

DISERTASI

**MODEL DUKUNGAN KELUARGA BERBASIS SPIRITUAL DAN
BUDAYA TERHADAP *SELF-CARE ADHERENCE* DAN NILAI GULA
DARAH SEWAKTU PADA KLIEN DIABETES MELITUS**



INDAH WULANDARI

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

DISERTASI

**MODEL DUKUNGAN KELUARGA BERBASIS SPIRITUAL DAN
BUDAYA TERHADAP *SELF-CARE ADHERENCE* DAN NILAI GULA
DARAH SEWAKTU KLIEN DIABETES MELITUS**



**INDAH WULANDARI
NIM. 131811573009**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

**MODEL DUKUNGAN KELUARGA BERBASIS SPIRITUAL DAN
BUDAYA TERHADAP *SELF-CARE ADHERENCE* DAN NILAI GULA
DARAH SEWAKTU KLIEN DIABETES MELITUS**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
dalam Program Studi Doktor Keperawatan
pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan
Dipertahankan di Hadapan Panitia Ujian Disertasi Tertutup**

Oleh:

**INDAH WULANDARI
NIM. 131811573009**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

PENGESAHAN

**Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Disertasi Tertutup
Pada Program Studi Doktor Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Dan Diterima untuk Memenuhi Persyaratan Guba Memperoleh
Gelara Doktor
Pada Tanggal 02 November 2022**

**Oleh
Promotor**



**Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes
NIP. 197706172003122002**

Ko-Promotor I



**Dr. Sony Wibisono, dr.Sp. PD-KEMD., FINASIM
NIP. 196210182016016101**

**Mengetahui
KPS Doktor Keperawatan**



**Prof. Dr. H. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004**

Disertasi ini telah disetujui dan dinilai
oleh Panitia Penguji Ujian Disertasi Tertutup
pada tanggal 02 November 2022

Panitia Penguji

Ketua Prof. Dr. H. Nursalam, M. Nurs (Hons)

Anggota Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes

Dr. Sony Wibisono, dr., Sp.PD-KEMD, FINASIM

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M. Si

Dr. dr. Hj. Siti Nur Asiyah, M. Ag

Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes

Dr. Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M. Kep

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Indah Wulandari, S.Kp., M.Kep., Ns. Sp. Kep MB

NIM : 131811573009

Program Studi : Doktor Keperawatan

Alamat : Komp Kampoeng Raya Blok B2 No 3 RT 004 RW 023 Serang, Banten

No.Tlp/WA : 087871446060

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Disertasi saya ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (**plagiarisme**) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Dalam disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis Disertasi ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Surabaya, 02 November 2022

Yang membuat pernyataan,

Indah Wulandari, S.Kp., M.Kep., Ns. Sp. Kep MB

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami ucapkan kehadiran Allah SWT karena atas ridho-Nya naskah disertasi ini dapat diselesaikan. Penghargaan dan rasa hormat saya haturkan kepada **Alm. Prof. Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes** yang selalu memberikan bimbingan dan dukungan serta semangat selama penyusunan naskah disertasi ini. Ucapan terima kasih kami haturkan kepada **Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes** selaku Promotor yang selalu sabar memberikan dukungan selama penyelesaian disertasi ini. Ucapan terima kasih juga kami haturkan kepada **Dr. Sony Wibisono, dr. Sp. PD-KEMD., FINASIM** selaku Ko-Promotor, atas bimbingan dan masukan-masukannya diberikan selama penyusunan naskah ini. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian naskah ini, yaitu:

1. Prof. Dr. Muhammad Nasih, MT., Ak, selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dselama menempuh Pendidikan program Doktor Keperawatan.
2. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan dukungan dan fasilitas selama menempuh Pendidikan Doktor Keperawatan.
3. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep. Ns., M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB selaku Wakil Dekan I Bidang Akademik dan juga sebagai anggota tim penguji sidang disertasi tertutup yang telah memberikan dukungan dan semangat selama penyusunan naskah ini,
4. Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M. Si, selaku Wakil Dekan II Bidang Umum dan Keuangan sekaligus sebagai anggota tim penguji sidang disertasi tertutup yang telah memberikan masukan berarti selama penyusunan naskah ini.
5. Prof. Dr. H. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku Koordinator Program Studi Doktor Keperawatan sekaligus ketua tim penguji sidang disertasi tertutup, atas pencerahan, dukungan, dan masukannya yang berarti selama penyusunan naskah ini.
6. Dr. dr. Hj. Siti Nur Asiyah, M. Ag selaku selaku tim penguji siding disertasi tertutup yang selalu memberikan semangat dan masukan berarti selama penyusunan naskah ini.

7. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku anggota tim penguji sidang disertasi tertutup yang bersedia meluangkan waktu dan masukannya dalam perbaikan naskah ini.
8. Dr. Retno Indarwati, selaku anggota tim penguji sidang disertasi tertutup yang bersedia meluangkan waktu dan memberikan masukan dalam perbaikan naskah ini.
9. Andiko Nugraha, SKM, MKM selaku Rektor Universitas Faletahan Serang beserta jajarannya atas dukungannya selama penyusunan naskah ini.
10. H. Asra, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan Serang beserta jajarannya yang selalu memberikan dukungan moral dan semangat selama kami menyelesaikan naskah disertasi ini.
11. Dini Rachmaniah, S.Kp., M.Kep., Ns. Sp. Kep. An selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners beserta jajarannya yang senantiasa menyemangati dan memberikan dukungan selama penyusunan naskah disertasi ini.
12. Kepala Puskesmas Baros, Kepala Puskesmas Pontang, dan Kepala Puskesmas Kramatwatu beserta seluruh penanggung jawab program PTM dan seluruh kader serta bapak ibu anggota Prolanis di Kabupaten Serang.
13. Suamiku Tubagus Faidz serta anak-anakku tercinta Tubagus Rasya Al-Kaddihan dan Tubagus Raffa Ihsan Asy-Siddiq atas keikhlasan, cinta, dan doa yang selalu dialunkan selama penyusunan naskah ini.
14. Orangtuaku terkasih Ibunda Hj Tati Hartati dan Alm Ratu Zulaikha serta ayahanda Syamsul Bahri Siregar dan Tb Maimun atas doa yang tak putus- putus selama penyusunan naskah ini.
15. Keluarga besar Bapak Oyo Sukarya dan Keluarga Besar Tubagus Rafei yang selalu memberikan bantuan disaat kami membutuhkan.
16. Rekan-rekan di Program Doktor Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas semangat dan dukungannya selama penyusunan naskah ini, khususnya Ibu Ernawati, Ibu Supatmi, Ibu Azizah Khoiryati, dan rekan-rekan Program Doktor Keperawatan Angkatan Pertama yang telah menemani berjuang selama ini.

17. Bapak dan ibu tenaga kependidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang membantu memfasilitasi selama kami menyelesaikan naskah ini.

18. Teman-teman di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan Serang yang selalu mendukung, mendoakan yang terbaik, dan mengerti, serta menjadi tempat berkeluh kesah yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Dalam pembuatan naskah ini tentunya masih banyak kekurangan, karena itu kami mohon masukan dan kritikan membangun untuk perbaikan naskah ini di kemudian hari.

Banten, November 2022
Hormat Kami,
Penyusun

RINGKASAN

**MODEL DUKUNGAN KELUARGA BERBASIS SPIRITUAL DAN
BUDAYA TERHADAP *SELF-CARE ADHERENCE* DAN NILAI GULA
DARAH SEWAKTU KLIEN DIABETES MELITUS**

Diagnosis diabetes melitus (DM) sering kali membutuhkan perubahan gaya hidup yang besar pada rutinitas seorang klien DM. Tetapi penting untuk mengingatkan klien bahwa ia tidak sendirian untuk menghadapinya. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor diluar klien DM yang membantu klien terutama di masa-masa sulit. Memiliki hubungan yang kuat dengan keluarga dapat mendukung serta membantu klien DM meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik serta mentalnya. Dukungan keluarga membuat klien DM teguh dan konsisten melaksanakan *self-care* sehingga kestabilan gula darah tetap terjaga. Masalah yang akan timbul jika klien DM tidak patuh menjalankan *self-care* dan gula darah tidak terjaga adalah munculnya komplikasi lebih dini dari penyakit. Komplikasi yang muncul yaitu komplikasi makrovaskular (penyakit arteri koroner, kardiomiopati, penyakit serebrovaskular, dan penyakit arteri perifer) serta komplikasi mikrovaskular (retinopati diabetik dan neuropati diabetik), yang meningkatkan morbiditas hingga mortalitas klien DM. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya untuk meningkatkan *self-care adherence* klien DM.

Keluarga adalah bagian dari struktur sosial serta merupakan unit terkecil dari suatu kelompok masyarakat. Kegagalan klien DM mencapai *self-care adherence* dapat disebabkan oleh nilai spiritual yang dimiliki klien serta keluarganya, selain juga dipengaruhi oleh budaya lokal setempat. Teori yang digunakan sebagai dasar pengembangan dalam penelitian ini yaitu teori dukungan keluarga sebagai bagian dari teori *social support* Uchino. Teori Uchino menjelaskan tentang struktur dan fungsi dalam dukungan yang berdampak terhadap perilaku dan psikologikal seseorang dengan indikator hasil biologis dan psikologis. Teori lain yang digunakan adalah teori tentang spiritual dan budaya khususnya budaya Banten. Spiritual dan budaya yang hidup dan berkembang dalam masyarakat Banten erat kaitannya dengan nilai-nilai keagamaan Islam yang telah tumbuh dan berkembang sejak permulaan abad ke-16. Kepercayaan masyarakat Banten dalam pemeliharaan kesehatan dan dukungan keluarga diwarnai oleh nilai-nilai agama Islam sebagai agama terbesar yang hidup di masyarakat Banten.

Karakteristik, pengetahuan, stress dan koping, budaya, spiritualitas, dan pengalaman dalam keluarga bisa memengaruhi dukungan keluarga yang diberikan saat anggota keluarganya sakit. Selain faktor dari keluarga, faktor klien DM serta faktor petugas kesehatan juga berperan dalam pemberian dukungan oleh keluarga khususnya kepada klien DM. Jika keluarga memiliki kapasitas yang baik dalam memberikan dukungan, maka klien DM akan terbantu sehingga tercapai *self-care adherence*. Indikator tercapainya *self-care adherence* salah satunya melalui indikator biologis yaitu nilai glukosa darah.

Penelitian ini terdiri dari tiga tahap. Tahap pertama menggunakan rancangan studi kualitatif fenomenologi dengan sumber data triangulasi sebagai partisipan (keluarga, klien DM, dan perawat). Penelitian ini telah dilaksanakan pada

bulan Desember 2019 – Januari 2020 di tiga tempat yaitu Puskesmas Baros, Puskesmas Pontang, dan Puskesmas Kramatwatu. Jumlah partisipan dalam penelitian tahap 1 terdiri dari 13 partisipan keluarga, 19 partisipan klien DM, dan tiga partisipan. Partisipan telah memenuhi kriteria inklusi yaitu 1) Seseorang yang telah didiagnosis diabetes melitus minimal 1 tahun sebelumnya; 2) Domisili di Wilayah Kabupaten Serang; 3) Terdaftar sebagai pasien rawat jalan di wilayah kerja puskesmas tempat penelitian, selanjutnya dilakukan wawancara mendalam selama 30-40 menit ditempat yang telah disepakati bersama. Wawancara dilakukan menggunakan panduan wawancara semi terstruktur. Selama proses wawancara direkam menggunakan alat perekam suara.

Data yang didapat kemudian dibuat verbatim, member checking kepada partisipan, dan kemudian dianalisis dengan bantuan *software*. Tahap kedua adalah pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya melalui tahapan menyusun isu strategis, FGD, konsultasi pakar, pengembangan model, dan penyusunan kerangka modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya. Tahap ketiga adalah uji coba modul. Desain yang digunakan adalah *quasy experiment with control group*. Terdapat satu kelompok perlakuan (intervensi) dan satu kelompok sebagai kontrol. Subjek penelitiannya adalah klien DM yang memenuhi kriteria inklusi yaitu: 1) Klien DM yang terdaftar di program ProLanis di setiap puskesmas tempat penelitian, 2) Klien didiagnosa DM minimal satu tahun, 3) Bersedia menjadi responden, dan 4) Bersedia mengikuti kegiatan penelitian selama dua bulan. Variabel penelitian terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya, variabel dependennya adalah *self-care adherence* dan nilai glukosa darah. Analisis data menggunakan uji non parametrik yaitu uji *Mann Whitney*.

Hasil penelitian tahap 1 menghasilkan 4 tema dari sumber partisipan klien DM dan 5 tema dari sumber partisipan keluarga. Tema yang dihasilkan dari partisipan klien DM yaitu: 1) Fungsi keluarga, 2) Peran keluarga, 3) Dukungan keluarga yang diterima, dan 4) Nilai spiritual yang diterima dari keluarga. Sedangkan tema yang didapatkan dari partisipan keluarga yaitu: 1) Stres dan coping keluarga, 2) Budaya dalam keluarga, 3) Spiritualitas dalam keluarga, 4) Akses mendapatkan layanan bagi klien, dan 5) Harapan keluarga kepada klien DM. Hasil penelitian tahap 2 adalah terbentuknya modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya melalui proses yaitu: 1) penentuan isu strategis, 2) melaksanakan *Focus Group Discussion*, 3) konsultasi pakar, 4) pengembangan model, dan 5) penyusunan kerangka modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya. Hasil penelitian tahap 3 menunjukkan bahwa responden di kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah homogen dan mempunyai kesetaraan data yang terlihat dari uji proporsi *Chi square* dan *Mann-Whitney*, didapatkan $p\text{ value} \geq 0,05$ pada $\alpha 0.05$. Hasil uji statistik inferensial menunjukkan bahwa model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya meningkatkan *self-care adherence* klien DM ($p\text{ value} = 0,000$) dan memperbaiki nilai GDS klien DM mulai minggu ke-6 ($p\text{ value} = 0,000$).

Penelitian ini mempunyai implikasi terhadap peningkatan asuhan keperawatan khususnya perawatan klien DM, meningkatkan peran serta keluarga dalam perawatan, mengembangkan nilai profesional keperawatan, dan memberdayakan kearifan lokal dalam aktivitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini

perlu diimplementasikan dan dikembangkan di wilayah yang lebih luas. Selain itu penelitian lebih lanjut dengan variabel internal dan eksternal yang lebih lengkap dapat dilakukan untuk melihat efektivitas model secara general. Model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya ini juga dapat dimanfaatkan oleh tenaga profesional keperawatan untuk meningkatkan peran serta klien DM dan keluarga dalam perawatannya dengan menggunakan kearifan budaya lokal masing-masing.

SUMMARY

SPIRITUAL AND CULTURAL-BASED FAMILY SUPPORT MODEL ON SELF-CARE ADHERENCE AND BLOOD SUGAR LEVELS DIABETES MELLITUS CLIENT

The diagnosis of diabetes mellitus (DM) often requires major lifestyle changes in the routine of a DM client. But it is important to remind the client that he is not alone in dealing with it. Family support is one of the factors outside DM clients who help clients, especially in difficult times. Having a strong relationship with family can support and help DM clients improve and maintain their physical and mental health. Family support makes DM clients steadfast and consistent in carrying out self-care so that blood sugar stability is maintained. The problem that will arise if DM clients do not comply with self-care and blood sugar is not maintained is the emergence of early complications from the disease. Complications that arise are macrovascular complications (coronary artery disease, cardiomyopathy, cerebrovascular disease, and peripheral arterial disease) and microvascular complications (diabetic retinopathy and diabetic neuropathy), which increase the morbidity and mortality of DM clients. The purpose of this study was to develop a spiritual and cultural-based family support model to increase self-care adherence of DM clients.

The family is part of the social structure and is the smallest unit of a community group. The failure of DM clients to achieve self-care adherence can be caused by the spiritual values of the clients and their families, as well as being influenced by the local culture. The theory used as the basis for development in this study is the theory of family support as part of Uchino's social support theory. Uchino's theory explains the structure and function of support that has an impact on a person's behavior and psychology with indicators of biological and psychological outcomes. Another theory used is the theory of spiritual and culture, especially the culture of Banten. Spirituality and culture that live and develop in Banten society are closely related to Islamic religious values that have grown and developed since the beginning of the 16th century. The Banten people's belief in health care and family support is colored by the values of Islam as the largest religion that lives in Banten society.

Characteristics, knowledge, stress and coping, culture, spirituality, and experiences in the family can affect the family support provided when a family member is sick. In addition to family factors, DM client factors and health worker factors also play a role in providing support by families, especially to DM clients. If the family has a good capacity to provide support, then DM clients will be helped so that self-care adherence is achieved. One of the indicators of achieving self-care adherence is through biological indicators, namely blood glucose values.

This research consists of three stages. The first stage uses a qualitative phenomenological study design with triangulation data sources as participants (family, DM clients, and nurses). This research was conducted in December 2019 – January 2020 in three places, namely Baros Health Center, Pontang Health Center, and Kramatwatu Health Center. The number of participants in the first phase of the study consisted of 13 family participants, 19 DM client participants, and three participants. Participants have met the inclusion criteria, namely 1) A

person who has been diagnosed with diabetes mellitus at least 1 year before; 2) Domicile in the District of Serang; 3) Registered as an outpatient in the work area of the health center where the research is located, then an in-depth interview is conducted for 30-40 minutes at a mutually agreed place. Interviews were conducted using a semi-structured interview guide. During the interview process was recorded using a voice recorder.

The data obtained is then made verbatim, member checking to the participants, and then analyzed with the help of software. The second stage is the development of a spiritual and cultural-based family support model through the stages of formulating strategic issues, FGDs, expert consultation, model development, and the preparation of a spiritual and cultural-based family support module framework. The third stage is module testing. The design used is a quasi experiment with control group. There is one treatment group (intervention) and one group as control. The research subjects were DM clients who met the inclusion criteria, namely: 1) DM clients registered in the Prolanis program at each health center where the study was conducted, 2) Clients were diagnosed with DM for at least one year, 3) Willing to be respondents, and 4) Willing to participate in research activities for two years. month. Research variables consist of independent variables and dependent variables. The independent variable in this study is the spiritual and cultural-based family support module, the dependent variable is self-care adherence and blood glucose values. Data analysis used a non-parametric test, namely the Mann Whitney test.

The results of the first stage of the study resulted in 4 themes from DM client participant sources and 5 themes from family participant sources. The themes generated from DM client participants are: 1) Family functions, 2) Family roles, 3) Accepted family support, and 4) Spiritual values received from the family. While the themes obtained from family participants are: 1) Stress and family coping, 2) Culture in the family, 3) Spirituality in the family, 4) Access to services for clients, and 5) Family expectations for DM clients. The results of phase 2 research are the formation of a spiritual and cultural-based family support module through the following processes: 1) determination of strategic issues, 2) conducting Focus Group Discussions, 3) expert consultation, 4) model development, and 5) preparation of a spiritual-based family support module framework. and culture. The results of the third stage showed that the respondents in the intervention group and the control group were homogeneous and had data equality as seen from the Chi square and Mann-Whitney proportion tests, obtained p value > 0.05 at 0.05. The results of the inferential statistical test showed that the spiritual and cultural-based family support model increased self-care adherence of DM clients (p value = 0.000) and improved the GDS value of DM clients starting at week 6 (p value = 0.000).

This research has implications for improving nursing care, especially for DM client care, increasing family participation in care, developing nursing professional values, and empowering local wisdom in health service activities. This research needs to be implemented and developed in a wider area. In addition, further research with more complete internal and external variables can be conducted to see the general effectiveness of the model. This spiritual and cultural-based family support model can also be used by nursing professionals to increase the participation of DM clients and families in their care by using the wisdom of their respective local cultures.

ABSTRAK

MODEL DUKUNGAN KELUARGA BERBASIS SPIRITUAL DAN BUDAYA TERHADAP *SELF-CARE ADHERENCE* DAN NILAI GULA DARAH SEWAKTU KLIEN DIABETES MELITUS

Pendahuluan: Keterlibatan keluarga dalam penerapan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya yang merupakan kearifan lokal diharapkan dapat mengoptimalkan dukungan yang diberikan keluarga kepada klien untuk mencapai *self-care adherence*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana model Dukungan Keluarga berbasis spiritual dan budaya meningkatkan *self-care adherence* klien diabetes melitus. **Metode:** Tahap pertama menggunakan desain kualitatif, jumlah partisipan 19 klien DM, 13 partisipan keluarga, dan 3 partisipan perawat. Penelitian menggunakan pedoman wawancara yang direkam dan disertai *field note*. Analisis menggunakan analisis konten serta menggunakan aplikasi opencode. Tahap kedua merupakan pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya melalui diskusi pakar. Tahap ketiga menggunakan desain kuasi eksperimen dengan jumlah sampel masing-masing 43 responden di kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Analisis kuantitatif menggunakan uji Mann-Whitney. **Hasil dan Analisis:** Hasil penelitian tahap 1 ditemukan empat tema dari partisipan klien DM dan lima tema dari partisipan keluarga. Hasil penelitian tahap 2 didapatkan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya yang fit yang siap diujicobakan. Hasil penelitian tahap 3 menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi model dengan *self-care adherence* ($p\text{ value} = 0,000$) dan nilai GDS mulai minggu ke-6 ($p\text{ value} = 0,00$). **Diskusi dan kesimpulan:** model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya mampu meningkatkan *self-care adherence* klien DM serta mempertahankan kestabilan glikemik. Penelitian ini mempunyai implikasi terhadap peningkatan asuhan keperawatan khususnya perawatan klien diabetes melitus, peningkatan peran serta keluarga dalam perawatan, dan memberdayakan kearifan lokal dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Kata kunci: budaya, diabetes melitus, dukungan keluarga, *self-care adherence*, spiritual

ABSTRACT

**SPIRITUAL AND CULTURAL-BASED FAMILY SUPPORT MODEL ON
SELF-CARE ADHERENCE AND BLOOD SUGAR LEVELS
DIABETES MELLITUS CLIENT**

Introduction: Family involvement in the application of a cultural and spiritual-based family support model which is local wisdom is expected to optimize the support provided by families to clients to achieve self-care adherence. This study aims to determine how the cultural and spiritual-based family support model improves self-care adherence of diabetes mellitus clients. **Methods:** The primary stage uses a qualitative design, the number of participants is 19 DM clients, 13 family participants, and 3 nurses partisans. The study used interview guidelines that were recorded and accompanied by field notes. Analysis using content analysis and using opencode applications. The second stage is the development of a cultural and spiritual-based family support model through expert discussion. The third stage uses a quasi-experimental design with a total sample of 43 respondents in the control group and the intervention group. Quantitative analysis using the Mann-Whitney test. **Results and Analysis:** The results of the phase 1 study found four themes from DM client participants and five themes from family participants. The results of the second stage of the study obtained a fit cultural and spiritual-based family support model that was ready to be tested. The results of the third stage of the study showed that there was a significant effect between the implementation of the model with self-care adherence (p value= 0.000) and the GDS value starting at week 6 (p value = 0.00). **Discussion and conclusion:** a cultural and spiritual-based family support model is able to increase self-care adherence of DM clients and maintain glycemic stability. This study has implications for improving nursing care, especially the care of clients with diabetes mellitus, increasing family participation in care, and empowering local wisdom in providing health services.

Keywords: culture, diabetes mellitus, family support, self-care adherence, spiritual

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN LAMBANG	xxiii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	10
1.4.2 Manfaat Praktis	11
1.5 Rencana penemuan baru	11
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 13
2.1 Konsep Keluarga dan Dukungan Keluarga.....	13
2.1.1 Konsep Keluarga.....	13
2.1.2 Siklus kesehatan keluarga dan model penyakit	15
2.1.3 Konsep dukungan keluarga sebagai bagian dari <i>social support</i>	20
2.1.4 Struktur dan fungsional keluarga.....	26
2.1.5 Karakteristik Keluarga.....	32
2.1.6 Mobilisasi dukungan dari keluarga.....	34
2.1.7 Jenis dukungan keluarga.....	35
2.1.8 Peran keluarga.....	36
2.2 Konsep <i>Self-care Adherence</i>	42
2.2.1 Definisi <i>Self-care Adherence</i>	43
2.2.2 Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan	43
2.2.3 Teori <i>information-motivation-behavior</i> untuk mencapai kepatuhan	44
2.3 Konsep Budaya	48
2.3.1 Teori transcultural nursing dari Leininger.....	50
2.3.2 Prinsip-prinsip <i>transcultural nursing</i>	53
2.3.3 Budaya dan kesehatan.....	55
2.3.4 Konsep Spiritual dan budaya Banten.....	57
2.4 Konsep Spiritualitas	60
2.4.1 Definisi spiritual	60
2.4.2 <i>Biopsychosocial-Spiritual Model</i>	62
2.4.3 Faktor-faktor yang berkaitan dengan spiritual.....	63

2.4.4 Kaitan spiritualitas, Islam, dan kesehatan.....	64
2.4.5 Zikir dan korelasinya dengan proses pengobatan pasien.....	66
2.5 Konsep Teori DM dan Manajemen DM	72
2.5.1 Konsep Diabetes Melitus	73
2.5.2 Komplikasi Diabetes Melitus.....	75
2.5.3 Klasifikasi dan Diagnosis Diabetes Melitus	77
2.5.4 Standar perawatan Diabetes Melitus.....	78
2.6 Konsep <i>Self-Care</i> Diabetes Melitus	86
2.6.1 <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i> (SDSCA)	87
2.6.2 Konsep <i>Clinical Inertia</i> dalam Diabetes Melitus	88
2.6.3 Paradigma keperawatan dan peran perawat dalam pelaksanaan <i>self-care</i> Diabetes Melitus	90
2.7 Keaslian Penelitian.....	92
2.8 Kerangka Teori.....	105

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS 106

3.1 Kerangka Konseptual	106
3.2 Hipotesis Penelitian.....	108

BAB 4 METODE PENELITIAN 109

4.1 Penelitian Tahap 1	109
4.1.1 Jenis Penelitian	109
4.1.2 Partisipan penelitian.....	110
4.1.3 Definisi konseptual penelitian tahap 1	112
4.1.4 Lokasi dan waktu penelitian	113
4.1.5 Instrumen Penelitian	114
4.1.6 Keabsahan data	114
4.1.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	114
4.1.8 Analisis Data.....	116
4.2 Penelitian Tahap 2.....	117
4.2.1 Menyusun isu strategis.....	118
4.2.2 <i>Focus Group Discussion</i>	118
4.2.3 Konsultasi pakar	120
4.2.4 Pengembangan model.....	121
4.2.5 Penyusunan kerangka modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya.....	121
4.3 Penelitian Tahap 3	121
4.3.1 Jenis Penelitian	121
4.3.2 Lokasi dan waktu penelitian	122
4.3.3 Populasi, sampel, dan teknik pengambilan sampel.....	123
4.3.4 Variabel penelitian tahap 3	123
4.3.5 Definisi operasional penelitian tahap tiga.....	124
4.3.6 Instrumen Penelitian Tahap 3	126
4.3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	128
4.3.8 Analisis Data.....	130
4.4 Etik Penelitian	131
4.5 Kerangka Operasional	132

BAB 5 HASIL PENELITIAN	135
5.1 Hasil Tahap 1	135
5.1.1 Gambaran lokasi penelitian	135
5.1.2 Karakteristik Partisipan.....	137
5.1.3 Tema hasil penelitian	140
5.2 Hasil Penelitian Tahap 2	158
5.2.1 Menyusun Isu Strategis.....	158
5.2.2 <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	163
5.2.3 Konsultasi Pakar	165
5.2.4 Pengembangan model.....	167
5.2.5 Penyusunan modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya.....	170
5.2.6 Skema Modul.....	174
5.3 Hasil Penelitian Tahap 3	178
5.3.1 Gambaran umum lokasi penelitian	178
5.3.2 Karakteristik responden	179
5.3.3 Deskripsi variabel penelitian	182
5.3.4 Deskripsi hasil penelitian.....	184
BAB 6 PEMBAHASAN	188
6.1 Model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya	188
6.1.1 Karakteristik responden	189
6.1.2 Pengaruh model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap <i>self-care adherence</i> klien DM.....	192
6.1.3 Pengaruh model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap nilai GDS klien DM	199
6.2 Temuan baru model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap <i>self-care adherence</i> dan nilai GDS klien DM.....	206
6.3 Kontribusi penelitian	208
6.3.1 Kontribusi teoritis	208
6.3.2 Kontribusi praktis	209
6.4 Keterbatasan penelitian	209
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	 211
7.1 Kesimpulan	211
7.2 Saran.....	211
 DAFTAR PUSTAKA	 214

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sub-Item Dimensi Struktur Budaya dan Sosial Model Sunrise Leininger's	52
Tabel 2.2 Keaslian penelitian “Model Dukungan Keluarga Berbasis Budaya dan Spiritual terhadap Self Care Adherence Klien DM Tipe 2”.....	96
Tabel 4.1 Gambaran Intervensi 2 Kelompok.....	122
Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Tahap 3	124
Tabel 4.3 Deskripsi kegiatan dan pelatihan dukungan self-care klien DM pada kelompok intervensi.....	125
Tabel 5.1 Karakteristik Klien Diabetes Melitus.....	137
Tabel 5.2 Karakteristik Keluarga Klien Diabetes Melitus.....	138
Tabel 5.3 Karakteristik petugas puskesmas	140
Tabel 5.4 Identifikasi sub tema dan tema sumber data klien DM	142
Tabel 5.5 Kategori, sub tema, dan tema sumber data keluarga.....	148
Tabel 5.6 Isu strategis penelitian pengembangan model dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual terhadap self-care adherence	159
Tabel 5.7 Hasil FGD pengembangan model dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual terhadap self-care adherence klien DM	163
Tabel 5.8 Hasil Diskusi Pakar Pembentukan Model Dukungan Keluarga berbasis Budaya dan Spiritual.....	165
Tabel 5.9 Pengembangan model dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual terhadap self-care adherence klien DM	169
Tabel 5.10 Penyusunan model dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual berdasarkan tema	170
Tabel 5.12 Distribusi karakteristik klien DM berdasarkan usia dan lama DM kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Serang, 2021 (n=86).....	180
Tabel 5.12 Distribusi karakteristik usia dan lama DM klien DM kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi modul (n=86) ...	181
Tabel 5.13 Distribusi karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, status pasangan, dan tipe keluarga klien DM kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum intervensi modul (n=86).....	181
Tabel 5.14 Deskripsi homogenitas dukungan keluarga dan self-care adherence klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=86) .	1822
Tabel 5.15 Deskripsi homogenitas nilai GDS klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=86)	1833
Tabel 5.16 Deskripsi penilaian awal dukungan keluarga, self-care adherence, dan GDS antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (n=86)	184
Tabel 5.17 Hasil intervensi modul dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual terhadap self-care adherence klien DM (n=86).....	185

Tabel 5.18 Hasil intervensi modul dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual terhadap nilai GDS klien DM (n=86)	185
--	-----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Siklus Kesehatan dan Penyakit	16
Gambar 2.2 Model Utama Social Support dan Kesehatan Fisik.....	21
Gambar 2.3 Information-Motivation-Behavioral Skill Model	45
Gambar 2.4 Penggunaan Model IMB pada Klien Diabetes Melitus	47
Gambar 2.5 Model Leininger's Sunrise.....	51
Gambar 2.6 Kematian Sel/Jaringan pada Penyakit Kronik	75
Gambar 2.7 Interaksi AGEs dengan sebagian besar tipe sel tubuh	76
Gambar 2.8 Clinical Inertia.....	88
Gambar 2.9 Paradigma Keperawatan	91
Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian model dukungan keluarga klien diabetes melitus menggunakan teori social support.....	106
Gambar 4.1 Alur Penelitian Tahap 2	117
Gambar 4.2 Variabel Penelitian Tahap 3	124
Gambar 4.3 Kerangka Operasional Penelitian	134
Gambar 5.1 Pengembangan model dukungan keluarga berbasis budaya dan spiritual	175
Gambar 5.2 Grafik perbedaan rentang rerata nilai GDS pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah implementasi modul	187
Gambar 6.1 Model Dukungan Keluarga berbasis Budaya dan Spiritual terhadap Self-Care Adherence klien DM	207

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian.....	191
Lampiran 2 Penjelasan Penelitian Tahap	201
Lampiran 3 Komisi Etik Penelitian Kesehatan	205
Lampiran 4 Foto Kegiatan Penelitian	206
Lampiran 5 Output Analisis Data	208
Lampiran 6 Bukti Publikasi	226

DAFTAR SINGKATAN, ISTILAH, DAN LAMBANG

A1C	: Hemoglobin Glikosilat
ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
<i>Adherence</i>	: Kepatuhan
<i>Advicer</i>	: Konsultan
AGEs	: <i>Advanced Glycation Endproducts</i>
AKI	: <i>Acute Kidney Injury</i>
ASCVD	: <i>Atherosclerotic Cardiovascular Disease</i> (kardiovaskular aterosklerotik)
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
<i>Care giver</i>	: Pemberi Layanan
CCM	: <i>Chronic Care Model</i>
CFI	: <i>Comparative Fit Index</i>
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i> (Penyakit Ginjal Kronis)
<i>Clinical inertia</i>	: Inersia Klinik
DM	: Diabetes Melitus
DPN	: <i>Diabetic Peripheral Neuropathy</i>
DPP	: <i>Diabetes Prevention Program</i>
DPPOS	: <i>Diabetes Prevention Program Outcomes Study</i>
DSME	: <i>Diabetes Self-Management Education</i>
EF	: <i>Extended Family</i>
eGFR	: <i>Estimated Glomerular Filtration Rate</i> (Estimasi Filtrasi Glomerulus Tingkat)
ESRD	: <i>End Stage Renal Disease</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
<i>Field note</i>	: <i>Catatan Lapangan</i>
GDP	: Gula Darah Puasa
GDS	: Gula Darah Sewaktu
GFI	: <i>Goodness of Fit Index</i>
GHQ	: <i>General Health Questionnaire</i>

HbA1C	: Hemoglobin A1c
HDFSS	: <i>Hensarling's Diabetes Family Support Scale</i>
HIV/AIDS	: <i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
<i>Indepth interview</i>	: Wawancara Mendalam
<i>Informed consent</i>	: Lembar Persetujuan
LOS	: <i>Length Of Stay</i>
MA	: <i>Middle Age</i>
MODY	: <i>Moderate Onset Diabetes of the Young</i>
NF	: <i>Nuclear Family</i>
NFkB	: <i>Uclear Factor-Kappab</i>
OS	: <i>Oxidant Stress</i>
PKM	: Puskesmas
PTM	: Penyakit Tidak Menular
ROS	: <i>Reactive Oxidative Species</i>
RSDP	: Rumah Sakit dr. Dradjat Prawiranegara
SDSCA	: <i>Summary Diabetes Self Care Activity</i>
SDSCA	: <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i>
<i>Search engine</i>	: Mesin Pencari
<i>Self-improvement</i>	: Peningkatan Diri
SMGD	: Swa-Monitoring Glukosa Darah (Monitoring Guloksa Darah Sendiri)
T2DM	: Diabetes Melitus Tipe 2
<i>Trust</i>	: Kepercayaan
Yankes	: Pelayanan Kesehatan