaat yang maksimal bagi ilmu pengetahuan dan membantu *caregiver* lainnya yang mempunyai permasalahan yang sama dengan partisipan.

3.4.3 Prinsip *Justice*

Prinsip keadilan adalah tidak membeda-bedakan partisipan satu dengan yang lainnya (Streubert & Carpenter, 2003; Polit & Hungler, 2001; KNEPK 2006). Prinsip keadilan memberikan individu hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan perlakuan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati selama berpartisipasi dalam penelitian.

Prinsip *justice* dalam penelitian ini peneliti laksanakan dengan cara menjelaskan tentang jaminan kerahasiaan data yang diberikan oleh semua partisipan (*confidentiality*). Prinsip *confidentiality* memberikan jaminan kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan oleh partisipan dan hanya akan dipergunakan untuk kepentingan penelitian (Streubert & Carpenter, 2003; Polit & Hungler, 2001). Dalam penelitian ini peneliti menjelaskan kepada partisipan bahwa semua informasi tentang partisipan dan pengalaman yang diceritakan oleh partisipan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak digunakan untuk kepentingan lain diluar tujuan penelitian. Peneliti menjelaskan jaminan kerahasiaan tersebut kepada *caregiver* sebagai partisipan dengan menyatakan bahwa transkrip wawancara akan didokumentasikan sendiri oleh peneliti, kemudian

kerahasiaan identitas partisipan dijamin melalui pemberian kode seperti P1, P2 dan seterusnya untuk masing-masing partisipan (*anonimity*). Setelah penelitian selesai maka seluruh data dari partisipan akan disimpan dalam bentuk soft copy dengan menggunakan password dan hanya peneliti sendiri yang mengetahui password tersebut, kemudian untuk data dalam bentuk hard copy peneliti akan menyimpannya dalam lemari yang kuncinya hanya peneliti yang memegang. Data tersebut akan tersimpan sebagai dokumen minimal sampai lima tahun, terhitung sejak hasil data hasil wawancara didapat dari partisipan.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dengan peneliti meminta surat pengantar permintaan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Kepala Kesatuan Bangsa (Kakesbang) Kota Tasikmalaya. Dari Kakesbang kemudian dibuatkan surat izin penelitian dengan tembusan disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan Puskesmas di wilayah Kota Tasikmalaya. Setelah mendapat ijin dari Puskesmas peneliti menetapkan calon partisipan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan melalui *key person* yaitu perawat penanggung jawab posbindu.

Key person tersebut kemudian menghubungkan peneliti dengan calon partisipan yaitu *caregiver* yang merawat kesehatan lansia dengan DM sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti baik secara langsung maupun melalui kader. Di wilayah kerja Puskesmas Cibeuruem peneliti dihubungkan langsung dengan *caregiver* oleh Perawat Puskesmas Koordinator Posbindu, di Puskesmas Cihideung oleh Koordinator Posbindu bersama-sama dengan kader dan di Puskesmas Kahuripan peneliti mencari sendiri alamat partisipan berdasarkan informasi dari perawat penanggung jawab Posbindu.

Setelah peneliti bertemu dan diperkenalkan dengan calon partisipan, peneliti membina *trust* terlebih dahulu dengan cara menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan serta memeriksa kesehatan lansia melalui pemeriksaan tekanan darah dan kadar gula darah pada lansia DM dan hampir semua (P1,P2,P3,P4,P5,P6,P7) sebagai cara peneliti untuk bisa lebih dekat dan membina *trust* dengan partisipan. Setelah *trust* terbina dan partisipan memahami maksud dan tujuan peneliti kemudian partisipan diminta untuk menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Partisipan yang telah menandatangani *informed consent* selanjutnya dibuat kesepakatan atau kontrak tentang waktu, tempat dan lamanya wawancara. Hampir semua partisipan menginginkan wawancara dilakukan di rumahnya baik pagi, siang dan sore hari dengan lama wawancara berkisar antara 60 – 90 menit, bahkan pada beberapa partisipan yaitu partisipan kesatu, kedua dan ketiga mengatakan terserah peneliti mengenai lamanya waktu wawancara.

3.5.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, peneliti melakukan proses wawancara dengan tiga fase yaitu :

3.5.2.1 Fase Orientasi

Peneliti terlebih dahulu mengatur seting tempat, menyampaikan kontrak yang telah disepakati dan menanyakan kesiapan partisipan untuk melakukan wawancara. Peneliti kembali memberitahukan tujuan penelitian dan perlindungan terhadap kerahasiaan data partisipan. Peneliti menciptakan suasana yang nyaman dengan duduk berhadapan, postur terbuka dan nada bicara yang rendah. Selanjutnya peneliti menyiapkan format catatan lapangan dan menghidupkan *tape recorder* untuk merekam pembicaraan antara peneliti dengan partisipan. Peneliti meletakkan *tape recorder* di tempat terbuka dengan jarak kurang dari 50 cm dari partisipan.

3.5.2.2 Fase Kerja

Peneliti memulai wawancara dengan mengajukan pertanyaan inti untuk mendapatkan gambaran secara umum dari partisipan, yaitu “Bagaimana pengalaman Bapak/Ibu/Teteh dalam merawat kesehatan lansia yang menderita penyakit DM selama ini?” Pertanyaan inti tersebut digunakan untuk mendapatkan kesan secara umum dari partisipan. Selanjutnya peneliti menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan inti yang berisikan pertanyaan-pertanyaan khusus untuk menjawab tujuan penelitian. Peneliti kadang mengulang pertanyaan jika inti pertanyaan yang diajukan oleh peneliti kurang dipahami oleh partisipan. Peneliti berusaha untuk tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki sebelumnya oleh peneliti. Proses wawancara berakhir jika informasi yang dibutuhkan telah diperoleh sesuai tujuan penelitian.

Peneliti juga memperhatikan respon verbal partisipan dan kesesuaiannya dengan respon nonverbal. Hasil respon nonverbal dicatat pada catatan lapangan (*field note*) untuk melengkapi hasil wawancara dan membantu unsur kealamiah data yang didapatkan selama wawancara. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan suasana, ekspresi wajah, perilaku dan respon non verbal dari partisipan selama proses wawancara berlangsung.

3.5.2.3 Fase Terminasi

Terminasi dilakukan saat semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai dijawab oleh partisipan. Peneliti selanjutnya menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama wawancara. Sebagai penutup, peneliti menanyakan kesediaan partisipan untuk dikontak kembali apabila ada informasi yang perlu diklarifikasi.

3.6 Alat Bantu Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi ini menggunakan peneliti sendiri sebagai alat pengumpulan data (Streubert & Carpenter, 2003). Hal ini dikarenakan peneliti melakukan suatu pencarian dan penggalian informasi secara mendalam dan menyeluruh sehingga peranan peneliti sendiri merupakan sarana atau alat untuk memperoleh informasi. Alat pengumpul data lainnya pada penelitian ini adalah pedoman wawancara, catatan lapangan (*field note*) dan *tape recorder*. Adapun cara pengumpulan data yang akan digunakan adalah dengan metode observasi dan wawancara semi terstruktur.

Metode observasi adalah metoda yang digunakan untuk melihat dan mengamati secara langsung keadaan di lapangan agar peneliti memperoleh gambaran yang lebih jelas tentang permasalahan yang diteliti (Basrowi & Suwardi, 2008) dan menggunakan catatan lapangan (*field note*). Catatan lapangan (*field notes*) digunakan untuk mencatat respon non verbal partisipan selama wawancara berlangsung. Peneliti mendokumentasikan secara langsung kedalam catatan lapangan semua respon non verbal partisipan selama wawancara dengan menggunakan alat tulis pada format catatan lapangan yang sudah peneliti siapakan sebelumnya.

Metode wawancara yang digunakan adalah metode wawancara semi terstruktur yaitu suatu teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk mendapatkan informasi yang lebih luas (*in-depth interview*). Pada metode ini digunakan pedoman wawancara. Pedoman wawancara adalah panduan yang digunakan dalam melakukan *in-depth interview*, sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan wawancara dan penggalian data (Sugiyono, 2010).

Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan penelitian yang dijabarkan kedalam sejumlah pertanyaan yang diharapkan akan mampu menggali secara mendalam tentang pengalaman *caregiver* dalam merawat kesehatan lansia DM selama ini. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan khusus yang ingin

dicapai yaitu: respon lansia dengan penyakit DM, respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM, mekanisme koping keluarga dalam merawat lansia dengan DM, harapan keluarga dalam merawat lanjut usia dengan DM, kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh lansia dan keluarga dengan DM dan makna dari pengalaman keluarga merawat kesehatan lansia dengan DM. Selain pedoman wawancara diperlukan juga *tape recorder* sebagai alat pengumpul data. *Tape recorder* dengan powerful sound 25 H dengan kekuatan 2 batere jenis R6P IEC/SUM-3 AA size 1,5 V ini dipergunakan untuk merekam semua informasi yang didapatkan selama wawancara dengan partisipan dalam penelitian ini. Peneliti menggunakan baterai yang selalu baru dan kaset perekam berdurasi 90 menit untuk setiap kali wawancara. Setelah batere terpasang peneliti kemudian mengidentifikasi indikator keadaan batere dengan melihat nyala lampu di indikator batere. Peneliti kemudian mengatur volume dengan menggeser pada volume paling tinggi dan arah mikropon perekam diarahkan ke partisipan agar diperoleh hasil rekaman yang optimal. Peneliti melakukan pengecekan *tape recorder* sebelum peneliti bertatap muka dengan partisipan.

Uji coba wawancara terlebih dahulu peneliti lakukan sebelum kegiatan pengumpulan data dilaksanakan dengan tujuan untuk menguji kemampuan peneliti sebagai instrument termasuk didalamnya menguji kemampuan berespon selama wawancara, kemampuan menggunakan *field notes* serta kemampuan mengendalikan *tape recorder*. Uji coba ini dilakukan pada 2 *caregiver* yang merawat lansia dengan DM yang sesuai dengan kriteria inklusi dan bukan termasuk ke dalam *caregiver* yang menjadi partisipan. Hasil wawancara dengan *caregiver* langsung direkam dengan *tape recorder* sedangkan respon non verbal partisipan selama wawancara, didokumentasikan kedalam catatan lapangan. Hasil uji coba wawancara ini diharapkan mampu menggambarkan kemampuan berkomunikasi efektif dan wawancara mendalam dari peneliti saat pengumpulan data. Hasil yang didapat dari uji coba tersebut di konsulkan kepada pembimbing. Pada konsultasi uji wawancara *caregiver* yang pertama peneliti masih mendapatkan masukan untuk peningkatan

kemampuan peneliti dalam mengeksplorasi pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM. Selanjutnya setelah uji coba wawancara yang kedua akhirnya peneliti diperbolehkan untuk melakukan pengambilan data untuk penelitian. Kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara dapat dilihat pada pernyataan-pernyataan partisipan pada saat diwawancara melalui pengembangan pertanyaan dari panduan pedoman wawancara. Penggalan informasi tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi pengalaman partisipan dalam merawat kesehatan lansia dengan DM.

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Peneliti melakukan pengolahan data dengan cara mendokumentasikan data hasil wawancara mendalam dan catatan lapangan dari pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM segera setelah proses wawancara selesai. Pendokumentasian hasil wawancara dilakukan dengan memutar hasil rekaman. Hasil rekaman tersebut kemudian ditulis apa adanya dan digabungkan dengan hasil catatan lapangan sehingga menjadi transkrip dalam bentuk verbatim. Transkrip ini kemudian dilihat keakuratannya dengan cara mendengarkan kembali hasil wawancara sambil membaca transkrip berulang-ulang, sehingga peneliti dapat menemukan data yang sesuai dengan penelitian. Semua data yang diperoleh disimpan dalam bentuk *soft copy* pada laptop, *flash disk* dan *compact disk* serta dikirim ke alamat email sendiri sebagai *back up* seandainya data yang ada *soft copy*, *flash disk* dan *compact disk* terkena virus.

3.7.2 Analisis Data

Tahapan proses analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi (1978 dalam Steubert & Carpenter, 2003), yaitu :

1. Menyusun hasil wawancara dengan cara mentranskripsikan hasil rekaman dalam bentuk verbatim. Peneliti menyusun hasil wawancara tentang pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM

dengan cara mendengarkan deskripsi verbal data secara utuh dan apa adanya kemudian menranskripsikan hasil rekaman dan catatan lapangan ke dalam bentuk verbatim

2. Untuk menilai keakuratan hasil wawancara peneliti mendengarkan kembali rekaman wawancara tersebut dan mencocokkannya dengan membaca transkrip verbatim yang telah dibuat. Kemudian mencari pernyataan-pernyataan partisipan yang signifikan dan menandai pernyataan partisipan yang penting dan berkaitan dengan tujuan penelitian. Peneliti kemudian menggaris bawahi pernyataan partisipan yang bermakna dan sesuai dengan tujuan penelitian
3. Memformulasikan makna yaitu memilah makna dari setiap pernyataan partisipan yang signifikan dan memilih kata kunci, kemudian dilakukan pengelompokan kata-kata kunci sesuai kategori informasi yang ditampilkan. Selanjutnya menyusun menjadi kategori sesuai dengan transkrip
4. Mengelompokkan makna-makna kedalam kelompok-kelompok tema. Kegiatan pengelompokkan tersebut peneliti lakukan dengan menyusun tabel kisi-kisi pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM yang didalamnya memuat pengelompokkan kategori kedalam sub tema dan tema.
5. Peneliti menuliskan semua hasil analisa ke dalam bentuk deskriptif naratif dalam hasil penelitian. Peneliti menuangkan hasil analisa pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM dalam bentuk deskripsi naratif yang dituliskan dalam suatu format yang baik dan lengkap sehingga mudah untuk dibaca dan difahami.

3.8 Keabsahan Data

Speziale dan Carpenter, (2003) menjelaskan bahwa keabsahan data adalah istilah yang digunakan dalam penelitian kualitatif untuk menjaga agar data dapat dipertanggungjawabkan. Guba (1981) dan Lincon (1994) mengidentifikasi empat prinsip keabsahan yang harus dipenuhi dalam

penelitian kualitatif yaitu: *credibility*, *transferability*, *dependability* dan *confirmability*.

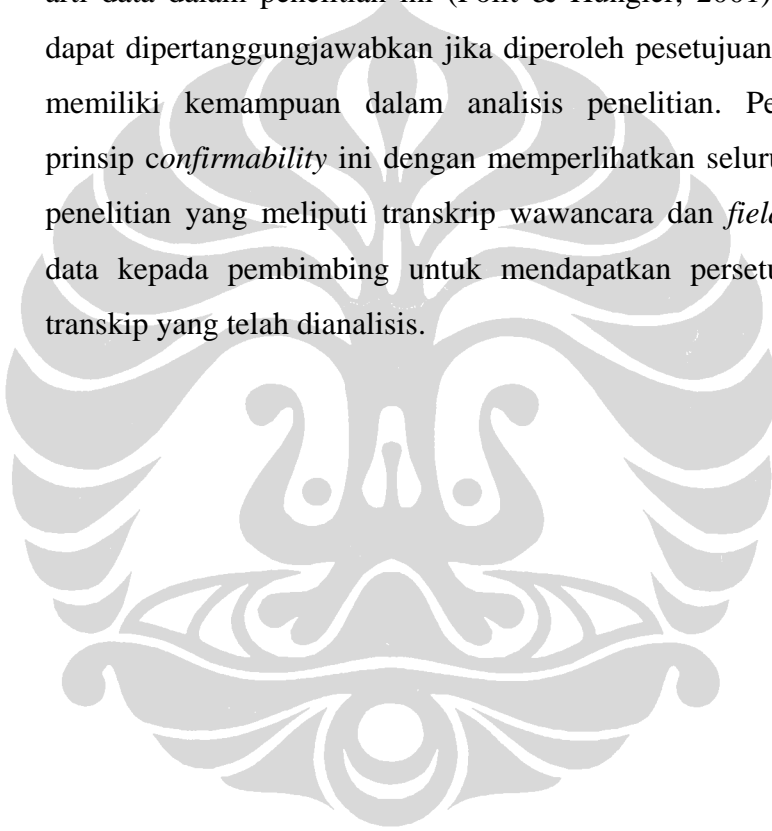
Credibility merupakan aktifitas-aktifitas yang dilakukan untuk menghasilkan penemuan yang kredibel (Lincoln & Guba, 1985; dalam Streubert & Carpenter, 2003), sehingga dengan penemuan yang kredibel ini hasil penelitian dapat dipertanggung jawabkan. Peneliti melakukan prinsip *Credibility* dengan cara membuat *member chek* yaitu suatu kegiatan pengecekan data dengan cara memberikan tanda ceklis (V) pada transkrip pernyataan partisipan jika ditemukan pernyataan yang menurut peneliti masih membingungkan atau kurang dipahami, untuk kemudian diklarifikasi kembali kepada partisipan. Proses klarifikasi dalam penelitian ini terjadi pada beberapa partisipan (P3, P4,P5,P7,P8). Peneliti mengklarifikasi maksud pernyataan “petugas puskesmas” seperti yang dinyatakan oleh partisipan tersebut apakah dokter, perawat atau petugas lainnya. Hasil klarifikasi ternyata semua menyatakan yang dimaksud petugas puskesmas itu adalah perawat.

Transferability merupakan suatu bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian ini dapat diterapkan pada orang lain yang memiliki karakteristik yang sama dengan partisipan (Moleong, 2010). Pada penelitian kualitatif ini peneliti menggunakan prinsip *transferability* dengan cara menggambarkan tema-tema yang telah teridentifikasi pada *caregiver* lansia dengan DM yang tidak dijadikan partisipan, apakah *caregiver* tersebut mengalami seperti apa yang dirasakan oleh partisipan dalam penelitian ini. Dari hasil metode ini, *caregiver* lansia DM yang berada di wilayah Ciamis memahami tema-tema yang ditemukan dan mengalami seperti apa yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini

Dependability merupakan suatu bentuk kestabilan data (Polit & Hungler, 2001). Peneliti menggunakan prinsip *dependability* pada partisipan dengan mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data dari partisipan, membuat interpretasi dengan menggunakan konsep-konsep untuk

menarik kesimpulan pengalaman *caregiver* dalam merawat kesehatan lansia dengan DM. Selain itu pelaksanaan prinsip *dependability* ini melibatkan *eksternal reviewer* dalam hal ini adalah pembimbing tesis untuk memeriksa dan meneliti kecermatan data dan dokumen pendukungnya selama proses penelitian berlangsung.

Confirmability merupakan suatu keadaan yang benar-benar objektif sehingga terjadinya persetujuan antara dua orang atau lebih mengenai kebenaran dan arti data dalam penelitian ini (Polit & Hungler, 2001). Hasil penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan jika diperoleh persetujuan dari pihak lain yang memiliki kemampuan dalam analisis penelitian. Peneliti menggunakan prinsip *confirmability* ini dengan memperlihatkan seluruh dokumentasi hasil penelitian yang meliputi transkrip wawancara dan *field note*, tabel analisis data kepada pembimbing untuk mendapatkan persetujuan terhadap hasil transkrip yang telah dianalisis.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab hasil penelitian ini akan menggambarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di kota Tasikmalaya. Bab ini akan menguraikan karakteristik partisipan dan analisis tema yang bersumber dari transkrip verbatim yang didapatkan melalui proses wawancara mendalam dari pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di kota Tasikmalaya.

4.1 Karakteristik partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah delapan orang, merupakan *caregiver* utama dalam keluarga yang merawat lansia dengan DM, yang bertempat tinggal di Kota Tasikmalaya, terdiri dari empat partisipan tinggal di wilayah kerja Puskesmas Cibeueruem, dua orang tinggal di wilayah kerja puskesmas Cihideung dan dua orang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kahuripan yang memenuhi kriteria sebagai partisipan dan bersedia menjadi partisipan. Jenis kelamin partisipan terdiri dari dua orang laki-laki dan enam orang perempuan dengan usia yang bervariasi, yaitu termuda 26 tahun dan tertua 69 tahun. Pekerjaan partisipan terdiri dari lima orang sebagai ibu rumah tangga, satu orang pensiunan POLRI, satu orang wiraswasta dan satu orang karyawan warung nasi, dengan tingkat pendidikannya: dua orang 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 partisipan merawat lansia DM bervariasi dari minimal 6 bulan sampai dengan 6 tahun dan semua partisipan berasal dari suku

Sunda. Wawancara dilakukan di rumah partisipan yaitu di ruang tamu sebanyak tujuh partisipan dengan posisi berhadapan dan satu orang dilakukan di salah satu kamar rumah partisipan. Semua partisipan tinggal bersama lansia DM yang dirawatnya baik dalam *extended family* (keluarga besar) maupun *nuclear family* (keluarga inti).

4.2 Tema Hasil Analisis Data Penelitian

Setelah dianalisis dengan lima langkah menurut Colaizzi teridentifikasi 13 tema. Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Enam tujuan khusus penelitian terjawab dalam tiga belas tema pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan penyakit DM. Berikut akan diuraikan tema-tema menurut tujuan khusus penelitian.

4.2.1 Respon lansia dengan penyakit DM

Tujuan khusus kesatu terjawab melalui satu tema yaitu perubahan pada lansia. Tema ini didapat dari tanggapan atau pengamatan partisipan terhadap perubahan lansia setelah menderita penyakit DM. Selanjutnya tema tersebut akan dijabarkan secara rinci seperti di bawah ini.

4.2.1.1 Tema 1 : perubahan pada lansia

Perubahan pada lansia tergambar dari beberapa sub tema yaitu perubahan fisik, perubahan psikologis, perubahan spiritual dan perubahan sosial.

1) Perubahan fisik/respon fisik

Partisipan dalam penelitian ini menyatakan telah terjadi perubahan fisik pada lansia setelah menderita penyakit DM. Perubahan fisik tersebut ditunjukkan dengan adanya penurunan berat badan, perubahan aktivitas, mudah mengantuk, cepat haus, sering BAK (Buang Air Kecil), cepat lapar, penyembuhan luka yang lama, gatal di kulit dan terjadinya komplikasi.

a) Penurunan berat badan

Semua partisipan dalam penelitian ini menyatakan terjadi penurunan berat badan setelah lansia menderita penyakit DM. Ungkapan partisipan mengenai penurunan berat badan disampaikan dalam pernyataan berikut ini:

“...berat badan menurun asalnya berat badannya itu 60 kilo lebih sekarang 50 kayaknya...” (P4)

“berat badan mamah menyusut terus... tadinya kan mama itu tergolong ukuran besar ya badannya... berat badan tujuuuuuh puluh... tujuh lima, menurun menjadi lima puluh dua... kulitnya jadi menggelambir ...kerut-kerut ...” (P1)

“ya semula badan ibu gemuk hampir 50 lebih lah, samapi 55-58 gitu, lama-lama menjadi ...kurus sampai 40 kg, bahkan sampai mencapai 39 kg kuruuuuuuus gitu...nggak tahu kenapa bisa jadi gitu” (P2)

b) Perubahan kegiatan sehari-hari

Perubahan kegiatan sehari-hari pada penelitian ini dinyatakan oleh seluruh partisipan yang terjadi karena adanya keluhan lemas, rasa kebas dan kesemutan pada daerah ekstremitas. Dua dari delapan partisipan menyampaikan ungkapan tersebut seperti pada pernyataan di bawah ini :

“...pernah saya tanya pak kenapa nggak ke lapang lagi dia bilang asa laleulues ayeunamah (lemes sekarangmah) gitu jawabnya.” (P6)

“.... kaki rasanya baraal (kebas), kayak singsireumeun (kesemutan)... “ (P1)

c) Mudah mengantuk

Mudah mengantuk merupakan respon fisik akibat penyakit DM yang dinyatakan oleh lima partisipan. Empat orang diantaranya menyatakan bahwa setelah menderita penyakit DM partisipan mengamati lansia sering sekali tidur dan satu partisipan yaitu

pertisipan kesatu yang merawat lansia usia 61 tahun mengatakan lansia jadi sering mengantuk yang dinyatakan dengan:

“...dulu orangnya jarang sekali tidur, ...susah gitu buat tidur ...sekarang jadi seneng tidur...” (P1)

“...suka ngantuk cuma ibu mah kalau ngantuk suka ditahan dibrangbrangkeunkeun (dialihkan supaya nggak jadi tidur)” (P5)

d) Cepat haus

Cepat haus teridentifikasi sebagai kategori keempat dari sub tema perubahan respon fisik yang di ungkapkan oleh lima partisipan. Salah satu partisipan yang merawat lansia usia 60 tahun menyatakan lansia cepat haus dalam ungkapan sebagai berikut ini:

“...terus itu sering minum bu, haus terus katanya...satu teko besar ini habis sama bapak, paling kalau nyisa sedikit, satu gelas mah ...” (P7)

e) Sering BAK (Buang Air Kecil)

Sering BAK dalam penelitian ini dinyatakan oleh tiga partisipan. Pernyataan partisipan tentang sering BAK yang diamati dari lansia disampaikan oleh partisipan berikut ini:

“...ini suka pipis lagi...yang sering itu malam hari...saya nggak tahu pasti, cuma suka kedengaran aja kalau ke wc sering bolak – balik” (P5)

“...pengen ke belakang terus buang air kecil... (P6)

“buang air kecil tiapa malam teh seriiiiing...” (P7)

f) Cepat lapar

Dua partisipan mengatakan setelah lansia menderita penyakit DM, partisipan mengamati ada kecenderungan lansia menjadi cepat lapar yang dinyatakan dengan lansia makan terus. Salah satu pernyataan tersebut adalah:

“...pengen makan terus...makan 3 kali tapi sekali makannya nambah lagi... sering ini ruab raeb (ngemil)... ngambil-ngambil makanan dari warung, ada roti, wajit, kue apa sajalah yang dia suka” (P6)

g) Keluhan pada kulit

Respon fisik lainnya yang terjadi pada lansia setelah menderita penyakit DM adalah keluhan pada kulit yang dimanifestasikan dengan adanya penyembuhan luka yang lama dan gatal pada kulit. Penyembuhan luka yang lama diungkapkan tiga partisipan. Berikut ini adalah diungkapkan yang disampaikan oleh partisipan kedua yang telah merawat lansia DM selama 4 tahun :

.... ada luka di kaki sela-sela jari kaki ke empat...awalnya kata dikampung mah katanya bisul...bawa ke rumah sakit, diopname di ruang VIP selama 15 hari disana...selanjutnya hampir satu bulanan ... ibu ai (perawat puskesmas) juga yang merawat di sini datang kerumah tiap hari” (P2)

Tiga partisipan pada penelitian ini mengatakan terjadinya keluhan gatal pada kulit lansia. Pernyataan tersebut disampaikan oleh partisipan keenam yang merawat lansia berumur 68 tahun dengan lama sakit DM 4 tahun :

“...paling kelihatan teh itu kulitnya gempal gempal hitam, katanya gatal-gatal...” (P6)

h) Munculnya penyakit

Kategori terakhir dari sub tema perubahan fisik adalah munculnya penyakit lain pada lansia setelah menderita penyakit DM. Tiga orang partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa setelah lansia menderita penyakit DM, lansia mengalami beberapa penyakit diantaranya jantung, darah tinggi dan kolesterol. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...trus yang kemarin ada lemah jantungnya juga ...darahnya tinggi“ (P2)

“....ada darah tingginya...mencapai 200/100 tahun 2010...kolesterol juga...” (P8)

2) Perubahan Psikologis

Sub tema perubahan psikologis ini teridentifikasi dari enam kategori tidak menerima/denial, marah, sensitive, depresi, takut dan menerima.

a) Tidak menerima/denial

Empat partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan ada kecenderungan lansia tidak menerima/denial terhadap keadaan yang terjadi. Partisiapn ke 7 dengan lansia yang dirawat usia 60 tahun dan partsipan kelima dengan lansia yang dirawat usia 69 tahun menyatakan lansia tidak menurut kalau dinasehati, seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

“ bapakmah susah kalau dibilangin...bapakmah susah nggak mau seperti itu... disuruh nggak boleh teh nggak nurut ...” (P7)

“ kalau dibilangin tentang makanan...ibu suka bedegong (keras kepala), ngeyel kitu bu, ...katanya teh ieumah ubar (obat) ... kalau dilarang teh suka nggak nurut ” (P5)

Partisipan lainnya yang merawat lansia usia 68 tahun dengan lama menderita DM 4 tahun menyatakan lansia susah diatur, seperti teridentifikasi pada pernyataan :

.... susah diatur lah tentang makan eh makannya jadi eee jadi tidak mematuhi peraturan sebagaimana yang dianjurkan oleh dokter (P6)

b) Marah

Enam partisipan mengungkapkan setelah menderita penyakit DM lansia menjadi sering marah, gomel-ngomel dan bentak-bentak. Lansia yang sering marah-marah dinyatakan oleh lima partisipan salah satunya adalah sebagai berikut :

“semenjak bapak mempunyai gula, bapak sering marah-marah bu, ya suka marah” (P7)

Satu partisipan dengan posisi sebagai menantu yang merawat lansia DM usia 68 tahun menyatakan lansia sering sekali ngomel-ngomel dan bentak-bentak seperti diungkapkan sebagai berikut :

“...ngomel-ngomel kayak perempuan gitu bu, bentak-bentak semua orang yang ada disini, saya, suami, anak pasti kena bentakan bapak kalau bapak lagi marahteh...” (P6)

c) Sensitif

Perasaan sensitif digambarkan oleh tiga partisipan dalam penelitian ini, salah satunya adalah partisipan yang merawat lansia perempuan usia 69 tahun yang menyatakan bahwa lansia sering bilang sakit hati :

“... sekarangmah suka gampang sakit hati...kalau saya ngatain ibu agak keras sedikit suaranya, cenah (katanya) suka bilang sakit hati dibentak katanya teh gitu.” (P5)

d) Depresi

Kategori yang keempat dari sub tema perubahan psikologis adalah depresi yang diungkapkan oleh partisipan bahwa selama ini lansia kelihatan kurang ceria dan lebih banyak diam :

“ Jadi gitu bu, yang utamamah selama dia menderita penyakit gula, dia kelihatan tidak gairah gitu...banyak tidur...” (P2)

“...cuman ya dari sikapnya dia itu lebih banyak diam...” (P4)

e) Takut

Partisipan mengatakan ada kecenderungan perasaan takut pada lansia terhadap penyakit DM yang di deritanya. Pernyataan ini diungkapkan oleh dua orang partisipan, dengan pernyataannya seperti di bawah ini :

“... kalau ada orang yang meninggal karena gula, mamah selalu mengatakan mungkin besok lusa saya juga seperti itu katanya...” (P4)

f) Menerima

Sub tema perubahan psikologis selanjutnya teridentifikasi oleh perasaan menerima yang diungkapkan oleh lansia. Kategori menerima ini dinyatakan oleh tiga orang partisipan yang menyatakan bahwa lansia mengatakan pasrah terhadap apa yang terjadi karena sudah digariskan oleh yang Maha Kuasa :

“... katanya walaupun obat dari dokter itu penting, tapi yang lebih penting kita pasrahkan saja kepada alloh...” (P4)

“...nggak ada aral melintang... terima saja... sudah digariskan sama yang Maha Kuasa...” (P2)

3) Perubahan spiritual

Perubahan spiritual teridentifikasi dari adanya peningkatan kegiatan beribadah lansia setelah menderita penyakit DM. Enam partisipan menyatakan terjadi peningkatan kegiatan beribadah pada lansia setelah menderita penyakit DM. Dua diantaranya mengungkapkan bahwa sekarang lansia lebih sering sholat malam :

“...lebih banyak meningkatkan ibadahnya, dulu bangun malam jarang, sekarangmah tiap malam ...keyakinan obat yang peling mujarab itu adalah doa...” (P4)

“.... sering sholat malam ... makin sering ... kadang ketika sholat aku denger dia sering nangis...” (P1)

Kategori peningkatan kegiatan beribadah ini juga diungkapkan oleh dua partisipan yaitu partisipan keenam dengan lansia yang dirawat berjenis kelamin laki-laki usia 68 tahun dan partisipan kelima yang merawat lansia perempuan usia 69 tahun yang menyatakan bahwa sholatnya tidak pernah terlewat dan semakin rajin berjamaah:

“...kalau sholat nggak pernah kelewat...selalu berjamaah semakin rajin Alhamdulillah” (P6)

“....sholatnya nggak pernah terlewat, kalau ibu lagi kesemutan atau pegel ya sekuatnya sambil duduk gitu bu, kalau nggak kuat berdiri lama” (P5)

4) Perubahan Sosial

Sub tema yang keempat yaitu perubahan sosial yang teridentifikasi dari kategori melakukan aktivitas seperti sebelum sakit dan aktivitas berkurang setelah sakit.

a) Melakukan Aktivitas Seperti Sebelum Sakit

Kategori melakukan aktivitas seperti sebelum sakit dinyatakan oleh lima partisipan. Dua partisipan diantaranya menggambarkan bahwa lansia masih bisa melakukan aktivitas seperti sebelum sakit seperti ngobrol-ngobrol dan main ke rumah tetangga. Salah satu partisipan yang merawat lansia usia 63 tahun dengan lama menderita DM 4 tahun mengatakan :

“...ngobrol-ngobrol dengan tetangga masih seperti dulu... bisa... ..keluar masuk rumah tetangga yang disebelah rumah masih biasa dilakukan...” (P2)

Kegiatan lainnya seperti kumpul-kumpul dalam acara pengajian dinyatakan oleh tiga partisipan seperti dibawah ini:

“...kalau ada pengajian mingguan atau bulanan rajin... karena mungkiin eee banyak ee ..teman yang kasih support untuk pergi ke pengajian ya ... kalau di sundamah ngabrangbrangkeun (refresing) kitu” (P6)

“ ...ibu masih bisa mengikuti kegiatan di luar kayak pengajian ... seminggu 2 kali tiap rabu dan jumat sore” (P8)

“...pengajian biasa ibu bisa mengikuti tiap jumat pagi dan rabu sore...” (P5)

b) Aktivitas Berkurang Setelah Sakit

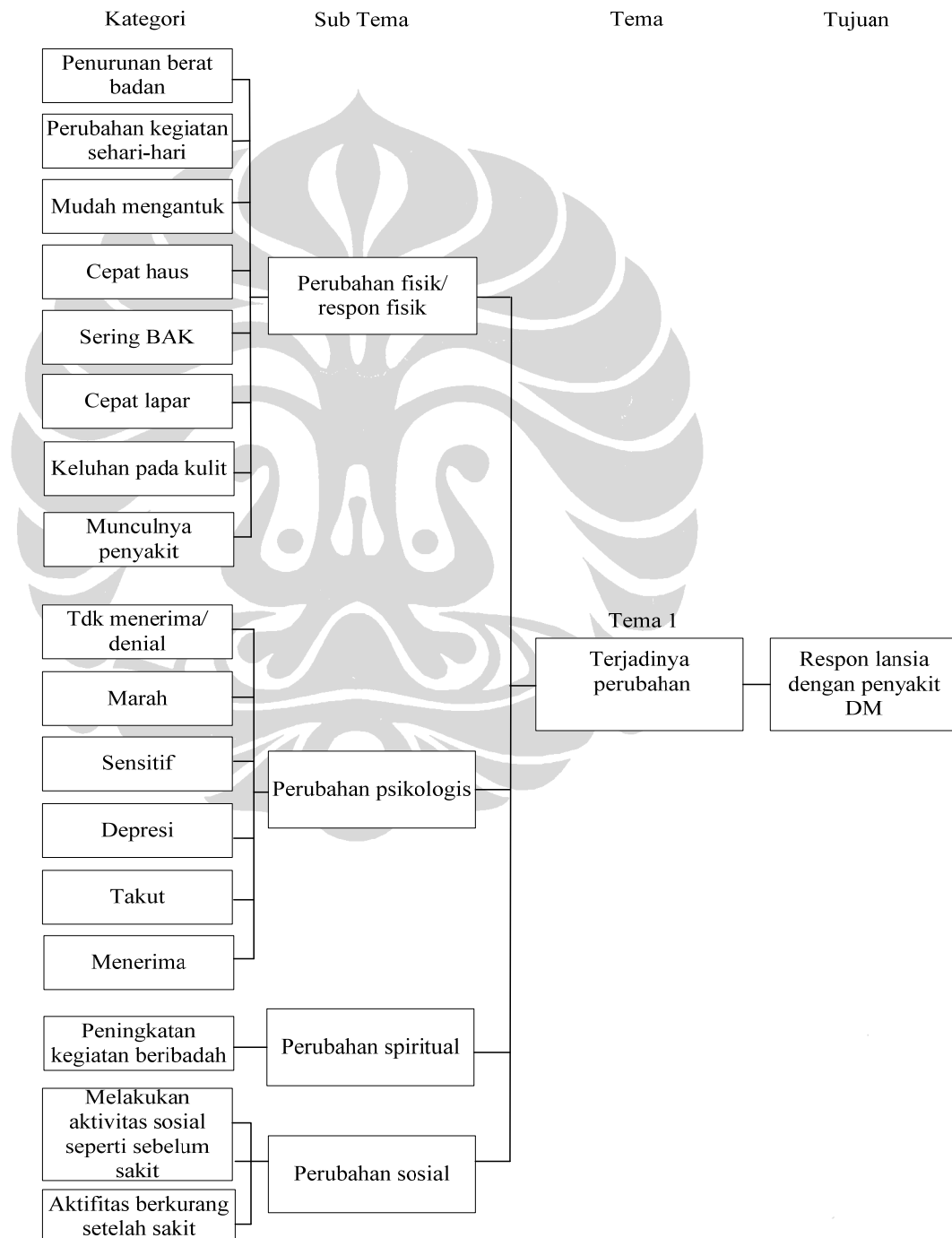
Aktivitas lansia berkurang setelah sakit merupakan katagori terakhir dari sub tema perubahan sosial, yang dinyatakan oleh partisipan bahwa aktivitas berkumpul dan bersosialisai lansia seperti badminton dan jalan santai menjadi berkurang. Ungkapan lansia tersebut dinyatakan sebagai berikut:

“semua aktivitas jadi berkurang sekarangmah...badminton tidak lagi ...ke sawah atau ke apa atau eee ke kolam tidak lagi... sebelum punya penyakit gula kan sering badminton, itu

kesenangannyatadinya dia sering apa ee jalan santai, sekarang tidak lagi" (P6)

Untuk lebih jelasnya tentang tema yang dihasilkan dari tujuan repon lansia dengan penyakit DM dapat dilihat pada skema berikut ini

SKEMA 1 : RESPON LANSIA DENGAN PENYAKIT DM



4.2.2 Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM

Tujuan khusus kedua telah terjawab dengan empat tema yaitu kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, masalah fisik dan masalah financial/ ekonomi. Masing-masing tema tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

4.2.2.1 Tema 2 : Kemampuan meleksanakan tugas kesehatan keluarga

Dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga ditemukan lima sub tema yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

1) Menegal masalah

Mengenal masalah teridentifikasi dari kategori pengetahuan partisipan tentang penyakit dan cara perawatanya. Lima dari delapan partisipan mengatakan penyakit DM terjadi karena kadar gula dalam darahnya tinggi dan merupakan penyakit keturunan, seperti yang dungkapkan oleh dua partisipan di bawah ini :

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

“...penyakit gula itu penyakit keturunan... gula dalam darahnya tinggi cuma itu aja yang saya tahu” (P5)

Dua partisipan lainnya mengatakan tidak tahu tentang penyakit gula dan satu orang partisipan mengatakan penyakit gula disebabkan karena terlalu banyak minum obat, seperti dinyatakan berikut ini :

“....saya awam tentang penyakit itu...tahunya gula itu apa ...nggak faham...sampaikan ada ...yang perlu disuntik katanya insulin...secara jelasnya saya juga nggak tahu ...” (P8)

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

2) Mengambil keputusan

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)

“...menginjak duri ...ee (menarik nafas) ku bapak diorek-korek...jadi bisul... tambah besar...akhirnya saya bawa ke rumah sakit dan harus dirawat” (P6)

3) Merawat

Sub tema merawat teridentifikasi dari kategori pengaturan makan, olah raga, obat, obat tradisional dan efek penggunaan obat tradisional

a) Pengaturan makan

Lima 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 troficana 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)

“...makan teratur, jangan terlalu banyak, teratur jadwalnya kalau makan pagi jangan terlalu siang nanti timbulnya maag ... berpantang sama yang manis-manis...saya suka ngingetin ibu begitu” (P3)

Sementara itu tiga partisipan lainnya mengatakan tidak pernah mengatur makan untuk lansia, karena lansia tidak mau dibedakan makannya dengan anggota keluarga yang lain dan sudah mempunyai obat penangkal untuk mencegah gula darahnya supaya tidak tinggi tinggi, pernyataan tersebut adalah :

“... 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 sekarang mah apa saja masuk” (P4)

“ Untuk makan sehari-hari sama aja dengan yang lainnya nggak mau diamah dibedain, nggak ada pantanganlah ...” (P6)

b) Olah raga

Olahraga teridentifikasi sebagai kategori kedua dari sub tema merawat lansia dengan DM. Tiga orang partisipan mengatakan lansia rutin melakukan jalan kaki dan mengikuti 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)

“.... sering jalan kaki, barusan juga habis pulang dari dadaha, jalan di batu kerikil itu, enak ke badannya... tiap habis shubuh kami berdua jalan, sport.” (P3)

Satu partisipan mengatakan lansia tidak lagi melakukan olah raga, karena merasa cepat cape :

“olah raga nggak, kan kalau jalan sedikit juga bapakmah cepet cape” (P7)

c) Obat

Sub tema merawat lansia selanjutnya teridentifikasi dari kategori obat. Enam partisipan mengungkapkan selama ini lansia masih mengkonsumsi obat yang didapat dari pelayanan kesehatan baik dokter praktek maupun puskesmas. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“.... mengkonsumsi namaya gliben... satu hari satu tablet..” (P1, P2, P5)

“... Obatnya eee gliben, sampai saai ini, katanya, sampai nanti sampai meninggal ...” (P4)

d) Obat tradisional

Tiga partisipan dalam penelitian ini teridentifikasi menggunakan obat tradisional, baik sebagai obat yang utama maupun sebagai obat tambahan selain obat yang didapat dari pelayanan kesehatan, seperti diungkapkan di bawah ini :

“...untuk gulamah ibu sudah tidak lagi mengkonsumsi 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)

“...sekarangmah eee apa itu bapak teh rajin makan undur-undur atau biji buah mahoni satu hari 3 kali ...” (P6)

“...minum cuka apel - 2 sendok makan setiap habis makan yang enak-enak (daging, ikan) , atau yang manis-manis...” (P4)

e) Efek pengobatan tradisional

Efek pengobatan tradisional teridentifikasi sebagai kategori terakhir dari sub tema merawat lansia dengan DM. Dua orang partisipan mengatakan minum obat tradisional ada efeknya ke badan seperti dalam pernyataannya sebagai berikut :

“...obat herbal sambiloto, daun sukun lumayan katanya enak ke badan gitu...” (P3)

“...pokoknya sekarangmah kondisinya aman gulanya nggak pernah tinggi lagi semenjak ada cuka apel” (P4)

4) Modifikasi lingkungan

Partisipan berusaha melakukan modifikasi lingkungan 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)

“...ngingetin hati-hati kalau masak, naro barang...takut kepeleset, jatuh..” (P2)

5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan

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

“... Ibu selalu cek rutin gula darah tiap satu lan satu kali ... tiap minggu ke dua, kan udah di program dari rumah sakitnya” (P4)

“ kalau untuk periksa ibu rutin ke puskesmas kan punya jamkesmas jadi tiap 1 bulan 1 kali ...” (P5)

“...bapak dikontrol kalau ada uang mah... kalau dirasakan ke badan bapak enak lama nggak kontrol, tapi kalau bapak mulai pegel,pegel, baraal atau singsiremeun (kesemutan) bapak periksa lagi” (P7)

“... kontrol rutin sih nggak, cuma sewaktu-waktu aja...”(P3)

4.2.2.2 Tema 3: Respon psikologis

Masalah psikologis teridentifikasi dari dua sub tema yaitu menolak dan menerima kenyataan harus merawat lansia dengan DM.

1) Menolak

Sub tema tidak menerima dalam penelitian ini teridentifikasi dari kategori menyangkal, marah dan tawar menawar

a) Menyangkal

Tiga orang partisipan dalam penelitian ini menunjukkan sikap menyangkal terhadap kondisi sekarang yang harus merawat lansia, mereka menyatakan tidak menyangka. Reaksi penyangkalan tersebut tampak dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

”... setiap hari, setiap hari saya merawat bapak sedangkan saya harus mencari nafkah, kemudian haruus 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)

b) **Marah**

Kategori kedua untuk sub tema tidak menerima teridentifikasi dari rasa marah yang diungkapkan oleh empat partisipan. Kemarahan disebabkan karena rasa jengkel ketika melihat lansia sering marah-marah dan susah diatur, seperti yang dinyatakan oleh partisipan yang merawat suaminya dan mertuanya sebagai berikut :

”...ibu suka jengkel juga...lihat bapak nggak kerja sering marah-marah... suka jengkel ibumah...” (P7)

“....saya kan jengkel...sifat bapak yang bedegong (susah diatur) itu...” (P6)

c) **Tawar menawar**

Tawar menawar merupakan kategori ketiga dari sub tema tidak menerima, seperti yang dinyatakan oleh seorang partisipan berusia 28 tahun yang telah merawat lansia usia 60 tahun selama enam bulan. Kategori tawar menawar diungkapkan partisipan dengan pernyataan ingin bekerja tapi bingung harus meninggalkan lansia seperti dinyatakan berikut ini :

“....saya kan pengen kerja...tapi bukan gitu sih maskudnya...mengurus ibu sih aku lillahita'ala...kadang suka kefikiran kalau ditinggalin...ibu gimana...siapa yang merawat ...kalau niat sekarangpun bisa masuk kerja...difikir lagi... harus ada yang merawat ibu disini...” (P1)

2) **Menerima**

Sub tema menerima teridentifikasi dari kategori takut, merasa kasihan dan pasrah.

a) Takut

Empat partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan rasa takut. Ketakutan disebabkan oleh adanya kekhawatiran mengenai kondisi lansia seperti dalam ungkapan di bawah ini:

“... sekarangmah 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)

b) Merasa kasihan

Merasa kasian merupakan kategori kedua dari sub tema menerima yang dirasakan partisipan ketika melihat kondisi lansia yang sakit. Partisipan mengatakan kasian kalau liat lansia kambuh, seperti yang diungkapkan partisipan berusia 51 tahun yang merawat suaminya selama 5 tahun :

“...ibumah suka kasian kalau bapak lagi kambuh teh, keringatan, dingin, kalau dicampa-campa teh (kalau dipegang)” (P7)

c) Pasrah

Kategori terakhir dari sub tema menerima yaitu pasrah yang diungkapkan oleh lima partisipan. Partisipan mengungkapkan bentuk kepasrahan dengan menganggap bahwa merawat lansia sudah menjadi takdir dalam hidupnya dan merupakan cobaan dari Yang Maha Kuasa:

“saya mah pasrah aja, sudah nasibnya barangkali...sayamah berdoa pasrah...tapi ya hars gimana lagi mungkin itumah sudah takdirterima saja begini,... sudah menjadi takdir ...harus saya terima (bicara terbata-bata dan mata berkaca-kaca)” (P7)

“...mungkin ini cobaan dari Yang Maha Kuasa ...bapakmah memohon asalanya penyakit itu dari Alloh, saya minta lagi kesembuhan kepada Alloh juga gitu, jadi alhamdulillah hati itu menjadi tenang” (P4)

4.2.2.3 Tema 4 : Respon fisik

Masalah fisik teridentifikasi dari sub tema gangguan/perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integument dan gangguan sirkulasi.

1) Perubahan nafsu makan

Sub tema gangguan/perubahan nafsu makan teridentifikasi dari adanya peningkatan nafsu makan, dampak peningkatan nafsu makan dan keluhan buang air besar. Ketiga kategori tersebut diungkapkan oleh seorang partisipan usia 28 tahun yang baru merawat lansia selama enam bulan. Dibawah ini adalah gambaran pernyataan partisipan tersebut mengenai gangguan/perubahan nafsu makan:

“ 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 stress...” (P1)

“Dalam enam bulan ini dari sekitar 50 kilo menjadi 60 kilo, naik 10 kiloan lah” (P1)

“....paling trus ini apa kayak sembelit gitu... konstipasi ya namanya ya bu ya?” (P1)

2) Gangguan muskuloskeletal

a) Pegal

Kategori selanjutnya dari sub tema masalah fisik adalah gangguan muskuloskeletal. Dua partisipan merasakan pegal-pegal dan cape semenjak merawat lansia. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“.... emmmh oh ya seringkali pegel, pegel badan , ya tiba-tiba badan suka sakit gitu, pegel di pundak ya gitulah...” (P1)

“....sering cape jadinya...” (P6)

b) Gangguan *integument*

Partisipan dalam penelitian ini juga mengalami permasalahan dalam sistem integument yaitu adanya keluhan pada kulit berupa munculnya jerawat di wajah yang dapat digambarkan dalam pernyataan berikut ini:

“ Kalau aku jatuhnya ke fisik nggak tahu ya, ... ke muka jadinya jerawat banyak gitu nggak tahu kenapa?” (P1)

c) Gangguan sirkulasi

Sub tema gangguan sirkulasi teridentifikasi dari kategori keluhan sakit kepala yang diungkapkan oleh tiga partisipan. Partisipan mengungkapkan pusing sebagai keluhan sakit kepala yang dirasakannya seperti dalam ungkapannya dibawah ini :

“ Paling kalau jengkel, saya merasa pusing bu” (P5)

”....ini bu ke kepalanya suka jadi puyeng (pusing) bu, kalau lagi cape fikiran teh, apalagi kalau bapak sakit bu” (P6)

4.2.2.4 Tema 5: Respon terhadap finansial (ekonomi)

Tema ini dapat digambarkan dari sub tema ketersediaan jaminan pemeliharaan kesehatan yang teridentifikasi dari tiga kategori yaitu : tidak ada jaminan, ada jaminan dan mandiri.

1) Tidak ada jaminan

Partisipan yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan menyatakan untuk biaya berobat ke pelayanan kesehatan harus mengeluarkan uang sendiri. Pernyataan ini diungkapkan oleh empat partisipan dan dua diantaranya menggambarkan pernyataan tersebut seperti di bawah ini :

“...ke dokter ada 75 ribu sampai 100 ribu.... puskesmas sepuluh ribu setiap kali cek gula darah,...ditempat penebusan obat bilang bilih bade nitip (kalau mau titip "uang')...seridonya... paling lima ribu rupiah” (P1)

“ Ke dokter ada 50 ribu, atau 75 ribu tergantung kondisi bapak...kalau ke puskesmas 10 ribu, kencleng seridonya... kalau kontrol atau ke dokter pembiayaan ya dari anak tertua lah bu, memang siapa lagi...?” (P6)

Partisipan lainnya mengatakan dengan tidak adanya jaminan pemeliharaan kesehatan telah mempengaruhi terhadap stabilitas keuangan rumah tangga, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan di bawah ini :

“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)

2) Ada jaminan

Tiga partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan memiliki jaminan untuk biaya pemeriksaan atau pengobatan lansia dari pemerintah. Dua diantaranya mempunyai jaminan kesehatan berupa Askes dan satu partisipan memiliki jamkesmas :

“ Ibu selalu cek rutin gula darah tiap satu bula satu kali...pake askses cuma bayar 3500 aja buat karcis selain itu semuanya gratis, pemeriksaan, cek darah gratis dan obat gratis “ (P4)

“.... 6 juta dipotong askses 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)

“...punya jamkesmas...kalau cek (periksa) gratis sebulan sekali, paling saya ngeluarin untuk ongkos becak 10000 bolal-balik” (P5)

3) Mandiri

Mandiri dalam pembayaran biaya kesehatan teridentifikasi dari dua partisipan. Partisipan mengatakan selalu mengeluarkan biaya

sendiri untuk biaya pengobatan dan tidak merasa kekurangan karena sudah ada alokasinya. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan dibawah ini yang berprofesi sebagai wiraswasta :

“eeee... kemarin itu waktu ibu dirawat ya... kita habis kurang lebih lima juta, alhamdulillah kebetulan ada di bapak, ya bapak sendiri yang bayar. Alhamdulillah untuk hidupmah kami cukuplah tinggal berdua ini, Bapak masih punya sawah dan ladang yang lumayanlah bisa menghidupi kami, dan bisa menyimpan tiap bualannya.” (P3)

“ooooh...itu kebetulan untuk biaya pengobatan mama, sudah ada alokasinya alhamdulillah kita udah prepare untuk yang satu itu. Selama ini juga eee, mama nggak pernah ngerepotin kita istilahnya apa ya ini apa itu mama masih punya penghasilan juga lah istilahnya jadi anak-anak hanya tinggal merawat” (P8)

4.2.2.5 Tema 6: Respon terhadap peran

Tema ini terdiri dari satu sub tema yaitu adanya perubahan peran. Adanya perubahan peran pada *caregiver* teridentifikasi melalui perannya yang menjadi bertambah. Empat partisipan dalam penelitian ini mengatakan bahwa setelah lansia menderita DM terdapat pengalihan peran lansia terhadap *caregiver* diantaranya : peran mengurus rumah tangga yang biasanya dilakukan oleh istri, sekarang dilakukan oleh suami. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan kedua yang merawat istrinya yang berusia 63 tahun seperti berikut ini:

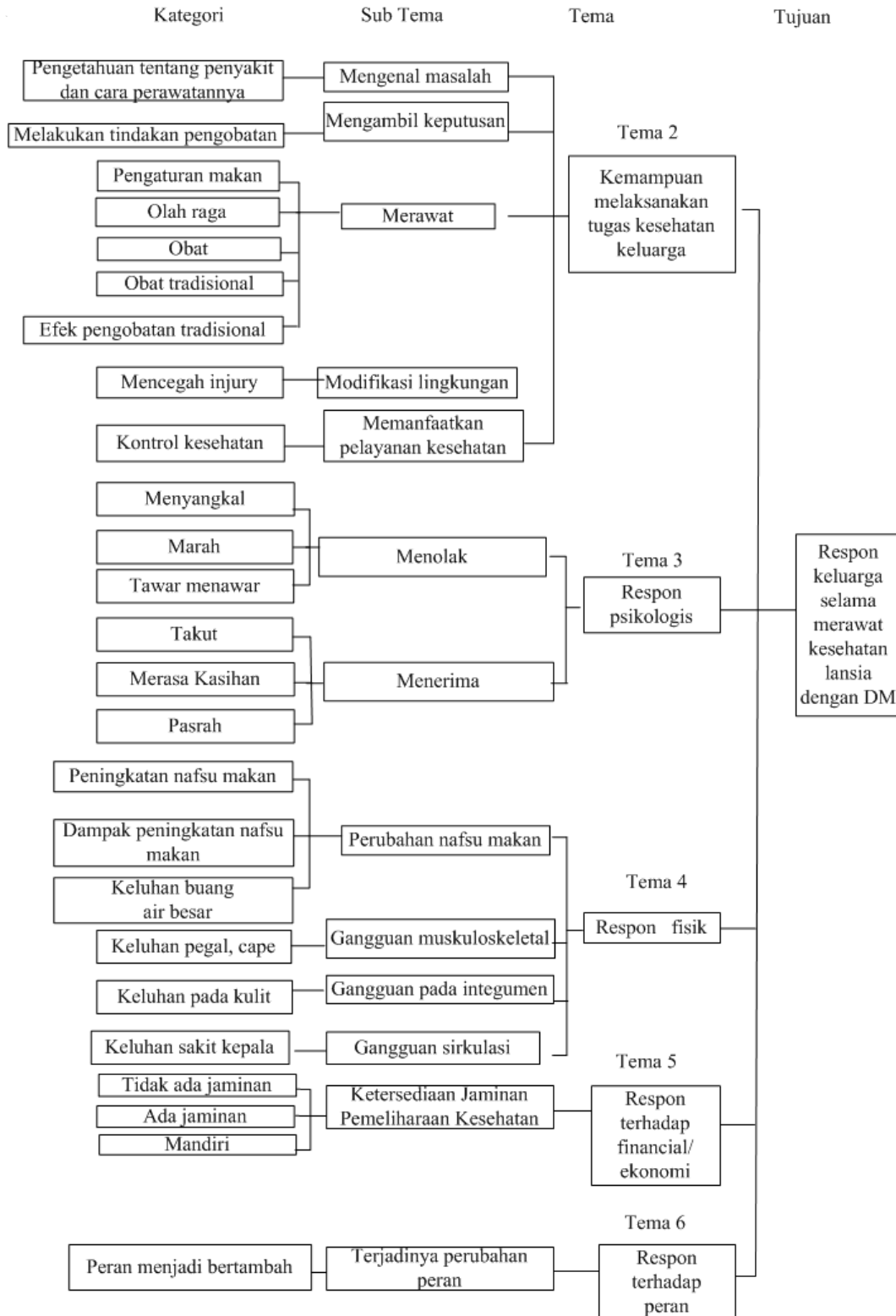
“...semua pekerjaan rumah tangga saya yang ngerjain seperti nyuci, ngepel, kadang masak...juga dibantu-bantu oleh saya” (P2)

Partisipan ketujuh usia 51 tahun mengatakan semenjak suaminya menderita penyakit DM, selain harus mengurus urusan rumah tangga juga harus bekerja, karena suaminya sudah tidak mampu lagi bekerja. Pernyataan tersebut dicurahkan dalam ungkapan berikut ini :

“...sekarang saya juga kerja bu, bapak udah lama nggak kerja...”

Untuk memperjelas uraian diatas berikut ini adalah skema tema-tema yang dihasilkan dari tujuan respon keluarga selama merawat lansia dengan DM

SKEMA 2 : RESPON KELUARGA SELAMA MERAWAT LANSIA DENGAN DM



4.2.3 Mekanisme koping keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM

Tujuan ketiga mekanisme koping dalam merawat kesehatan lansia dengan DM tergambar melalui tema perilaku pencarian penyelesaian masalah dan dukungan penyelesaian masalah

4.2.3.1 Tema 7: perilaku pencarian penyelesaian masalah

Perilaku pencarian penyelesaian masalah yang dirasakan oleh partisipan dalam menghadapi lansia yang menderita DM dalam penelitian ini ditemukan dua sub tema yaitu adaptif dan maladaptif.

1) Adaptif

Sub tema mekanisme koping yang adaptif teridentifikasi dari kategori ventilasi, menyelesaikan dan hasil.

a) Ventilasi

Ventilasi merupakan salah satu teknik yang digunakan partisipan untuk menyelesaikan masalah. Dua partisipan dalam penelitian ini menyatakan melakukan curhat atau ngobrol tentang masalah yang dihadapi baik kepada saudara maupun kepada tetangga seperti yang sampaikan pernyataan di bawah ini:

“.... kadang ngobrol dengan tetangga tentang masalah yang dihadapi...” (P7)

“.... curhat-curhatan dengan saudara bagaimana cara mengatasinya supaya bapak bisa lebih bisa menjaga kesehatannya” (P6)

b) Upaya mengatasi masalah

Upaya untuk mengatasi masalah yang dirasakan merupakan kategori kedua dari sub tema mekanisme koping yang adaptif. Hal ini diungkapkan oleh dua orang partisipan yang menyatakan telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi masalah yang dirasakan seperti yang disampaikannya sebagai berikut ini:

” ...pegal-pegal ... nggak perlu sampai minum obat, paling juga istirahat tidur, atau panggil tukang pijet... sudah enakan lagi bu” (P1)

“ya kalau puyengnya yang pisaan gitu (pusing sekali) saya suka minum oskadon bu, ...” (P5)

c) Manfaat yang dirasakan

Manfaat yang dirasakan dari penyelesaian masalah yang adaptif dirasakan dapat menghilangkan stress sementara, uraian partisipan yang menyatakan hal tersebut adalah :

“...jalan keluar atau dipijet untuk sementara bisa ngilangin stress...” (P1)

“...bisa beralih sementara... ngilangin stress ...” (P5)

“dengan curhat agak plong lah sedikit rasa jengkel ini” (P6)

2) Maladaptif

Sub tema maladaptif teridentifikasi dari kategori menghindar, mengacuhkan, peningkatan emosi dan dampak dari penggunaan mekanisme koping maladaptif

a) Menghindar

Dua partisipan dalam menghadapi masalah yang terjadi selama merawat lansia dengan DM pada ini dilakukan dengan cara menghindar pergi keluar rumah, seperti yang disampaikan oleh salah satu partisipan di berikut ini:

“ kalau jengkel sedikit ibumah ngabrangkeun kalaur (refresing keluar) sebentar nanti masuk lagi, kalau nggak gitu nanti bisa jadi penyakit.” (P7)

b) Mengacuhkan

Mengacuhkan masalah yang dihadapi ketika berhadapan dengan lansia yang dirawatnya telah dilakukan oleh dua partisipan dengan cara diam. Hal tersebut disampaikan oleh partisipan dalam pernyataan berikut:

“saya mah suka diem aja, ... soalnya kalau dilawan tambah nyerocos, tambah keras dan tambah segala diomongin ...seringnah udah lewat we, nanti juga baik lagi...” (P5)

c) Peningkatan emosi

Peningkatan emosi merupakan penyelesaian masalah yang dilakukan oleh tiga partisipan dalam penelitian ini. Peningkatan emosi yang terjadi ketika lansia marah-marah yaitu partisipan ikut mengomel, dan kadang-kadang ingin menang sendiri. Peningkatan emosi tersebut terangkum dalam ungkapan sebagai berikut:

“...kadang saya juga ingin menang sendiri ... jadi akhirnya ribut lagi...” (P5)

“kadang bapak marah saya langsung omelin juga,...” (P7)

d) Dampak penggunaan mekanisme koping maladaptif

Dampak penggunaan mekanisme koping yang maladaptif telah menyebabkan terjadinya situasi yang tidak baik seperti terjadinya adu mulut antara *caregiver* dengan lansia. Berikut ini penuturan tiga partisipan tentang dampak penggunaan mekanisme koping maladaptif:

“...jadinya berantem bu kadang-kadangmah” (P7)

“...jadi parea-rea omong (adu mulut)...” (P1)

“...akhirnya ribut lagi...” (P5)

4.2.3.2 Tema 8: Dukungan penyelesaian masalah

Tema ini teridentifikasi dari sub tema dukungan positif, dukungan negatif dan sumber dukungan.

1) Dukungan positif

Sub tema dukungan positif dalam penelitian ini dapat digambarkan oleh empat partisipan dalam bentuk adanya perhatian anggota

keluarga. Gambaran perhatian anggota keluarga dinyatakan dengan ungkapan dari salah satu partisipan sebagai berikut :

“...kadang anak-anak membantu...nggak besar ada yang 200 ribu ada yang 300 ribu jadi sesuai kemampuannya...cuma dengan anak-anak saya bisa berunding...sering nanya-nanya keadaan ibu...selalu kontek” (P2)

2) Dukungan negatif

Dukungan negatif teridentifikasi dari tidak adanya perhatian dari anggota keluarga. Dua partisipan mengatakan saudara-saudaranya yang lain jarang mengunjungi orang tuanya. Sebagaimana yang diungkapkan oleh dua partisipan perempuan yang merawat ibu dan merawat mertuanya :

“...tidak ada perhatian dari anak secara fisik...kehadiran merekah...orang tua nggak cukup dikasih materi...harus ada perhatian.... walaupun berada di luar kota bukan berarti tidak ada hari libur kan, untuk nengok mamah...” (P1)

“...adik-adiknya jauh semua...nggak kerja turut suami semua...pulang kesini paling kalau liburan anak atau lebaran” (P6)

3) Sumber dukungan

Sub tema sumber dukungan teridentifikasi dari kategori keluarga terdekat dan pemerintah

a) Keluarga terdekat

Empat partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa selama ini keluarga terdekat selalu memberikan dukungan. Dua dari empat partisipan mengungkapkan bahwa sumber dukungan diperoleh dari anak-anaknya, seperti yang dikatakan dalam pernyataan di bawah ini :

“...cuma dengan anak-anak saya bisa berunding...” (P2)

Dua dari empat partisipan lainnya mengatakan sumber dukungan selama ini diperoleh dari kakak-kakaknya dan suaminya :

“.... suami support, maksudnya kalau ada apa dia nggak rewel.... punya rejeki, kemakan sama ibu bapak....ngak rewel...” (P1)

“....ada kakak-kakak saya yang nganter ibu kontrol ke dokter ...” (P8)

b) Pemerintah

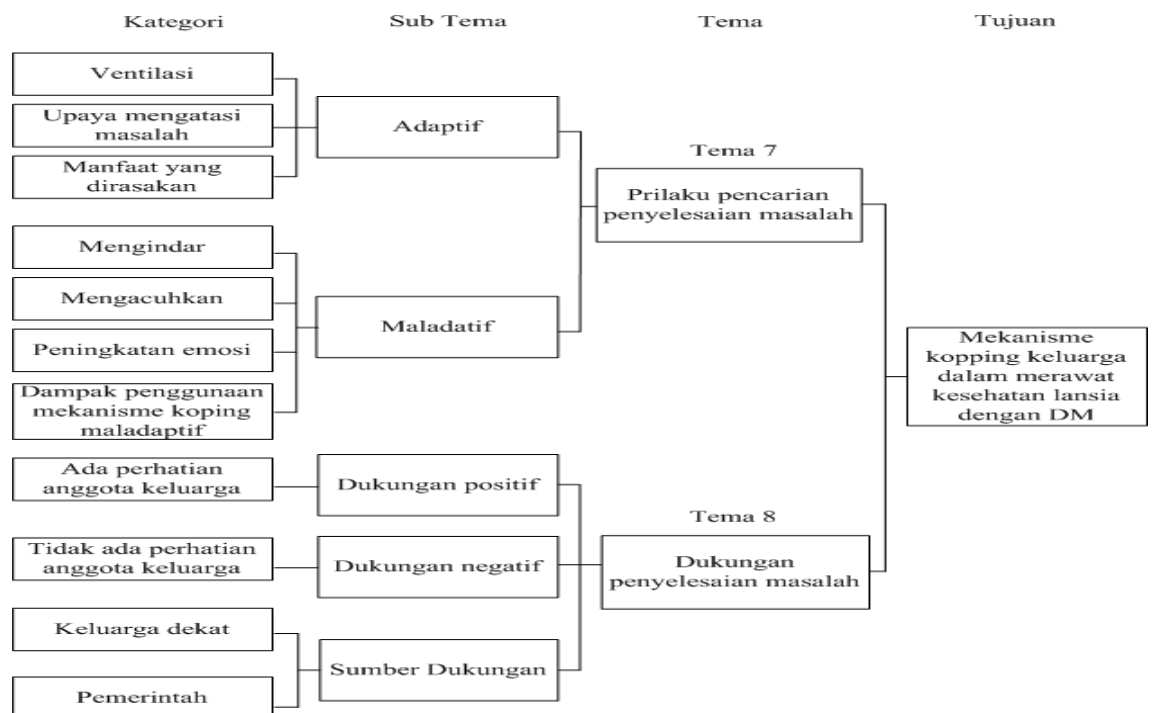
Dukungan pemerintah telah dirasakan oleh tiga dari delapan partisipan yaitu adanya jaminan asuransi kesehatan dalam bentuk Askes dan Jamkesmas. Berikut penuturannya yang disampaikan oleh dua partisipan :

“...kalau untuk periksa ibu rutin ke puskesmas kan punya jamkesmas...” (P5)

“...keuangan keluarga tidak terlalu berpengaruh...karena ibu punya askes....” (P4)

Untuk lebih jelasnya tentang tema yang dihasilkan dai tujuan ketiga ini dapat dilihat pada skema berikut ini :

SKEMA 3 : MEKANISME KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT KESEHATAN LANSIA DENGAN DM



4.2.4 Harapan keluarga dalam merawat lansia di rumah

Tujuan keempat mengenai harapan keluarga dalam merawat lansia dirumah terjawab dengan oleh dua tema yaitu kehidupan lansia yang optimal dan kemampuan merawat lansia.

4.2.4.1 Tema 9: kehidupan lansia yang optimal

Tema ini teridentifikasi dari tiga sub tema yaitu kesehatan lansia, perhatian terhadap lansia dan Ketersediaan pelayanan kesehatan untuk lansia.

1) Kesehatan lansia

Harapan akan kesembuhan lansia disampaikan oleh tiga partisipan yang menuturkan keinginannya agar lansia baik itu istrinya, ibunya maupun suaminya cepat sembuh, seperti yang diungkapkan berikut ini:

“saya memohon pada Tuhan semoga istri saya cepat sembuh” (P3)

“...harapannya untuk mamah pengennya cepat sembuhlah” (P1)

“...pengen suami saya teh sembuh ...” (P7)

2) Perhatian terhadap lansia

Adanya perhatian dari keluarga terhadap lansia merupakan hal yang sangat diharapkan oleh partisipan dalam bentuk pemberian kunjungan, komunikasi dan kehadiran secara fisik yang penuh kepada lansia. Berikut pengakuan dua dari tiga partisipan yang menginginkan adanya perhatian tersebut:

“sering berkunjunglah sebulan sekali gitu harapannya, trus sering ngingetin bapak ngonteklah nasehatin bapak” (P6)

“...perhatian dari anak...kehadiran mereka... nggak cukup dikasih materi...harus ada perhatian” (P1)

3) Ketersediaan pelayanan kesehatan untuk lansia

Sub tema pelayanan kesehatan teridentifikasi melalui dua kategori yaitu keramahan petugas dan peningkatan kualitas pelayanan.

a) Keramahan petugas

Keramahan dari petugas kesehatan merupakan sesuatu yang sangat diinginkan oleh partisipan dalam melayani lansia saat berkunjung ke Puskesmas. Hal ini diungkapkan oleh dua partisipan yang menginginkan pelayanan yang ramah, dengan bahasa yang sopan seperti dituturkan di bawah ini :

“...mohonlah pelayanannya yang ramah, senyum nggak usah beli kan he..he.. ... senyum tuh mahaaaaal banget...” (P1)

“...mohon pelayanannya , bahasanya yang sopan...” (P2)

b) Peningkatan kualitas pelayanan

Keinginan terhadap adanya peningkatan kualitas pelayanan seperti selalu tersedianya fasilitas pemeriksaan gula darah, dan pelayanan yang serius dari petugas kesehatan terhadap para lansia DM yang berobat ke puskesmas tergambar dari ungkapan empat orang partisipan dalam penelitian ini. Berikut curahan hati yang disampaikan:

“eee.. apa ya, eee pingin ini, kan kemarin katanya alatnya ruksak gitu, nggak tahu ruksak beneran nggak tahu boongan gitu eee apa dibilang ruksak karena ee memang nggak bayar gitu, pengennya kalau misalnya, apa ya fasilitas untuk pemeriksaan gula darah selalu ada gitu, masa nggak ada cadangan gitu bu.” (P5)

“...pelayanannya baik ... di puskesmas ...saya mohon untuk selanjutnya dipertahankan, kualitasnya yang bagus, ramah sopan.” (P2)

4.2.4.2 Tema 10: kemampuan merawat lansia

Tema kemampuan merawat lansia ini teridentifikasi dari sub tema kebutuhan caregiver untuk merawat lansia

1) Kebutuhan *caregiver* dalam merawat lansia

Kebutuhan *caregiver* dalam merawat lansia ini tergambar dari dua kategori yaitu kesehatan optimal dan dana yang optimal

a) Kesehatan optimal

Kesehatan *caregiver* merupakan aspek yang berpengaruh terhadap kemampuan dalam merawat lansia. Tiga partisipan mengungkapkan keinginannya untuk selalu sehat supaya bisa menjaga dan merawat lansia. Berikut ini adalah pengakuannya :

“...tetap sehat, biar saya biasa menjaga dan merawat istri “ (P2)

“... jangan sakit, nanti siapa yang merawat dan nyari uang...
jangan sakit, nanti siapa yang merawat dan nyari uang...” (P7)

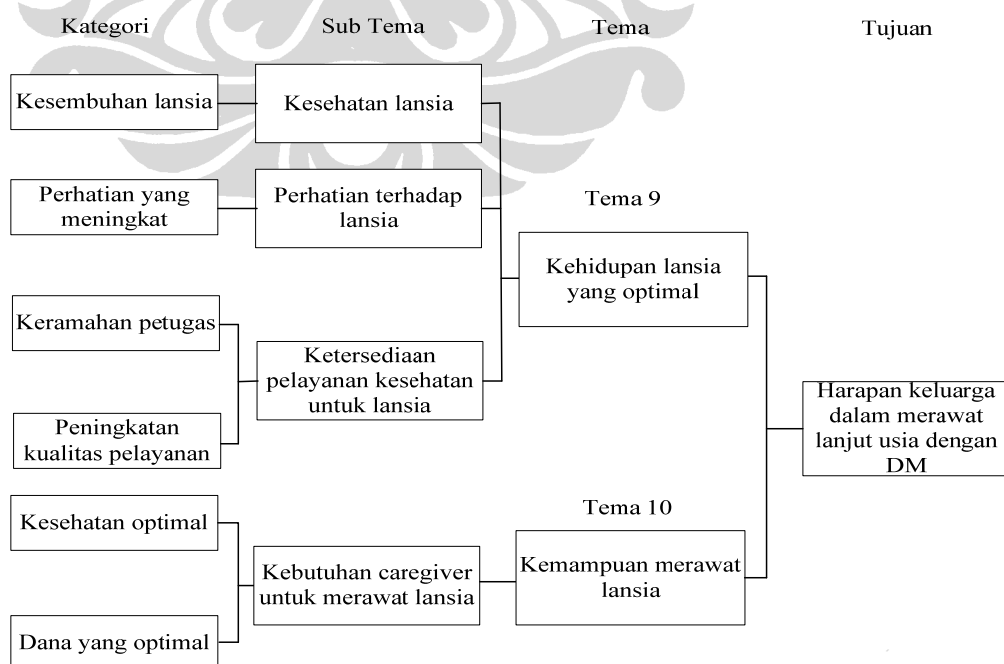
b) Dana yang optimal

Aspek lain yang dibutuhkan *caregiver* untuk merawat lansia dengan DM adalah adanya dana yang optimal seperti yang diungkapkan oleh dua partisipan yang telah mengalokasikan dana untuk pembiayaan lansia. Salah satu ungkapan partisipan tersebut adalah :

“...biaya pengobatan mama, sudah ada alokasinya alhamdulillah kita udah prepare untuk yang satu itu” (P8)

Untuk lebih jelasnya, berikut ini adalah tema-tema yang dihasilkan dari tujuan harapan keluarga merawat lansia dengan DM

SKEMA 4 : HARAPAN KELUARGA DALAM MERAWAT LANJUT USIA DENGAN DM



4.2.5 Kebutuhan pelayanan kesehatan lansia dan keluarga dengan DM

Tujuan kelima dari penelitian ini terjawab dengan dua tema yaitu sifat pelayanan dan bentuk pelayanan

4.2.5.1 Tema 11: Sifat pelayanan

Tema sifat pelayanan digambarkan dari sub tema pembiayaan dengan kategori pengobatan gratis/keringanan biaya. Pengobatan gratis/keringanan biaya teridentifikasi dari tiga pernyataan partisipan yang mengungkapkan bahwa partisipan membutuhkan adanya pengobatan gratis khususnya bagi penderita DM jika berobat atau kontrol kesehatan ke puskesmas. Berikut ini adalah pengakuannya:

“...penderita diabet kalau ke puskesmas nggak gratis...bayar..pengennya disamakan dengan pengobatan biasa..nggak bayar” (P1)

“...kalau berobat ke puskesmas pingin gratis....gratis aja gitu” (P6)

4.2.5.2 Tema 12: bentuk pelayanan

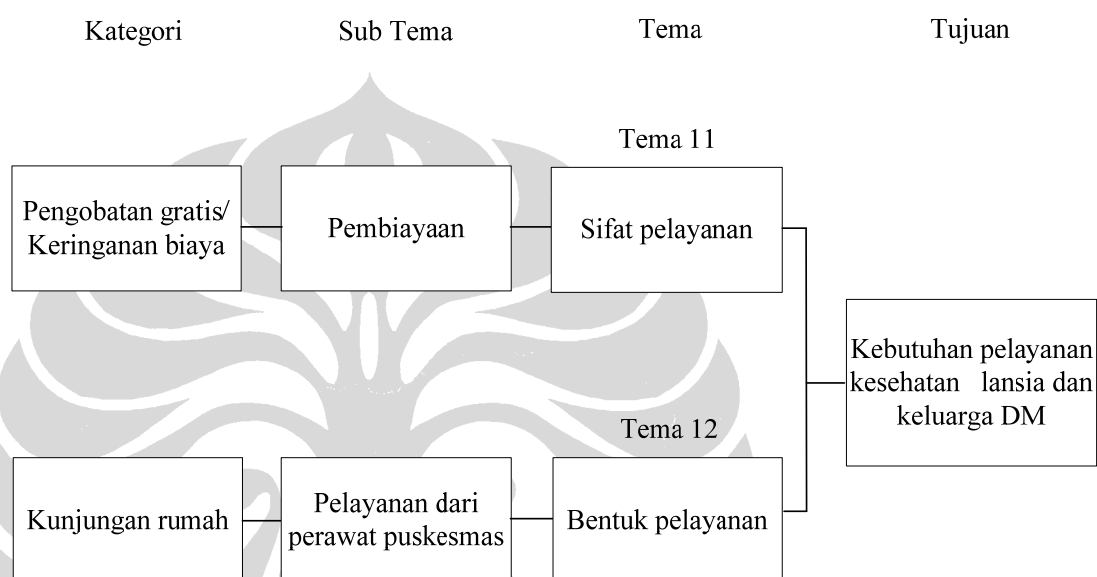
Bentuk pelayanan yang dibutuhkan oleh partisipan adalah adanya pelayanan dari Perawat Puskesmas berupa kegiatan kunjungan rumah. Keinginan adanya kunjungan rumah ini tergambar dari pernyataan enam partisipan yang mengungkapkan bahwa partisipan membutuhkan adanya Perawat Puskesmas yang datang memeriksa kesehatan lansia serta memberikan penyuluhan tentang perawatan termasuk pengaturan makan (diet) untuk penderita DM. Hal tersebut diucapkannya sebagai berikut:

“... ada perawat puskesmaslah yang datang kesini ngasih penyuluhan perbaikan gizi, makannya bapaklah istilahnyamah soalnya bapak kan orangnya susah diatur kalau sama sayamah” (P7)

“...ada perawat puskesmas mengontrol terus kerumah biar ada yang selalu mengecek kesehatan ibu soalnya kalau dengan saya mah nggak nurut kalau dibilangin teh “ (P5)

Berdasarkan uraian diatas, untuk lebih jelasnya tentang tema-tema yang dihasilkan dari tujuan kebutuhan pelayanan kesehatan lansia dan keluarga dengan DM dapat dilihat pada skema di bawah ini:

SKEMA 5 : KEBUTUHAN PELAYANAN KESEHATAN LANSIA DAN KELUARGA DENGAN DM



4.2.6 Makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM

Tujuan terakhir dalam penelitian ini yaitu tentang makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM terjawab oleh satu tema yaitu mematuhi ajaran agama dan budaya

4.2.6.1 Tema 13: Mematuhi ajaran agama dan budaya

Tema ini tergambar melalui dua sub tema yaitu spiritual dan Budaya.

1) Spiritual

Setiap manusia akan memberikan nilai yang berbeda terhadap suatu peristiwa. Merawat lansia dengan DM yang dialami para partisipan dimaknai sebagai suatu kewajiban menjalankan perintah agama seperti yang diungkapkan oleh tiga partisipan berikut ini:

“...bentuk kewajiban aja seorang anak kepada ibunya...mumpang selagi ada” (P1)

“Kita kan tahu sendiri dalam agama mertua itu sama dengan oarangtua kita, jadi sudah menjadi kewajiban bahwa merawat itu adalah tanggung jawab seorang anak” (P6)

“...kewajibanlah bu, merawat bapak yang sedang sakit, sama halnya seperti saya yang sedang merawat orang tua yang sedang sakit...itumah sudah jadi kewajiban” (P7)

Makna lain dari merawat lansia dengan DM diungkapkan oleh empat partisipan dalam penelitian ini bahwa perawatan yang diberikan merupakan suatu bentuk ibadah hal ini terungkap melalui pernyataan bahwa merawat tujuannya adalah untuk badah, lillahita'alla dan merupakan ibadah yang tidak terasa. Berikut ini penuturannya:

“...demi tujuan ibadah...saling menyelamatkan dunia akhirat, di dunia saling menyelamatkan saling merawat, nah mudah-mudahan diakherat juga begitu...” (P3)

“...merupakan suatu ibadah buat anak anak yang tidak yang tidak terasa...” (P7)

Perbedaan pendapat dikemukakan oleh partisipan keenam yang telah merawat mertuanya selama empat tahun. Partisipan tersebut menganggap bahwa merawat lansia merupakan suatu cobaan yang diberikan oleh Allah. Berikut perkataannya :

“.... sabar dan tawakal dalam menghadapi ini kan mungkin ini cobaan dari Allah” (P6)

2) Budaya

Para partisipan mengungkapkan beberapa makna budaya dalam merawat lansia dengan DM diantaranya sebagai bentuk balas budi seperti disampaikan oleh tiga partisipan dalam penelitian ini yang menyatakan bahwa merawat orang tua merupakan satu bentuk balas

jasa dan rasa terimakasih seorang anak kepada orang tua yang telah merawatnya sejak kecil. Pernyataan tersebut ini diungkapkan sebagai berikut :

“... sebagai balas jasa orang tua kan sudah merawat kita sejak dari lahir, ...kadang-kadang sebagai anak kia juga selalu banyak kekurangan, tapi orang tua selalu memafkan ...”(P4)

“...eee bentuk terimakasih saya aja sama orang tua, eee ap itu eee.. itung-itung mulang tarima ka kolot (balas jasa saama orang tua)” (P5)

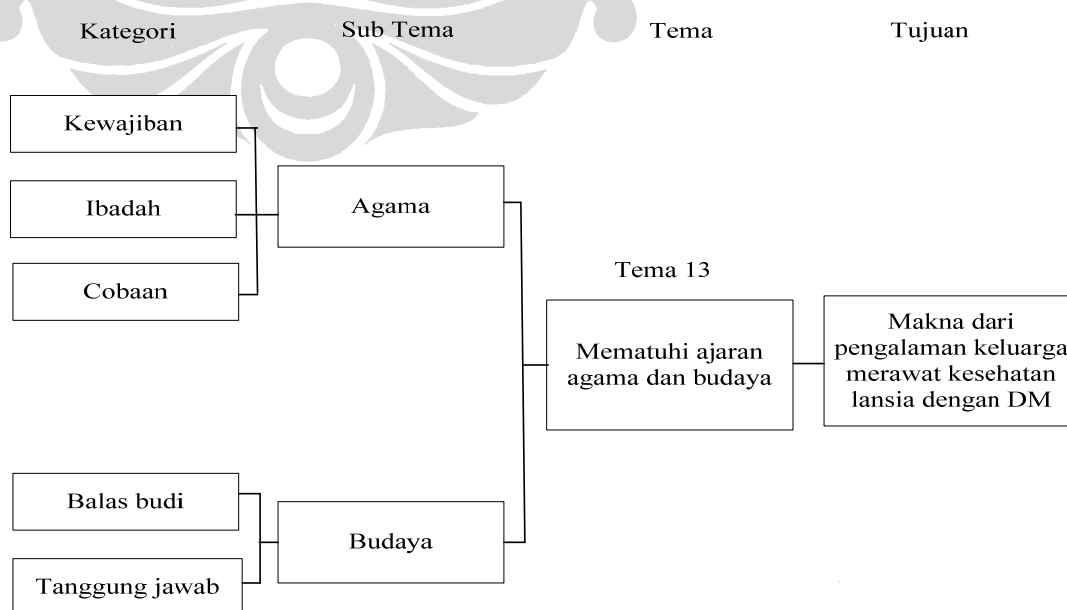
Pendapat lain diungkapkan oleh tiga partisipan bahwa merawat orang tua merupakan suatu bentuk tanggung jawab anak terhadap orang tua, seperti yang diuraikan dalam pernyataan berikut ini :

“apalagi di sunda kan sudah biasa orang tua di urus oleh anak yang pertama, karena anak pertama adalah anak yang mempunyai tanggung jawab yang benar-benar harus dilaksanakan” (P6)

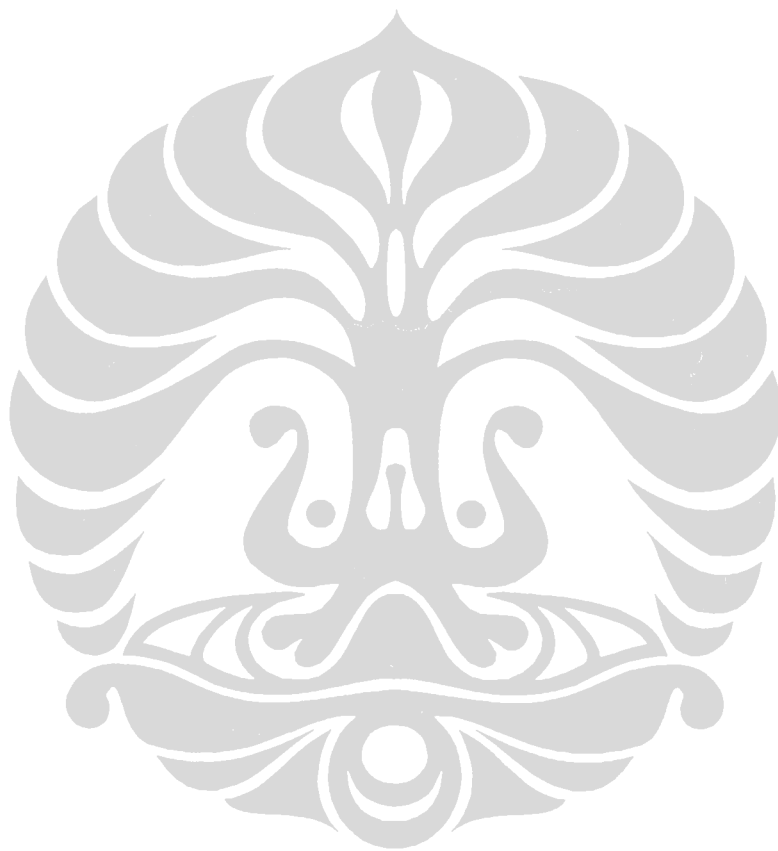
“sebagai bentuk tanggung jawab ...” (P5,P7)

Untuk lebih jelasnya tentang tema-tema yang dihasilkan dari tujuan khusus keenam dapat dilihat pada skema berikut ini :

SKEMA 6 : MAKNA DARI PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KESEHATAN LANSIA DENGAN DM



Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bawa 13 tema yang muncul dalam penelitian ini dapat menjawab tujuan umum penelitian, yaitu untuk mendapatkan gambaran yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM).



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang interpretasi dari hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian. Perbandingan antara hasil penelitian dengan teori, konsep atau penelitian sebelumnya dilakukan pada interpretasi hasil dan analisa kesenjangan. Perbandingan proses penelitian yang terlaksana dengan rencana penelitian diuraikan dalam keterbatasan penelitian. Sementara implikasi penelitian akan diuraikan dengan mempertimbangkan perkembangan lebih lanjut bagi pelayanan kesehatan dan penelitian keperawatan terhadap keluarga yang merawat kesehatan lansia dengan DM.

5.1 Interpretasi Hasil

Penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga yang merawat kesehatan lansia dengan DM di kota Tasikmalaya. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti mengidentifikasi tiga belas tema. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus penelitian.

5.1.1 Respon lansia dengan penyakit DM

Berbagai perubahan pada lansia setelah menderita penyakit DM dikemukakan oleh partisipan berdasarkan hasil pengamatannya selama ini. Pada penelitian ini ditemukan satu tema tentang respon lansia dengan penyakit DM, yaitu terjadinya perubahan pada lansia

5.1.1.1 Tema 1: Perubahan pada lansia

Perubahan yang dialami lansia setelah menderita penyakit DM tergambar dengan adanya perubahan fisik, perubahan psikologis, perubahan spiritual dan perubahan sosial.

1) Perubahan fisik/respon fisik

Meiner (2006); Stanley dan Bare (2007) menyebutkan penyakit DM merupakan suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan gejala klasik berupa poliuria, polidipsi dan polifagia serta penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Selain itu terdapat pula gejala kelemahan, mengantuk, penyembuhan luka yang lama, munculnya gatal-gatal dan pada kondisi yang lebih lanjut beresiko munculnya komplikasi mikrovaskuler (retinopati, nefropati dan neuropati) dan komplikasi makrovaskuler (penyakit jantung, ginjal, syaraf dan pembuluh darah).

Hasil penelitian ini mengidentifikasi adanya perubahan fisik pada lansia setelah menderita penyakit DM yaitu penurunan berat badan, perubahan aktivitas, mudah mengantuk, cepat haus, sering BAK, cepat lapar, penyembuhan luka yang lama, gatal di kulit dan pada beberapa lansia ditemukan adanya penyakit Jantung dan Hipertensi. Temuan penelitian ini juga didukung oleh Heurer dan Lauscah (2006) yang mengidentifikasi adanya tema tanda dan gejala dari penyakit DM pada populasi Migran di Amerika yang berasal dari bagian Selatan Texas yaitu adanya peningkatan BAK, pusing, peningkatan rasa haus, peningkatan rasa lapar dan peningkatan kelemahan.

Pada penelitian ini diketahui bahwa selain adanya perubahan fisik lansia dengan DM juga mengalami penurunan aktivitas yang disebabkan karena keluhan lemas, cepat cape, kesemutan dan kebas pada ekstremitas. Temuan tersebut didukung oleh hasil penelitian Pinkstaff (2004) bahwa telah terjadi penurunan dalam hal kesehatan umum, fungsi fisik dan keterbatasan peran akibat perubahan fisik pada lansia diabetes di Amerika Serikat. Sejalan dengan hasil penelitian diatas Gregg et al. (2000) telah menguatkan bahwa diantara 6588 lansia, 32% wanita dan 15 % pria lansia DM dilaporkan tidak mampu

berjalan ¼ mil dan tidak mampu melakukan pekerjaan rumah, dibandingkan dengan 14% wanita dan 8 % Pria yang tidak mempunyai penyakit DM.

Di sisi lain ditemukannya beberapa perubahan fisik pada lansia DM seperti cepat haus, cepat lapar dan sering BAK dalam penelitian ini bertentangan dengan pendapat Miller (2004), yang menyebutkan keluhan klasik seperti polidipsi, poliuri dan poli pagi menjadi kabur dan mungkin tidak ditemukan pada lansia yang mengalami perubahan fisiologis yang progresif. Ketidaksesuaian hasil penelitian ini terjadi karena empat lansia pertama kali terdiagnosa DM dibawah usia 60 tahun dan empat orang lagi dibawah 65 tahun, sementara dari pendapat Miller (2004) kaburnya trias klasik umumnya terjadi pada usia diatas 65 tahun, sehingga pada usia pertama kali lansia terdiagnosa DM pada penelitian ini kemungkinan perubahan fisiologis belum begitu dirasakan oleh lansia.

Berdasarkan hasil penelitian ternyata perubahan fisik pada lansia dengan penyakit DM telah menyebabkan terjadinya kelemahan, keterbatasan aktivitas, dan memiliki kecenderungan ketergantungan yang lebih tinggi pada *caregiver*. Seorang *caregiver* tentunya harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam menghadapi dan merawat lansia dengan segala keterbatasan yang dimiliki lansia, karena kalau tidak akan menimbulkan masalah pada *caregiver* baik itu masalah fisik atau psikologis dan sebaliknya pada lansia akan beresiko terjadinya tindakan *abuse*.

2) Perubahan psikologis

Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa penyakit kronis merupakan suatu keadaan khusus yang mempunyai hubungan yang sangat kompleks terhadap kehilangan. Bentuk kehilangan pada saat

lansia menderita penyakit kronis seperti DM melibatkan berbagai aspek, diantaranya keuangan, pekerjaan, kemampuan fisik, dan gaya hidup. Hal ini akan berdampak pada terjadinya perubahan psikologis pada lansia.

Perubahan psikologis yang dialami oleh lansia dengan penyakit DM ditunjukkan dengan sikap menyangkal, marah, sensitif, depresi, takut dan menerima penyakit. Sikap lansia yang teridentifikasi oleh partisipan dalam penelitian ini sesuai dengan respon kehilangan dan berduka dari Kubler & Ross (1969, dalam Rawlin et al, 1993) yang mengidentifikasi perilaku dalam proses berduka pada klien yang kehilangan dibagi menjadi lima tahap yaitu penolakan, marah, tawar manawar, depresi dan menerima penyakit.

Penolakan (*denial*) merupakan reaksi yang tampak pada lansia setelah menderita penyakit DM. Perilaku yang ditunjukkan berupa penolakan terhadap masukan, nasehat dari *caregiver* tentang pengaturan pola makan dan pantangan terhadap beberapa jenis makanan yang dapat menyebabkan gula darahnya naik. Hal ini sejalan dengan apa yang disampaikan oleh Potter dan Perry (2005), bahwa reaksi pertama seseorang yang mengalami kehilangan adalah pengingkaran. Bentuk penyangkalan dalam penelitian ini berwujud penolakan dan ketidakpercayaan terhadap masalah/penyakit. Pada penelitian ini lansia merasa tidak menerima bahwa pola hidupnya sekarang harus berubah karena penyakit DM. De Laune dan Ladner, (2002) menyebutkan bahwa reaksi penyangkalan tersebut dapat berakhir beberapa menit atau sampai beberapa tahun. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian bahwa reaksi penyangkalan/penolakan terjadi pada beberapa lansia yang sudah mengalami DM lebih dari satu tahun

Hasil penelitian lainnya ditemukan bahwa setelah menderita DM lansia menunjukkan respon marah dan sensitif. Lansia merasa marah karena adanya kehilangan kebebasan terutama dalam makanan dan aktivitas, pengaturan makanan dan penurunan fungsi fisik akibat kelemahan. Perasaan marah ditunjukkan lansia dengan perasaan yang sensitive seperti mudah marah dan peningkatan perasaan marah, yang dialihkan pada orang-orang yang ada di sekitarnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati, dkk (2004) bahwa Respon marah dialami klien saat mulai sadar tentang kenyataan kehilangan yang dialami, klien menunjukkan perasaan marah yang meningkat dan sering di proyeksikan kepada orang yang ada dilingkungannya.

Individu yang telah mampu mengekspresikan marah terhadap kehilangan akan berlanjut pada tahap tawar menawar. Potter dan perry (2005) menyebutkan bahwa respon tawar menawar terhadap proses kehilangan dapat terjadi dengan mengekspresikan rasa bersalah dan rasa takut terhadap kesalahan-kesalahan dan dosa di masa lalu, dengan memohon kemurahan Tuhan, agar proses kehilangannya bisa ditunda. Pada penelitian ini careigiver tidak menemukan respon lansia yang mengekspresikan rasa bersalah, ketakutan atau penawaran setelah menderita penyakit DM. Manusia merupakan makhluk yang unik berbeda antara satu dengan yang lainnya sehingga respon kehilangan yang ditampilkan belum tentu sama dengan yang ditampilkan sesuai teori, sehingga dalam penelitian ini fase tawar menawar tidak ditemukan

Respon psikologis lansia yang teridentifikasi selanjutnya adalah depresi. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa pada tahap depresi, realitas terhadap kehilangan telah disadari klien. Reaksi emosional pada tahap depresi berupa menjauhkan diri dari interaksi

social, merasa kesepian, sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara, kurang minat, kurang motivasi dan putus asa.

Penelitian ini mengidentifikasi munculnya sikap lansia yang kurang ceria, tidak gairah, dan lebih banyak diam dan jika ada orang yang meninggalkan dunia lansia selalu mengatakan mungkin besok lusa juga saya akan seperti itu. Sikap itu muncul karena lansia DM mengalami proses penyakit sepanjang hidupnya dan itu menyebabkan ketegangan dalam hidup bagi lansia.

Temuan dalam penelitian ini didukung oleh Anderson, Freedland, Clouse dan Lustman (2001), yang melaporkan bahwa lansia yang terkena DM dua kali menjadi lebih depresi pada permasalahan yang sama jika dibandingkan dengan lansia yang tidak menderita diabetes. Sementara itu penelitian Black, Markides dan Ray (2003) terhadap 2830 lansia Mexico Amerika di Texas, Colorado, New Mexico, Arizona dan California melaporkan bahwa 47 % dari keseluruhan lansia yang terdiagnosa DM mengalami gejala depresi minor.

Perjalanan penyakit DM pada lansia menyebabkan terjadinya berbagai penurunan status kesehatan yang menyebabkan aktivitas lansia menurun, peningkatan jumlah perawatan di RS akibat penyakit DM, dan munculnya komplikasi berupa penyakit jantung dan hipertensi yang memicu munculnya depresi pada lansia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Araki dan Ito (2008) yang melaporkan bahwa terjadinya insidensi mikro dan makrovaskuler, penurunan status kesehatan dan peningkatan jumlah perawatan di Rumah sakit telah memicu munculnya depresi pada lansia dengan DM.

Respon terakhir dari respon kehilangan yaitu tahap menerima. Menerima penyakit dinyatakan klien dengan menerima penyakit

sebagai takdir yang sudah digariskan dan menyerahkan semuanya kepada Tuhan. Susilawati dkk (2004) menjelaskan bahwa tahap menerima berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan, dimana individu telah menerima kenyataan kehilangan yang dialaminya. Gambaran tentang objek yang hilang mulai dilepaskan dan secara bertahap perhatian dialihkan kepada objek yang baru. Respon menerima penyakit dalam penelitian ini ditunjukkan dengan sikap sabar dari klien, dan mencari hal-hal yang bersifat positif dari dirinya dengan cara lebih mendekati diri kepada Tuhan, dibandingkan dengan memikirkan tentang penyakit itu sendiri.

Berdasarkan hal tersebut tahapan respon psikologis yang muncul pada lansia DM dalam penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan *caregiver* maupun perawat komunitas dalam melakukan pendekatan terhadap upaya perawatan kesehatan yang akan dilakukan.

3) Perubahan spiritual

Perubahan spiritual dalam penelitian ini diungkapkan oleh *caregiver* bahwa telah terjadi peningkatan kegiatan beribadah setelah lansia menderita DM diantaranya: kegiatan sholat lima waktu tidak pernah ditinggalkan, kegiatan pengajian dan frekwensi sholat malam semakin sering. Hal ini sejalan dengan pendapat Mauk (2010) bahwa ketika sakit secara spiritual lansia akan merasa kedekatan dengan Tuhannya semakin bertambah dan mereka semakin nyaman dengan agamanya. Hal ini selaras dengan hasil penelitian kualitatif Ross (1997) yang melaporkan bahwa kebutuhan rohani pada lansia yang berpenyakit kronis meningkat yang berhubungan dengan agama dan moralitas. Mereka merasa sangat puas ketika kebutuhan rohani terpenuhi.

Mendukung penelitian tersebut diatas, Perry dan Potter (2005), menyatakan bahwa penerimaan seseorang terhadap penyakit juga

melibatkan kepercayaan mereka. Kepercayaan seseorang secara signifikan berpengaruh terhadap penerimaan terhadap kondisi sakitnya. Bagi muslim yang taat, penyakit yang sedang dihadapi, dianggap merupakan suatu ujian dan cobaan dari Tuhan, menurutnya, seorang individu yang mempunyai ikatan yang kuat terhadap Tuhannya (beriman) sehingga akan tercermin dari semakin dekatnya hubungan dengan Tuhan melalui peningkatan aktivitas keagamaan yang dilakukan selama ini. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan Mc Murray (2003) bahwa perilaku keagamaan merupakan suatu kebutuhan yang harus dipenuhi oleh lansia. Lansia yang melaksanakan ibadah sesuai dengan agamanya dengan baik akan berdampak pada penurunan stres, marah dan emosional lainnya serta dapat meningkatkan kesehatan fisik dan kesejahteraan lansia.

Berdasarkan hal tersebut kondisi penyakit kronis telah mengubah lansia menjadi lebih dekat dengan Tuhan. Selanjutnya spiritualitas dapat menjadi dukungan terbesar bagi lansia yang menderita penyakit kronis yang dapat mengurangi gejala depresi dan meningkatkan kesejahteraan lansia begitu juga dengan lansia DM dalam penelitian ini. Sehingga pemenuhan kebutuhan spiritual dapat menjadi sebuah intervensi yang efektif yang digunakan oleh perawat komunitas dalam melakukan perawatan pada lansia dengan DM.

4) Perubahan sosial

Penelitian ini mengidentifikasi adanya perubahan sosial yang dialami oleh sebagian lansia yang tergambar dari adanya aktivitas yang berkurang setelah sakit. Akan tetapi pada beberapa lansia aktivitasnya tidak berubah, lansia masih bisa melakukan aktivitas seperti sebelum sakit seperti kegiatan bersosialisasi dengan tetangga, saling berkunjung, berbincang-bincang dan kegiatan kumpul-kumpul seperti dalam acara pengajian. Sementara itu untuk aktivitas yang telah mengalami perubahan aktivitasnya berkurang setelah sakit ditunjukkan dengan

terhentinya beberapa kegiatan seperti olah raga badminton, jalan santai dan bepergian keluar kota karena keluhan lemas dan ketakutan dari anggota keluarga akan terjadinya luka dan penyakit DM nya kambuh sewaktu-waktu di luar rumah.

Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Huang dan Hung (2007) bahwa secara psikososial lansia DM di sebelah Timur Taiwan aktivitasnya berkurang, sebagian besar partisipan merasa putus asa dan stress. Sementara itu penelitian Cheng dan Boey (2008) bertolak belakang dengan hasil penelitian tersebut bahwa lansia di Hongkong yang menderita DM tidak memandang penyakit DM sebagai sesuatu yang mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari, karena mereka sudah beradaptasi dengan penyakit DM dan telah mempunyai gaya hidup sendiri, mereka sering berkumpul dengan kelompoknya dan berbagi pengalaman diantara kelompok mereka. Tapi walaupun demikian penelitian Cheng dan Boey (2008) dapat dikatakan juga mendukung dengan temuan dalam penelitian yang mengidentifikasi masih adanya beberapa lansia yang aktivitas sosialnya tidak mengalami perubahan.

Berdasarkan hal tersebut walaupun lansia telah mengalami penurunan aktivitas fisik, akan tetapi pada sebagian lansia hal itu tidak terlalu berpengaruh terhadap kegiatan lansia dalam bersosialisasi. Aktivitas sosialisasi lansia tergantung pada tingkat adaptasi lansia terhadap penyakit DM. Sehingga hal ini dapat berguna bagi caregiver dan perawat komunitas dalam merencanakan jenis intervensi dan program kesehatan yang sesuai.

5.1.2 Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM

Respon lansia terhadap kondisi sakit yang dialaminya baik dari perubahan fisik, psikologis, spiritual dan sosial pada akhirnya akan 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.

5.1.2.1 Tema 2: Kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga

Kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam penelitian ini teridentifikasi melalui kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan

1) Mengenal masalah

Mengenal masalah dalam penelitian ini teridentifikasi dari pengetahuan tentang penyakit dan cara perawatannya. Notoatmodjo, (2003) menyebutkan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. 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. Stressor kehidupan tersebut diyakini menjadi ” trigger” terhadap kejadian DM. Temuan yang sama dilaporkan oleh Goronado et al (2004) yang telah melakukan interview terhadap 42 orang warga Mexico Amerika yang terkena DM, yang dibagi ke dalam 6 kelompok FGD (*Focus Group Discussion*), teridentifikasi bahwa penyebab DM adalah karena faktor

biomedical (konsumsi tinggi lemak dan gula, kurang olah raga, faktor keturunan) dan adanya kepercayaan bahwa pengalaman hidup yang penuh dengan ketegangan emosi seperti ketakutan yang berlebihan dan marah telah menjadi penyebab DM. Hal serupa juga teridentifikasi pada partisipan ketujuh dalam penelitian ini yang masih menyebutkan penyebab penyakit DM dengan pemahaman yang salah yaitu terlalu banyak makan obat warung.

Berdasarkan hal tersebut kurangnya pengetahuan akan berdampak kepada ketidakmampuan keluarga dalam mengambil tindakan untuk melakukan pengelolaan terhadap penyakit DM pada lansia, sehingga akan beresiko timbulnya komplikasi akibat penyakit DM. Bailon dan Maglaya (1978) 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. Sehingga hal ini dapat menyebabkan *caregiver* mengacuhkan perawatan yang seharusnya dilakukan, seperti dalam pengaturan pola makan, olah raga ataupun kontrol yang tidak pernah terjadwal atau dikelola dengan baik.

2) Mengambil keputusan

Keluarga dalam penelitian ini mencoba mengambil keputusan berupa aktivitas untuk mengobati lansia ketika kambuh, atau mengalami luka dengan membawanya berobat ke dokter atau ke Rumah Sakit. Keputusan keluarga tersebut diambil sebagai suatu tindakan kesehatan untuk menghindari dampak serius yang mungkin akan muncul yaitu terjadinya komplikasi atau luka yang sulit sembuh.

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa pada saat keluarga mengetahui ada anggota keluarganya yang sakit, maka keluarga akan cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan

kesehatan yang akan diambil. Keberadaan penyakit serius atau kronis pada salah satu anggota keluarga akan berdampak besar terhadap sistem keluarga sehingga keputusan yang cepat harus segera dilakukan. Seperti yang ditemukan pada partisipan kedua saat istrinya kambuh, suaminya langsung membawa ke rumah sakit walaupun persediaan uang tidak ada.

3) Merawat

Tugas kesehatan keluarga yang berkaitan dengan merawat dalam penelitian ini menggambarkan bagaimana *caregiver* melakukan pengaturan makan, memantau kegiatan olah raga, konsumsi obat baik dari pelayanan kesehatan maupun obat tradisional yang di minum lansia serta hasilnya. Stanley dan Beare (2007) menjelaskan bahwa pencegahan sekunder merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat DM yang meliputi : diet DM, program latihan/olahraga yang teratur, pengobatan dan kontrol gula darah.

Dalam penelitian ini ditemukan hampir semua *caregiver* tidak melakukan pengaturan makan sesuai dengan ketentuan berdasarkan berat badan ideal atau IMT (Indeks Masa Tubuh) lansia, akan tetapi pada umumnya *caregiver* hanya membatasi makanan yang manis-manis dan jumlah nasi yang dikurangi, serta jadwal yang teratur. Bahkan tiga orang *caregiver* menyatakan pola makan lansia tidak pernah di atur, lansia bebas memakan apa saja seperti anggota keluarga lainnya

Seperti halnya pola makan, kegiatan olahraga merupakan kegiatan yang termasuk ke dalam perawatan lansia DM, tiga *caregiver* menyatakan lansia masih mengikuti kegiatan olah raga jalan kaki dan satu diantaranya sudah rutin melakukan senam DM di rumah sakit umum kota Tasikmalaya. Selain olahraga, obat juga merupakan komponen yang penting dalam manajemen pengelolaan DM, sebagian besar *caregiver* menyatakan lansia mengkonsumsi obat dari pelayanan kesehatan dan satu orang diantaranya

minum obat tradisional sebagai tambahannya. Hanya satu orang *caregiver* yang sudah tidak lagi mengonsumsi obat dari puskesmas karena selama ini lansia menggunakan obat tradisional dan hasilnya semenjak menggunakan obat tradisional gula darah lansia tidak pernah tinggi lagi.

Berdasarkan uraian diatas ternyata hasil penelitian yang ditemukan tidak mendukung terhadap hasil penelitian Wong dan Shiu (2003) menunjukkan setelah lansia menderita penyakit DM teridentifikasi adanya hubungan antara peningkatan motivasi dengan perilaku perawatan diri diabetes pada pasien DM tipe 2 yang berusia lebih dari 60 tahun di Sianghai.

4) Memodifikasi lingkungan

Pada penelitian ini modifikasi lingkungan ditunjukkan oleh *caregiver* untuk mencegah terjadinya injuri. Cavea dan Durso (2008) dalam penelitiannya menjelaskan sebagai populasi *vulnerable* hampir setengah dari lansia dengan DM kecenderungan memiliki resiko tinggi untuk mengalami sindroma geriatrik lebih cepat termasuk resiko jatuh, sehingga perlu diperlukan lingkungan yang aman bagi lansia. Sesuai hasil penelitian tersebut, maka memodifikasi lingkungan dalam penelitian ini ditunjukkan dengan aktivitas *caregiver* pada partisipan kedua yang selalu mengingatkan istrinya untuk selalu untuk hati-hati, bepergian harus selalu pakai alas kaki dan menyimpan barang di rumah tidak sembarangan sehingga mencegah terjadinya resiko jatuh

5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dilakukan *caregiver* pada penelitian ini dengan mengunjungi puskesmas atau dokter praktek ketika kontrol kesehatan. Tiga *caregiver* menyatakan lansia kontrol rutin sebulan sekali karena mempunyai asuransi kesehatan dari pemerintah, satu orang lagi secara ekonomi *caregiver* mampu untuk melakukan kontrol secara rutin. Selebihnya melakukan kontrol kesehatan jika ada dana, seperti yang

diungkapkan oleh partisipan ketujuh yang menyatakan lansia kontrol hanya kalau ada uang saja. Stanley dan Beare (2007) menjelaskan bahwa tindakan perawatan yang utama pada lansia dengan DM yaitu mendorong keluarga dalam merencanakan makan, latihan, pemantauan secara mandiri (kontrol gula darah dan obat-obatan) serta perawatan preventif untuk mencegah komplikasi. Aktivitas tersebut akan dilakukan oleh keluarga dalam jangka waktu yang lama sehingga keluarga beresiko mengalami permasalahan dalam keuangan keluarga. Permasalahan keuangan keluarga dapat beresiko pada hilangnya akses lansia terhadap pelayanan kesehatan.

5.1.2.2 Tema 3: Respon psikologis

Respon psikologis *caregiver* dalam penelitian ini berbeda antara satu dengan yang lainnya. 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. Berduka merupakan reaksi emosi terhadap kehilangan yang diimanifestasikan dalam perilaku, perasaan dan pikiran (DeLaune & Ladner, 2002).

Individu yang mengalami duka cita mencoba berbagai strategi untuk menghadapinya. Worden (1982; dalam DeLaune & Ladner, 2002) 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.

1) Menolak

Respon menolak dalam penelitian ini ditunjukkan oleh *caregiver* dalam bentuk menyangkal, marah dan tawar menawar. Bentuk penyangkalan yang terjadi berupa tidak percaya/tidak menyangka terhadap keadaan kondisi yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati dkk (2004) bahwa reaksi pertama dari kehilangan adalah terkejut, tidak percaya dan merasa terpukul. Pernyataan ini didukung oleh Dever (1999, dalam Stanhope dan Lancaster, 2004) yang menggambarkan bahwa penyangkalan tergantung pada kondisi seseorang dalam mengendalikan diri terhadap sesuatu yang dialaminya. Dalam penelitian ini *caregiver* yang merasa bahwa dengan merawat lansia telah menciptakan suatu kondisi yang membuat perannya berubah, telah menunjukkan bentuk penyangkalan terhadap situasi yang dihadapi.

Saat *caregiver* sadar dengan tentang kenyataan yang dialami, beberapa *caregiver* menunjukkan perasaan marah. Respon marah ini dapat terjadi karena *caregiver* merasa jenuh dengan sikap lansia yang sering marah-marah, ngeyel dan tidak mau diatur terutama ketika *caregiver* memberikan perawatan pada lansia. *Caregiver* menjadi kehilangan kontrol terhadap dirinya sendiri dan kehilangan kekuatannya, sehingga *caregiver* menjadi lekas marah. Kondisi ini sesuai dengan pernyataan Mace & 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.

Seseorang yang telah mampu mengungkapkan rasa marah akan kehilangannya, maka orang tersebut akan maju ketahap berikutnya yaitu tawar menawar. Penelitian ini juga mengidentifikasi adanya respon tawar menawar terhadap kenyataan yang dihadapi selama ini. Potter dan Perry

(2005) menjelaskan pada tahap ini individu menunda kesadarannya akan fakta bahwa dia kehilangan dan mencoba membuat penawaran secara halus atau bertindak sehingga kehilangan tersebut dapat diatasi dengan harapan-harapan yang ingin dilakukannya. Dalam penelitian ini *caregiver* mencoba untuk membuat penawaran dengan mengungkapkan harapan-harapan yang diinginkannya seperti, keinginannya untuk bekerja meninggalkan rumah dan meninggalkan lansia, akan tetapi *caregiver* bingung siapa yang menggantikan perannya dalam merawat lansia.

Respon psikologis tidak menerima dari *caregiver* tersebut sejalan dengan apa yang dilaporkan Cohen at al (1990); Schutz at al (1990); Dhooper (1991) dalam Miller (1995) bahwa pada *caregiver* yang merawat lansia dengan penyakit kronis terjadi peningkatan resiko depresi, meningkatnya perasaan marah, kesedihan, kecemasan, ketidakberdayaan dan kelelahan emosional.

2) Menerima

Respon menerima dalam penelitian ini teridentifikasi melalui sub tema takut, merasa kasihan dan pasrah terhadap apa yang terjadi. Pada respon menerima ini rasa takut ditunjukkan dengan kekhawatiran *caregiver* tentang kondisi lansia dan ketakutan harus kembali dirawat di RS. *Caregiver* juga merasa kasihan kalau melihat lansia sedang kambuh. Dalam penelitian ini juga sebagian besar *caregiver* menyatakan pasrah terhadap apa yang terjadi dan memandang bahwa merawat lansia sebagai suatu cobaan, takdir, dan nasib yang harus diterima dengan berpasrah diri kepada yang Maha Kuasa.

Temuan penelitian didukung oleh pernyataan oleh Susilawati dkk (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* di kuatkan oleh *US House Select Commite on Aging* (1987) dalam Miller (1995) 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*.

5.1.2.3 Tema 4: respon fisik

Masalah 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.

Hasil penelitian 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*.

5.1.2.4 Tema 5: respon terhadap finansial/ ekonomi

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. Tiga partisipan mempunyai jaminan kesehatan dari pemerintah baik berupa askes maupun jamskesmas sehingga kegiatan pengobatan ataupun pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak terlalu memberikan dampak yang negative bagi perekonomian keluarga.

Sementara itu kondisi tidak ada jaminan untuk pembiayaan lansia disampaikan oleh empat partisipan yang menyatakan bahwa untuk kegiatan pengobatan lansia keluarga sendiri yang memenuhinya, tidak ada bantuan ataupun jaminan yang mereka dapatkan dari pemerintah. Hal tersebut telah memberikan dampak terhadap keluarga baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak positif berupa kemandirian lansia dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan karena dua dari delapan partisipan termasuk kategori keluarga yang mampu sehingga bisa memilih dengan bebas pelayanan kesehatan yang diinginkannya sesuai dengan kondisi perekonomian keluarga.

Sementara itu *caregiver* lainnya merasa terbebani dengan kondisi tidak mempunyai jaminan kesehatan, sehingga dari setiap biaya yang dikeluarkan untuk perawatan kesehatan lansia sangat berpengaruh terhadap kondisi keuangan keluarga dan hal ini telah menjadi beban bagi perekonomian keluarga. Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian McDonald (2007) bahwa keluarga dengan lansia DM 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 (2007) Aktivitas tersebut beresiko mengalami permasalahan dalam keuangan keluarga yang dapat menyebabkan terganggunya pemenuhan kebutuhan keluarga lainnya seperti sandang, pangan atau kebutuhan rekreasi anggota keluarga lainnya.

Berdasarkan uraian diatas beberapa *caregiver* teridentifikasi mengalami permasalahan baik itu fisik, psikologis, ekonomi akan tetapi tidak ditemukan permasalahan sosial yang membuat *caregiver* kehilangan kebebasan dalam bersosialisasi. Kenyataan tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian Davis dan Tremont (2005) menggambarkan 50% dari *caregiver* yang merawat lansia dimensia awal dan lanjut lebih dari satu tahun menyatakan depresi, cemas, dan *caregiver burden* karena adanya beban fisik, psikologi, social dan ekonomi. Hal ini disebabkan selain karena jenis penyakit yang berbeda, juga secara fisik walaupun ada kecenderungan ketergantungan tapi untuk melakukan Activity Daily Living mereka masih ada dalam kategori mandiri, selain itu daya dukung yang tinggi dari keluarga dan keyakinan memaknai merawat lansia sebagai suatu kewajiban telah menjadikan dukungan positif dalam menjalani perawatan terhadap lansia sehingga tidak terjadi *burden* pada *caregiver* dalam penelitian ini.

Dukungan terhadap pernyataan diatas disampaikan oleh Biegel, Sales dan Schulz (1991 dalam Friedman, 1998) yang melaporkan bahwa *caregiver burden* dapat disebabkan oleh “karakteristik penyakit dan karakteristik *caregiver*”. Karakteristik penyakit meliputi keparahan penyakit, perubahan yang dialami dan lamanya penyakit yang dialami, sedangkan karakteristik *caregiver* meliputi demografi, status kehidupan (stresor dalam kehidupan), kualitas hubungan, dan dukungan sosial.

5.1.2.5 Tema 6: respon terhadap peran

Friedman, Bowden dan Jones (2010) menyebutkan bahwa peran dalam keluarga diartikan sebagai perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu dalam keluarga. Peran *caregiver* dalam penelitian ini merupakan suatu peran informal yang dilakukan oleh anggota keluarga untuk memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit dalam hal ini lansia dengan DM. Hasil 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 seperti pada partisipan kedua yang selama ini telah menggantikan posisi istrinya dalam mengerjakan pekerjaan rumah tangga, begitu juga dengan partisipan ketujuh yang menjadi tulang punggung keluarga dalam mencari nafkah semenjak suaminya menderita DM. Hal tersebut sesuai dengan Biegel, Sales dan Robin (1991) yang melaporkan beberapa masalah yang biasa terjadi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga lansia dengan masalah fisik dan mental diantaranya yaitu: koping tidak efektif, batasan aktivitas sosial dan waktu luang, hilangnya *privacy*, gangguan pada rutinitas rumah tangga dan pekerjaan.

Sheprad dan Mahon (1996 dalam Fiedman 1998) menjelaskan bahwa peran *caregiver* bervariasi sesuai dengan posisi dan hubungannya dengan penerima asuhan yaitu: peran berubah secara bermakna saat *caregiver* adalah pasangan hidup, orang tua, anak, saudara kandung, atau teman. Adakalanya penambahan tanggung jawab peran atau tuntutan peran ganda telah beresiko memunculkan *stress* pada *caregiver*. *Stress* pada *caregiver* dapat dipengaruhi karakteristik *caregiver* termasuk jenis kelamin, hubungan peran, status social ekonomi dan umur.

Penemuan lain dari penelitian ini adalah adanya masalah fisik, psikologi dan ekonomi pada *caregiver* perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini disebabkan karena kurangnya dukungan dari anggota keluarga lainnya dan secara social ekonomi termasuk kedalam ekonomi yang sulit. Sedangkan untuk *caregiver* laki-laki support sistemnya sangat adekuat selain secara ekonomi sudah stabil juga adanyan dukungan dari telah berkontribusi terhadap penurunan stress pada *caregiver* laki-laki. Sehingga tidak ditemukan masalah baik fisik, psikologis dan ekonomi pada *caregiver* laki-laki. Hal tersebut didukung oleh Videbeck (2001) bahwa gangguan ansietas lebih sering dialami oleh wanita, usia kurang dari 45 tahun, bercerai atau berpisah dan yang berasal dari status social ekonomi yang rendah.

5.1.3 Mekanisme koping keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM

5.1.3.1 Tema 7: perilaku pencarian penyelesaian masalah

Mekanisme koping merupakan suatu upaya pencarian penyelesaian permasalahan yang terjadi. Dalam penelitian teridentifikasi dua mekanisme koping yang dilakukan *caregiver* yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif.

1) Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif merupakan suatu cara untuk mengatasi peristiwa, stress secara lebih efektif atau meminimalkan stress yang ditimbulkan sebagai akibat dari suatu masalah (Koezier et al, 2004) Mekanisme koping adaptif dalam penelitian ini teridentifikasi melalui kegiatan ventilasi dan menyelesaikan sendiri permasalahan oleh *caregiver*. Nasir dan Muhith (2011), menjelaskan tidak semua orang mampu untuk menyelesaikan masalahnya sendiri, sehingga sebagai makhluk sosial bila seseorang mempunyai masalah seharusnya tidak disimpan sendiri, tapi bisa didiskusikan dengan orang lain yang mampu memberikan bantuan dalam bentuk saran dan masukan untuk menyelesaikan masalah. Dalam penelitian ini partisipan menggunakan mekanisme koping dalam bentuk ventilasi perasaan dengan cara melakukan ngobrol atau curhat dengan tetangga atau keluarganya mengenai permasalahan dan kesehatan lansia, sehingga partisipan mengharapkan mendapat jalan keluar yang terbaik. Hasilnya partisipan mengungkapkan perasaan yang lega setelah melakukan ventilasi perasaan dengan orang lain

Selain ventilasi perasaan, beberapa partisipan menggunakan cara menyelesaikan masalah sebagai alternatif koping yang adaptif. Koezier et al (2004) proses penyelesaian masalah melibatkan pemikiran tentang menggunakan cara-cara tertentu untuk sampai pada solusi. Individu akan mengkaji masalah, menganalisis kemudian memilih alternatif penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. Dalam penelitian ini *caregiver* berupaya

menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya terhadap keluhan fisik yang dirasakannya selama merawat lansia. *Caregiver* memilih alternatif penyelesaian masalah dengan cara mencari bantuan orang lain dengan terapi pijat atau dengan istirahat dan minum obat ketika merasa pusing. *Caregiver* melaporkan hasil penyelesaian masalah tersebut menjadi solusi yang dapat mengurangi pegal-pegal dan pusing.

Temuan penelitian tersebut sejalan dengan Che, Yeh dan Wu (2006) dalam sebuah penelitian etnografi terhadap *caregiver* dementia di Taiwan Utara bahwa ditemukan tiga kategori mayor dari *self-empowerment process* pada *caregiver* yaitu *care ability*, *life management* dan *emotion reconstruction*. *Emotion reconstruction* merupakan suatu mekanisme koping *caregiver* dalam dengan cara membangun emosi yang positif dalam menghadapi lansia dengan dementia. Bentuk adaptasi emosi yang positif dilakukan dengan melakukan *active sharing* dengan sesama *caregiver* lain dalam kelompoknya dan itu membuat *self-confidence caregiver* lebih baik.

2) Mekanisme koping maladaptif

Koezier et al (2004), menjelaskan mekanisme koping maladaptif adalah suatu cara penyelesaian masalah yang dilakukan oleh individu yang dapat menimbulkan tekanan pada individu dan orang lain terkait tindakan yang dilakukannya. Mekanisme koping yang dilakukan oleh *caregiver* dalam penelitian ini ditunjukkan dengan cara menghindar, mengacuhkan, dan peningkatan emosi. Menghindar dengan cara pergi keluar rumah sementara dan mengacuhkan dengan cara berdiam diri merupakan suatu cara yang dilakukan oleh *caregiver* ketika menghadapi lansia yang sering marah-marah, cara ini dianggap sebagai koping yang maladaptif karena tidak menyelesaikan masalah, malah akan memberikan tekanan yang terus menerus yang selanjutnya akan memberikan tambahan beban psikologis pada *caregiver*. Selain itu ketika beban psikologis *caregiver* bertumpuk dalam waktu yang lama hal ini akan menyebabkan terjadinya akumulasi

dari perasaan marah yang terpendam dari *caregiver* yang beresiko menyebabkan meledaknya emosi yang tidak terkendali dari *caregiver*.

Peningkatan emosi sebagai mekanisme koping ditemukan juga dalam penelitian ini. *Caregiver* menggunakan cara ini ketika menghadapi lansia yang marah-marah. Tindakan ini dianggap sebagai mekanisme koping yang maladaptif karena selain tidak menyelesaikan masalah juga dapat membuat masalah semakin rumit dan seringkali berakhir dengan keributan dan adu mulut antara *caregiver* dan lansia. Tindakan ini jika dibiarkan akan beresiko menyebabkan tindakan kekerasan pada lansia baik secara fisik maupun secara psikologis.

Hasil penelitian ini didukung oleh pernyataan Biegel, Sales dan Robin (1991 dalam Friedman) yang merangkum masalah yang biasa terjadi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis adalah: peningkatan emosi, koping dengan perilaku merusak, tuntutan peran ganda dan kurangnya dukungan anggota keluarga yang lain. Sementara itu Stanhope & Lancaster (2002) menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi pada lansia dengan tingkat ketergantungan yang tinggi dapat meningkatkan terjadinya risiko peningkatan emosi dan kekerasan terutama jika anggota keluarga tidak mempunyai mekanisme koping yang baik. Dengan demikian hendaknya perawat komunitas dapat memberikan berbagai dukungan yang dibutuhkan oleh *caregiver* lansia dengan memberikan informasi tentang perubahan yang terjadi pada lansia DM dan cara mengatasinya sehingga *caregiver* dapat melakukan koping yang adaptif selama merawat lansia dengan DM

5.1.3.2 Tema 8: dukungan penyelesaian masalah

Upaya terhadap dukungan penyelesaian masalah yang dimiliki oleh *caregiver* dalam penelitian ini ditemukan adanya dukungan positif, dukungan yang negatif dan sumber dukungan

1) Dukungan positif

Caregiver mendapatkan dukungan dalam bentuk perhatian dari anggota keluarga. Bomar (2004) mengidentifikasi empat jenis dukungan dalam keluarga yaitu dukungan emosi, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informative. Dukungan emosi adalah dukungan yang berhubungan dengan hal-hal untuk menjaga keadaan emosi atau perasaan. Dukungan penghargaan merupakan ekspresi penilaian positif seperti dihargai, diterima, diakui keberadaannya, rasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain. Selanjutnya dukungan instrumental berhubungan dengan bantuan nyata yang mengacu pada penyediaan benda-benda atau layanan yang dapat memecahkan masalah seperti bantuan keuangan, bantuan makanan kepada seseorang dimasa sulit. Terakhir adalah dukungan informasi yaitu pemberian informasi yang diperlukan oleh individu seperti pemberian pengetahuan dan keterampilan untuk memecahkan suatu masalah.

Pada penelitian ini bentuk dukungan yang diperoleh *caregiver* berupa dukungan emosi dan dukungan penghargaan yang diwujudkan dalam bentuk adanya perhatian dan merasa diakui keberadaannya. Kepedulian anggota keluarga lain terhadap *caregiver* dalam penelitian ini terwujud dengan seringnya anggota keluarga/anak-anaknya berkunjung atau menjalin komunikasi yang tidak terputus dengan anak-anaknya. Selain mendapatkan dukungan emosi salah satu *caregiver* mendapatkan dukungan instrumental dari anak-anaknya sehingga ketika *caregiver* membutuhkan biaya untuk pengobatan istrinya/lansia ke rumah sakit, anak-anaknya selalu siap membantu dalam hal pembiayaan.

Perhatian, kasih sayang dan cinta kasih dari anggota keluarga merupakan perwujudan dari fungsi afektif keluarga yang dapat menjadi tolak ukur kebahagiaan sebuah keluarga. Hal ini sesuai dengan Friedman, Bowden dan Jones (2010) bahwa dukungan emosional dan penghargaan

merupakan fungsi afektif keluarga, dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan bentuk perhatian, saling mengasuh, cinta kasih, saling mendukung, merasa dihargai, diakui keberadaannya dan saling menghargai diantara anggota keluarga.

Mendukung hal tersebut hasil penelitian Weiler & Crist (2007) terhadap pada populasi latin di Mexico menyatakan bahwa sikap kekeluargaan merupakan budaya yang melekat pada populasi ini, nilai solidaritas yang tinggi diantara anggota keluarga, yang memandang bahwa kesejahteraan satu anggota keluarga adalah kesejahteraan seluruh anggota keluarga, sikap saling mendukung diantara anggota keluarga, dan tanggung jawab yang tinggi dari anggota keluarga dalam perawatan anggota keluarga dengan DM, menyebabkan terjadinya penurunan komplikasi pada anggota keluarga DM pada suku latin dan menurunkan stressor pada anggota keluarga yang merawatnya.

Sementara itu bentuk dukungan yang diterima oleh *caregiver* dalam penelitian ini ternyata berimbas terhadap respon fisik dan psikologis *caregiver* menjadi lebih lebih stabil, tidak ditemukan adanya keluhan fisik atau peningkatan emosi seperti yang dinyatakan oleh tiga partisipan yang mendapat dukungan positif dari anggota keluarganya. Hal ini selaras dengan pendapat Nugroho (2000) dukungan emosi merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa dan ketidakmampuan fisik. Berdasarkan hal tersebut dukungan positif dari anggota keluarga sangat membantu dalam mendukung emosional dari *caregiver* yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan psikologi *caregiver*.

2) Dukungan negatif

Dukungan negative yang dialami *caregiver* dalam penelitian ini berupa tidak di dapatinya perhatian dari anggota keluarga. Baik berupa dukungan

emosi, instrumental maupun informatif. Kondisi ini terjadi pada dua partisipan yang merawat orang tuanya, yang jarang sekali mendapat kunjungan dari saudara-saudaranya yang lain. Kondisi tersebut memberikan dampak pada *caregiver* berupa peningkatan emosi. Kenyataan ini sesuai dengan hasil penelitian Beandlands et.al (2005) bahwa kurangnya dukungan terhadap *caregiver* akan beresiko menambah terjadinya peningkatan emosi berupa rasa marah, kesal, khawatir dan depresi pada *caregiver*.

3) Sumber dukungan

Sumber dukungan yang didapatkan *caregiver* lansia DM yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah dukungan dari keluarga dekat dan pemerintah. Dukungan dari keluarga dekat didapatkan dari suami, anak dan saudara baik yang tinggal serumah maupun yang tinggal terpisah. Sedangkan dukungan dari pemerintah berupa adanya jaminan pelayanan kesehatan berupa Asuransi Kesehatan (Askes) bagi pegawai negeri sipil dan ABRI atau pensiunan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat yang tidak mampu.

Hal tersebut sesuai dengan upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah Pasal 19 Undang-undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menyebutkan bahwa pemerintah melaksanakan penyelenggaraan upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan usia lanjut agar tetap produktif. Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah yaitu dengan memberikan jaminan asuransi kesehatan bagi pensiunan pegawai negeri sipil, TNI, dan Kepolisian dan jaminan asuransi kesehatan lansia Jawa Barat, memberikan pelayanan kesehatan melalui Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) dan membentuk lembaga lanjut usia di setiap provinsi (Depkes,2003; Dinkes Provinsi Jawa Barat 2009; Rensra Dinkes Propinsi Jawa Barat tahun 2009 – 2013).

5.1.4 Harapan keluarga dalam merawat lansia di rumah

Harapan keluarga dalam merawat lansia di rumah tercermin dari keinginan *caregiver* terhadap kehidupan lansia yang optimal dan kemampuan merawat lansia

5.1.4.1 Tema 9: kehidupan lansia yang optimal

Kehidupan lansia yang optimal teridentifikasi dari keinginan *caregiver* supaya lansia cepat sembuh, ketersediaan pelayanan kesehatan untuk lansia dan adanya perhatian terhadap lansia dari anggota keluarga. *Caregiver* menginginkan anggota keluarga yang lain terutama anak-anaknya memberikan dukungan dalam bentuk kehadiran, komunikasi dan bantuan financial. Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa dukungan sosial keluarga merupakan dukungan yang diterima oleh anggota keluarga atau dukungan yang dapat diakses oleh keluarga, dukungan keluarga yang positif akan mempengaruhi coping dan kemampuan individu untuk mengembangkan coping yang realistis dan efektif dalam menghadapi ketegangan (stress).

Harapan lain dari *caregiver* adalah ketersediaan pelayanan kesehatan disampaikan oleh lima orang partisipan *caregiver* yang menginginkan adanya keramahan dari petugas kesehatan dengan kualitas pelayanan yang lebih baik. Keramahan dan perilaku penuh perhatian termasuk ke dalam *caring*. Morrison dan Burnard (2009) menggambarkan *caring* dalam keperawatan sebagai sebuah bentuk interpersonal esensial yang mengharuskan perawat melakukan aktivitas yang spesifik dalam sebuah cara dengan menyampaikan ekspresi emosi tertentu seperti keramahan, perhatian kepada klien. Dalam penelitian ini dua orang *caregiver* mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan saat berinteraksi dengan pelayanan kesehatan. *Caregiver* menerima perlakuan yang tidak ramah dan tidak sopan sehingga menyebabkan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan

Kenyataan tersebut sesuai hasil penelitian dari Rafii, Hajinezad dan Haghani (2008) bahwa kepedulian perawat atau sikap *caring* perawat berhubungan dengan kepuasan pasien, perilaku *caring* perawat akan cenderung meningkatkan kepuasan pasien. Dalam kenyataannya sikap *caring* ternyata belum dilakukan oleh semua perawat seperti yang terungkap dalam hasil penelitian ini, didukung oleh penelitian Agustin (2002) bahwa hampir separuh perawat belum berperilaku *caring* menurut persepsi pasien, terutama kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien. Hal ini sesuai dengan dengan pernyataan partisipan kedua yang menerima perlakuan dengan bahasa yang kurang sopan dari perawat puskesmas.

5.1.4.2 Tema 10: kemampuan merawat lansia

Kemampuan dalam merawat lansia sangat ditentukan oleh kesehatan *caregiver* sebagai pelaku perawatan di rumah dan adanya dana yang optimal untuk mendukung upaya pemeliharaan kesehatan. Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa fungsi dasar ekonomi keluarga adalah menyediakan dukungan ekonomi dan alokasi sumber yang memadai bagi kebutuhan seluruh anggota keluarga meliputi sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang adekuat. Terkait dengan perawatan kesehatan lansia dengan DM maka keluarga harus mampu mengalokasikan biaya secara optimal untuk perawatan dibutuhkan.

McDonald (2007) melaporkan telah menemukan korelasi antara dampak penyakit kronis dengan menurunnya kesejahteraan finansial keluarga. Pada keluarga dengan lansia DM alokasi pengeluaran meliputi biaya untuk perawatan sehari-hari, maupun biaya untuk melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini dapat berdampak pada beban anggaran rumah tangga yang dibutuhkan untuk menutupi biaya, makanan, pakaian dan pengeluaran harian serta kebutuhan rekreasi untuk seluruh anggota

keluarga lainnya. Terkait peran dan fungsi keluarga dalam menghadapi masalah keuangan yang terjadi, Mace dan Rabins (2006) melaporkan bahwa keluarga dapat mengurangi masalah keuangan akibat perawatan lansia dengan dimensi penyakit kronis dengan cara saling membantu dan saling berbagi tanggungjawab keuangan dalam keluarga.

5.1.5 Kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh lansia dan keluarga dengan DM

Pada penelitian ini teridentifikasi bahwa *caregiver* membutuhkan pelayanan kesehatan dengan sifat pembiayaan yang terjangkau atau dengan biaya yang ringan bahkan kalau memungkinkan bebas biaya serta adanya pelayanan dari Perawat Puskesmas.

5.1.5.1 Tema 9 : Sifat Pembiayaan

Sifat pembiayaan yang ringan/ pengobatan yang gratis telah teridentifikasi dalam penelitian ini dan dinyatakan oleh beberapa *caregiver* yang menyatakan karena kondisi lansia dengan penyakit DM memerlukan kontrol kesehatan yang terus menerus. Maka beberapa *caregiver* menginginkan adanya sifat pembiayaan yang gratis. Stanley dan Bare (2007) menyebutkan bahwa pengelolaan pasien dengan DM terdiri dari pengaturan pola makan, *exercise*, minum obat dan kontrol kesehatan. Kontrol kesehatan dan pengobatan merupakan suatu hal yang akan terus menerus dilakukan oleh keluarga dengan lansia DM. Kegiatan ini bagi beberapa *caregiver* cukup mempengaruhi kestabilan ekonomi sehingga beresiko menjadi beban ekonomi bagi keluarga. Hal tersebut sesuai dengan Beandles at al. (2005) yang melaporkan bahwa telah terjadi peningkatan pengeluaran keuangan untuk biaya perawatan pada keluarga yang merawat lansia dengan penyakit kronis, termasuk keluarga dengan lansia DM.

Dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang mudah, merata dan terjangkau bagi masyarakat di Kota Tasikmalaya maka pemerintah daerah

kota Tasikmalaya telah mengeluarkan PERDA no 15 tahun 2009 tentang retribusi pelayanan kesehatan dasar. Salah satu pasal yaitu pasal 11 ayat 1 menyebutkan bahwa setiap warga masyarakat Kota Tasikmalaya yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar pada puskesmas dan jaringannya di lingkungan pemerintah kota Tasikmalaya dibebaskan dari kewajiban membayar retribusi kecuali warga yang sudah memiliki askes, jamkesmas dan karyawan yang sudah mendapatkan jaminan kesehatan dari perusahaan serta warga di luar kota Tasikmalaya yang dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP).

Berdasarkan hal tersebut pemeriksaan gula darah tidak termasuk ke dalam pelayanan kesehatan dasar sehingga lansia dikenakan biaya Rp 1.0000 untuk setiap kali pemeriksaan sesuai dengan ketentuan yang tercantum pada lampiran PERDA. Pada kondisi seperti itu perawat komunitas hendak mampu menjalankan perannya sebagai *client advocate*. Zerwekh (1991) dalam Helvie (1998), mendefinisikan advokasi adalah suatu proses untuk meningkatkan kondisi pasien, agar pasien dapat menentukan nasibnya sendiri yang bertujuan untuk membela klien, kelompok maupun masyarakat yang tidak mampu berbicara atau mengeluarkan pendapat. Perawat komunitas dapat melakukan advokasi kepada pemerintah daerah untuk menggulirkan kebijakan pembebasan biaya pemeriksaan penunjang/ gula darah seperti halnya pada pelayanan kesehatan dasar.

5.1.5.1 Tema 10 : Bentuk Pelayanan

Penelitian ini telah mengidentifikasi adanya kebutuhan *caregiver* terhadap bentuk pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh lansia dan keluarga. Kebutuhan pelayanan yang dimaksud adalah adanya pelayanan yang khusus untuk lansia DM yaitu berupa pelayanan kunjungan rumah dari perawat puskesmas. Kegiatan kunjungan rumah sangat diperlukan karena menurut pernyataan beberapa *caregiver* lansia sangat susah diatur atau dinasehati oleh anggota keluarga, sehingga mereka sangat mengharapkan kehadiran perawat Puskesmas untuk memberikan nasehat sekaligus memberikan pendidikan

kesehatan pada keluarga tentang perawatan dan pengaturan pola makan untuk lansia DM.

Lima dari enam partisipan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan Puskesmas mengatakan selama ini belum pernah ada Perawat Puskesmas yang melakukan kunjungan rumah untuk memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan untuk lansia DM. Sementara itu satu partisipan mengatakan pernah ada kunjungan dari perawat Puskesmas tapi hanya satu kali dan tidak pernah dilanjutkan lagi sampai sekarang. Hasil penelitian tersebut selaras dengan hasil penelitian Sit, Wong, Clinton dan Fong (2004) yang melaporkan bahwa *caregiver* sangat sedikit mendapatkan bimbingan dari tenaga profesional tentang bagaimana melakukan keterampilan perawatan pasien di rumah. Berdasarkan hal tersebut, dukungan tenaga profesional khususnya perawat komunitas sangat dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan perawatan pada lansia dengan DM demi melindungi *caregiver* terhadap stress yang terjadi sebagai akibat kurangnya pengetahuan dan keterampilan dalam merawat lansia.

5.1.6 Makna Pengalaman Keluarga dalam Merawat Kesehatan Lansia dengan DM

5.1.6.1 Tema 12 : Mematuhi Ajaran Agama dan Budaya

Rhoades dan Mc Farland (1999) melaporkan tentang makna pengalaman merawat klien dengan gangguan jiwa. Dalam penelitian tersebut ditemukan tiga kategori makna *caregiver* dalam merawat klien gangguan jiwa yaitu *altruistic* yang ditujukan pada untuk membantu orang lain, *aktualisasi* yang ditujukan pada diri sendiri dan *eksistensial* dalam hidup.

Eksistensial dalam hidup ditunjukkan dengan keyakinan bahwa merawat lansia adalah suatu kegiatan untuk memantui ajaran agama dan budaya.

1) Agama

Caregiver dalam penelitian ini meyakini bahwa kegiatan merawat lansia selama ini merupakan suatu bentuk kewajiban seorang anak

terhadap orang tuanya. Selain bentuk kewajiban sebagian partisipan meyakini hal ini merupakan suatu ibadah dan cobaan. Keyakinan ini dimiliki oleh hampir seluruh partisipan, sesuai dengan keyakinan dan ajaran agama yang mereka anut yaitu agama Islam.

Menurut pandangan Islam memelihara orang tua merupakan suatu perintah dari Tuhan sebagaimana tertulis dalam Al-quran sebagai kitab suci umat Islam QS Al-Isra ayat 23 yang menyebutkan bahwa Dan Tuhan-Mu telah memerintahkan hendaklah kamu berbuat baik pada ibu bapakmu dengan sebaik-baiknya. Jika salah seorang diantara keduanya atau kedua-duanya sampai berumur lanjut dalam pemeliharaanmu, maka sekali-kali janganlah kamu mengatakan kepada mereka perkataan “ah” dan janganlah kamu membentak mereka dan ucapkanlah kepada mereka perkataan yang mulia.

Menjalankan perintah agama bagi umat islam merupakan suatu kewajiban. Terkait hal tersebut sebagai penduduk kota Tasikmalaya, dengan image sebagai kota santri yang dikukuhkan dengan simbol kubah dalam lambang pemerintahan kota Tasikmalaya, partisipan sangat menjunjung tinggi nilai-nilai luhur agama termasuk perintah untuk memuliakan orang tua. Hal ini tampak dalam penelitian bahwa semua lansia dalam penelitian ini berada dalam pemeliharaan keluarga yang telah memaknai bahwa perawatan yang dilakukan selama ini terhadap lansia merupakan suatu bentuk kewajiban dan ibadah kepada Yang Maha Kuasa.

2) Budaya

Merawat orang tua juga dapat dibentuk dari tanggung jawab moral terhadap orang tua yang merupakan perwujudan bentuk budaya yang mengakar di Indonesia. Hal ini sesuai dengan karakteristik keluarga di Indonesia yang sangat menghormati orang tua menyebabkan keluarga

tinggal bersama dan mengasuh lansia sampai akhir hayatnya (Effendy, 1997).

Perawatan lansia pada budaya Indonesia umumnya dilakukan oleh keluarga dalam hal ini adalah pasangan, anak, menantu, cucu atau saudara yang tinggal satu rumah dengan lansia. Perawatan lansia di Indonesia juga didukung oleh survey yang dilakukan oleh Darmojo di wilayah Jawa Tengah bahwa sebagian besar lansia tinggal dengan pasangan atau anak yang sudah dewasa (<http://www.kompas.com/health/news> diperoleh tanggal 6 Juni 2011). Begitu juga dengan pandangan budaya sunda, perawatan pada lansia dilakukan oleh keluarga terutama anak pertama, atau anak perempuan pertama. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kao (2003) yang melaporkan bahwa *caregiver* pada lansia di Taiwan terdiri dari 72% anak laki-lakinya 28% anak perempuannya, 70% istrinya dan 30% adalah suaminya. Berdasarkan hal tersebut terlihat pada budaya asia masih memiliki kesamaan dalam merawat lansia yang masih dilakukan oleh keluarga.

Selain itu dalam penelitian ini juga teridentifikasi bahwa partisipan memiliki budaya yang dianut yaitu ketika sudah besar sudah menjadi kewajiban untuk mebalas jasa orang tua atau dalam bahasa sunda disebut “mulang tarima”. Sehingga merawat lansia dalam penelitian ini terwujud sebagai bentuk balas budi dan tanggung jawab seorang anak terhadap orang tua. seperti yang diamaknai oleh tiga partisipan bahwa merawat orang tua dilakukan oleh anaknya sebagai bentuk balas jasa karena sudah merawat partisipan dari kecil. Kenyataan ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Martire di Pittsburg (2011) menggambarkan anak dewasa merawat orang tuanya untuk membalas atas asuhan yaang dilakukan oleh orang tua saat mereka

masih kecil (Martire, 2011, ¶ 1, caregiver, <http://www.wpic.pitt.edu> diperoleh 22 Juni 2011).

Bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, Moer at al (2007) menyatakan *nursing home* telah menjadi populer dalam dua dekade terakhir ini, antara 5% sampai dengan 12% negara-negara di wilayah Eropa dan Amerika 1,4 juta lansia tinggal di *nursing home*. Sementara menguatkan pernyataan tersebut hasil penelitian Meador at al (2011) menemukan tiga tema besar alasan keluarga di Amerika memanfaatkan fasilitas *nursing home* yaitu karena lansia memerlukan perawatan jangka panjang akibat penuaan dengan penyakit penyerta/kronis, kurangnya support dari anggota keluarga dan kondisi rumah yang sudah tidak cocok dengan kondisi lansia.

Berdasarkan uraian tersebut perbedaan budaya antara timur dan barat telah membentuk suatu fenomena perawatan lansia oleh keluarga. Oleh karena itu bagi budaya Indonesia yang masih mempertahankan tradisi merawat orang tua di lingkungan keluarga sangat memerlukan dukungan dari perawat komunitas baik dukungan pengetahuan ataupun ketrampilan dalam merawat lansia sehingga *caregiver* dapat menjalankan peran dan fungsinya dengan baik. Sebaliknya dengan kondisi seperti ini dapat menjadi peluang bagi perawat untuk bermitra secara lebih baik dengan keluarga dalam upaya melakukan asuhan keperawatan baik pada lansianya sebagai populasi yang *vulnerable* maupun pada *caregiver*nya sebagai populasi *at risk*.

5.2 KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini masih memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan diantaranya yaitu :

- 5.2.2 Penelitian ini merupakan pengalaman pertama peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Pada

pelaksanaan pengambilan data di lapangan peneliti kadang menemukan kesulitan dalam berkomunikasi pada beberapa partisipan yang berbeda tingkat pendidikan dan usia, sehingga tidak jarang peneliti harus membuat ilustrasi dari pertanyaan yang tidak difahami oleh partisipan dan lebih mengeksplorasi pertanyaan lagi untuk partisipan yang selalu menjawab pertanyaan terbuka peneliti dengan jawaban pendek dan seadanya, sehingga hal ini menyebabkan data yang terkumpul menjadi belum optimal dalam waktu telah direncanakan untuk satu kali pertemuan.

- 5.2.3 Peneliti mengalami keterbatasan dalam menemukan referensi jurnal penelitian kualitatif mengenai *caregiver* yang merawat lansia dengan DM. Sehingga peneliti mengambil alternatif penelitian yang sepadan yaitu *caregiver* yang merawat lansia dengan penyakit kronis seperti dimensia, stroke dan lain-lain. Penelitian yang bersifat kuantitatif tentang DM lebih banyak ditemukan.

5.3 IMPLIKASI UNTUK KEPERAWATAN

Penelitian yang telah dilakukan memiliki beberapa implikasi untuk pengembang kebijakan pelayanan kesehatan, perkembangan ilmu keperawatan komunitas, perawat komunitas, lansia dan keluarga

- 5.3.2 Bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan

Penelitian ini menemukan adanya beban finansial yang dialami oleh keluarga yang merawat lansia dengan DM, sehingga dikhawatirkan akan menyebabkan terputusnya akses pelayanan oleh lansia dan keluarga. Seiring dengan tema yang muncul tentang harapan dan kebutuhan pelayanan kesehatan lansia dan keluarga berupa adanya pengobatan gratis maka hasil penelitian ini dapat menjadi wacana pengembang kebijakan di Kota Tasikmalaya untuk melakukan usulan kepada pemerintah Kota Tasikmalaya tentang kemungkinan usulan pembebasan biaya bagi lansia atau keluarga yang mempunyai penyakit kronis khususnya DM saat memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas di wilayah Kota Tasikmalaya.

5.3.3 Bagi perkembangan/penelitian keperawatan komunitas

5.3.2.1 Penelitian ini menemukan makna *caregiver* dalam merawat kesehatan lansia yaitu mematuhi ajaran agama dan budaya. Hal tersebut dapat menjadi wacana dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut dalam upaya pengembangan ilmu keperawatan dengan penelitian pengalaman *caregiver* dalam merawat kesehatan lansia dengan DM di tinjau dari perspektif agama dan budaya. Dengan demikian, akan memperkaya referensi tentang pengalaman keluarga dalam merawat lansia DM sehingga akan semakin memperkuat terhadap konsep, teori dan penelitian yang telah ada.

5.3.2.2 Hasil penelitian ini memberikan gambaran tentang pengalaman *caregiver* dalam merawat kesehatan lansia dengan DM. Tema-tema yang muncul dalam penelitian ini menggambarkan adanya masalah fisik, psikologis, ekonomi, dan kemampuan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga pada *caregiver*. Hal ini dapat dijadikan dasar untuk mengidentifikasi secara dini terhadap kemungkinan adanya *stress* pada *caregiver*. Oleh karena itu diperlukan kemampuan dan keterampilan dalam berkomunikasi untuk menggali masalah-masalah yang terjadi pada berbagai variasi *caregiver*.

5.3.4 Bagi perawat komunitas

Penelitian ini menghasilkan informasi bahwa *caregiver* yang merawat lansia telah mengalami berbagai permasalahan (fisik, psikologis, ekonomi dan kemampuan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga) sehingga mempengaruhi terhadap perilaku penyelesaian masalah, dan dukungan dalam menyelesaikan masalah. Selain itu juga teridentifikasi adanya harapan dan kebutuhan *caregiver* terhadap perawat puskesmas untuk melakukan kegiatan kunjungan rumah. Hal ini dapat menjadi dasar bagi perawat spesialis komunitas dalam merancang pengembangan berbagai intervensi bagi *caregiver* dan lansia.

5.3.5 Bagi lansia dan keluarga

Hasil penelitian ini memberikan gambaran mengenai respon lansia selama menderita penyakit DM yang telah mengalami berbagai perubahan baik itu perubahan fisik, psikologis, spiritual dan social. Sehingga berdampak terhadap resiko penurunan kualitas hidup lansia. Hal ini akan menjadi dasar bagi caregiver untuk melakukan perawatan pada lansia dengan memperhatikan perubahan yang terjadi. Sebaliknya dengan lansia dengan kemungkinan perubahan yang terjadi maka lansia harus sudah mempersiapkan sedini mungkin dan merespon secara adaptif terhadap perubahan yang terjadi.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM di Kota Tasikmalaya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga dalam hal ini *caregiver* memaknai merawat lansia sebagai suatu kewajiban. Bab ini terdiri dari kesimpulan yang mencerminkan hasil yang didapatkan dari penelitian dan saran yang merupakan rekomendasi untuk tindak lanjut.

6.1 Simpulan

- 6.1.1 Lansia merupakan *vulnerable populations* yang memiliki resiko terhadap masalah kesehatan akibat penurunan fisiologis tubuh karena proses penuaan. Salah satu masalah kesehatan yang terjadi pada lansia adalah penyakit DM. Respon lansia dengan penyakit DM dapat teridentifikasi dari adanya perubahan fisik, psikologis, spiritual dan perubahan sosial. Perubahan-perubahan tersebut memberikan dampak terhadap respon keluarga yang merawatnya.
- 6.1.2 Keluarga yang merawat lansia dengan DM atau *caregiver* teridentifikasi menunjukkan beberapa respon selama merawat lansia dengan DM yaitu: respon terhadap kemampuannya dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Respon psikologis yang dialami oleh *caregiver* tergambar dari adanya respon menolak dan menerima terhadap kondisi lansia. Selanjutnya secara fisik *caregiver* berespon dengan adanya perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integument dan gangguan sirkulasi. Ketersediaan jaminan pemeliharaan kesehatan merupakan respon *caregiver* terhadap ekonomi dan akhirnya *caregiver* mengalami perubahan peran selama merawat lansia dengan DM. Kenyataan itu telah menempatkan *caregiver* kedalam *at risk populations* terhadap masalah kesehatan.

- 6.1.3 Mekanisme koping keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM diketahui dari adanya perilaku penyelesaian masalah dan dukungan penyelesaian masalah. Perilaku penyelesaian masalah yang dilakukan oleh caregiver terdiri dari adaptif dan maladaptif. Sedangkan dukungan penyelesaian masalah yang di temukan adalah adanya dukungan positif berupa perhatian dari anggota keluarga dan dukungan negatif yang disebabkan oleh tidak adanya perhatian dari anggota keluarga dengan sumber dukungan baik internal dari keluarga dekat maupun dari pemerintah. Mekanisme koping yang adaptif dan dukungan terhadap penyelesaian masalah dapat menurunkan *stress* pada *caregiver* akibat merawat lansia dengan DM
- 6.1.4 Harapan keluarga dalam merawat lanjut usia dengan DM dalam penelitian ini adalah adanya kehidupan lansia yang optimal meliputi keinginan terhadap kesembuhan lansia, perhatian terhadap lansia dan tersedianya pelayanan kesehatan untuk lansia. Sedangkan kemampuan merawat lansia tergambar dengan adanya kebutuhan *caregiver* untuk merawat lansia yang bertumpu pada kesehatan diri dan ketersediaan dana yang optimal. Kedua harapan tersebut merupakan faktor yang apabila terpenuhi dapat berkontribusi terhadap penurunan masalah fisik, psikologis dan ekonomi yang dirasakan oleh *caregiver*.
- 6.1.5 Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh *caregiver* berhubungan dengan masalah pembiayaan berupa pelayanan kesehatan bebas biaya bagi lansia DM dan adanya kegiatan kunjungan rumah dari Perawat Puskesmas. Kunjungan Perawat Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan lansia melalui pendidikan kesehatan, sehingga keluarga maupun lansia memiliki bekal pengetahuan yang memadai untuk menghindari terjadinya komplikasi akibat DM pada lansia dan *stress* pada *caregiver*
- 6.1.6 Makna dari pengalaman keluarga merawat lansia dengan DM digambarkan dengan mematuhi ajaran agama dan budaya. *Caregiver* memandang merawat lansia sebagai suatu kewajiban, ibadah dan cobaan menurut pandangan agama, dan sebagai bentuk balas budi serta tanggung

jawab dari sisi budaya. Keyakinan yang kuat terhadap makna agama dan budaya telah membentuk prinsip dan sikap yang positif terhadap pengalaman *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM, sehingga semua *caregiver* dalam penelitian ini tidak menjadi *burden*

6.2 Saran

6.2.1 Bagi pengembang kebijakan pelayanan kesehatan

Pengembang kebijakan pelayanan kesehatan dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya hendaknya dapat memberikan usulan tentang kemungkinan pembebasan biaya pemeriksaan penunjang untuk kontrol gula darah bagi warga masyarakat kota Tasikmalaya khususnya pada lansia dengan penyakit DM melalui usulan revisi terhadap PERDA no 15 tahun 2009 tentang retribusi pelayanan kesehatan dasar. Adapaun langkah strategi *advokasi* yang akan ditempuh adalah sebagai berikut: 1) membuat rancangan proposal pembebasan biaya pemeriksaan penunjang gula darah bagi lansia DM di Kota Tasikmalaya berdasarkan fakta dari hasil temuan penelitian ini 2) proposal tersebut selanjutnya disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dengan tembusan kepada Pemerintahan Daerah Kota Tasikmalaya melalui Seksi Kesga dan Program Pengendalian Penyakit tidak menular (P2PTM).3)Dinas Kesehatan kemudian akan meneruskan usulan proposal tersebut pada pemerintahan daerah untuk bisa dimasukkan kedalam usulan anggaran daerah atau usulan revisi PERDA no 15 tahun 2009.

6.2.2 Bagi Perkembangan atau Penelitian Keperawatan Komunitas

6.2.2.1 Perlu dilakukan penelitian kuantitatif mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi respon keluarga dalam merawat lansia dengan DM dan penelitian quasi eksperimen tentang sejauhmana respon keluarga berpengaruh terhadap upaya keluarga dalam melakukan perawatan lansia dengan DM di Kota Tasikmalaya.

6.2.2.2 Peneliti menyarankan untuk melanjutkan dan menggali lebih dalam tentang makna agama *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM di

Kota Tasikmalaya dengan judul makna spiritual *caregiver* dalam merawat lansia dengan DM.

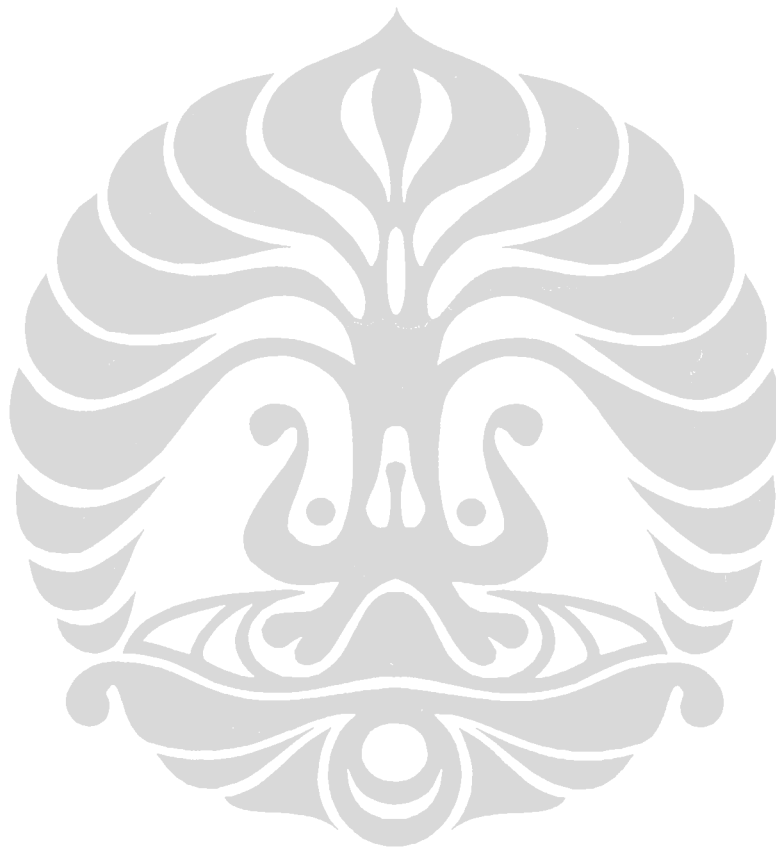
- 6.2.2.3 Bagi calon peneliti dalam pelaksanaan ujicoba wawancara dalam penelitian kualitatif hendaknya calon peneliti melakukan uji coba wawancara pada variasi yang berbeda baik itu usia tingkat pendidikan, pekerjaan sehingga tidak ditemukan lagi kesulitan dalam melakukan wawancara pada partisipan yang berbeda

6.2.3 Bagi Perawat Komunitas

- 6.2.3.1 Perawat komunitas hendaknya melakukan kunjungan rumah secara berkala untuk memantau kesehatan lansia dan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang manajemen pengelolaan dan perawatan DM pada lansia melalui pendidikan kesehatan yang meliputi: pengenalan penyakit DM dan perawatannya (diet makan bagi lansia, olah raga yang cocok untuk lansia yang bisa dilakukan di rumah seperti senam kaki DM) Selain itu juga perawat komunitas dapat juga melakukan *homecare* dan *konseling* bagi lansia atau *caregiver* yang mengalami masalah kesehatan baik fisik maupun psikologis
- 6.2.3.2 Perawat komunitas dapat merancang strategi intervensi keperawatan dengan proses kelompok bagi keluarga yaitu dengan pembentukan *Self Help Group* (SHG) DM bagi *caregiver*, atau merancang program yang melibatkan peran serta aktif masyarakat dalam memberikan dukungan bagi *caregiver* yang merawat lansia dengan DM, seperti *support group* (SG) dan membentuk gerakan masyarakat peduli DM.
- 6.2.3.3 Bagi perawat spesialis komunitas diharapkan dapat mendesain buku pedoman bagi *caregiver* dan lansia mengenai cara pengelolaan dan perawatan lansia DM di rumah sehingga *caregiver* dapat memahami kebutuhan dari lansia dengan DM dan dapat mengatasi permasalahan yang muncul pada *caregiver*.

6.2.4 Bagi Lansia dan Keluarga

Lansia dan keluarga hendaknya dapat berpartisipasi dalam berbagai bentuk intervensi keperawatan yang sudah direncanakan oleh perawat komunitas diantaranya berperan secara aktif dalam kegiatan *self help group* atau *support group* sehingga lansia maupun keluarga dapat menemukan penyelesaian masalah yang kemungkinan dihadapi selama lansia menderita DM dan selama *caregiver* memberikan perawatan pada lansia.



DAFTAR PUSTAKA

- Al-Quran diterjemahkan oleh Lajnah Pentashih Mushaf Al- Quran Departemen Agama R.I
- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E.T, & Mc Farlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.F., & Lustman, P.J. (2001). *The prevalence of cormoboid depression in elderly with diabetes*. *Diabetes Care* 24, 1069-1078
- Agustin (2002). *Prilaku caring perawat dan hubungannya dengan kepuasan klien di isntlasi rawat inap bedah dewasa Rumah Sakit Dr. Mohammad Hoesin Palembang*. Tesis. FKUI. Tidak dipublikasikan.
- Asniar. (2007). *Studi fenomenologi pengalaman keluarga merawat anggota keluarga paska stroke di rumah di Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok. Jawa Barat*. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan
- Araki & Ito (2008). *Diabetes mellitus and geriatric syndromes, geriatr gerontol Int* 2009; 9: 105–114 <http://www.geriatricsgerontologi.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2008). *Laporan nasional riskesda 2007,, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia*. <http://www.litbang.depkes.go.id/> diperoleh tanggal 20 Januari 2011
- Basrowi & Suwandi (2008). *Memahami penelitian kualitatif*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Beandlands et.al (2005). *Caregiving by Family and Friends of Adults Receiving Dialysis*. Vol 32; 621-631. 2005. Proquest Nursing & Allied Health Source diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- Black, S. A., Markides, K.S, & Ray, L.A. (2003). *Depression predicts increased incidence of adverse health outcome in older Mexican Americans will type 2 diabetes*. *Diabetes Care*, 26, 2822-2828

- Bomar, P.J. (2004) *Promoting health in families : Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia : W.B Saunders Company
- Burke & Laramie.(2000). *Primary care of the older adult,a multidisciplinary approach*. St Louis: Mosby
- Cavea, D & Durso C.S. (2008). *Management of diabetes mellitus in nursing home*. 16, 1524-7929. 2008. <http://www.clinicalgeriatrics.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- Che, Yeh dan Wu (2006). The Self-Empowerment Process of Primar Caregivers: A Study of Caring for Elderly With Dementia. *Journal of Nursing Research* Vol. 14, No. 3, 2006. Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 6 Februari 2011
- Cheng & Boey.(2000) *Coping, Social Support and Depressive Symptoms of Older Adults with Type II Diabetes Mellitus*; Informa Healtcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 6 Februari 2011
- Chung at all (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* Vol. 15, No. 3, 2007 Informa Healthcare (EBSCO) database peroleh tanggal 8 Februari 2011.
- Clemen-Stone & Mc Guire & Eigsty. (2002). *Comprehensive community health nursing, family, aggregat & community practice*, St Louis Missouri; Mosby Co
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiri and research design : choosing among* (5th Ed.), United Status America (USA): Sage Publication Inc.
- Dalami dkk. (2009). *Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial*.Jakrta :Trans Info Media
- Davis & Tremont. (2005). *Impact of Frontal Systems Behavioral Functioning in Dementia*. <http://neuro.psychiatryonline.org>, diperoleh 31 Maret 2011
- DeLaune, S, C & Ladner, P., K (2002). *Fundamental Of Nursing ; Standards and Practice*; Delmar/ Thomson Learning
- Denzin & Lincoln. (2010). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Departemen Kesehatan RI (2005) *Pedoman kesehatan usia lanjut*. Direktorat Jendral Pembinaan Masyarakat

- Depkominfo (2009). *Jumlah lansia di Indonesia 16,5 juta orang* <http://www.depkominfo.go.id> diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Dinkes Prop. Jabar (2009). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat tahun 2009-2013*. Dinas Kesehatan Jawa Barat
- Effendy, N. (1997). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Edisi 2. Jakarta. EGC.
- Ervin, (2002). *Advanced community health nursing practice; population –focused care*, New Jersey ; Pearson Education.
- Family Caregiver Alliance (2008) *Caregive* <http://en.wikipedia.org> diperoleh tanggal 18 Februari 2011.
- _____. (2009) *A Population at Risk*. <http://www.caregiver.org> diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Friedman, M., (1998). *Family nursing: research, theory and practice*, 4th edition, Stamford: Appleton & Lange.
- Frieeman, & Heinrich, (1981). *Community Health Nursing Practice*, Philadelphia: Appleton & LangSaunders Company.
- Friedman M, Bowden VR, & Jones E.(2010). *Keperawatan keluarga; riset, teori, dan praktek*. (Hamid, AY., Sutarna, A., Subekti, NB,. Yulianti, D. & Herdina, N: alih bahasa) Jakarta: EGC
- Goronado, G.D, Thompson, B., Tejada, S., Godina, R.(2004), Attitude and beliefs among Mexican American about type 2 diabetes. *Journal of health care for the poor and underserved*. 15, 576-588
- Helvie, Carl O., (1997). *Advanced practice nursing in the community*, New Delhi: SAGE Publication.
- Heuer, L & Lausch, C (2006) Living with diabetes: precepptions of Hipanic Migran Framworkers, *Journal of Community Health Nursing*, 23 (1), 49-64
- Hitchcock,JE., Schubert, PE.,Thomas, SA (1999). *Community health nursing : caring in action*. USA : Delmar Publisher.
- Huang, M.C., & Hung, C.,H., (2007) *Quality of life and its predictor for middle age and elderly with type 2 diabetes mellitus*. *Journal of Nursing Research* Vol 15
- Goin, Tinicher & Spencer (2002). Awareness and use of homeand community-based long-term care by rural American Indian and white elderly with co-

- morbid diabetes. 2003; Vol. 22(3). Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 6 Februari 2011.
- Greg at.al *et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. Diabetes Care* 23: 1272–1277, 2000, <http://www.clinicalgeriatrics.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- Joko (2007). Pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan.
- Kaakinen at al.(2010) *Family health care nursing, theory,practice and research* 4th edition.Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kao (2003). *Multicultural Aging*. 9215-1 Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Koenig, George & Titus (2004). *Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients*.Geriatr Soc 52:554–562, 2004. Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson J.M. (2004). *Fundamentals of Nursing concepts, process and practice*. California : Addison Wesley Nursing.
- Lembaga Lanjut Usia Indonesia Provinsi Jawa Barat (2010). *Panduan program nyaah ka kolot*. LLI Jawa Barat.
- KNEPK (4004). *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan*. <http://www.litbangdepkes.go.id> diperoleh tanggal 5 Maret 2011
- Lueckenotte, A.G (2000). *Gerontologic Nursing, 2nd Ed*. St. Louis : Mosby
- Ligrary MD (2010). Diabetes Mellitus type 2. [http:// e.medicine.medscape.com](http://e.medicine.medscape.com), diperoleh tanggal 1 Maret 2011
- Mace, N. L. & Rabins, P. V. (2006). *A family guide to caring for people with choronic disease*. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.
- Macnee, C.L.(2004). *Understanding nursing research : reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Majelis Wali Amanat UI.(2005).*Ketetapan majelis wali amanat Universitas Indonesia No.007/TAP/MWA-UI/2005 tentang etika penelitian bagi setiap sivitas Universitas Indonesia*, diperoleh dari www.webdev.ui.ac.id/ tanggal 23 Maret 2011

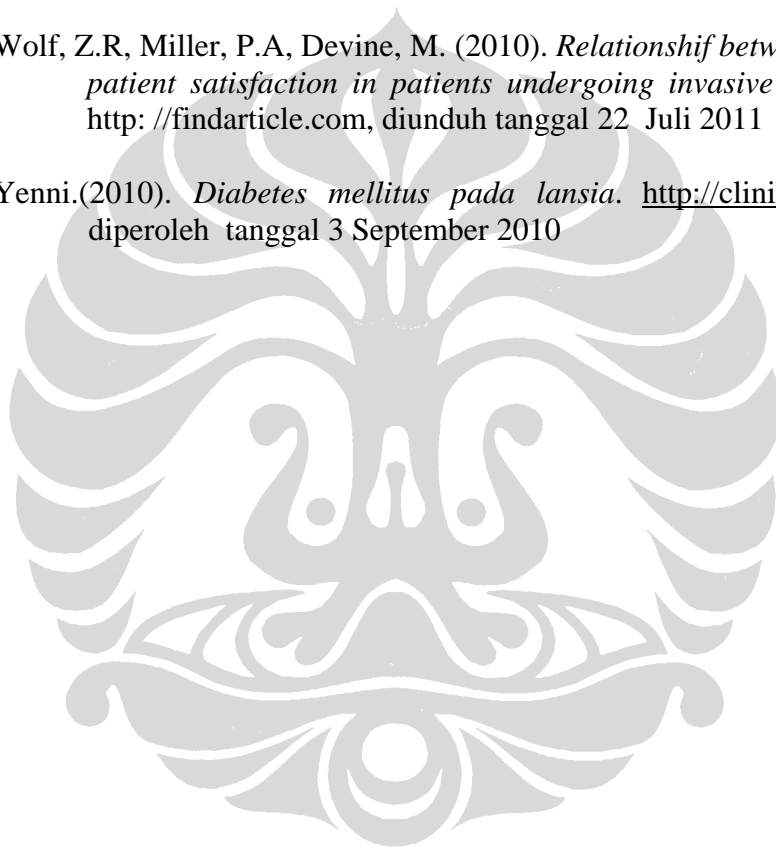
- Mauk, K.L (2010). *Gerontologi nursing* . USA : Malloy inc
- Mc Murray. (2003). *Community health and wellness, a socioecological Approach*. Australia: Mosby Co
- McDonald. (2007). *Economic and social impact of family caregiving*.
<http://www.msif.org> diperoleh tanggal 5 Maret 2011
- Meador at al. (2011). Going home: identifying and overcoming barrier to nursing home. *Care management journal*. Vol 12,DOI : 10.1891/1521-0987
- Medcape. (2005).*Predicting caregiver burden and depression in cronic disease*
<http://www.medscape.com>, diperoleh 9 maret 2011
- Medicare United State (2009). *Medicare*. <http://en.wikipedia.org> diperoleh tanggal 1 maret 2011
- Meiner Sue E. (2006). *Gerontologic nursing. third edition*. Mosby Elsevier
- Meleong, L.J., (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosdakarya.
- Menegpp (2009) Penduduk lanjut usia, <http://www.menegpp.go.id> diperoleh tanggal 28 Januari 2011
- Menkokesra (2009) *Usia Harapan Hidup Penduduk Indonesia*
<http://www.menkosesra.go.id> diperoleh 27 Desember, 2010
- Miller, C.A. (1995). *Nursing Care of Older adult: Theory and Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- _____. (2004). *Nursing for wellness in older adults: Theory and Practice*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins
- Mor, V.,Zinn, J.,Gozalo, P.,Feng, Z.,& Grabowski, D.C., (2007). *Prospects for transferring nursing home resoident for elderly to the community*. *Health Affair*, 26,1762-1771
- Morrison P, P. & Burnard, P (2009) *Caring and Communicating. Hubungan interpersonal dalam keperawatan* (Widyawati & Meiliya, E. 2009.Penerjemah). Jakarta : EGC
- Nasir A, & Muhith. (2011). *Dasar-dasar keperawatan jiwa: pengantar dan teori*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Okamoto, Hasebe & Harasawa.(2007).*Caregiver psychological characteristics predict discontinuation of care for disabled elderly at home.* 22: 1110–1114. April 4, 2007. Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh 8 Februari 2010
- Pender,N.J, Murdaugh, C.L & Parsons, M.A (2002). *Health promotion in nursing practice*, 4th edition. Stamford: Appleton & Lange
- Pinkstaff, M.S. (2004) *aging with diabetes—an underappreciated cause of progressive disability and reduced quality of Life.*, 12. 2004. <http://www.clinicalgeriatrics.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011.
- Polit,D.F., Hungler,B.P. (2001). *Nursing research : principles and methods.* (6th Ed).. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G.(2005). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice.* (6th ed.) Philadelphia : Mosby.
- Purnomo.2002.*Gangguan musculoskeletal pada penderita diabetes mellitus di RSUP dr Kariadi Semarang.* <http://eprints.undip.ac.id> diperoleh tanggal 17 januari 2011
- Rafii, F., Hajinezhad, M.E, Haghani, H. (2008). *Nurse caring and patient satisfaction in Iran. International journal for human caring.* Diunduh tanggal 22 Juni 2011
- Rawlin, R.P., Williams, S.R., Beck, C.L (1993). *Mental – Health Psychiatric Nursing.* 3th ed. Philadelphia : Mosby Year Book
- Rita (2009). Pengalaman keluarga merawat lanjut usia dengan dimensia di kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok,Jawa Barat. Universitas Indonesia: Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan
- Ross, A.L.(1997) Elderly patients’ perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 26, 710–715.1997. Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Rosenstock, J. (2001). *Managenent of type 2 diabetes mellitus in the elderly.* 18 (1), 31-44. 2001 <http://www.clinicalgeriatrics.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011
- Samuelsson. (2001). *Burden of responsibility experienced by family caregiver of elderly dementia sufferer.* 15, 25-33. 2001. Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 8 Februari 2011
- Shen *et al.* (2008) *Obesity and expenditures among elderly veterans health*

administration users with diabetes. focus on population health management ; April 2009; 10,1098; Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 6 Februari 2011

- Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Dinas Kota Tasikmalaya (2010). *Laporan kegiatan lansia*. Tasikmalaya. Tidak dipublikasikan
- Sonnenberg (2010). *Caregiver Stress: The Impact of Chronic Disease on the Family*. <http://healthlibrary.epnet.com> diperoleh 5 Maret 2011
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2002). *Foundation of community health nursing: community oriented practice*. St. Louis: Mosby, Inc
- _____. 2004. *Community public health nursing* : St. Louis: Mosby, Inc
- Stanley dan Bare (2007). *Buku Ajar Keperawatn Gerontik*. (Juniarti & Kurnianingsih : alih bahasa) Jakarta: EGC
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing. advancing the humanistic imperative. third edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian administratif*. (Edisi Ke-12). Bandung: Alfabeta.
- Susilawati, dkk (2004). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta. EGC
- Universita Indonesia. (2008). *Penulisan teknis penulisan tugas akhir mahasiswa*. Universitas Indonesia
- United Nation Population Division (2009). *Population Profile of the United State* . <http://www.census.gov> diperoleh 5 Januari 2011
- Tahir (2007). *Fenomena disabilitas pada lansia di wilaha kerja puskesmasTegal Rejo Semarang*. <http://eprints.undip.ac.id> , diperoleh tanggal 15 Januari 2011
- Tyson, S.R., (1999). *Gerontological Nursing care*. 1st edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Volpato at al. (2005) *Risk factors for falls in older disabled women with diabetes: the Women's Health and Aging Study*. *J Gerontol A Biol SciMed Sci*2005; 60: 1539–1545<http://www.clinicalgeriatrics.com> diperoleh tanggal 2 Februari 2011.

- Wang, J.Q & Shiu, A.T, (2003). *Diabetes self efficacy and self care behavior of Chinese patients living in Shanghai*. Journal of clinical nursing, 13, 771-772
- Weiler J, & Crist W, (2007) *Diabetes self management in the migrant latino population*. Journal Community Health Nursing. 14, 674-776
- Welch et al.(2006).*Impact of a diabetes disease management program by race and ethnicity*. 2006; 14 (4): 245-252 Informa Healthcare (EBSCO) database diperoleh tanggal 5 Maret 2011
- Wolf, Z.R, Miller, P.A, Devine, M. (2010). *Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures*. <http://findarticle.com>, diunduh tanggal 22 Juli 2011
- Yenni.(2010). *Diabetes mellitus pada lansia*. <http://clinnkink.wordpress.com> diperoleh tanggal 3 September 2010



KARAKTERISTIK PARTISIPAN

Partisipan	Umur (Tahun)	Pekerjaan	Pendidikan	Suku	Hubungan dengan Lansia	Usia Lansia (Tahun)	Lama Lansia Menderita DM	Lama merawat
1	28	Ibu Rumah Tangga	Sarjana	Sunda	Anak	61	1 tahun	6 bulan
2	69	Pensiunan POLRI	SMP	Sunda	Suami	63	4 tahun	4 tahun
3	69	Wiraswasta	SMA	Sunda	Suami	60	1 tahun	1 tahun
4	40	Ibu Rumah Tangga	SMA	Sunda	Anak	62	6 tahun	6 tahun
5	26	Ibu Rumah Tangga	SMK	Sunda	Anak	69	5 tahun	5 tahun
6	39	Ibu Rumah Tangga	SMA	Sunda	Menantu	68	4 tahun	4 tahun
7	51	Karyawan warung nasi	SMP	Sunda	Istri	60	5 tahun	5 tahun
8	33	Ibu Rumah Tangga	Sarjana	Sunda	Anak	63	3 tahun	3 tahun

ANALISIS DATA PENELITIAN

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAHWAT KESEHATAN LANSIA DENGAN DIABETES MELLITUS (DM) DI KOTA TASIKMALAYA

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	KATA KUNCI	Partisipan									
						P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
1	Respon lansia dengan penyakit DM	Terjadinya perubahan	Perubahan fisik	Penurunan berat badan	.... tadinya kan mama itu tergolong ukuran besar ya badannya...	V								
					...berat badan menurun...				V	V					
					.... berat badan mamah menyusut terus...	V								
					.... kulitnya jadi menggelambir ...kerut-kerut ...	V								
					....berat badan tuuuuuuh puluh...tujuh lima, menurun menjadi lima	V								
					.... jadi mengecil	V								
					...lama-lama menjadi ... kurus sampai 40 kg, bahkan sampai mencapai 39 kg kuruuuuuuus gitu...		V								
					.... sekarang tinggal 50 kilo kayaknya, ... tinggal kulit dan tulang, berat badannya sangat menurun drastis								V	
					dulu berat badan bapak 75 kiloan lah sekarangmah paling 60 kilo...									V	
					berat badan mama menjadi berkurang gitu, kecil yang tadinya berat badannya agak geumukan...										V
					....semula badan ibu gemuk hampir 50 lebih ...		V							
					... asalnya berat badannya itu 60 kilo lebihlah sekarang tinggal 50 kayaknya ...					V					
					... asalnya berat badan ibu 54 kilo.						V				
					.... sebelum kena penyakit bapak itu badanya tinggi besar bu badanya mencapai 75 kilo...								V	
dulu badan bapak teh gemuk nggak seperti sekarang...									V						

				....asalnya lumayan agak gemuk hampir 50 lebih lah adalah 55 kilo ...													V	
			Perubahan kegiatan sehari-hari	....pada dasarnya sebelum mamah terkena sakit DM adalah seorang pekerja keras...	V													
				... sebelum puya gula ibu suka berangkat ke bandung sendiri...					V									
				....kalau jalan ke pasar padayungan...kerja berat kayaknya...intinya udah nggak bisa kerja wae...														V
				...bapak sekarang udah lama nggak kerja sekarangmah paling kalau ada yang nyetrum aki...da sekarang kalau bapak mau kerja juga dimana, kan bapak sudah tidak bisa mengangkat yang berat-berat...														V
				...eeee yang dulunya sering pergi ke sawah atau ke apa atau eee ke kolam														V
				....dulu setiap hari kepasar...	V													
				....dulu senang jalan kaki...sering keluar keringat...	V													
				....kalau dulu mah paling kalau ibu flu atau pilek ... kelihatan lemes...														V
				....kelihatan agak males...	V													
				...semua pekerjaan rumah tangga saya yang ngerjain nyuci, ngepel, kadang masak juga diibantu saya		V												
				....kalau nyapu sebentar ...duduk... diem katanya cape	V													
				... lemes, nggak ada tenaga ...		V	V											V
				.... Dia bilang hoream (males)...														
				....gampang cape kalau bekerja...	V													
				....sekarang-sekarangmah suka ada lemes katanya...											V			
				....pernah saya tanya ” pak kenapa nggak ke lapang lagi” dia bilang asa lalelues ayeunamah (lemes sekarangmah) gitu jawabnya.														V
			... mengeluh lemes...														V	
			.... kaki rasanya baraal (kebas), kayak singsireumeun (kesemutan)...	V	V													

				.... mengeluh pegal-pegal, kalau berjalan harus ada jeda dulu...					V				
				mengeluh kesemutan, baal (<i>kebas</i>), di daeh kaki, tangan...						V	V		
				....terus ada pegel-pegelnya, tangan dengan kaki kayak kesemutan gitu...									V
			Mudah mengantuk	.... jadi seneng tidur...	V								
				....banyak tidur...		V							
				....suka ngantuk cuma ibu mah kalau ngantuk suka ditahan dibrangbrangkeunkeun (dialihkan supaya nggak jadi tidur)						V			
				.... bawaannya teh tidur melulu							V		
				....bawaannya tidur we, kalau siang teh									V
				....dulu orangnya jarang sekali tidur, ...susah gitu buat tidur	V								
			Cepat haus	....awal-awal menjelang ibu sakit itu saya liat ibu sering minum, waktu itukan bulan puasa..., seneng nya minum sirop sampai berkali-kali kalau buka puasa, haus katanya			V						
				....adalah enam sampai 7 muk (cangkir) besar...sirop yang manis.			V						
				....dulu-dulu sering melihat ibu minum terus... mungkin 9-10 gelas, nggak terlalu memperhatikan cuma pernah ibu bilang haus terus katanya						V			
				....kemudian hauuuuus terus katanya...							V		
				....terus itu sering minum bu, haus terus katanya...satu teko besar ini habis sama bapak, paling kalau nyisa sedikit, satu gelas mah ...								V	
				....katanya teh haus terus sehari itu dia minum teh botol hapir 5 -sampai 10 mah ada...									V

				<p>Sering BAK</p> <p>...ini suka pipis lagi...yang sering itu malam hari...saya nggak tahu pasti, cuma suka kedengaran aja kalau ke wc sering bolak - balik</p> <p>...pengen ke belakang terus buang air kecil...</p> <p>buang air kecil tiap malam teh seriiiiing...</p>						V					
				<p>Cepat lapar</p> <p>makannya banyak, sehari sampai 4 kali ... ngemil nggak berhenti-berhenti ...</p> <p>...pengen makan terus...</p> <p>.... makan 3 kali tapi sekali makannya nambah lagi... sering ini ruab raeb (<i>ngemil</i>)... ngambil-ngambil makanan dari warung, ada roti, wajit, kue apa sajalah yang dia suka</p> <p>dulu-dulumah awal mau ketahuan penyakit gula makan bapak teh banyak...</p>						V					
				<p>Adanya gangguan integritas kulit</p> <p>.... ada luka di kaki sela-sela jari kaki ke empat...awalnya kata dikampung mah katanya bisul...bawa ke rumah sakit, diopneme di ruang VIP selama 15 hari disana</p> <p>....luka di kaki lagi lama sembuhnya, ... hampir satu bulanan ... ibu ai (perawat puskesmas) juga yang merawat di sini</p> <p>...tertusuk duri...bisul...pecah...dirawat oleh perawat di dokter Dandy tiap hari... selama 4 minggu</p> <p>...lukanya dirawat oleh mantri puskesmas hampir kurang lebih satu bulan</p> <p>...sering sekali ibu mengeluh gatal-gatal.</p> <p>Ada gatalnya juga...</p> <p>...paling kelihatan teh itu kulitnya gempal gempal hitam, katanya gata-gatal...</p>		V									
				<p>Munculnya penyakit</p> <p>....ada lemah jantungnya juga...</p> <p>....darahnya tinggi...</p> <p>....tensi bapak tinggi...pernah sampai 240/100...</p> <p>....ada darah tingginya...mencapai 200/100 tahu 2010...</p> <p>....kolesterol juga...</p>		V									
						V									
										V					
														V	
														V	

			Perubahan Psikologis	Tidak menerima/denial	.... Nggak terima masukan dari orang lain...	V											
					kalau dibilangin tentang makanan...ibu suka bedegong, ngeyel kitu bu, ...katanya teh iemouth ubar (<i>obat</i>) ... kalau dilarang teh suka nggak nurut						V						
					.... susah diatur lah tentang makan eh makannya jadi eee jadi tidak mematuhi peraturan sebagaimana yang dianjurkan oleh dokter.							V					
					....bapak mah ngelepas wae (merokok aja), walaupun sama dokter dah dibilangin harus berhenti juga, aaah susah pisan bu bedegong (ngeyel)								V				
					bapakmah susah kalau dibilangin...bapakmah susah nggak mau seperti itu... disuruh nggak boleh teh nggak nurut ...										V		
				Marah	....kalau dulu ibu kan orangnya periang, jarang sekali marah...						V						
					....dulu nggak terlalu banyak marah... banyak maklum...banyak maklum...ngerti...	V											
					...kalau dinasehati dia ngambek diem ...emosinya keluar tiba tiba...	V											
					....kadang-kadang suka nyela ...	V											
					....marah tapi tidak sampai meledak-ledak...	V											
					.... sering marah-marah ....suka nyerocos bicara, sambil bentak-bentak ...							V					
					.... bapak jadi suka marah marah...								V				
					....ngomel-ngomel kayak perempuan gitu bu, bentak-bentak semua orang yang ada disini, saya, suami, anak pasti kena bentakan bapak kalau bapak lagi marahteh...								V				
					semenjak bapak mempunyai gula, bapak sering marah-marah bu, ya suka marah									V			
					.... sering marah-marah, kesal sedikit marah												V
					....emosinya lebih meningkat ...												V
					....ngomel-ngomel sambil suaranya keras...												V

				Sensitif	Kalau emosi ada lah sedikit-sedikit agak sensitif ...			V								
					kalau dulu-dulu mah nggak, jarang marah bu, kalau sekarangmah cepat marah kalau kata bahasa sundanamah teu kaopan (sensitif).									V		
					... sekarangmah suka gampang sakit hati...kalau saya ngatain ibu agak keras sedikit suaranya, cenah (katanya) suka bilang sakit hati dibentak katanya teh gitu.					V						
				, kalau dulu saya ngomong agak keras ...biasa nggak marah ... ibumah memang pendengarannya dah berkurang dari sebelum punya penyakit gula juga, sekarangmah kalau bicara keras... sering sakit hati					V						
				Depresi	.... kurang ceria gitu...	V									
				 keluarga mamah itu menderita penyakit gula ... adenya, kakaknya semuanya meninggal karena penyakit gula	V										
					...keliatan tidak gairah gitu banyak tidur...		V									
					... lebih banyak diam...				V							
				Takut	.... mungkin ketakutan ...	V									
					... kalau ada orang yang meninggal karena gula, mamah selalu mengatakan mungkin besok lusa saya juga seperti itu katanya...				V							
				Menerima	... katanya walaupun obat dari dokter itu penting, tapi yang lebih penting kita pasrahkan saja kepada alloh...				V							
					.....hidup dan mati ada di tangan Alloh...pasrahkan saja semuanya			V							
					...nggak ada aral melintang... terima saja... sudah digariskan sama yang maha Kuasa...		V									

			Perubahan spiritual	Peningkatan kegiatan beribadah	.... dulu nggak pernah sholat malam, hanya sholat biasa aja yang lima waktu...	V										
					.... sering sholat malam ... makin sering ... kadang ketika sholat aku denger dia sering nangis...	V										
					....sekitar jam 3an...sholat tahajud, sholat hajat...sholat malam sudah dijaminin semua kayaknya.	V										
					....satu tahunan ini ...rajin sholat.	V										
					.... sholat lima waktu, pengajian mingguan, ... waktu sakit bu nggak bisa sembahyang sambil berdiri ya sambil duduk...	V										
					....sholatnya nggak pernah terlewat, kalau ibu lagi kesemutan atau pegel ya sekuatnya sambil duduk gitu bu, kalau nggak kuat berdiri lama						V					
					sholat lima waktu...pengajian...		V									
					....suka pengajian...bapak punya kan majelis...ibu salah satu penceramah...			V								
					....kalau sholat nggak pernah kelewat...selalu berjamaah semakin rajin alhamdulillah								V			
					....lebih banyak meningkatkan ibadahnya, dulu bangun malam jarang, sekarangmah tiap malam ...keyakinan obat yang peling mujarab itu adalah doa...						V					
			Perubahan sosial	Melakukan aktivitas seperti sebelum sakit	....ngobrol-ngobrol dengan tetangga masih seperti dulu... bisa...		V									
					....keluar masuk rumah tetangga yang disebelah rumah masih biasa dilakukan...		V									
					.... pengajian mingguan masih biasa ibu hadir...		V									

					... paling main ke tetangga, kebetulan di lingkungan sini banyak saudara... pergi ke warung, ke pasar dia paling senang ...				V				
					....pengajian biasa ibu bisa mengikuti tiap jumat pagi dan rabu sore...				V				
					....kalau ada pengajian mingguan atau bulanan rajin... karena mungkiin eee banyak ee ..teman yang kasih support untuk pergi ke pengajian ya ... kalau di sundamah ngabrangbrangkeun (<i>refresing</i>) kitu					V			
					ibu masih bisa mengikuti kegiatan di luar kayak pengajian ... seminggu 2 kali tiap rabu dan jumat sore								V
				Aktivitas berkurang setelah sakit	semua aktivitas jadi berkurang sekarangmah...badminton tidak lagi ...ke sawah atau ke apa atau eee ke kolam tidak lagi					V			
					sebelum punya penyakit gula kan sering badminton, itu kesenangannya ...					V			
					....tadinya dia sering apa ee jalan santai, sekarang tidak lagi					V			
					...dulu berangkat ke bandung sendiri, sekarang sudah jarang, walaupun pergi selalu didamping sama anak-anaknya...takut ditempat sana gulanya kambuh...				V				
					....kepasar sudah agak jarang...	V							
2	Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM	Kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga	Mengenal masalah	Pengetahuan tentang penyakit dan cara perawatannya	....awalnya penyakit liver... penyakit turunan... kadar gulanya tinggi, ... belum ada obat yang bisa menyembuhkan penyebabnya belum tahu ...	V							
					...sama sekali tidak tahu, ...hasil pemeriksaan di rumah sakit katanya penyakit gula ...		V						
					....habis dirontgen saya tanya...katanya penyakit gula...		V						

				...kelebihan gula dalam darah mungkin itu juga kalau tidak salah bu, percisnya bapakmah nggak tahu...				V						
				... penyakit yang kadar gulanya tinggi, kemungkinan terlalu banyak mengkonsumsi gula, ... dulu ibu saya senang makan yang manis-manis...					V					
				...penyakit gula itu penyakit keturunan... gula dalam darahnya tinggi cuma itu aja yang saya tahu						V				
				...kebanyakan makan obat bu ...penyakit gula teh, ... seperti pilek mau sembuh beli dari warung, aturannya harus minum 1 biji , bapakmah 2 biji dimaknnya, gitu, jadi kerasanya sekarang jadi gula.									V	
				...saya awam tentang penyakit itu...tahunya gula itu apa ...nggak faham...sampaikan ada ...yang perlu disuntik katanya insulin...secara jelasnya saya juga nggak tahu ...										V
				...penyakit gula itu i eee kadar gula dalam darahnya tinggi, gitu katanya juga penyakit turunan							V			
		Mengambil keputusan	melakukan tindakan pengobatan	...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			V							
				...kalau habis obat, ...Pak kata ibuteh harus ke dokter Lukman lagi...iya katanya ...										V
				...pertama demam...panas gitu...keadaan fisik menurun...lemas nggak ada tenaga...langsung saya bawa ke dokter...				V						
				...menginjak duri ...ee (menarik nafas) ku bapak diorek-korek...jadi bisul... tambah besar...akhirnya saya bawa ke rumah sakit dan harus dirawat								V		
				...terusuk duri...bengkak kaya bisul...berobat ke dokter Dendy...										V

			Merawat	Pengaturan makan	....yang dipantang yang manis-manis aja, yang lainnya nggak berpantang...			V						
					....seperti masak kalau pake gula, aku pake yang troficana gitu bu.. trus itu lagi nasi, kalau nasi dikurangi, trus sayurannya aq banyakin nasi sih sedikit makannya paling seratus gram sekali makan kurang lebi satu centong sedanglah	V								
					....makan teratur, jangan terlalu banyak, teratur jadwalnya kalau makan pagi jangan terlalu siang nanti timbulnya maag ... berpantang sama yang manis-manis...saya suka ngingetin ibu begitu			V						
					... 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.				V					
					....kalau makanmah diatur kan sekarang mah...pagi makan nasi sedikit paling setengah centong, rencangna (lauknya) ikan satu potong atau sama oseng-oseng...siang kadang ibu tidak makan lagi, tapi makan rebus ubi 1 buah habis dzuhur, trus makan lagi nanti malam atau sore-sore jam 4 atau jam lima, makan nasi setengah centong lagi, lauknya beli oseng-oseng dari yang tukang dagang 1000 rupiah satu bungkus					V				
					Untuk makan sehari-hari sama aja dengan yang lainnya nggak mau diamah dibedain, nggak ada pantanganlah ...						V			
					makan bapak mah biasa aja, nggak diatur sama aja dengan yang lain							V		
					....lebih saya nasehatin, ...lebih kontrol terhadap makanan lebih dijaga gitu...									V
					....mama yang lebih hati-hati dalam memilih makanan...									V
					.... yang manis-manis udah stop ...		V							V

				Olah raga	.... sering jalan kaki, barusan juga habis pulang dari dadaha, jalan di batu kerikil itu,enak ke badannya... tiap habis shubuh kami berdua jalan, sport.			V						
					... ikut kegiatan senam tiap hari rabu, ibu masuk klub yang diperkenalkan oleh dokter di Rumah Sakit...				V					
					.... Setiap habis sholat subuh, ibu selalu jalan santai di lingkungan,... paling setengah jam pekerjaan rumah ditunda dulu...				V					
					olah raga nggak, kan kalau jalan sedikit juga bapakmah cepet cape...								V	
					Jalan kaki... tiap pagi ke perum permata, kadang seminggu sekali rutin ke dadaha									V
				Obat	....mengonsumsi namaya gliben satu hari satu tablet..	V	V			V				
					....untuk gulamah ibu sudah tidak lagi mengonsumsi obat dari dokter...			V						
					.... Obatnya eee gliben, sampai saai ini, katanya, sampai nanti sampai meninggal ...									
					... sekarang obatnya masih ada belum abis...								V	
					....obat juga mamah kan suka ganti-ganti ada yang tahu ini mama ganti...									V
				Obat Tradisional	.... pengobatan herbal			V						
					...makan pucuk daun jambu mede, ..., sambiloto juga direbus diminum airnya, ada juga daun sukun yang kering direbus sehari minum 3 kali.			V						
					....sekarangmah eee apa itu bapak teh rajin makan undur-undur atau biji buah mahoni satu hari 3 kali ...							V		
					...minum cuka apel 2 sendok makan setiap habis makan yang enak-enak (daging, ikan) , atau yang manis-manis...				V					

			Efek pengobatan tradisional	...obat herbal sambiloto, daun sukun lumayan katanya enak ke badan gitu...			V						
				...pokoknya sekarang mah kondisinya aman gulanya nggak pernah tinggi lagi semenjak ada cuka apel				V					
				...pas makan yang enak-enak...nggak minum cuka apel, besoknya langsung terasa kesemutan, baraal (kebas), ...diperiksa gula darahnya naik				V					
		Memodifikasi lingkungan	Mencegah injury	... selalu mengingatkan ibu untuk memakai sandal dimanapun di dalam atau di luar rumah...									V
				...ngingetin hati-hati kalau masak, naro barang...takut kepeleset, jatuh..		V							
				...takut kejadian kayak dulu...menginjak duri... mengingatkan untuk selalu pakai sandal						V			
				... ibu saya suka hati-hati kalau masak atau jalan selalu pake sandal takut luka ...				V					
		Memanfaat kan pelayanan kesehatan	Kontrol kesehatan	...kalau ada uang lebih kita cek ke dokter, kalau minim ke puskesmas aja...	V								
				...cek up tergantung maunya mamah...ke dokter atau ke puskesmas...ditanya mau kemana...	V								
				... kontrol rutin sih nggak, cuma sewaktu-waktu aja...			V						
				... Ibu selalu cek rutin gula darah tiap satu lan satu kali ... tiap minggu ke dua, kan udah di program dari rumah sakitnya				V					
				kalau untuk periksa ibu rutin ke puskesmas kan punya jamkesmas jadi tiap 1 bulan 1 kali ...					V				
				seringnya kontrol ke dokter bu, karena maunya bapak begitu, ke puskesmas paling jaranglah						V			
				...bapak dikontrol kalau ada uang mah								V	
				kalau dirasakan ke badan bapak enak lama nggak kontrol, tapi kalau bapak mulai pegel,pegel, baraal atau singsiremeun (kesemutan) bapak periksa lagi								V	

				kontrol kita selalu dokter Dendy, spesialis dalam, ke RS atau puskesmas belum pernah ...tiap sabtu sebulan sekali ke POSBINDU dekat rumah sekedar untuk ditensi dan ditimbang berat badan...															V			
Masalah Psikologis	Menolak	Menyangkal	....kok cobaan ... ke keluarga teh meni banyak banget	V																		
			....nggak nyangka bisa jadi begini																		V	
			... tidak menyangka soalnya dari keluarga tidak seingat saya nggak ada yang mempunyai penyakit gula... kok ibu saya jadi punya penyakit gula ...																			V
			....kadang-kadang ada sedih juga kitu...kebanyakan harus mengurus eeee mertua gitu yang berpenyakit gula...																			V
		Marah	kadang suka jengkel ...																		V	
		....jengkel...sering banget bilang kenapa nggak kerja...aku begini kan karena mamah	V																			
		....saya juga kan jengkel...sifat bapak yang bedegong (susah diatur) itu...																				V
		...ibu suka jengkel juga...liat bapak nggak kerja sering marah-marah... suka jengkel ibumah...																				V
		Tawar menawar	....saya juga kan pengen kerja...tapi bukan gitu sih maskudnya...mengurus ibu sih aku lillahita'ala...	V																		
		....kadang suka kefikiran kalau ditinggalin...ibu gimana...siapa yang merawat	V																			
		....kalau niat sekarangpun bisa masuk kerja...difikir lagi... harus ada yang merawat ibu disini...	V																			
		Menerima	Takut	.... makanya stress banget	V																	
....ketakutan taku-takut kambuh lagi ...																					V	

				....mudah-mudahan nggak kembali lagi ke RS , gitu fikiran teh...		V										
				... sekarangmah kalau perasaan saya nggak enak, deg langsung saja saya ingat orang tua, takut jangan-jangan ada apa-apa dengan ibu...				V								
				....kadang juga khawatir...												V
				...kadang-kadang orang-orang beranggapan orang yang berpenyakit gula itu dekat dengan mautnya, jangan-jangan ibu saya gimana nih ...				V								
			Merasa kasihan	....ibumah suka kasian kalau bapak lagi kambuh teh...											V	
				....saya sangat kasian ...		V										
			Pasrah	....tapi saya harus terima, ya sudah nasibnya begitu .	V											
				....masalah selalu ada, tapi harus dijalani...	V											
				...mungkin ini cobaan dari yang Maha Kuasa ...bapakmah memohon asalanya penyakit itu dari Alloh, saya minta lagi kesembuhan kepada Alloh juga gitu, jadi alhamdulillah hati itu menjadi tenang				V								
				....kadang juga saya fikir sendiri mungkin itu penyakit sudah tua...						V						
				Biarlah mungkin inimah, sudah takdir saya harus begini.									V			
				saya mah pasrah aja, sudah nasibnya barangkali...											V	
				....sayamah berdo'a pasrah...											V	
				....tapi ya harus gimana lagi mungkin itumah sudah takdir											V	
				....terima saja begini,... sudah menjadi takdir ...harus saya terima(bicara terbata-bata dan mata berkaca-kaca)											V	

				...saya nggak pernah nuntut macam-macam...													V		
	Masalah Fisik	Gangguan/ perubahan nafsu makan	Peningkatan nafsu makan	.... banyak makan kalau stress...	V														
			Dampak peningkatan nafsu makan	Dalam enam bulan ini dari sekitar 50 kilo menjadi 60 kilo, naik 10 kiloan lah	V														
			Keluhan buang air besar kayak sembelit gitu... konstipasi...	V														
		Gangguan muskulo skeletal	Pegal/cape	....seringkali pegel...pegel badan...badan suka sakit...pegel di pundak	V														
			sering cape jadinya...												V			
		Gangguan integumsn	Keluhan pada kulit	.... Ke muka jadi jerawat banyak ...	V														
		Gangguan sirkulasi	Keluhan sakit kepala	.... Ngimbas ke akunya jadi pusing ... rudet (pusing)...	V														
	.... saya merasa pusing bu														V				
	kepalanya suka jadi puyeng bu...															V			
	Masalah finansia/ekonomi	Sifat Penbiayaan	Tidak ada jaminan	....ke dokter ada 75 ribu sampai 100 ribu.... puskesmas sepuluh ribu setiap kali cek gula darah,...ditempat penebusan obat bilang bilih bade nitip (kalau mau titip "uang")...seridonya... paling lima ribu rupiah	V														
				Ke dokter ada 50 ribu, atau 75 ribu tergantung kondisi bapak...kalau ke puskesmas 10 ribu, kencleng seridonya												V			

				....sedikit berdampak pada keuangan rumah tangga...						V			
				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...							V		
				...misalkan kayak aku punya makanan ... kan berbagilah dengan orang tua gitu, ... dari situ bisa dilihat tadinya kan kebutuhan untuk satu orang jadikan nya kan untuk dua orang ...	V								
				...kalau dibandingkanmah kurang... dicukup-cukupkan aja...								V	
				...ke dokter Lukman lumayan nggak terlalu mahal ada 20 ribu ada 50 ribu kalau rutin.... kalau dah lama nggak kontrol...pegel-pegel, baraal (kebas), singsireumeun (kesemutan), kalau sudah gitu habis 150 ribu									V
				...biaya Rumah Sakit habis 5 juta waktu itu...			V						
				...saya terus mengeluarkan uang ...								V	
				kalau kontrol atau ke dokter pembiayaan ya dari anak tertua lah bu, memang siapa lagi...								V	
				.... kalau obatnya abis langsung aku beli...	V								
				...untuk berobat kadang dari saya kadang dari mamah tergantung adanya... kalau mamah lagi kerasa terus saya lagi kosong,...mamah yang bayar	V								
				...pergi ke dokter ibu yang mengeluarkan biaya.... ada 20 ribu, 50 ribu..., kalau banyak 150 ribuan minta ke anak-anak									V
				...cek gula di apotek juga ada...20 ribu sekali cek			V						

			Ada jaminan	...pake askes cuma bayar 3500 aja buat karcis...				V					
				...punya jamkesmas...kalau cek (periksa) gratis sebulan sekali, paling saya ngeluarin untuk ongkos becak 10000 bolal-balik				V					
				.... 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...		V							
				Alhamdulillah tidak terlalu banyak perubahan, jadi kalau dibilang saya hidupnya nggak terlalu susah-susah amat, hidup tinggal berdua, trus masih ada pensiunan		V							
				Tidak terlalu berpengaruh karena ibu punya askes, paling kalau cek ke RS cuma bayar 3500 untuk pendaftaran saja				V					
			Mandiri	...bapak sendiri yang bayar... alhamdulillah nggak kekurangan			V						
				...Alhamdulillah untuk hidupmah kami cukuplah tinggal berdua ini, Bapak masih punya sawah dan ladang yang lumayanlah bisa menghidupi kami, dan bisa menyimpan tiap bualannya.			V						
				...biaya kesehatan mamah ... sudah ada alokasinya...alhamdulillah nggak berpengaruh									V
	Respon terhadap peran	Perubahan peran	Peran menjadi bertambah	...semua pekerjaan rumah tangga saya yang ngerjain seperti nyuci, ngepel, kadang masak...juga dibantu-bantu oleh saya		V							
				...nyuci, bersih-bersih suka dibantu sama bapak			V						
				...kebanyakan harus mengurus mertua yang berpenyakit gula					V				
				...sekarang saya juga kerja bu, bapak udah lama nggak kerja...								V	

3	Mekanisme koping keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM	Prilaku pencarian penyelesaian masalah	Adaptif	Ventilasi	.. kadang ngobrol dengan tetangga tentang masalah yang dihadapi...														V	
					.... curhat-curhatan dengan saudara bagaimana cara mengatasinya supaya bapak bisa lebih bisa menjaga kesehatannya														V	
				Upaya mengatasi masalah	....pegal-pegal ... nggak perlu sampai minum obat , paling juga istirahat tidur, atau panggil tukang pijet... sudah enakan lagi bu	V														
				Manfaat yang dirasakan	ya kalau puyengnya yang pisaan gitu (pusing sekali) saya suka minum oskadon bu, ...														V	
					.... jalan keluar atau dipijet untuk sementara bisa ngilangin stress...	V														
					....bisa beralih semntara... ngilangin stress ...														V	
					dengan curhat agak plong lah sedikit rasa jengkel ini														V	
			Maladaptif	Menghindar	....cari hiburanlah bu keluar rumah, sama suami dan anak, jalan-jalan... pas weekand pas suami ada di rumah...	V														
					....pergi aja dari rumah keluar sebentar...															V
					....ngabrangkeun kalaur (refresing keluar) sebentar...															V
				Mengacuhkan	saya mah suka diem aja, ... soalnya kalau dilawan tambah nyerocos, tambah keras dan tambah segala diomongin ...														V	

				...ya didieumin aja nanti juga pusingnya hilang lagi kalau jengkelnya hilang										V			
				...seringnah udah lewat we, nanti juga baik lagi...										V			
				....saya bebaskan pikiran saya...													V
			Peningkatan Emosi	....kadang saya juga ingin menang sendiri ... jadi akhirnya ribut lagi...										V			
				...kadang suka kepancing...emosi...	V												
			Dampak penggunaan mekanisme koping maladaptif	kadang bapak marah saya langsung omelin juga,...													V
				.... jadinya berantem bu kadang-kadangmah													V
				....akhirnya ribut lagi...										V			
				....jadi parea-rea omong (adu mulut)...	V												
		Dukungan penyelesaian masalah	Dukungan positif	Ada perhatian anggota keluarga	.... suami support...nggak rewel...	V											
					....kadang anak-anak membantu...nggak besar ada yang 200 ribu ada yang 300 ribu jadi sesuai kemampuannya...		V										
					...cuma dengan anak-anak saya bisa berunding...		V										
					....sering nanya-nanya keadaan ibu.....selalu kontek...		V										
					....Alhamdulillah kalau diberitahu ibu sakit anak-anak datang ...perhatiannya nggak berkurang				V								
					....anak-anak ngumpul di rumah emah kadang tiap minggu, sekedar nengok, kumpul-kumpul, makan-makan .					V							
					... kalau saya lagi sibuk, ada kakak-kakak saya yang nganter ibu kontrol ke dokter jadi gantianlah ...												V
					....anak-anak termasuk sayang sama emah...keliatan aja emah tidur terus, kita anak-anaknya saling telepon tuli liat emah, takut emah sakit						V						

			Dukungan negatif	Tidak ada perhatian	...tidak ada perhatian dari anak secara fisik...kehadiran merekalah	V									
					...orang tua nggak cukup dikasih materi...harus ada perhatian	V									
				 walaupun berada di luar kota bukan berarti tidak ada hari libur kan, untuk nengok mamah...	V									
					...adik-adiknya jauh semua...nggak kerja turut suami semua...pulang kesini paling kalau liburan anak atau lebaran								V		
					...selama ini mereka jarang paling seminggu sekali mereka nanyain kabar bapak...								V		
			Sumber dukungan	Keluarga dekat	.... suami support...	V								
					...cuma dengan anak-anak saya bisa berunding...		V								
					....Alhamdulillah kalau diberitahu ibu sakit anak-anak datang ...			V						
					....ada kakak-kakak saya yang nganter ibu kontrol ke dokter ...								V	
					Pemerintahpunya askes...						V			
....punya jamkesmas...								V							
....potong askes...		V													
4.	Harapan keluarga dalam merawat lansia di rumah	Kehidupan lansia yang optimal	Kesehatan lansia	Kesembuhan lansiamudah-mudahan jangan terserang lagi istri saya...		V								
					....saya memohon pada Tuhan semoga istri saya cepat sembuh ...		V							
					....harapannya untuk mamah pengennya cepat sembuhlah	V								
					....pengen suami saya teh sembuh ...								V	
			Perhatian terhadap lansia	perhatian yang meningkat	sering berkunjunglah sebulan sekali gitu harapannya, trus sering ngingetin bapak ngonteklah nasehatin bapak							V			

				....perhatian dari anak...kehadiran mereka... nggak cukup dikasih materi...harus ada perhatian	V											
				.... model masalah biaya diusahakan semuanya ikut membantu ee... Bergantianlah.... bergantian membantu masalah pembiayaan untuk cek bapak							V					
		Ketersediaan Pelayanan Untuk lansia	Keramahan petugas	...mohonlah pelayanannya yang ramah, senyum nggak usah belikan he..he..	V											
				... senyum tuh mahaaaaal banget...	V											
				...mohon pelayanannya , bahasanya yang sopan...		V										
			Peningkatan kualitas pelayanan	...mohon ada perhatian aja, serius gitulah istilahnamah... jangan karena cuma askes, jadi perlakuannya tidak sama dengan yang bayar		V										
				...pihak puskesmas tidak mempersulit untuk memberikan rujukan ke rumah sakit...					V							
				...fasilitas untuk pemeriksaan gula darah selalu ada gitu...						V						
				...pinginnya pelayanan aja yang benar, yang serius, jangan asal-asalan...		V										
				...pelayanannya baik ... di puskesmas ...saya mohon untuk selanjutnya dipertahankan, kualitasnya yang bagus, ramah sopan.		V										
				...POSBINDU ya, kalau bisa ada pemeriksaan gula darahnya, jangan hanya tensi sama pengukuran berat badan aja...												V
	Kemampuan merawat lansia		Kebutuhan caregiver untuk merawat lansia	Kesehatan optimal	.... jangan sakit, nanti siapa yang merawat dan nyari uang...											V
		....tetap sehat, biar saya biasa menjaga dan merawat istri				V										
		.... diberikan kesehatan,,bisa menjaga ibu						V								
		....tetap sehat, biar biasa menjaga dan merawat istri				V										

				Dana optimal	....Insya Allah untuk biaya kesehatan ibu, bapak nggak apa, nggaak khawatir lagilah eee ada ada tabunganlah he...he...			V						
					....biaya pengobatan mama, sudah ada alokasinya alhamdulillah kita udah prepare untuk yang satu itu									V
5	Kebutuhan pelayanan kesehatan lansia dan keluarga dengan DM	Sifat pelayanan	Pembiayaan	gratis/ Keringanan biaya	....pengobatan gratis kayak pengobatan penyakit biasa...	V								
					....penderita diabet kalau ke puskesmas nggak gratis...bayar..pengennya disamakan dengan pengobatan biasa.. nggak bayar	V								
					....kalau berobat ke puskesmas pingin gratis....gratis aja gitu berharap...ada keringanan biaya...						V			
											V			
	Bentuk pelayanan	Pelayanan dari perawat Puskesmas	kunjungan rumah	...waktu itu bisa saya sakit pegal-pegal dan kakinya terasa baal...sudah tidak kuat jalan... kalau memang yang sakit nggak bisa datang, ya ada lahyang datang ke rumah untuk memeriksa...					V					
				... pengen ada petugas atau perawat puskesmas yang datang ke rumah ngasih tahu tentang pola makan, perawtan gitulah, selama inikan mungkin belum ada ya				V						
				....ada perawat puskesmas mengontrol terus kerumah biar ada yang selalu mengecek kesehatan ibu soalnya kalau dengan saya mah nggak nurut kalau dibilangin teh						V				
				.... perawat puskesmas rutin datang kesini ngasih penyuluhan gitu bu, kan kalau sama kelurgamah susah dibilangin							V			

					.... ada perawat puskesmaslah yang datang kesini ngasih penyuluhan perbaikan gizi, makannya bapaklah istilahnyamah soalnya bapak kan orangnya susah diatur kalau sama sayamah													V			
					....ada pembinaan penyuluhan sampai diet makannya gitu, kita kan nggak tahu															V	
6	Makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan DM	Mematuhi ajaran agama dan budaya	Agama	Kewajiban	....bentuk kewajiban aja seorang anak kepada ibunya...mumpung selagi ada	V															
					...merupakan suatu kewajiban							V									
					... bagi saya merupakan suatu kewajiban, ya merawat orang tua itu								V								
					Kita kan tahu sendiri dalam agama mertua itu sama dengan oarantua kita, jadi sudah menjadi kewajiban bahwa merawat itu adalah tanggung jawab seorang anak													V			
					...kewajibanlah bu, merawat bapak yang sedang sakit, sama halnya seperti saya yang sedang merawat orang tua yang sedang sakit...itumah sudah jadi kewajiban															V	
					....menjadi kewajibanlah mengurus orang tua ...																V
				Ibadah	....demi tujuan ibadah...																V
					....saling menyelamatkan dunia akhirat, di dunia saling menyelamatkan saling merawat, nah mudah-mudahan diakherat juga begitu...																V
					.... Mengurus ibu...lillahita'ala	V															
					.... bentuk ibadah...																V
					....merupakan suatu ibadah buat anak anak yang tidak yang tidak terasa...																V

			cobaan	sabar dan tawakal dalam menghadapi ini kan mungkin ini cobaan dari Alloh							V		
		Budaya	Balas budi	... sebagai balas jasa orang tua kan sudah merawat kita sejak dari lahir, ...kadang-kadang sebagai anak kia juga selalu banyak kekurangan, tapi orang tua selalu memafkan ...				V					
				... balas budi...mumpung masih ada, kalau sudah nggak ada ...mau berbakti sama siapa	V								
				...eee bentuk terimakasih saya aja sama orang tua, eee ap itu eee.. itung-itung mulang tarima ka kolot (balas jasa saama orang tua)					V				
				Tanggung jawab	apalagi di sunda kan sudah biasa orang tua di urus oleh anak yang pertama, karena anak pertama adalah anak yang mempunyai tanggung jawab yang benar-benar harus dilaksanakan						V		
					sebagai bentuk tanggung jawab ...					V		V	

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya: Studi Fenomenologi

Peneliti : Siti Badriah

NPM : 0906505016

Peneliti adalah mahasiswa Program studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas - Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/Ibu telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun Bapak/Ibu inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu. Sebelum Bapak/Ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikutserta dalam penelitian ini, sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat kesehatan lansia dengan Diabetes Mellitus Hasil penelitian ini sangat bermanfaat untuk pengembangan pelayanan keperawatan komunitas dan keluarga khususnya dalam hal perawatan pada lansia dengan DM oleh anggota keluarga
2. Jika Bapak/Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang sesuai dengan keinginan Bapak/ibu. Jika Bapak/Ibu mengizinkan, peneliti akan menggunakan alat perekam suara untuk merekam yang Bapak/Ibu katakan. Wawancara akan dilakukan selama satu kali selama 60-90 menit.

3. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko. Apabila Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/Ibu boleh tidak menjawab atau mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini kepada Bapak/Ibu, jika Bapak/Ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas, silahkan Bapak/Ibu tanyakan pada peneliti.
6. Jika Bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Tasikmalaya,.....2011

Peneliti,

Siti Badriah
0906505016

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini ;

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah mendengar penjelasan dari peneliti dan membaca penjelasan penelitian, saya memahami bahwa penelitian ini akan menjunjung tinggi hak-hak saya selaku partisipan. Jika suatu saat saya menemukan hal-hal yang merugikan bagi saya pada pelaksanaan penelitian ini, maka saya berhak untuk berhenti berpartisipasi dalam kegiatan penelitian ini.

Saya sangat memahami bahwa penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan komunitas khususnya dalam hal perawatan kesehatan lansia DM oleh anggota keluarga. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini secara ikhlas dan tanpa paksaan dari siapapun.

Tasikmalaya,.....2011

Partisipan

(.....)

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Pendidikan :

Suku :

Usia anggota keluarga/lansia sekarang ini?

Hubungan dengan anggota keluarga/lansia yang mengalami DM ?

Sudah berapa lama anggota keluarga tersebut mengalami DM?

Selain Bapak/Ibu, apakah ada anggota keluarga lain yang ikut merawat? Ya Tidak

(Lingkari jawaban yang sesuai)

Bila Ya, Sebutkan :

Sudah berapa lama Bapak/Ibu merawat lansia dengan DM ?

PANDUAN WAWANCARA

Pertanyaan Pembuka

Saya sangat tertarik dengan pengalaman Bapak/Ibu dalam merawat lansia dengan DM di rumah. Mohon Bapak/Ibu mau menjelaskan kepada saya apa saja yang terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua perasaan, peristiwa, pendapat dan pikiran yang Bapak/Ibu alami.

Pertanyaan untuk memandu wawancara adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana Bapak/Ibu mengamati perubahan yang terjadi pada anggota keluarga (sebutkan nama lansia) terhadap penyakit DM yang dideritanya?
2. Bagaimana perasaan Bapak/Ibu selama merawat anggota keluarga (sebutkan nama lansia) yang mengalami DM?
3. Apa yang Bapak/ibu lakukan ketika menghadapi masalah selama merawat lansia (sebutkan nama lansia) dengan DM
4. Harapan apa yang Bapak/Ibu inginkan dalam merawat anggota keluarga (sebutkan nama lansia) dengan DM ini ?
5. Bagaimana bentuk pelayanan kesehatan yang Bapak/Ibu butuhkan selama merawat anggota keluarga (sebut nama lansia) dengan DM di rumah ?
6. Apa makna pengalaman Bapak/Ibu merawat kesehatan anggota keluarga (sebutkan nama lansia) yang mengalami penyakit DM ?

CATATAN LAPANGAN

Nama Partisipan :	Kode Partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara :
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara :	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara :	
Posisi partisipan dengan peneliti :	
Gambaran Respon Partisipan selama wawancara berlangsung:	
Gambaran suasana tempat selama wawancara berlangsung:	
Respon Partisipan saat terminasi	



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikul.ac.id

Nomor : 1078 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

11 April 2011

Yth. Kepala
Kesatuan Bangsa
Kota Tasikmalaya


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Siti Badriah
0906505016

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Kesehatan Lansia Dengan Diabete Mellitus (DM) di Kota Tasikmalaya: Studi Fenomenologi"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Kota Tasikmalaya.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


 Dekan
 FIK-UI
 Dr. Dewi Irawaty, MA, PhD
 NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA TASIKMALAYA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Cieunteung Gede Kompleks Kecamatan Cihideung Kota Tasikmalaya

Tasikmalaya, 18 April 2011

Nomor : 073/ 966 /HAL

Kepada :

Sifat : Blasa

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya

Lamp : -

di-

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

TASIKMALAYA

Dipermaklumkan dengan hormat, berdasarkan surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kampus Depok Nomor : 1127B/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 11 April 2011 perihal Permohonan Ijin Penelitian, kami telah menerima pemberitahuan rencana Ijin Penelitian oleh :

Nama : **SITI BADRIAH**
 Alamat : Perum Kotabaru Kencana Jl. Purwakarta No. 333
 Kecamatan Cibeureum Kota Tasikmalaya
 Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
 Penanggungjawab : Dewi Irawaty, MA, PhD

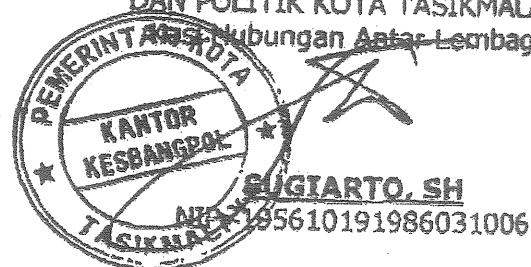
Penelitian akan dilaksanakan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas se-Kota Tasikmalaya dari tanggal 18 April s/d tanggal 18 Juni 2011 dengan judul :

" PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT KESEHATAN LANSIA DENGAN DIABETE MELLITUS (DM) DI KOTA TASIKMALAYA : STUDI FENOMENOLOGI "

Sehubungan hal tersebut, kami mohon perkenan Bapak kiranya dapat dipertimbangkan untuk mengadakan penelitian sesuai jangka waktu yang telah ditentukan.

Demikian untuk menjadi maklum, atas perhatian serta kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA
 DAN POLITIK KOTA TASIKMALAYA
 Hubungan Antar Lembaga,



Tembusan Yth :

1. Walikota Tasikmalaya (sebagai laporan)
2. Kepala Bappeda Kota Tasikmalaya
3. Kepala Puskesmas Se- Kota Tasikmalaya
4. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI Depok
5. Yang Bersangkutan

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Siti Badriah
Tempat/tanggal lahir : Tasikmalaya, 31 Desember 1975
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen
Alamat Rumah : Perum Kotabaru Kencana Blok IV, Jl Purwakarta no 333
RT 001 RW 017, Kecamatan Cibeureum, Kota Tasikmalaya
Alamat Institusi : Jl. Cilolohan No. 35 Tasikmalaya

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Cipakat 2 Singaparna Tasikmalaya : Lulus tahun 1988
2. SMPN 2 Singaparna Tasikmalaya : Lulus tahun 1991
3. SMAN 2 Tasikmalaya : Lulus tahun 1994
4. AKPER DEPKES RI Tasikmalaya : Lulus tahun 1997
5. PSIK FK Universitas Padjadjaran : Lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan :

Staf pendidikan di AKPER DEPKES RI Tasikmalaya: tahun 1997 sampai tahun 2001

Staf Pengajar di POLTEKES KEMENKES RI Tasikmalaya: tahun 2001 sampai sekarang