



BINA GENERASI ; JURNAL KESEHATAN

EDISI 18 VOLUME (1) SEPTEMBER 2026

p- ISSN : 1979-150X ; e- ISSN: 2621-2919

Website : <https://ejurnal.bigess.ac.id/index.php/kesehatan/>

Email : lppmbiges@gmail.com

AKTUALISASI NILAI SIPAMANDAR DALAM DUKUNGAN KELUARGA PADA PERAWATAN MANDIRI PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2: STUDI FENOMENOLOGI

Irna Megawaty¹, Indrawati^{2*}, Rusti Maya³, Durrah Farhana Kusuma Arum⁴, Rahmania⁵, Crystine Angelina Putri⁶

^{1,2,3,4,5,6}Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi Barat

*Email Corresponding author: indrawati@unsulbar.ac.id

Keywords:

type 2 diabetes mellitus,
self-care, family
support, Sipamandar,
phenomenology

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic condition whose control depends not only on medical therapy but also on sustained self-management supported by the family. Among the Mandar community in West Sulawesi, Indonesia, the cultural value of Sipamandar, reflected in sirondo-rondoi (mutual cooperation), siasayanggi (mutual affection), and sipaingarang (mutual reminding), has not been systematically examined as a framework for family caregiving in T2DM. **Objective:** This study aimed to explore the meaning and actualization of Sipamandar in family support for the self-care practices of patients with T2DM. **Method:** A qualitative phenomenological design was employed. Seven dyads of T2DM patients and their family caregivers in the working area of Puskesmas Totoli, Majene Regency, were recruited through purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and a focus group discussion with local cultural figures, and were analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA). **Result:** Six themes were identified: (1) an uneven, largely experience-based understanding of diabetes, (2) dietary management negotiated within the family rather than fixed from the outset, (3) physical activity that remained simple and was often limited by physical impairment, (4) dynamics of medication adherence, herbal use, and monitoring shaped by access and trust, (5) actualization of Sipamandar, expressed through sipaingarang, sirondo-rondoi, and siasayanggi, as a relational framework for care, often practiced without conceptual recognition of the term itself, and (6) the need for health literacy and services delivered in a culturally familiar manner. **Conclusion:** Family caregiving for T2DM patients among the Mandar community is embedded in the value of Sipamandar, even when the term is not always consciously recognized by participants. Integrating this value into diabetes self-management education is expected to strengthen the consistency and cultural relevance of family-based interventions.

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2) merupakan penyakit metabolik kronis yang

pengendaliannya tidak hanya bergantung pada terapi medis, tetapi juga pada kesinambungan perawatan mandiri yang dilakukan pasien di

lingkungan rumah, termasuk peran aktif keluarga di dalamnya. Secara global, jumlah penyandang diabetes pada tahun 2024 diperkirakan mencapai 589 juta jiwa dan diproyeksikan meningkat menjadi 853 juta jiwa pada tahun 2050 (International Diabetes Federation, 2025). Indonesia menempati peringkat ke-7 dunia dengan jumlah penderita sekitar 10,7 juta jiwa, sementara prevalensi DM di Provinsi Sulawesi Barat tercatat sebesar 1,3% pada penduduk usia ≥ 15 tahun (World Health Organization, 2022; Nurbayani & Nurwahita, 2024). Data ini menegaskan bahwa DM Tipe 2 merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan dan memerlukan pendekatan penanganan yang komprehensif, tidak terbatas pada aspek klinis semata.

Pengelolaan DM Tipe 2 menuntut keterlibatan aktif dan berkelanjutan pasien dalam perawatan mandiri, yang meliputi pengaturan pola makan, aktivitas fisik, kepatuhan terapi, dan pemantauan kadar glukosa darah secara rutin. Keberhasilan perawatan mandiri tersebut sangat dipengaruhi oleh self efficacy, yaitu keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk menjalankan dan mempertahankan perilaku perawatan secara konsisten, yang secara konsisten terbukti berkorelasi dengan kontrol glikemik dan kesejahteraan psikologis pasien DM Tipe 2 (Quynh Anh et al., 2024). Diabetes Self-Management Education (DSME) merupakan intervensi keperawatan yang direkomendasikan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku perawatan mandiri pasien DM, sebagaimana ditunjukkan dalam tinjauan sistematis dan meta-analisis oleh Chowdhury et al. (2024) pada populasi negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penelitian yang dilakukan Megawaty, Harli, Amin, Wabula, dan Indrawati (2023) di Indonesia turut membuktikan bahwa pelibatan pasien dan keluarga secara bersamaan dalam DSME memberikan hasil yang lebih optimal.

Meskipun demikian, sejumlah bukti dari negara berkembang menunjukkan bahwa peningkatan self efficacy yang dicapai melalui DSME cenderung bersifat sementara apabila tidak didukung oleh lingkungan sosial pasien, tingkat literasi kesehatan yang memadai, serta kesesuaian dengan konteks budaya lokal (Diriba, Suen, & Leung, 2023; Butayeva, Ratan, Downie, & Hosseinzadeh, 2023). Sebagian besar

implementasi DSME masih berorientasi individual dan belum secara sistematis mengintegrasikan pendekatan keperawatan keluarga maupun nilai sosial budaya pasien. Padahal, menurut prinsip keperawatan transkultural, intervensi keperawatan akan lebih efektif apabila bersifat culturally congruent, yaitu selaras dengan nilai dan keyakinan yang dianut pasien, sehingga lebih mudah diterima dan dipertahankan dalam jangka panjang (McFarland, Wehbe-Alamah, & Leininger, 2018; Friedman, Bowden, & Jones, 2020).

Pada masyarakat Mandar di Provinsi Sulawesi Barat, terdapat nilai budaya yang disebut Sipamandar, yang tercermin dalam sirondo-rondoi (kerja sama), siasayanggi (saling menyayangi), dan sipaingarang (saling mengingatkan). Nilai-nilai tersebut merupakan bagian integral dari kehidupan keluarga sehari-hari dan secara konseptual sejalan dengan teori kognitif sosial mengenai pembentukan self efficacy melalui pengalaman bersama dan penguatan sosial (Quynh Anh et al., 2024). Hal ini juga didukung oleh temuan Diriba, Leung, dan Suen (2023) bahwa program DSME berbasis keluarga mampu meningkatkan perilaku dukungan caregiver dan status dukungan yang dirasakan pasien DM Tipe 2 secara lebih baik dibandingkan intervensi konvensional tanpa keterlibatan keluarga.

Sejauh penelusuran peneliti, belum terdapat kajian yang secara khusus mengeksplorasi bagaimana nilai Sipamandar diaktualisasikan dalam praktik dukungan keluarga terhadap pasien DM Tipe 2. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pemaknaan dan aktualisasi nilai Sipamandar dalam dukungan keluarga pada perawatan mandiri pasien DM Tipe 2 masyarakat Mandar, sebagai dasar konseptual bagi pengembangan model edukasi keperawatan yang kontekstual dan berkelanjutan.

METODE

Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi untuk mengeksplorasi pemaknaan dan pengalaman hidup partisipan terkait perawatan mandiri DM Tipe 2 serta aktualisasi nilai Sipamandar dalam dukungan keluarga.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Totoli, Kabupaten Majene, Provinsi Sulawesi Barat, yang dipilih karena mencatat kasus DM Tipe 2 yang tinggi serta merepresentasikan komunitas masyarakat Mandar dengan karakteristik sosial budaya yang masih kuat dipertahankan. Pengumpulan data dilaksanakan selama satu bulan untuk memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap pengalaman partisipan serta membangun hubungan saling percaya (rapport) antara peneliti dan komunitas.

Partisipan

Partisipan dipilih menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria: (1) pasien DM Tipe 2 dari suku Mandar, (2) tinggal bersama anggota keluarga inti, (3) telah menjalani perawatan DM minimal satu tahun, dan (4) memahami nilai budaya dalam kehidupan keluarga. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan saturasi data, yaitu tujuh pasangan pasien DM Tipe 2 dan anggota keluarga pendamping (n=14). Selain itu, dilakukan focus group discussion (FGD) bersama tokoh budaya Mandar untuk memperkaya sekaligus memvalidasi pemaknaan nilai Sipamandar dalam konteks asuhan keperawatan keluarga.

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui dua teknik. Pertama, in-depth interview semi-terstruktur pada pasien dan anggota keluarga pendamping, menggunakan panduan wawancara terbuka untuk menggali pemahaman, penghayatan, dan praktik nilai Sipamandar dalam mendukung perawatan mandiri DM, meliputi pengaturan diet, aktivitas fisik, kepatuhan terapi, dan pemantauan gula darah. Wawancara berlangsung selama 60–90 menit, dilaksanakan dalam bahasa Mandar dan/atau bahasa

Indonesia, serta direkam dengan persetujuan partisipan. Kedua, FGD bersama tokoh budaya Mandar dilakukan untuk menggali persepsi budaya terkait peran keluarga dalam perawatan DM sekaligus memvalidasi konten panduan wawancara.

Analisis Data

Data dianalisis menggunakan interpretative phenomenological analysis (IPA) dengan tahapan: transkripsi verbatim dan penerjemahan, pembacaan berulang dan pencatatan awal, identifikasi pernyataan bermakna dan kategori, penyusunan subtema dan tema, interpretasi makna mendalam, serta validasi temuan melalui member checking. Kode R1–R7 digunakan untuk menandai nomor dokumen responden, dengan tambahan huruf P untuk pasien dan K untuk anggota keluarga.

Etika Penelitian

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik institusi. Informed consent diperoleh dari seluruh partisipan disertai penjelasan mengenai risiko dan manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan, serta hak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa konsekuensi apa pun. Data penelitian disimpan secara aman dan hanya dapat diakses oleh tim peneliti.

HASIL

Penelitian ini melibatkan tujuh pasangan pasien DM Tipe 2 dan anggota keluarga pendamping. Usia pasien berkisar antara 50 hingga 70 tahun, dengan tingkat pendidikan pada jenjang dasar hingga menengah, dan lama menderita DM bervariasi dari beberapa bulan hingga sekitar dua dekade. Karakteristik partisipan secara lengkap disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 Hubungan Dukungan Ibu Dengan Kesiapan Remaja Putri Menghadapi Menarche

No.	Inisial	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Anggota Keluarga Pendamping
1	Ny. S	Perempuan	50	Tidak sekolah	IRT	Tn. B (51 tahun)
2	Tn. A	Laki-laki	55	SMP	Wiraswasta	Ny. S (26 tahun)
3	Ny. H	Perempuan	59	SD	Penjual jepa	Ny. S (26 tahun)
4	Tn. S	Laki-laki	70	SMA	Wiraswasta	Ny. N (60 tahun)
5	Ny. B	Perempuan	63	SMP	IRT	Ny. R (24 tahun)

No.	Inisial	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Anggota Keluarga Pendamping
6	Ny. T	Perempuan	64	SD	IRT	Nn. F (24 tahun)
7	Tn. A	Laki-laki	66	SD	Tidak bekerja	Ny. P (52 tahun)

Tema 1: Pemahaman Diabetes Melitus, Pengetahuan Dasar yang Belum Merata

Pemahaman partisipan mengenai DM secara umum bersumber dari pengalaman personal terhadap kadar gula darah dan gejala yang dirasakan, bukan dari penjelasan medis yang bersifat konseptual. Sebagian besar partisipan mampu mengidentifikasi kondisinya sebagai “gula tinggi”, namun belum dapat menjelaskan mekanisme penyakit secara rinci. Konsumsi makanan manis dan faktor keturunan paling banyak disebutkan sebagai penyebab, meskipun ditemukan pula persepsi yang tidak sepenuhnya sesuai dengan kajian medis, seperti anggapan bahwa duduk terlalu lama atau paparan asap saat bekerja turut menjadi pemicu.

Pengetahuan mengenai komplikasi DM juga tidak merata di antara partisipan. Sebagian mampu mengaitkan DM dengan luka yang sulit sembuh dan gangguan penglihatan, sementara sebagian lainnya tidak memiliki pengetahuan mengenai komplikasi sama sekali. Kondisi ini berkaitan dengan terbatasnya paparan terhadap edukasi kesehatan yang formal; pengetahuan partisipan lebih banyak terbentuk melalui pengalaman keluarga, interaksi dengan tetangga, serta informasi yang diperoleh secara insidental dari petugas kesehatan saat pemeriksaan rutin.

Contoh pernyataan bermakna:

“Saya cuman tau kalau saya kena penyakit gula tapi saya nda tau bagaimana itu penyakit gula” (R1-P); “Karena terlalu lama duduk... lama terkena asap” (R3-P); “Ada kapang keturunan... mungkin itu karena makanan” (R5-P).

Tema 2: Pengelolaan Pola Makan, Strategi yang Dinegosiasikan dalam Keluarga

Pengaturan pola makan merupakan bentuk perawatan mandiri yang paling konsisten teridentifikasi pada seluruh transkrip wawancara, meliputi pengurangan konsumsi gula dan makanan manis serta penggantian sumber karbohidrat dengan beras merah, japa, ubi, atau singkong. Keluarga berperan aktif dalam menyiapkan makanan yang sesuai, mengurangi kadar gula pada minuman, serta

mengingatkan pasien mengenai pantangan makanan. Namun demikian, perubahan pola makan tersebut tidak selalu diterapkan secara menyeluruh oleh seluruh anggota keluarga, sehingga pada sejumlah rumah tangga hanya pasien yang benar-benar menjalani modifikasi diet.

Kepatuhan terhadap pengaturan pola makan cenderung bersifat responsif daripada terstruktur sejak awal, ditandai dengan kecenderungan partisipan untuk memperketat pembatasan makanan hanya setelah mengetahui hasil pemeriksaan gula darah yang meningkat. Keinginan terhadap makanan yang dibatasi turut menjadi tantangan yang memengaruhi konsistensi pengendalian pola makan pasien.

Contoh pernyataan bermakna:

“Ibu selalu menyiapkan makanan yang tidak ada gulanya... buat kopi gulanya sedikit” (R2-P); “Kalau tinggi gula ku ya baru ku batasi lagi manis-manis” (R4-P).

Tema 3: Aktivitas Fisik, Kebiasaan Sederhana di Tengah Hambatan Fisik

Aktivitas fisik yang dilakukan partisipan pada umumnya berupa kegiatan yang tergolong ringan dan terintegrasi dengan rutinitas harian, seperti jalan pagi, pekerjaan rumah tangga, atau senam bersama komunitas setempat. Sejumlah keterbatasan fisik, seperti nyeri lutut, kram, dan penurunan sensitivitas pada kaki, membatasi kapasitas aktivitas fisik pada sebagian pasien, sehingga pelaksanaannya cenderung menyesuaikan kondisi tubuh pada hari tersebut dan tidak berlangsung secara terjadwal.

Dalam kondisi tersebut, keluarga berperan mendampingi pasien saat beraktivitas fisik, memberikan dukungan motivasional, serta membantu pelaksanaan senam kaki diabetes yang disesuaikan dengan keterbatasan fisik pasien. Temuan ini mengindikasikan bahwa keberlangsungan aktivitas fisik pasien tidak semata ditentukan oleh pengetahuan mengenai manfaatnya, tetapi juga oleh ketersediaan dukungan keluarga yang dapat menyesuaikan diri dengan kondisi fisik pasien.

Contoh pernyataan bermakna:

“Bapak selalu na temani ka pergi jalan-jalan pagi” (R1-P); “Senam kaki diabetik... di tempat tidur biasanya kakinya digoyang-goyang” (R6-K).

Tema 4: Pengobatan dan Pemantauan, Dinamika Kepatuhan, Herbal, dan Akses

Pengalaman partisipan terkait pengobatan menunjukkan pola yang dinamis, mencakup penggunaan terapi medis dan insulin, penghentian pengobatan secara mandiri, serta penggunaan ramuan tradisional seperti daun buriang, jahe, dan kayu manis. Keputusan untuk beralih dari pengobatan medis ke penggunaan bahan herbal sebagian besar tidak didasarkan pada anjuran tenaga kesehatan, melainkan pada pengalaman pribadi dan kepercayaan terhadap informasi dari lingkungan sosial sekitar.

Kepatuhan terhadap pengobatan sangat dipengaruhi oleh fungsi keluarga sebagai pengingat, baik dalam hal jadwal minum obat maupun jadwal kontrol ke fasilitas kesehatan. Pemantauan kadar gula darah bervariasi, mulai dari yang dilakukan secara rutin setiap minggu hingga yang hanya dilakukan pada saat muncul keluhan, dengan hambatan yang lebih banyak berkaitan dengan aspek keterbatasan mobilitas dan biaya transportasi dibandingkan aspek pengetahuan.

Contoh pernyataan bermakna:

“Sekarang nda minum ka obat... pola makan ku jhe ku atur... minum daun buriang” (R1-P); “Ada suntiknya jam 7... dan malam... anak ku selalu ingatkan” (R3-P).

Tema 5: Sipamandar, Nilai Budaya yang Terpraktikkan Meski Tidak Selalu Disadari

Pemahaman partisipan terhadap istilah Sipamandar secara konseptual tidak selalu eksplisit; sebagian partisipan menyatakan belum pernah mendengar istilah tersebut secara langsung. Namun, setelah nilai-nilai yang lebih konkret seperti siasayanggi, sirondo-rondoi, dan sipaingarang diperkenalkan, hampir seluruh partisipan mampu mengidentifikasi bahwa nilai-nilai tersebut telah dipraktikkan dalam keseharian mereka, melalui perilaku mengingatkan obat dan pantangan makanan, mendampingi kontrol kesehatan, memasak, memberikan pijatan, bergantian menjaga, serta memberikan dukungan emosional dan bantuan finansial. Temuan ini mengindikasikan bahwa pengetahuan budaya pada partisipan bersifat tacit, yaitu terinternalisasi dalam praktik

keseharian tanpa selalu disertai kesadaran konseptual terhadap nilai yang mendasarinya.

Pembagian peran dalam pelaksanaan dukungan tersebut bersifat fleksibel, tanpa penugasan formal terhadap anggota keluarga tertentu. Partisipan pasien menggambarkan bahwa dukungan tersebut memberikan dampak psikologis berupa perasaan diperhatikan dan tidak terisolasi dalam menghadapi kondisi penyakitnya, sehingga nilai budaya ini berfungsi sebagai kerangka relasional yang mendasari praktik dukungan keluarga dalam perawatan mandiri DM.

Contoh pernyataan bermakna:

“Diterapkan jhe... mungkin tidak disadari... bapak biasa yang masak... selalu ditemani [olahraga]” (R1-P); “Na rawat, na pijit... na masakkan... bergantian jaga... na doakan” (R3-P).

Tema 6: Kebutuhan Penguatan Perawatan, Literasi, Akses Layanan, dan Edukasi Berbasis Budaya

Hampir seluruh partisipan mengemukakan kebutuhan akan peningkatan informasi mengenai DM dan tata cara perawatan yang tepat. Harapan yang disampaikan kepada tenaga kesehatan relatif konsisten, meliputi pemeriksaan yang terjangkau, sosialisasi kesehatan yang dilaksanakan secara rutin, edukasi yang mudah dipahami, serta kunjungan rumah bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas. Sebagian partisipan turut menyampaikan bahwa penyampaian edukasi menggunakan bahasa dan nilai budaya Mandar akan lebih mudah dipahami dibandingkan penyampaian dengan istilah medis formal.

Contoh pernyataan bermakna:

“Kalau bisa ada kunjungan rumah... bahasa Mandar lebih mudah dipahami” (R4-P/K); “Pemeriksaan per bulan beserta sosialisasi/edukasi... bisa saling bertemu dan sharing” (R6-K).

PEMBAHASAN

Secara keseluruhan, keenam tema yang teridentifikasi menggambarkan kondisi yang lazim ditemukan pada penyakit kronis, yaitu adanya upaya perawatan yang telah dilakukan pasien dan keluarga, namun belum sepenuhnya didasarkan pada pemahaman yang terstruktur. Pemahaman partisipan mengenai DM yang lebih bersifat pengalaman personal dibandingkan

pengetahuan konseptual bukan mengindikasikan rendahnya kepedulian partisipan terhadap kondisinya, melainkan mencerminkan keterbatasan akses terhadap edukasi kesehatan yang formal. Kondisi ini konsisten dengan Butayeva et al. (2023) yang mengemukakan bahwa literasi kesehatan yang terbatas merupakan salah satu faktor yang menyebabkan hasil edukasi diabetes sulit dipertahankan dalam jangka panjang.

Pola serupa turut teridentifikasi pada pengelolaan pola makan dan pengobatan, yang cenderung dilaksanakan secara reaktif berdasarkan hasil pemeriksaan gula darah, bukan sebagai kebiasaan yang dipertahankan secara konsisten sejak awal. Berdasarkan konsep self efficacy sebagaimana dikaji oleh Quynh Anh et al. (2024), temuan ini mengindikasikan bahwa keyakinan diri partisipan terhadap kemampuan merawat diri belum sepenuhnya terinternalisasi, sehingga perilaku perawatan lebih banyak muncul sebagai respons terhadap kondisi yang memburuk, bukan sebagai tindakan preventif yang konsisten. Dalam konteks ini, dukungan keluarga memiliki peran penting, tidak hanya sebagai pengingat teknis, tetapi juga sebagai sumber penguatan yang berpotensi meningkatkan stabilitas keyakinan diri pasien, sebagaimana ditunjukkan oleh Diriba et al. (2023) dan Megawaty et al. (2023) bahwa DSME yang melibatkan keluarga secara aktif memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan pendekatan yang berorientasi individual.

Meskipun demikian, temuan ini juga memunculkan catatan kritis yang perlu diperhatikan, yaitu bahwa besarnya dukungan keluarga tidak serta-merta berkorelasi dengan peningkatan kemandirian pasien. Pada sejumlah partisipan, peran keluarga dalam mengingatkan jadwal obat, menyiapkan makanan, hingga menentukan waktu pemeriksaan menunjukkan posisi pasien yang relatif pasif dalam proses perawatan dirinya sendiri. Apabila pola ini berlangsung tanpa disertai penguatan self efficacy pasien secara eksplisit, terdapat risiko terbentuknya ketergantungan terhadap keluarga alih-alih peningkatan kemandirian pasien. Temuan ini menunjukkan bahwa model edukasi keperawatan yang akan dikembangkan perlu dirancang agar keluarga berfungsi sebagai penguat keyakinan diri pasien, bukan sebagai pengganti peran pasien dalam perawatan mandirinya.

Temuan yang paling substansial dalam penelitian ini adalah aktualisasi nilai Sipamandar, melalui sipaingarang, sirondorondoi, dan siasayanggi, sebagai kerangka relasional yang mendasari praktik dukungan keluarga, meskipun istilah tersebut tidak selalu dikenali secara konseptual oleh partisipan. Kondisi ini menggambarkan karakteristik pengetahuan budaya yang bersifat tacit. Dalam kerangka keperawatan transkultural, kondisi tersebut merepresentasikan peluang intervensi, karena intervensi keperawatan akan lebih mudah diterima apabila dibangun di atas nilai yang telah dipraktikkan, bukan diperkenalkan sebagai konsep baru yang asing bagi pasien dan keluarga (McFarland, Wehbe-Alamah, & Leininger, 2018; Friedman et al., 2020). Dengan demikian, pengembangan DSME berbasis nilai Sipamandar tidak dimaksudkan untuk memperkenalkan nilai baru kepada keluarga Mandar, melainkan untuk menamai dan mengarahkan praktik yang telah berjalan, sehingga dukungan keluarga yang semula bersifat spontan dapat menjadi lebih terstruktur dan disadari maknanya.

Kebutuhan partisipan terhadap layanan kesehatan yang lebih terjangkau dan edukasi yang disampaikan dalam bahasa serta nilai lokal, sebagaimana teridentifikasi pada Tema 6, menunjukkan bahwa kesenjangan yang ada tidak semata disebabkan oleh keterbatasan informasi, tetapi juga oleh metode penyampaian informasi tersebut. DSME konvensional yang bersifat seragam dan kurang mempertimbangkan konteks keseharian keluarga belum sepenuhnya menjawab kebutuhan tersebut. Pengintegrasian materi edukasi DM dengan nilai Sipamandar berpotensi menjembatani kesenjangan ini, sejalan dengan rekomendasi Diriba, Suen, dan Leung (2023) bahwa DSME yang dirancang secara kultural dan melibatkan keluarga cenderung lebih mudah diterima pada populasi negara berkembang. Pendekatan ini juga relevan dengan upaya pembangunan kesehatan yang menempatkan keluarga dan kearifan lokal sebagai modal sosial, khususnya pada layanan kesehatan primer di wilayah dengan keterbatasan sumber daya seperti Kabupaten Majene.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan temuan. Jumlah partisipan sebanyak tujuh pasangan responden telah mencapai saturasi data, namun tetap terbatas

dalam menangkap keragaman pengalaman keluarga Mandar secara lebih luas. Pada sebagian wawancara, kontribusi anggota keluarga cenderung lebih dominan dibandingkan pasien, sehingga interpretasi pada tema tertentu berpotensi lebih mencerminkan perspektif pendamping. Selain itu, pengenalan istilah Sipamandar oleh pewawancara sebelum sesi wawancara berlangsung turut berpotensi memengaruhi respons partisipan, sehingga temuan pada Tema 5 perlu dimaknai sebagai refleksi partisipan terhadap nilai yang diingatkan kembali, bukan semata pengetahuan budaya yang muncul tanpa stimulus dari peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Butayeva, J., Ratan, Z. A., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Diabetes*, 15(9), 724–735.
- Chowdhury, H. A., Harrison, C. L., Siddiquea, B. N., Tissera, S., Afroz, A., Ali, L., Joham, A. E., Billah, B., & Werfalli, M. M. (2024). The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(2), e0297328.
- Diriba, D. C., Leung, D. Y. P., & Suen, L. K. P. (2023). Effects of family-based diabetes self-management education and support programme on support behaviour amongst adults with type 2 diabetes in Western Ethiopia. *Scientific Reports*, 13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-48049-w>
- Diriba, D. C., Suen, L. K. P., & Leung, D. Y. P. (2023). Effects of a culturally tailored, family-supported, community-based self-management education and support program on clinical outcomes among adults with type 2 diabetes in Western Ethiopia: A pilot randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 40(6), e15094.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2020). *Family nursing: Research, theory, and practice* (6th ed.). Pearson.
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.
- McFarland, M. R., Wehbe-Alamah, H. B., & Leininger, M. M. (2018). *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
- Megawaty, I., Harli, K., Amin, M., Wabula, I., & Indrawati. (2023). Efektifitas DSME pada penderita dan keluarga terhadap penurunan kadar gula darah. *J-HEST: Journal of Health, Education, Economics, Science, and Technology*, 5(2), 278–286.
- Nurbayani, & Nurwahita. (2024). Faktor risiko diabetes mellitus di Kabupaten Majene. *Jurnal Kesehatan Marendeng*, (3), 156–163.
- Quynh Anh, L. H. T., Quoc Huy, N. V., Minh Tam, N., Wens, J., Derese, A., Peersman, W., Ha My, V. N., Thang, T. B., Phuong Anh, N. T., Truc Ly, T. T., & Pype, P. (2024). Exploring the relationships between self-efficacy, self-care, and glycaemic control in primary care diabetes management. *SAGE Open Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1177/20503121241310016>
- World Health Organization. (2022). *Global report on diabetes*. Geneva: World Health Organization.