

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Peningkatan jumlah klien diabetes melitus (DM) setiap tahunnya meningkatkan juga morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi yang timbul dari DM. Seseorang yang didiagnosis DM lebih cepat mengalami komplikasi makrovaskular maupun mikrovaskular bahkan kematian akibat hiperglikemia kronis yang dialami. Data menunjukkan bahwa hiperglikemia akibat DM menjadi salah satu dari sepuluh kontributor kematian terbesar di dunia (World Health Organization 2016; US Department of Health and Human Services 2020; El Alami *et al.*, 2022). Bahkan penyakit kardiovaskular sebagai salah satu komplikasi makrovaskular dari DM berkorelasi secara signifikan dengan hiperglikemia (El Alami *et al.*, 2022; US Department of Health and Human Services 2020). Hiperglikemia kronis yang terjadi disebabkan oleh *self-care adherence* klien DM yang tidak adekuat (Haghighatpanah *et al.*, 2018; El Masri *et al.*, 2019; Rahman *et al.*, 2020; Adhikari *et al.*, 2021).

*Self-care* yang dilakukan klien DM bertujuan agar klien dapat mempertahankan kontrol glikemik sehingga memperlambat terjadinya komplikasi (Gomes *et al.*, 2017). Pencapaian kontrol glikemik merupakan tujuan perawatan klien DM di rumah dan membutuhkan salah satunya adalah kepatuhan dalam menjalankan *self-care* (Brass *et al.*, 2010). Kepatuhan *self-care* klien DM saat ini belum seluruhnya baik dan optimal (Mansyur *et al.*, 2015; Joo and Lee, 2016a; Ansari *et al.*, 2018; Sina *et al.*, 2018). Ketidakepatuhan klien DM paling banyak

ditemukan dalam hal diet, olahraga, dan perawatan kaki, sedangkan pengobatan dipatuhi pada awal-awal didiagnosis DM. Dampaknya terjadi ketidakstabilan kadar gula darah hingga masalah psikologis seperti kejadian kecemasan dan depresi (Pokhrel *et al.*, 2019; Jannoo and Mamode Khan, 2019; Ansari *et al.*, 2018; Simon-Tuval *et al.*, 2016; Mogre *et al.*, 2017).

Komponen perawatan diri (*self-care*) di rumah (Grant and Steadman, 2016) yaitu diet, monitoring glukosa darah, aktivitas, medikasi, dan perawatan kaki (Soto *et al.*, 2015; Yang *et al.*, 2016). *Self-care adherence* tidak mudah dicapai oleh klien DM salah satunya karena faktor eksternal yaitu dukungan keluarga. Dukungan keluarga yang tidak adekuat menjadi salah satu permasalahan yang umum ditemukan pada penerapan *self-care* klien DM (Mayberry *et al.*, 2016; Coser *et al.*, 2018; Lee *et al.*, 2018; A. *et al.*, 2021). Dampaknya adalah peningkatan resiko komplikasi karena klien DM tidak mampu mempertahankan kadar gula darahnya secara terus menerus dalam rentang normal, sehingga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi.

Penderita DM di dunia diperkirakan akan meningkat sebesar 204 juta jiwa, yaitu dari 537 juta di tahun 2021 menjadi 783 juta jiwa di tahun 2045 atau meningkat sekitar 46%. Di Asia Tenggara 1 diantara 11 orang dewasa atau sebanyak 90 juta jiwa terdiagnosis diabetes melitus (IDF, 2021). Klien yang didiagnosis DM terbanyak di usia 20-79 tahun yaitu sebesar 537 juta jiwa yang diprediksi terus meningkat menjadi 643 juta jiwa di tahun 2030 dan 783 juta jiwa di tahun 2045 (IDF, 2021). Indonesia berada pada peringkat ke-6 dari sepuluh negara dengan jumlah klien terdiagnosis DM tertinggi di dunia, yaitu sebesar 10 juta jiwa (IDF, 2017). Angka kejadian DM meningkat pada usia 55-64 tahun sekitar

4,8%, dan DM lebih banyak di derita oleh perempuan (1,7%) dibandingkan laki-laki (1,4%). Selain itu faktor bekerja (2,0%) dan pendidikan tinggi (2,5%) menjadi salah satu indikator terjadinya peningkatan angka kejadian DM karena berada diatas nilai prevalensi DM (1,5%) (Albasheer, 2020; El Alami *et al.*, 2022; Hicks *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2022; Ma, 2018; Rossboth *et al.*, 2021; Shreen *et al.*, 2021).

Diabetes melitus masih menjadi kasus penyakit tidak menular yang menimbulkan komplikasi makro dan mikrovaskular akibat hiperglikemia kronis yang dialami klien DM. Jika DM tidak dimanajemen dengan baik, komplikasi akan lebih cepat terjadi sehingga bisa meningkatkan morbiditas bahkan mortalitas (IDF, 2021). Selain komplikasi, tren penyakit diabetes yang mulai ditemukan pada usia < 45 tahun menimbulkan permasalahan tidak hanya karena proporsi penduduk terbanyak di Indonesia pada rentang usia 35-55 tahun (Indrahadi *et al.*, 2021; Kurnia *et al.*, 2017), namun juga rentang usia tersebut adalah rentang usia produktif. Dapat terjadi peningkatan beban negara terhadap pembiayaan kesehatan (Agustina *et al.*, 2019) dan juga meningkatkan dampak psikologi kepada pasien akibat penyakit seperti munculnya gangguan tidur (Lee and Jang, 2021; Pham *et al.*, 2022) hingga psikologis (Yang *et al.*, 2021).

Beberapa penelitian sebelumnya telah menjelaskan intervensi yang digunakan untuk meningkatkan *self-care adherence* klien DM, baik secara individu maupun melibatkan keluarga dalam pelaksanaan *self-care*. Misalnya penggunaan model *problem solving* dalam manajemen diabetes (King *et al.*, 2010), edukasi kesehatan menggunakan diabetes *pathway* (Penn *et al.*, 2015), penggunaan peers dalam pemberian dukungan *self-care* kepada klien DM (Peimani *et al.*, 2018), dan edukasi menggunakan digital untuk kepatuhan diet (Lee *et al.*, 2021). Penelitian

lain juga menampilkan bahwa modifikasi diet, melibatkan kelompok social, dan program manajemen diri juga dapat meningkatkan *self-care adherence* (Navidian *et al.*, 2015; Mary J and Dongre, 2022; Siopis *et al.*, 2021; Maragakis 2015). Namun, terdapat faktor lain yang dapat menghambat atau bisa juga mendukung pencapaian kepatuhan *self-care*, seperti budaya dan spiritual yang tumbuh dan berkembang pada kelompok masyarakat tertentu (Shawon *et al.*, 2016; Kassahun *et al.*, 2016; Mostafavi *et al.*, 2021; Mansyur *et al.*, 2015; Jannoo and Mamode Khan 2019; Ansari *et al.*, 2018; Mogre *et al.*, 2017; Rahman *et al.*, 2020).

Pelaksanaan *self-care* yang dipengaruhi oleh budaya yang ada yang diadopsi oleh individu dengan DM sebagai nilai sehari-hari saat menjalankan *self-care* (Zeng *et al.*, 2014; Ansari *et al.*, 2018; Peimani *et al.*, 2018). Budaya dapat diartikan sebagai keseluruhan pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan serta kebiasaan lain yang kompleks yang diperoleh manusia sebagai anggota masyarakat (Hogg, 2010). Budaya juga dapat dimaknai sebagai pengetahuan yang dipelajari dan ditransmisikan terkait nilai-nilai, kepercayaan, aturan perilaku dan praktik gaya hidup yang memandu pola kelompok tertentu secara pemikiran dan juga tindakan.

Budaya diwarisi individu sebagai anggota masyarakat tertentu dan yang memberi tahu mereka bagaimana memandang dunia dan belajar bagaimana mengalaminya secara emosional, salah satunya saat menghadapi suatu musibah seperti sakit. Kepercayaan seseorang tentang sakit dan bagaimana bersikap terhadap sakitnya juga masuk kedalam definisi budaya. Sehingga budaya tidak hanya terkait kebiasaan sehari-hari yang menunjang kondisi seseorang, namun juga

perilaku yang ditunjukkan saat menghadapi sakit itu sendiri (MacLachlan, 2006; Hogg, 2010).

Hasil penelitian terkait budaya menunjukkan klien DM imigran Korea-Amerika memiliki kesulitan dalam menyesuaikan menu yang sesuai dengan kebiasaan jenis makanan di negaranya (Joo and Lee 2016), sedangkan tradisi dari etnis tertentu juga meningkatkan resiko kegagalan diet pada klien DM (Coser *et al.*, 2018; Schure *et al.*, 2019). Hambatan pelaksanaan diet yang dialami klien seperti perubahan diet sebelum dan setelah didiagnosis DM, keseimbangan komposisi makanan, frekuensi, dan kontrol makanan.

Kepatuhan menjalankan *self-care* juga dipengaruhi oleh nilai spiritual klien, yang bermakna spirit, semangat untuk mendapatkan, keyakinan, harapan, dan makna hidup (Meier *et al.*, 2005; Salomé *et al.*, 2014; Yusuf *et al.*, 2016). Spiritualitas memengaruhi seseorang untuk menunjukkan perilaku yang menunjang kesehatannya (National Institute on Aging Working Group 1999). Makna spiritual bagi seseorang yang didiagnosis DM adalah menerima penyakit beserta semua rencana pengobatan dan manajemen *self-care*, menjalankan *self-care* dengan ikhlas, sabar, dan tawakal karena yang dijalani adalah bagian dari kehidupannya sehari-hari, sebagai salah satu bagian dari kegiatan ibadah yang dianjurkan dalam kepercayaan atau agamanya (National Institute on Aging Working Group, 1999; Meier *et al.*, 2005).

Dukungan keluarga untuk meningkatkan *self-care adherence* telah banyak dikembangkan pada studi-studi sebelumnya. Namun penelitian terkait dukungan keluarga menggunakan basis spiritual dan budaya khususnya pada kelompok masyarakat tertentu seperti masyarakat Banten belum pernah dilakukan. Peran

spiritual dan budaya dalam pengobatan klien DM. Khususnya bagi masyarakat Banten yang kental dengan nilai-nilai Islami, kebiasaan turun temurun dalam pengobatan tradisional dan pengobatan spiritual secara Islam, mempunyai tempat dan nilai tersendiri di masyarakat. Selain menjalani pengobatan medis, umumnya masyarakat menggunakan pengobatan komplementer berbau spiritual yang diyakini dapat membantu mencapai kesembuhan.

Fenomena yang ditemukan di Rumah Sakit dr. Dradjat Prawiranegara (RSDP) Serang Banten menunjukkan angka kunjungan klien lama dengan diagnosis DM yang berbeda setiap bulannya. Kunjungan klien lama dengan pembiayaan BPJS yang terdiagnosis DM tercatat dari Bulan Juni 2018 – Bulan November 2018 secara berurutan adalah 302 orang, 551 orang, 470 orang, 443 orang, 343 orang, dan 267 orang. Data tersebut menunjukkan ketidak konsistenan jumlah kunjungan pasien lama yang seharusnya tetap setiap bulannya sesuai jumlah pasien lama. Data rekam medis juga menunjukkan individu dengan diagnosis DM yang dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam RSDP dengan komplikasi kardiovaskular Bulan Agustus 2018 – November 2018 secara berurutan adalah 11 orang, 14 orang, dan 19 orang.

Data Dinas Kesehatan Kota Serang tahun 2018 menampilkan bahwa angka kejadian penyakit Diabetes Melitus mencapai sebesar 5.121 kasus di Kota Serang. Sejumlah 4.063 pasien lama dan 1.058 pasien baru. Angka kejadian tertinggi terdapat di Wilayah Kerja Puskesmas Singandaru yaitu mencapai sebesar 425 pasien lama dan 599 pasien baru, dengan total jumlah mencapai sebesar 1.024 pasien pada tahun 2018. Sedangkan angka kejadian terendah terdapat di Wilayah Puskesmas Sawah Luhur dengan jumlah sebesar 30 pasien pada tahun 2018.

Hasil wawancara pada tanggal 13-18 Desember 2018 dengan enam orang klien mengungkapkan kesulitan mereka dalam melakukan *self-care*. Empat klien mengatakan kesulitan menjalani diet sesuai yang dianjurkan dokter atau ahli gizi khususnya dalam kedisiplinan frekuensi, porsi, maupun jenis makanan. Kebiasaan dalam keluarga mengkonsumsi yang manis atau ngemil saat menonton televisi juga menjadi alasan klien sering tidak mematuhi diet. Hampir seluruh klien menyatakan tidak melakukan olahraga karena alasan bekerja, malas, atau tidak sempat karena mengerjakan aktivitas lain. Ketidakpatuhan dalam pengobatan ditemukan dengan alasan bahwa klien tidak ingin tergantung oleh obat-obatan atau takut pengobatan berdampak pada kesehatan ginjal.

Budaya yang berkembang khususnya di Wilayah Kabupaten Serang erat juga dengan nilai agama. Serang sebagai ibukota Provinsi Banten memang memiliki keanekaragaman penduduk dan asal etnis yang cukup variatif. Namun sebagian besar penduduk di Wilayah Serang adalah muslim dan kental dengan budaya bercorak Sunda-Banten. Salah satu budaya yang ditemukan dalam kehidupan sehari-hari adalah saat menghadapi suatu penyakit. Hasil wawancara menunjukkan, perilaku individu atau keluarga berbeda saat menghadapi sakit di Wilayah Serang. Untuk jenis penyakit tertentu seperti patah tulang atau masalah psikis atau yang dianggap berkaitan dengan supranatural, masyarakat umumnya memilih pengobatan alternatif terlebih dahulu. Namun saat menghadapi penyakit lain seperti DM atau stroke, perilaku yang ditunjukkan berbeda sesuai kemampuan ekonomi individu dan keluarga.

Sebagian besar menyatakan jika memiliki ekonomi yang mencukupi atau memiliki jaminan kesehatan, mereka lebih memilih pengobatan secara medis.

Seringkali pengobatan medis ini juga beriringan dengan pengobatan alternatif atau komplementer. Namun tak jarang masyarakat langsung memilih pengobatan alternatif atau komplementer pada saat sakit karena masalah ekonomi dan menganggap pengobatan non medis lebih terjangkau. Fenomena ini ditunjang pula oleh pengaruh budaya Islam yang menyatakan bahwa sakit adalah ujian kesabaran, dan tidak ada satupun penyakit di dunia ini tanpa syifa atau obat, sehingga alternatif dapat dipilih sebagai salah satu usaha pengobatan. Oleh karena itu, perilaku masyarakat umumnya di Wilayah Kabupaten Serang cukup banyak dipengaruhi oleh spiritual dan budaya yang kental dengan nilai-nilai Islami.

Fenomena lain yang didapatkan saat studi pendahuluan, kontrol glikemik klien DM yang tidak tercapai tidak hanya dikarenakan oleh faktor motivasi dari klien, namun juga dari faktor lainnya antara lain tenaga kesehatan (dokter dan tim kesehatan lainnya), fasilitas kesehatan yang tersedia, sistem pembiayaan kesehatan, dan juga dukungan dari keluarga. Dari segi dokter, Poli Penyakit Dalam RSDP memiliki tiga dokter spesialis penyakit dalam yang mempunyai jadwal bergantian di poliklinik sehingga tidak semua klien mendapatkan pelayanan dokter yang sama setiap bulannya. Segi pelayanan kesehatan tentang ketersediaan obat DM, hasil wawancara dengan Kepala Ruangan Poliklinik Penyakit Dalam, hingga saat wawancara dilakukan, obat DM yang diresepkan selalu tersedia di apotik dikarenakan jumlah angka kunjungan klien DM yang selalu tinggi setiap bulannya. Selain itu, dari rerata 300 kunjungan klien DM setiap bulannya, 90% menggunakan BPJS dan hanya 10% yang menggunakan pembiayaan umum.

Solusi untuk mengatasi ketidakpatuhan klien DM adalah dengan mengembangkan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya agar terjadi peningkatan *self-care adherence*.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan fenomena yang ditemukan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah beberapa faktor berperan dalam pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya pada klien DM?
2. Bagaimana penyusunan modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya klien DM?
3. Adakah pengaruh penerapan modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap *self-care adherence* klien DM dan nilai gula darah sewaktu klien DM?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengembangkan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap *self-care adherence* dan nilai gula darah sewaktu pada klien DM

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Penelitian Tahap 1

1. Mengeksplorasi faktor klien DM yang berperan terhadap pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya.
2. Mengeksplorasi faktor keluarga yang berperan terhadap pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya.

3. Mengeksplorasi faktor petugas kesehatan yang berperan terhadap pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya.

#### Penelitian Tahap 2

4. Menyusun modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap *self-care adherence* dan nilai gula darah sewaktu pada klien DM.

#### Penelitian Tahap 3

5. Menganalisis pengaruh modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap *self-care adherence* pada klien DM.
6. Menganalisis pengaruh modul dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya terhadap nilai gula darah sewaktu pada klien DM.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu referensi pengembangan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya dalam perawatan klien kronik khususnya penyakit diabetes melitus di lingkup keperawatan medikal bedah dan komunitas. Penelitian ini menggunakan model *social support* Uchino (2018), salah satu unsurnya adalah dukungan keluarga. Penelitian ini menambahkan aspek budaya dan aspek spiritual yang memengaruhi proses perilaku dan psikologikal ke dalam model dukungan keluarga yang dibangun oleh Uchino. Teori lain yang digunakan adalah teori struktur-fungsional keluarga dari Friedman et.al., (2010) dan *self-efficacy* dari Bandura (1999). Dua teori terakhir digunakan untuk mengembangkan komponen perilaku dan psikologikal yang masuk ke dalam kerangka kerja dukungan keluarga.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan meningkatkan motivasi dan perilaku klien DM dalam melaksanakan *self-care* sehingga tercapai kontrol glikemik yang diindikasikan dari nilai GDS.

##### 2. Bagi Keluarga.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk membantu keluarga dalam memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang didiagnosis DM saat menjalankan *self-care*.

##### 3. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi dalam persiapan klien pulang dan perawatan berkelanjutan.

#### 1.5 Rencana penemuan baru

Penelitian ini dapat membuktikan model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya meningkatkan *self-care adherence* klien DM. Dasar teori yang digunakan adalah model *social support* dari Uchino. Model tersebut menampilkan aspek struktur dan aspek fungsional dari *social support* sebagai faktor yang memengaruhi perubahan perilaku seseorang. *Social support* bisa didapatkan klien DM salah satunya didapatkan dari keluarga (*family support*). Pengembangan model yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan memasukkan unsur budaya serta spiritual dalam aspek fungsional dalam keluarga.

Unsur budaya dan spiritual dimasukkan kedalam model dukungan keluarga pada penelitian ini berdasarkan telaah literatur yang mengungkapkan bahwa budaya serta spiritual dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Dalam penelitian ini

mengkhususkan budaya masyarakat Banten yang menggunakan pendekatan spiritual dalam pengobatan atau perawatan saat seseorang sakit. Banten dikenal sebagai suatu daerah yang kental dengan nilai-nilai keislaman dan kebiasaan atau tradisi turun menurun. Pengobatan alternatif seperti meminta air yang sudah didoakan oleh kiai seringkali digunakan sebagai pelengkap pengobatan medis yang sedang dijalani. Pengobatan medis yang berjalan secara berdampingan dengan pengobatan alternatif merupakan ikhtiar yang umum dilakukan masyarakat Banten untuk mencapai kesembuhan atau penerimaan terhadap kondisi sakit yang dialaminya.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu pada penelitian sebelumnya belum memasukkan komponen budaya dan spiritual kedalam model dukungan keluarga untuk mencapai *self-care adherence* klien DM. Pendekatan budaya dan spiritual penting untuk membangun dan mempertahankan motivasi dan efikasi diri klien diabetes melitus dengan ikhlas dan sabar menjalani *self-care* sehingga menurunkan resiko ketidakpatuhan menjalankan *self-care*.

Temuan terbaru dari penelitian ini adalah terbentuknya model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya khususnya menggunakan dasar agama dan nilai budaya Islam dalam pengembangan model terbukti efektif meningkatkan *self-care adherence* klien DM. Peningkatan *self-care adherence* klien DM terbukti membantu tercapainya kestabilan indeks glikemik yang dinilai menggunakan parameter Gula Darah Sewaktu (GDS). Model model dukungan keluarga berbasis spiritual dan budaya ini dapat digunakan pada seting kolaborasi keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas.