

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Pada penelitian dilakukan di dua wilayah yaitu wilayah perkotaan dan pedesaan yang berada di wilayah provinsi DIY. Peneliti menentukan wilayah perkotaan di Kota Yogyakarta, sedangkan wilayah pedesaan di wilayah Kabupaten Bantul. Kota Yogyakarta berkedudukan sebagai Ibukota Provinsi DIY dan merupakan satu-satunya daerah tingkat II yang berstatus Kota di samping 4 daerah tingkat II lainnya yang berstatus Kabupaten. Wilayah Kota Yogyakarta terbentang antara $110^{\circ} 24' 19''$ sampai $110^{\circ} 28' 53''$ Bujur Timur dan $7^{\circ} 15' 24''$ sampai $7^{\circ} 49' 26''$ lintang selatan dengan ketinggian rata-rata 114 m di atas permukaan laut. Kota Yogyakarta memiliki luas wilayah tersempit dibandingkan dengan daerah tingkat II lainnya, yaitu $32,5 \text{ Km}^2$ yang berarti 1,025% dari luas wilayah Provinsi DIY. Dengan luas 3.250 hektar tersebut terbagi menjadi 14 Kecamatan, 45 Kelurahan, 617 RW, dan 2.531 RT, serta dihuni oleh 428.282 jiwa dengan kepadatan rata-rata 13.177 jiwa/Km^2 (Pemerintah Kota Yogyakarta, 2023).

Kabupaten Bantul merupakan salah kabupaten yang berada di wilayah provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Wilayah Kabupaten Bantul terdiri dari daerah dataran yang terletak pada bagian tengah dan daerah perbukitan yang terletak pada bagian timur dan barat, serta kawasan pantai di sebelah selatan. Kondisi bentang alam tersebut relatif membujur dari utara ke selatan. Secara geografis, Kabupaten Bantul terletak antara $14^{\circ}04'50''$ - $27^{\circ}50'50''$ Lintang Selatan dan $110^{\circ}10'41''$ - $110^{\circ}34'40''$ Bujur Timur. Di sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Gunungkidul, di sebelah utara berbatasan dengan Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman, di sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo, dan di sebelah selatan berbatasan dengan Samudra Hindia. Luas wilayah Kabupaten Bantul adalah $506,85 \text{ Km}^2$, terdiri dari 17 kecamatan yang dibagi menjadi 75 desa dan 933 pedukuhan (Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta, 2023).

Pada wilayah perkotaan peneliti memilih Puskesmas Mergangsan sebagai representatif Puskesmas wilayah perkotaan. Puskesmas Mergangsan merupakan salah satu dari 18 Puskesmas yang berada di wilayah administratif Kota Yogyakarta (Pemerintah Kota Yogyakarta, 2023). UPT Puskesmas Mergangsan merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berada di Kecamatan Mergangsan tepatnya berada di Jalan Tamansiswa Gang Brajapermana II/1168 RT 68, RW 22, Kelurahan Wirogunan, Kecamatan Mergangsan, Kota Yogyakarta. Luas wilayah kerja UPT Puskesmas Mergangsan meliputi seluruh luas wilayah kecamatan Mergangsan seluas 2,31 km² yang dibagi atas 3 kelurahan yaitu Kelurahan Brontokusuman 23 RW dan 82 RT, Kelurahan Keparakan 13 RW dan 58 RT, Kelurahan Wirogunan 24 RW dan 74 RT (Puskesmas Mergangsan, 2022).

Puskesmas Mergangsan memiliki banyak program dalam mengatasi penyakit tidak menular. Salah satunya PROLANIS pada penyakit DM. Pada program PROLANIS ini Puskesmas Mergangsan memberikan nama program Bolo Gendis. Bolo gendis memiliki beberapa program diantaranya, pengobatan rutin yang dilakukan pada hari Sabtu. Program cek HBA1C yang dilakukan setiap tiga bulan sekali. Cek gula darah puasa setiap satu bulan sekali. Program edukasi dan senam yang dilakukan setiap bulan (Puskesmas Mergangsan, 2022).

Pada wilayah pedesaan peneliti memilih Puskesmas Pandak I sebagai representatif Puskesmas wilayah pedesaan, karena puskesmas Pandak I memiliki angka kejadian tertinggi di Wilayah Kabupaten Bantul. Puskesmas Pandak I merupakan salah satu puskesmas dari 27 puskesmas di Kabupaten Bantul. UPT Puskesmas Pandak I merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berada di Kecamatan Pandak tepatnya berada di Jl. Sedayu-Gesikan, Gesikan I, Wijirejo, Kec. Bantul, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Wilayah kerja puskesmas Pandak I meliputi 2 desa yaitu Desa Wijirejo dan Desa Gilangharjo dengan luas wilayah kerja 4,68 km² di wilayah Wijirejo dan 7,26 km² (Puskesmas Pandak I, 2022).

Puskesmas Pandak I memiliki program untuk mengatasi penyakit tidak menular yaitu PROLANIS. Pada program PROLANIS DM puskesmas Pandak I memiliki beberapa program yaitu, Pengobatan rutin, edukasi, senam, kunjungan rumah. Program ini dilakukan setiap bulan (Puskesmas Pandak I, 2022).

2. Analisis Hasil

a. Analisis Univariat

1) Karakteristik responden

Karakteristik responden pada penelitian disajikan dalam bentuk tabel 4.1:

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Perkotaan (Puskesmas Mergangsan) dan Wilayah Pedesaan (Puskesmas Pandak I), Juni 2023 (n=23)

Wilayah	Karakteristik	f (%)	Median (Min-Max)	Mean \pm SD
Perkotaan	Usia (Tahun)			61,17 \pm 9,094
	Lama menderita (Tahun)		4,00 (1-27)	
	Jenis kelamin:			
	Laki-laki	8 (34,8)		
	Perempuan	15 (65,2)		
	Pekerjaan:			
	Tidak Bekerja	3 (13,0)		
	Ibu Rumah Tangga	6 (26,1)		
	PNS/POLRI/BUMN/Pensiunan	7 (30,4)		
	Pegawai Swasta	4 (17,4)		
	Petani/Buruh	1 (4,3)		
	Lainnya (<i>Driver</i> dan <i>Pedagang</i>)	2 (8,7)		
	Pendidikan:			
SD	1 (4,3)			
SMP	4 (17,4)			
SMA/SMK	11 (47,8)			
D3/S1 (Perguruan Tinggi)	7 (30,4)			
Pedesaan	Usia (Tahun)			56,48 \pm 6,409
	Lama menderita (Tahun)		4,00 (1-10)	
	Jenis kelamin:			
	Laki-laki	8 (34,8)		
	Perempuan	15 (65,2)		
	Pekerjaan:			
	Tidak Bekerja	1 (4,3)		
Ibu Rumah Tangga	8 (34,8)			

PNS/POLRI/BUMN/Pensiunan	2 (8,7)
Pegawai Swasta	0 (0)
Petani/Buruh	8 (34,8)
Lainnya (Pramusaji, Pedagang, <i>Driver</i>)	4 (17,4)
Pendidikan:	
SD	3 (13,0)
SMP	8 (34,8)
SMA/SMK	9 (39,1)
D3/S1 (Perguruan Tinggi)	3 (13,0)

Sumber: Data Primer,2023

Pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden yang menderita DM tipe II di wilayah perkotaan lebih tua dibandingkan wilayah pedesaan, yaitu $61,17 \pm 9,09$ tahun untuk perkotaan $56,48 \pm 6,41$ tahun untuk pedesaan. Karakteristik lama menderita pada pasien DM tipe II wilayah perkotaan memiliki lama menderita lebih lama dibandingkan wilayah pedesaan, yaitu dengan lama menderita 4 tahun dengan rentang skor 1-27 tahun untuk wilayah perkotaan, dan lama menderita 4 tahun dengan rentang skor 1-10 tahun untuk wilayah pedesaan. Jenis kelamin pada responden yang menderita DM tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan memiliki kesamaan yaitu sama-sama didominasi jenis kelamin perempuan. Di wilayah perkotaan dan pedesaan jenis kelamin perempuan berjumlah 15 responden (65,2%) dari 23 responden di setiap wilayahnya.

Karakteristik pekerjaan pada responden DM tipe II di wilayah perkotaan sebagian besar bekerja sebagai PNS/POLRI/BUMN/Pensiunan sebesar 7 responden (30,7%) dari 23 responden sedangkan di wilayah pedesaan sebagian besar bekerja sebagai petani/buruh dan sebagai ibu rumah tangga sebesar 8 responden (34,8%) dari 23 responden. Tingkat pendidikan pada responden DM tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan sebagian besar berpendidikan SMA/SMK, yaitu sebesar 11 responden (47,8%) dari 23 responden untuk wilayah perkotaan sedangkan wilayah pedesaan 9 (39,1%) dari 23 responden.

2) Gambaran Manajemen Diri

Gambaran manajemen diri disajikan pada tabel 4.2:

Tabel 4. 2 Gambaran Manajemen Diri Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Wilayah Perkotaan (Puskesmas Mergangsan) dan Wilayah Pedesaan (Puskesmas Pandak I), Juni 2023 (n=23)

Wilayah	Variabel	Rentang Skor	Median (Min-Max)	Mean±SD
Perkotaan	Manajemen Diri	0-48	-	26,17±6,692
	Aspek Aktivitas Fisik	0-9	-	4,04±2,383
	Aspek Manajemen Glukosa	0-15	7,00 (4-15)	-
	Aspek Diet	0-12	6,00 (4-12)	-
	Aspek Perawatan Kesehatan	0-12	8,00 (2-12)	-
Pedesaan	Manajemen Diri	0-48	-	38,04±5,381
	Aspek Aktivitas Fisik	0-9	-	6,30±1,941
	Aspek Manajemen Glukosa	0-15	14,00 (5-15)	-
	Aspek Diet	0-12	10,00 (3-12)	-
	Aspek Perawatan Kesehatan	0-12	9,00 (4-12)	-

Sumber: Data Primer, 2023

Gambaran skor manajemen diri pada responden DM tipe II di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, dengan skor rata-rata 26,17±6,692 untuk wilayah perkotaan dan 38,04±5,381 untuk wilayah pedesaan. Gambaran skor aktivitas fisik pada responden DM tipe II di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, dengan nilai rata-rata 4,04±2,383 untuk wilayah perkotaan dan 6,30±1,941 untuk wilayah pedesaan.

Gambaran pada aspek manajemen gula darah di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan di wilayah perkotaan, yaitu dengan skor 7 dan berada dalam rentang skor 4-15 untuk wilayah perkotaan dan untuk wilayah pedesaan dengan skor 14 dan berada dalam rentang skor 5-14. Sementara

pada gambaran aspek diet di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, yaitu dengan skor 6 dan berada dalam rentang skor 4-12 untuk wilayah perkotaan dan untuk wilayah pedesaan dengan skor 10 dan berada dalam rentang skor 3-12 dengan. Gambaran pada aspek perawatan kesehatan di wilayah pedesaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, yaitu dengan skor 8 dan berada dalam rentang skor 2-12 untuk wilayah perkotaan dan untuk wilayah pedesaan dengan skor 9 dan berada dalam rentang skor 4-12. Artinya semakin tinggi nilai yang diperoleh maka semakin baik manajemen dirinya.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat pada penelitian ini disajikan dalam tabel 4.3:

Tabel 4. 3 Perbedaan Manajemen Diri Responden Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Perkotaan (Puskesmas Mergangsan) Dan Wilayah Pedesaan (Puskesmas Pandak I), Juni 2023 (n=23)

Variabel	Mean±SD		Mean Difference	p-value
	Perkotaan	Pedesaan		
Manajemen Diri	26,17±6,692	38,04±5,381	-11,870	<0,001*
Aspek Aktivitas fisik	4,04±2,383	6,30±1,941	-2,61	<0,001*
Aspek Manajemen Glukosa	7,78±2,282	13,04±2,495	-4,679	<0,001*
Aspek Diet	6,74±2,359	9,22±2,392	-3,194	<0,001*
Aspek Perawatan Kesehatan	7,61±2,169	9,48±1,997	-3,140	<0,001*

*) Signifikan <0,001 Sumber: Data Primer,2023

Pada tabel 4.4 menunjukkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara manajemen diri pasien DM tipe II di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Dimana manajemen diri di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan wilayah perkotaan, dengan nilai *p-value* 0,000 <0,001 dengan perbedaan *mean deffrence* -11,870. Hasil Analisa bivariat pada aspek aktivitas fisik menunjukkan hasil terdapat perbedaan yang signifikan antara aktivitas fisik di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Dimana aspek aktivitas fisik di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* 0,001 <0,001 dengan perbedaan *mean deffrence* -2,61.

Hasil Analisa bivariat pada aspek manajemen glukosa menunjukkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara manajemen glukosa di

wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Dimana aspek manajemen glukosa di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* $0,000 < 0,001$ dengan perbedaan *mean deffrence* $-4,679$. Sementara hasil analisa bivariat pada aspek diet menunjukkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara diet di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Dimana aspek diet di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* $0,001 < 0,001$ dengan perbedaan *mean deffrence* $-3,194$. Hasil analisa bivariat pada aspek perawatan kesehatan menunjukkan hasil terdapat perbedaan yang signifikan antara perawatan kesehatan di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Dimana aspek perawatan kesehatan di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* $0,002 < 0,001$ dengan perbedaan *mean deffrence* $-3,140$.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa rata-rata usia pasien DM tipe II di wilayah perkotaan yaitu $61,17 \pm 9,094$ tahun sedangkan di wilayah pedesaan usia rata-ratanya $56,48 \pm 6,409$ tahun. Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Milita,dkk (2021) di Kota Jakarta pada 57 responden usia mayoritas pada pasien DM tipe II berada dalam rentang 60-64 tahun sebanyak 38 responden (67%). penelitian yang dilakukan oleh Rusila,dkk (2023) dengan jumlah responden 23 penelitian ini dilakukan di Desa Karangasem menunjukkan hasil yang sama bahwa usia pasien DM tipe II di wilayah pedesaan mayoritas berada di rentang 56-61 tahun sebanyak 10 responden (43,47%). Penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) di kabupaten bulukumba dengan jumlah responden di perkotaan 140 responden sedangkan di pedesaan 70 responden. Penelitian ini menunjukkan hasil yang sama dimana usia pasien DM tipe 2 di wilayah perkotaan dan pedesaan berada

di rentang 56-65 tahun. Pada wilayah perkotaan terdapat 66 responden (46,1%) yang ber usia di rentang 56-65. Sedangkan di wilayah pedesaan terdapat 32 responden 45,7% .

Semakin bertambahnya usia maka akan terjadi perubahan fisiologis. Dimana fungsi organ tubuh yang biasanya bekerja sebagaimana mestinya karena faktor usia maka organ tersebut akan mengalami penurunan dalam menjalankan fungsinya. Pada usia 40-65 tahun keatas biasanya akan terjadi resistensi insulin, maka dari itu pada penderita DM terbanyak pada usia 40-65 tahun (Ningrum,dkk 2021).

b. Lama menderita

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai tengah pada lama menderita DM tipe II pada responden di wilayah perkotaan adalah 4 tahun dengan lama menderita terendah 1 tahun dan tertinggi adalah 27 tahun. Sedangkan di wilayah pedesaan lama menderita 4 tahun dengan lama menderita terendah 1 tahun dan lama menderita tertinggi adalah 10 tahun. Dengan demikian responden di wilayah perkotaan memiliki lama menderita yang lebih lama jika dibandingkan dengan wilayah pedesaan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lintang,dkk (2020) yang dilakukan di Kota Bandar Lampung dengan jumlah responden 40 menunjukkan hasil bahwa lama responden menderita DM tipe 2 di Kota Bandar Lampung sebagian besar pada kategori >10 tahun sebanyak 19 responden (47,5). Sedangkan lama menderita di wilayah pedesaan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Paris,dkk (2023) di Desa Telaga Kecamatan Telaga Kabupaten Gorontalo dengan jumlah responden 66 menunjukkan hasil bahwa lama menderita DM tipe 2 di Desa Telaga sebagian besar lama menderitanya 1-10 tahun sebanyak 45 responden (68,2%).

Penelitian yang dilakukan Ningrum,dkk (2019) berbeda dengan penelitian ini. Karena menurutnya pasien DM tipe II yang sudah lama menderita tentunya lebih paham pentingnya manajemen diri, karena orang yang telah lama menderita ini sudah beradaptasi dengan

penyakitnya sehingga regimen pengobatan dan manajemen diri lebih baik. Selain itu penderita DM yang sudah bertahun-tahun didiagnosa memiliki pengalaman terkait manajemen diri sehingga manajemen dirinya lebih baik dibandingkan pasien yang baru saja terdiagnosa DM. Jika dilihat pada tabel 4.2 dimana rata-rata nilai manajemen diri di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan nilai rata-rata manajemen diri di wilayah perkotaan sedangkan lama menderita di wilayah perkotaan lebih lama jika dibandingkan dengan di wilayah pedesaan.

c. Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang menderita DM tipe II baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan adalah perempuan sebanyak 15 responden (65,2%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) di Kabupaten Bulukumba dengan jumlah responden di perkotaan 140 responden sedangkan di pedesaan 70 responden. Penelitian ini menunjukkan hasil yang sama bahwa mayoritas responden perempuan yang menderita diabetes mellitus tipe 2 di wilayah Perkotaan dan pedesaan yaitu 82 responden (58,6%) dan 44 responden (62,9%).

Penelitian lain menunjukkan hasil yang sama bahwa mayoritas yang menderita DM tipe 2 di wilayah perkotaan adalah perempuan dengan jumlah 23 responden (57,5) dari total 40 responden (Lintang,dkk 2020). Sedangkan di wilayah pedesaan ditemukan hasil yang sama dimana yang menderita DM tipe sebagian besar adalah perempuan dengan jumlah 49 (74,2%) dari total 66 responden.

Jenis kelamin termasuk salah satu faktor yang berhubungan dengan terjadinya diabetes mellitus tipe 2. Perempuan cenderung lebih berisiko terkena diabetes mellitus tipe 2. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki kolesterol yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki dan juga terdapat perbedaan dalam melakukan semua aktivitas dan gaya hidup sehari-hari yang sangat mempengaruhi kejadian diabetes mellitus tipe 2

(Wahyuni & Alkaff, 2013). Jumlah lemak pada laki-laki 15-20% dari berat badan sedangkan perempuan 20-25% dari berat badan. Jadi peningkatan kadar lemak pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, sehingga faktor terjadinya diabetes mellitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali (Imelda, 2019). Wanita lebih berisiko mengidap diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan 15 (premenstrual syndrome), pasca-menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita berisiko menderita diabetes mellitus tipe 2 (Wahyuni & Alkaff, 2013).

d. Pekerjaan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan masyarakat di wilayah perkotaan bekerja sebagai PNS/TNI/BUMN/Pensiunan sebanyak 7 responden (30,4%) dari total 23 responden. Sedangkan di wilayah pedesaan sebagian besar bekerja sebagai petani/buruh dan Ibu rumah tangga sebesar 8 responden (30,8%) dari total 23 responden. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syam (2022) dengan jumlah responden di wilayah perkotaan 94 responden sedangkan wilayah pedesaan 104 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan responden di wilayah perkotaan sebagian besar bekerja sebagai PNS/TNI/BUMN/Pensiunan sebanyak 23 (24,5%) dari total 94 responden. Sementara di wilayah pedesaan responden sebagian besar bekerja sebagai petani/ buruh sebanyak 56 (28,3%) dari total 104 responden.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) di Kabupaten Bulukumba dengan jumlah responden 140 di wilayah perkotaan dan 70 di wilayah pedesaan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pekerjaan masyarakat perkotaan dan pedesaan adalah sebagai ibu rumah tangga, di wilayah perkotaan terdapat 47 responden (33,0%) dari total 140 responden. Sedangkan di

wilayah pedesaan terdapat 26 responden (37,1%) dari total 70 responden.

Pekerjaan ini merupakan salah satu faktor yang memiliki pengaruh terhadap manajemen diri. Pekerjaan yang dilakukan sebagai rutinitas ini dapat disebut sebagai aktivitas fisik (Ningrum,dkk 2019). aktivitas fisik sebagai gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi termasuk aktivitas yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi (Riyadi, 2015). Aktivitas fisik yang dilakukan setiap hari dengan rutin dapat meningkatkan sensitifitas reseptor insulin sehingga glukosa dapat diubah menjadi energi melalui metabolisme. Sehingga dengan demikian aktivitas fisik dapat menurunkan kadar glukosa dara pada pasien DM tipe II (Nurayati & Adriani, 2017). Jika dilihat pada tabel 4.3 manajemen diri masyarakat pedesaan lebih baik dibandingkan masyarakat perkotaan karena pada penelitian ini pekerjaan masyarakat pedesaan membutuhkan lebih banyak energi dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Dimana masyarakat pedesaan sebagian besar bekerja sebagai petani/buruh sedangkan masyarakat perkotaan bekerja kantoran.

e. Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan masyarakat di wilayah perkotaan maupun di wilayah pedesaan berpendidikan SMA/SMK. Wilayah perkotaan responden yang berpendidikan SMA/SMK sebanyak 11 responden (47,8%) dari total 23 responden.

Sementara di wilayah pedesaan responden yang berpendidikan SMA/SMK sebanyak 9 responden (39,1%) dari total 23 responden. Meskipun Pendidikan di wilayah perkotaan dan pedesaan memiliki kesamaan Pendidikan tertinggi SMA akan tetapi jika dilihat pada tabel 4.1 bahwa Pendidikan SMA di wilayah perkotaan lebih tinggi dibandingkan wilayah pedesaan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pahlawati & Purwo (2019) yang dilakukan di Kota Samarinda dengan jumlah 111 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan pada masyarakat kota sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 40 responden (36,0%). Sedangkan penelitian di wilayah pedesaan yang dilakukan oleh Arimbi,dkk (2020) di Desa Rejosari Pekanbaru dengan jumlah 35 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan pada masyarakat pedesaan mayoritas berpendidikan SMA sebanyak 11 orang (31,4%) dari total 35 responden. Dari kedua penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pendidikan di wilayah perkotaan dan pedesaan sebagian besar berpendidikan SMA akan tetapi di wilayah perkotaan pendidikan SMA lebih banyak jika dibandingkan dengan wilayah pedesaan.

Penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) bahwa pendidikan di wilayah perkotaan didominasi berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 38 responden (27,1%) dari total 140 responden, sedangkan di wilayah pedesaan pendidikan didominasi SMA/SMK sebanyak 27 responden (38,6) dari total 70 responden. Pendidikan ini sangat berpengaruh dengan manajemen diri. Semakin pendidikannya tinggi maka semakin tinggi pula manajemen dirinya. Karena Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi pada umumnya memiliki pengetahuan yang baik terkait perilaku perawatan diri dan keterampilan manajemen diri yang baik, karena seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki perilaku positif, terbuka, dan objektif dalam menerima informasi (Ningrum,dkk 2019). Jika dilihat dalam penelitian ini pendidikan di wilayah perkotaan dan pedesaan itu pendidikan tertinggi itu sama-sama berpendidikan SMA, akan tetapi manajemen diri di wilayah pedesaan lebih baik jika dibandingkan manajemen diri di wilayah perkotaan. Karena faktor yang mempengaruhi manajemen diri ini tidak hanya pendidikan saja akan tetapi banyak faktor. Seperti karakteristik tempat tinggal.

Tempat tinggal pasien DM mempengaruhi manajemen diri, karena masyarakat pedesaan dan perkotaan memiliki kebiasaan dan kebudayaan yang berbeda. Masyarakat perkotaan lebih cenderung memiliki manajemen yang buruk karena masyarakat perkotaan memiliki kebiasaan makan makanan cepat saji hal ini disebabkan karena di wilayah perkotaan dekat *mall*, restoran dan *supermarket* (Burhan, 2019). Sedangkan masyarakat pedesaan makan makanan yang lebih sehat dan sangat jarang mengkonsumsi makanan cepat saji. Dimana masyarakat pedesaan lebih sering mengkonsumsi makanan dari hasil olah pertanian. Selain itu aktivitas fisik masyarakat pedesaan baik karena pekerjaan masyarakat pedesaan yang mayoritas petani dan buruh. Pekerjaan tersebut membutuhkan lebih banyak energi. Apabila pekerjaan tersebut dilakukan sebagai rutinitas maka dapat mengontrol kadar gula darah (Awaliah,2021).

2. Manajemen Diri Di Wilayah Perkotaan

Pada penelitian ini manajemen diri pada pasien DM tipe II di wilayah perkotaan rata-rata skor manajemen dirinya $26,17 \pm 6,692$. Menurut penelitian yang dilakukan Fatimah (2016) di Kota Tangerang manajemen diri kategori baik nilainya $> \text{mean } 26,23$ sedangkan kategori kurang baik $< \text{dari mean } 26,3$. Sehingga apabila dikategorikan manajemen diri pada pasien DM tipe II di wilayah perkotaan ini termasuk dalam kategori kurang baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Raepunya (2020) di Puskesmas Kraton Yogyakarta yang terdiri dari 30 responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki *self management* kurang baik yaitu 20 responden (66,7%). Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian Kumalasari & Fitroh Asriyadi pada tahun 2020 di Puskesmas Palaran Kota Samarinda dengan hasil penelitian sebagian besar responden memiliki manajemen diri yang kurang baik yaitu sebesar 54,3%. Penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2016) di Kota Tangerang menunjukkan hasil yang sama yaitu manajemen diri kurang baik di wilayah Kota Tangerang sebesar 54,3% dari total 35 responden.

Manajemen diri yang kurang baik ini dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya wilayah tempat tinggal. Tempat tinggal ini dapat di perkotaan maupun pedesaan. Hal ini dapat mempengaruhi manajemen diri karena di setiap wilayah memiliki karakteristik, kebiasaan dan kebudayaan yang berbeda di setiap wilayahnya (Ningrum, dkk 2019). Budaya masyarakat perkotaan yang disebut *Urban Community*. masyarakat perkotaan memiliki budaya yang berbeda dengan pedesaan pada aspek-aspek seperti pakaian, makanan dan perumahan (Burhan, 2019). Makanan, pakaian dan perumahan bukan lagi sebagai pemenuhan kebutuhan biologis, tetapi kebutuhan sosial. Perkembangan kota merupakan manifestasi dari pola kehidupan sosial, ekonomi, kebudayaan dan politik yang kuantitas dan kualitasnya ditentukan oleh tingkat perkembangan dan pertumbuhannya (Hanafie, 2016). Peran kebudayaan terhadap kesehatan khususnya penderita diabetes mellitus adalah dalam membentuk, mengatur dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan (Burhan, 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) bahwa masyarakat perkotaan memiliki kebudayaan mengkonsumsi makanan *sugar sweetened beverages* dan makanan cepat saji. Dalam penelitiannya disebutkan bahwa responden yang menderita DM tipe II memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan *sugar sweetened beverages* dan makan makanan cepat saji sebanyak 94 (67,1%) responden dari total responden 140. masyarakat perkotaan cenderung tidak hanya mengkonsumsi satu jenis minuman manis, tetapi juga mengkonsumsi minuman manis yang dibeli. Masyarakat perkotaan tidak hanya mengkonsumsi minuman manis seperti teh, kopi dan kopi susu (Wicaksono, 2018). Akan tetapi masyarakat perkotaan juga sering mengkonsumsi minuman manis lainnya seperti minuman rasa buah, minuman berkarbonasi, minuman berenergi, kopi dan teh instan (Hifayah, 2018).

Masyarakat perkotaan sering makan-makanan cepat saji seperti *pizza*, burger, ayam goreng, bakso, mie ayam dan lain sebagainya. Makanan

cepat saji sangat mudah diperoleh di pasaran yang memudahkan dalam memberikan perubahan makanan sesuai selera dan daya beli. Pengolahan dan pengaturan yang lebih cepat dan mudah, sangat cocok untuk orang-orang yang sibuk dengan aktivitas sehari-hari (Sitorus,dkk 2020). Masyarakat perkotaan memiliki kebiasaan makanan *sugar sweetened beverages* dan makanan cepat saji disebabkan oleh mudahnya akses untuk mendapat makanan tersebut. Wilayah perkotaan sangat dekat dengan pusat perbelanjaan, restoran dan *cafe* yang menyediakan makanan *sugar sweetened beverages* dan makanan cepat saji. Hal tersebutlah yang menyebabkan manajemen diri di wilayah perkotaan cenderung lebih buruk (Awaliah, 2021).

3. Manajemen Diri Di Wilayah Pedesaan

Pada penelitian ini manajemen diri pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan rata-rata skor manajemen dirinya $38,04 \pm 5,381$. Menurut penelitian yang dilakukan Fatimah (2016) di Kota Tangerang manajemen diri kategori baik nilainya $> \text{mean } 26,23$ sedangkan kategori kurang baik $< \text{mean } 26,3$. Apabila dikategorikan manajemen diri pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan ini termasuk dalam kategori baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2019) dengan 71 responden di desa Jalaksana Kecamatan Jalaksana Kabupaten Kuningan. Hasil penelitian sebagian besar responden manajemen dirinya dalam kategori baik yaitu sebanyak 59,0%. Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian Alfianto,dkk (2022) dengan jumlah responden 149. Hasil penelitiannya sebagian besar responden manajemen dirinya dalam kategori baik yaitu sebanyak 45,0%.

Manajemen diri yang baik ini dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya pekerjaan. Manajemen diri pada masyarakat pedesaan dipengaruhi oleh pekerjaan. Pekerjaan masyarakat pedesaan sebagian besar bekerja sebagai petani dan buruh. Pekerjaan tersebut membutuhkan energi yang lebih banyak jika dibandingkan pekerjaan lainnya (Burhan, 2019). Hal tersebut jika dilakukan sebagai rutinitas dapat membantu mengontrol kadar

gula darah, sehingga hal ini lah yang mempengaruhi manajemen diri pada masyarakat pedesaan lebih baik (Ningrum, dkk 2019). Selain pekerjaan faktor yang mempengaruhi manajemen diri adalah dukungan keluarga (Ningrum, dkk 2019). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Istiyani (2018) yang dilakukan di Desa Sidokerto Kecamatan Sidorejo Kabupaten Magetan bahwa dukungan keluarga kategori baik sebanyak 19 responden (63,3%) dari total 30 responden. Dengan adanya dukungan dari keluarga penderita diabetes menjadi termotivasi untuk melakukan manajemen diri karena merasa nyaman, diperhatikan dan keluarga turut serta dalam memberi dukungan baik secara emosional, instrumental, penghargaan dan informasi sehingga penderita akan mampu untuk mengurangi hambatan dalam hal perawatan diri (Luthfa, 2016). Menurut asumsi peneliti hal inilah yang mempengaruhi manajemen diri di wilayah pedesaan lebih dibandingkan wilayah perkotaan.

4. Perbedaan Manajemen Diri Di Wilayah Perkotaan Dan Pedesaan

Pada penelitian ini manajemen diri pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Nilai *p-value* 0,000 dengan *mean difference* -11,870. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfianto, dkk (2022) hasil penelitiannya terdapat perbedaan yang signifikan dengan nilai *p-value* 0,000. Skor manajemen diri di wilayah pedesaan 55% sedangkan skor manajemen diri di wilayah perkotaan 45%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skoring manajemen diri di wilayah pedesaan baik sedangkan di wilayah perkotaan kurang baik. Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian Nketia (2022) dengan jumlah responden masing-masing 168 responden. Hasil penelitiannya didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dengan nilai (AOR 3,70; 95% CI 1,02, 8,11). Skor manajemen diri di wilayah pedesaan 50,6% sedangkan skor manajemen diri di wilayah perkotaan 49,4%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skoring manajemen diri di wilayah pedesaan baik sedangkan di wilayah perkotaan kurang baik.

Manajemen diri pada pasien DM tipe ini terdiri dari 4 aspek yaitu:

a. Aktivitas fisik

Pada aspek aktivitas fisik dalam penelitian ini juga terdapat perbedaan yang signifikan. Aktivitas fisik pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* 0,001 dengan *mean difference* -2,261. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfianto,dkk (2022) pada aspek aktivitas fisik memiliki makna yang signifikan antara aktivitas fisik di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Hasil penelitian aktivitas fisik di wilayah perkotaan kategori baik 46,3% sedangkan di wilayah pedesaan kategori baik 53,7%. Pada aspek aktivitas fisik ini skor kategori baik terdapat di wilayah pedesaan.

Menurut penelitian Nketia (2022) skor pada aspek aktivitas fisik di wilayah perkotaan yang kurang baik ini disebabkan karena masyarakat perkotaan memiliki kebiasaan *sedentary*. Kemajuan teknologi yang mendorong seseorang memiliki gaya hidup *sedentary*. Gaya hidup *sedentary* bisa disebut juga malas gerak (*mager*). Gaya hidup *sedentary* adalah salah satu jenis gaya hidup dimana seseorang kurang melakukan gerak atau kurang melakukan aktivitas fisik yang berarti. Perilaku *sedentary* biasanya melibatkan kegiatan duduk seperti berada dalam kendaraan, bekerja, belajar, bermain game, menonton film dan lainnya. Contoh *sedentary lifestyle* yaitu perilaku duduk atau berbaring seperti kerja di depan komputer, membaca, bermain game, dan menonton TV selama 2-5 jam.

Hal ini berbeda dengan wilayah pedesaan dimana masyarakatnya lebih produktif. Pekerjaan masyarakat pedesaan dilakukan sebagai rutinitas selain itu pekerjaannya lebih banyak membutuhkan energi. Pekerjaan masyarakat pedesaan Sebagian besar bekerja sebagai petani dan buruh. Meskipun teknologi sudah canggih dan internet dapat dijangkau di wilayah pedesaan akan tetapi masyarakat pedesaan tidak memiliki perilaku *sedentary*. Pada penelitian yang dilakukan oleh

Nketia (2022) masyarakat pedesaan sebagian besar berprofesi sebagai petani dan buruh sebanyak 60,8% meskipun teknologi sudah canggih. Menurut penelitian Alfianto,dkk (2022) memaparkan bahwa akses internet di pedesaan sudah bisa dijangkau akan tetapi tidak mengubah tata kehidupan masyarakat pedesaan. Seperti pesan makanan lewat ojek *online*, hal ini jika di wilayah pedesaan masih jarang ojek online yang *stand by* di daerah pedesaan. Meskipun bisa di akses akan tetapi membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang lebih mahal daripada beli makanan secara langsung.

b. Aspek manajemen gula darah

Pada aspek manajemen gula darah pada penelitian ini terdapat perbedaan yang signifikan. Manajemen gula darah pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan di wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* 0,000 dan nilai *mean difference* -4,679. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfianto,dkk (2022) pada aspek manajemen gula darah memiliki makna yang signifikan antara manajemen gula darah di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Hasil penelitian manajemen gula darah di wilayah perkotaan kategori baik 50,3% sedangkan di wilayah pedesaan kategori baik 42,7%. Pada aspek manajemen gula darah ini skor manajemen kategori baik terdapat di wilayah pedesaan. Pada aspek manajemen gula darah ini terdiri dari dua sub aspek yaitu konsumsi obat rutin dan pemantauan kadar gula darah dalam tubuh (PERKENI, 2021). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Alfianto,dkk (2022) manajemen gula darah yang buruk ini disebabkan oleh dukungan keluarga yang kurang maksimal. Dukungan keluarga dapat membantu mengurangi ketidakpedulian anggota keluarga yang menderita diabetes melitus dan mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan (Berkat & Muniroh, 2018). Dukungan keluarga pada masyarakat perkotaan ini kurang maksimal. Karena keluarga memiliki kesibukan yaitu bekerja.

Masyarakat perkotaan yang sebagian besar bekerja sebagai pekerja kantoran yang memiliki jam kerja dari pagi hingga sore. Sehingga keluarga tidak dapat mendampingi pasien dalam menjalankan kehidupan sehari-hari. Hal inilah yang menyebabkan dukungan keluarga yang kurang maksimal (Ningrum, dkk 2019).

c. Aspek diet

Aspek diet pada penelitian ini terdapat perbedaan yang signifikan. Aspek diet pada pasien DM tipe II di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan wilayah perkotaan dengan nilai *p-value* 0,001 dengan nilai *mean difference* -3,194. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021). Hasil penelitian memiliki perbedaan yang signifikan pada aspek diet dengan nilai Nilai *p-value* 0,003.

Menurut Awaliah (2021) diet pada pasien DM tipe II di wilayah perkotaan buruk ini disebabkan karena masyarakat perkotaan tidak menjalankan diet sesuai yang telah direkomendasikan oleh dokter. Hal ini disebabkan karena faktor wilayah tempat tinggal. Dimana wilayah perkotaan sangat dekat sekali dengan pusat perbelanjaan (*mall*) restoran dan kafe, dengan hal tersebut maka masyarakat perkotaan sering mengkonsumsi makanan makanan cepat saji dan makanan *Sugar-Sweetened Beverages*. Makanan tersebut dapat ditemukan di *mall*, kafe dan restoran. Hal ini berbanding terbalik dengan masyarakat pedesaan dimana wilayah pedesaan jauh dengan fasilitas public seperti *mall*, kafe ataupun restoran cepat saji (Awaliah, 2021). Selain itu masyarakat pedesaan bekerja sebagian besar sebagai petani dan mereka mengkonsumsi makanan dari hasil olah pertanian mereka sendiri. Hal inilah yang menyebabkan manajemen diri pada aspek diet lebih baik di wilayah pedesaan dibandingkan wilayah perkotaan (Burhan, 2019).

d. Aspek perawatan kesehatan

Pada aspek perawatan kesehatan pada penelitian ini terdapat perbedaan. Aspek perawatan kesehatan pasien DM tipe II di wilayah pedesaan lebih baik dibandingkan di wilayah perkotaan dengan nilai signifikansi *p-value* 0,002 dengan nilai *mean difference* -3,140. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nketia, 2022) dimana hasil penelitiannya pada aspek perawatan kesehatan memiliki perbedaan yang signifikan dengan nilai *p-value* 0,00. Perawatan kesehatan adalah aspek yang menilai pasien dalam melakukan kepatuhan pengobatan dan mengunjungi pelayanan seperti puskesmas (PERKENI, 2021). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Iswarya, et.al (2014) di Kota India Selatan alasan pasien DM tipe II tidak patuh pada perawatan kesehatan karena lupa minum obat 63,0%. Pasien berasumsi jika minum obat menimbulkan dampak komplikasi 22,0%. Penelitian yang dilakukan Romadhon, et.al (2020) di Kota Jakarta Timur memaparkan hasil yang sama bahwa pasien DM tipe II tidak patuh perawatan karena lupa minum obat 45,1%, Menghentikan minum obat jika dirasa kondisi lebih baik 10,3%, Bosan dalam minum obat 43,6%, aktivitas yang padat 2,7%.

Dominasi jumlah responden yang berumur >60 tahun ini memiliki keterkaitan dengan kelupaan responden dalam meminum obat. Hal tersebut didukung dengan proses degenerasi organ-organ tubuh manusia, salah satunya penurunan memori. Pada usia >60 tahun sel-sel otak akan berkurang sehingga aliran darah ke otak juga menurun sehingga dapat berakibat pada penurunan daya ingat dan daya pikir seseorang. Karena itu lupa minum obat pada lansia merupakan keluhan yang sering disampaikan oleh mereka. Ketidakpatuhan diyakini sebagai penyebab paling umum dari kegagalan pengobatan. Ketidakpatuhan menyebabkan kurangnya kontrol metabolik, yang berakibat pada komplikasi diabetes (Iswarya, et.al 2014). Jika dilihat dari rata-rata usia pasien DM tipe II di wilayah perkotaan yaitu $61,17 \pm 9,094$ tahun

sedangkan di wilayah pedesaan usia rata-ratanya $56,48 \pm 6,409$ tahun. Dimana usia pasien DM tipe II di wilayah perkotaan lebih tua dibandingkan wilayah pedesaan. Menurut asumsi peneliti hal tersebut lah yang menyebabkan perawatan dirinya kurang. Karena semakin tua umurnya maka kemampuan dalam melakukan *activity daily living* akan berkurang.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Acha,dkk (2022) perawatan diri yang kurang baik ini disebabkan karena dukungan keluarga. Menurutny semakin buruk perawatan kesehatannya maka semakin kurang dukungan keluarganya. Dukungan keluarga memiliki peran penting dalam perubahan perilaku kesehatan. dukungan keluarga memiliki peran penting dalam melakukan perawatan dalam waktu jangka panjang. Dukungan sangat diperlukan mengingat bahwa perasaan saling terkait dan terikat dengan orang lain serta lingkungannya bisa menimbulkan kekuatan yang dapat membantu menurunkan perasaan terisolasi yang biasanya dirasakan oleh penderita (Berkat & Muniroh, 2018).

Wilayah perkotaan dari segi fasilitas pelayanan, sarana, prasarana dan SDM lebih unggul akan tetapi Pemerintah Indonesia sejak tahun 2017 telah membuat program pemerataan pembangunan kesehatan di wilayah pedesaa. Program tersebut mendorong penguatan pelayanan kesehatan baik dari segi fasilitas pelayanan kesehatan maupun segi SDM kesehatan di wilayah pedesaan. Upaya itu dilakukan melalui peningkatan kapasitas SDM Kesehatan. Sehingga dengan demikian tidak terjadi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan (KEMENKES RI, 2017).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Pada saat kegiatan PROLANIS DM dan Kegiatan Bala Gendis tidak semuanya datang, sehingga pengambilan data harus dilakukan pada saat pasien DM kontrol ke puskesmas dan pada saat kegiatan POSBINDU PTM.
2. Pada saat melakukan perizinan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta surat perizinan tersebut keluarnya lama sehingga peneliti terkendala pada saat akan memulai pengambilan data karena harus menunggu surat izin tersebut dalam waktu 2 minggu.
3. Pada saat kegiatan pengambilan data responden sambil melakukan kegiatan PROLANIS DM sehingga kurang fokus dalam memahami isi kuesioner. Sehingga peneliti atau asisten peneliti harus menjelaskan.