

BAB I
PENDAHULUAN
A. Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) atau yang sering disebut kencing manis merupakan gangguan metabolik yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula dalam darah (Wijaya & Putri, 2013). DM adalah suatu penyakit yang bersifat kronik ditandai dengan peningkatan kadar gula darah dalam tubuh, yang disebabkan oleh defisiensi relatif ataupun absolut dari hormon insulin (Bilous & Donnelly, 2014).

Pada tahun 2019 kejadian DM di dunia mencapai 463 juta orang pada umur 20-79 tahun. *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan kejadian DM akan terus meningkat seiring dengan penambahan umur penduduk menjadi 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Pada tahun 2030 angka ini akan terus meningkat hingga 578 juta dan akan meningkat di tahun 2045 sebesar 700 juta (*International Diabetes Federation*, 2019).

Kejadian DM di wilayah Negara Arab, Afrika dan Pasifik Barat menempati peringkat ke-1 dan ke-2 sebesar 12,2% dan 11,4% (*World Health Organization*, 2019). Sedangkan di wilayah Asia negara yang menempati urutan ke-1 yaitu Negara Cina dengan jumlah penyandang 116,4 juta, urutan ke-2 adalah Negara India dengan jumlah penyandang 77 juta. Sedangkan di Negara Indonesia menempati urutan ke-7 diantara 10 negara, dengan jumlah penyandang 10,7 juta (*International Diabetes Federation*, 2019).

Hasil dari data riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Indonesia berdasarkan umur >15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan hasil riskesdas tahun 2013 sebesar 1,5%. Kejadian DM di masing-masing provinsi pada tahun 2018 juga mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 (KEMENKES RI, 2020). Kejadian DM di Indonesia pada tahun 2018, provinsi yang menempati urutan ke-1 di Provinsi DKI Jakarta sebesar 3,4%, urutan ke-2 adalah Provinsi Kalimantan Timur sebesar 3,1%, urutan ke-3 adalah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 3% atau setara dengan 747.712. (KEMENKES RI, 2020). Kejadian DM di Kota Yogyakarta sebesar 4,9%,

Kabupaten Sleman sebesar 3,3%, Kabupaten Bantul sebesar 3,3%, Kabupaten Kulon Progo sebesar 2,8%, Kabupaten Gunung Kidul sebesar 2,4%. Kejadian DM di perkotaan pada tahun 2018 sebesar 2% sedangkan di pedesaan sebesar 1,01% (DINKES DIY, 2021).

DM diklasifikasikan menjadi tiga yaitu DM tipe I, DM tipe II dan DM gestasional. DM tipe I ini memiliki ciri khas berupa kerusakan pada sel β -pankreas yang disebabkan oleh berkurangnya sekresi insulin. DM tipe II memiliki ciri khas yaitu jumlah Insulin yang cukup tetapi tidak dapat bekerja secara optimal sehingga menyebabkan kadar gula darah tinggi di dalam tubuh. Defisiensi insulin juga dapat terjadi secara relatif pada penderita Diabetes Melitus tipe II dan sangat mungkin untuk menjadi defisiensi insulin absolut. DM gestasional merupakan intoleransi glukosa pada berbagai tingkatan yang terjadi selama kehamilan dan meningkatkan risiko berkembangnya DM tipe II setelah melahirkan (Brunner & Suddarth, 2013).

DM tipe II apabila dibiarkan dalam waktu yang lama, dapat menyebabkan komplikasi. Komplikasi yang terjadi ini dapat menyebabkan kerusakan pada banyak organ tubuh dan dapat menyebabkan kecacatan hingga mengancam jiwa (Gregg et al., 2021). Komplikasi yang terjadi pada DM tipe II antara lain penyakit kardiovaskular, kerusakan saraf (neuropati), kerusakan ginjal (nefropati), amputasi tungkai bawah, dan penyakit mata (terutama mempengaruhi retina) yang mengakibatkan hilangnya penglihatan dan bahkan kebutaan. Namun jika manajemen diri yang tepat dari DM tipe II tercapai komplikasi serius ini dapat ditunda ataupun dicegah (*American Diabetes Association*, 2018).

Manajemen diri pada penderita DM tipe II merupakan perilaku seseorang untuk pengendalian dan pencegahan yang dilakukan oleh penderita DM tipe II sendiri dalam mengontrol DM tipe II yang mencakup tindakan pengendalian, pencegahan komplikasi dan pengobatan (Hidayah, 2019 ; Tjokroprawiro, 2015). Aspek manajemen diri pada penderita DM tipe II yang harus dikendalikan yaitu diet, aktivitas fisik, manajemen kadar gula darah dan perawatan kesehatan. Diet dilakukan dengan mengatur pola makan. Pada diet ini pengaturan pola makan dilakukan dengan memperhatikan jenis makanan, jumlah makanan dan jam makan (PERKENI, 2021). Aktivitas fisik dilakukan dengan melakukan pergerakan seperti,

jalan kaki, bersepeda, *jogging* dan berenang (Tjokroprawiro, 2015). Manajemen gula darah ini dilakukan secara mandiri. Hal ini berfungsi sebagai pendeteksi dini dan untuk mencegah komplikasi pada penderita DM tipe II. Pada manajemen gula darah ini terdiri dari monitor kadar gula darah secara mandiri dan kepatuhan dalam mengkonsumsi obat. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat bertujuan untuk mengontrol hiperglikemi pada penderita DM tipe II (PERKENI, 2021). Perawatan kesehatan dilakukan dengan memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan, pengobatan dan terapi yang berkelanjutan (PERKENI, 2021).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yao et.,al (2019) dengan jumlah sampel 206 di Cina, didapatkan hasil bahwa kategori manajemen diri kategori kurang baik sebanyak 54,8%, dan kategori manajemen diri baik sebanyak 45,2%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Windani,dkk (2019) dengan jumlah 138 responden di Puskesmas Terogong Kabupaten Garut, didapatkan bahwa terdapat 134 responden yang menjalankan manajemen diri dengan kategori sedang sebanyak 97,1% dan 4 responden dengan kategori baik sebanyak 2,9%.

Menurut penelitian Ningrum,dkk (2019) faktor-faktor yang mempengaruhi manajemen diri pada penderita DM tipe II antara lain, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama menderita dan dukungan keluarga. Pada faktor usia, dijelaskan bahwa semakin usia bertambah maka akan bertambah kemampuannya dalam berpikir secara rasional, sehingga pasien dapat berpikir terkait manfaat yang akan didapat ketika melakukan manajemen diri. Pada faktor jenis kelamin, dijelaskan bahwa jenis kelamin perempuan manajemen dirinya lebih baik dibandingkan dengan jenis kelamin laki-laki. Pada faktor tingkat pendidikan dipaparkan bahwa pendidikan yang lebih tinggi memiliki pemahaman yang baik tentang perilaku manajemen diri, karena seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki perilaku, sikap yang terbuka dan positif dalam menerima informasi terkait manajemen diri DM tipe II. Sementara pada faktor lamanya menderita DM tipe II, dipaparkan bahwa seseorang yang lebih lama menderita DM tipe II maka memiliki pengalaman yang lebih baik dalam melakukan manajemen diri. Pada faktor dukungan keluarga, dipaparkan bahwa seseorang yang menderita DM tipe II membutuhkan dukungan

keluarga, dengan keluarga penderita dapat menceritakan kondisinya sehingga keluarga dapat membantu dalam manajemen diri.

Menurut penelitian Nketia (2022) didapatkan hasil bahwa manajemen diri pada penderita DM tipe II dapat disebabkan karena karakteristik tempat tinggal. Manajemen diri pada masyarakat pedesaan berupa pengobatan 51,8%, aktivitas fisik 58,2% dan diet 56%. Sedangkan manajemen diri pada masyarakat perkotaan berupa pengobatan 48,2%, aktivitas fisik 41,8% dan diet 44% (Nketia, 2022).

Masyarakat daerah pedesaan manajemen dirinya lebih baik daripada masyarakat perkotaan. Hal ini disebabkan masyarakat perkotaan mempunyai kebiasaan makan makanan cepat saji, makan makanan yang manis (*sugar sweetened beverages*) dan jarang mengonsumsi sayuran, selain itu masyarakat perkotaan cenderung mengonsumsi makanan yang tinggi karbohidrat dan lemak sehingga dalam hal ini perilaku masyarakat perkotaan tidak memenuhi pedoman diet yang direkomendasikan (Awaliah, 2021).

Menurut UU Nomor 6 Tahun 2014 (UU Desa) mendefinisikan pedesaan sebagai kawasan yang mempunyai kegiatan utama di sektor pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman pedesaan, pelayanan jasa pemerintahan, pelayanan sosial, dan kegiatan ekonomi. Kawasan yang didominasi oleh aktivitas pertanian dan pengelolaan sumber daya alam. Secara administratif, yang disebut sebagai perkotaan seringkali ditujukan pada 'kota' (*town*), sementara kawasan pedesaan sebagian besar terletak di teritori 'kabupaten' (*regency*). Perbedaan antara pedesaan dan perkotaan yang meliputi dimensi spasial dan sektoral. Dalam sensus, pedesaan dan perkotaan biasanya dibedakan berdasarkan ukuran jumlah permukiman dengan ambang batas tertentu. Sektor pertanian juga diasumsikan sebagai aktivitas dominan penduduk yang tinggal di pedesaan, sementara penduduk perkotaan lebih banyak bekerja di sektor industri dan jasa (Angga,dkk 2016).

Kriteria untuk menentukan mana kawasan perkotaan dan mana kawasan pedesaan di Indonesia mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Sensus penduduk 1961 mengklasifikasikan desa yang berada di kawasan perkotaan sebagai desa yang terletak di kota atau berada di ibukota kabupaten, dan 80% penduduknya

bekerja di sektor non pertanian. Sementara itu, sensus penduduk tahun 2010 menggunakan kriteria yang lebih spesifik dengan menambahkan variabel kepadatan penduduk dan fasilitas perkotaan serta menggunakan sistem pemeringkatan (*scoring*) serta dilihat dari angka kemiskinan di daerah setempat. Kawasan perkotaan diklasifikasikan sebagai area dengan kepadatan penduduk minimal 5000 orang per km persegi, persentase rumah tangga yang bekerja di sektor pertanian kurang dari sama dengan 25% dan memiliki setidaknya delapan fasilitas urban (seperti sarana pendidikan dari SD sampai SMA, rumah sakit, bioskop, telepon, kantor pos, bank, pusat perbelanjaan) (Bappeda DIY & BPS DIY, 2016).

Secara geografis, wilayah DIY memiliki beberapa karakteristik. Pertama, secara umum kondisi tanah DIY tergolong subur sehingga dimungkinkan untuk ditanami berbagai tanaman pertanian. Namun masing-masing kabupaten atau kota memiliki potensi alam yang berbeda karena wilayah DIY memiliki bentang alam yang terdiri dari pegunungan, perbukitan, dataran rendah, dan pesisir (Ichasnuri, 2016). Secara administratif Daerah Istimewa Yogyakarta terdiri dari Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul, Kabupaten Kulonprogo, Kabupaten Gunungkidul, dan Kabupaten Sleman. Kawasan perkotaan DIY didominasi oleh Kota Yogyakarta dan sebagian Kabupaten Sleman yang masuk, sedangkan kawasan pedesaan mendominasi hampir semua wilayah Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Kulonprogo, dan sebagian Kabupaten Bantul (Angga,dkk 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Awaliah (2021) di Kabupaten Bulukumba yaitu terdiri dari masing-masing 70 responden di daerah perkotaan dan pedesaan didapatkan hasil bahwa responden yang sering mengkonsumsi makan makanan yang manis (*sugar sweetened beverages*) 94 responden dengan persentase 67,1% di wilayah perkotaan dan 34 responden dengan persentase 48,6% di wilayah pedesaan. Responden yang sering mengkonsumsi makanan cepat saji 40 responden dengan persentase 48,7% di wilayah perkotaan dan 13 responden dengan persentase 29,5%. Selain itu masyarakat perkotaan jarang melakukan aktivitas fisik dikarenakan masyarakat kota pekerjaannya tidak membutuhkan banyak energi. Pekerjaan masyarakat kota biasanya bekerja sebagai PNS, pensiunan dan pekerjaan kantor lainnya. Hal ini berbeda dengan masyarakat desa yang sebagian besar

bekerja sebagai petani dan buruh, dimana pekerjaan tersebut membutuhkan lebih banyak energi. Pada aktivitas yang membutuhkan banyak energi dan dilakukan sebagai rutinitas, maka dapat membantu mengontrol kadar gula darah dalam tubuh (Yani & Hilman, 2021). 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%) dan 10 (33,3%) responden memiliki *self management* baik.

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 5 April 2023 di Puskesmas Pandak I yang dilakukan melalui wawancara kepada pengelola program PROLANIS didapatkan hasil bahwa jumlah penderita DM tipe II di Puskesmas Pandak I sebanyak 425 pasien. Selain itu wawancara juga dilakukan kepada sejumlah 5 penderita DM tipe II dengan berpedoman pada pertanyaan kuesioner *diabetes self management questionnaire (DSMQ)*. Hasil wawancara menunjukkan bahwa dari 5 responden yang melakukan manajemen diri pada aspek diet dan latihan fisik hanya 4 responden. Sementara pada aspek manajemen glukosa dan penggunaan layanan kesehatan didapatkan hasil bahwa semua responden menjalankan manajemen diri pada aspek ini.

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 8 April 2023 di Puskesmas Mergangsan yang dilakukan melalui wawancara kepada pengelola surveilans didapatkan hasil bahwa jumlah penderita DM tipe II di Puskesmas Mergangsan sebanyak 787 pasien. Selain itu wawancara juga dilakukan kepada sejumlah 4 penderita DM tipe II dengan berpedoman pada pertanyaan kuesioner *diabetes self management questionnaire (DSMQ)*. Hasil wawancara menunjukkan bahwa dari 4 responden hanya 2 responden yang menjalankan manajemen diri pada aspek diet. Pada aspek latihan fisik yang menjalankan hanya 1 responden. Pada aspek manajemen glukosa yang menjalankan hanya 2 responden. Sementara pada aspek penggunaan layanan kesehatan yang menjalankan hanya 3. Dari total 4 responden terdapat 1 responden yang memiliki manajemen diri yang buruk. Karena responden tersebut sering tidak minum obat, sering terlambat kontrol dan tidak rutin cek kadar gula darah, bahkan responden tersebut tidak melakukan latihan fisik maupun diet.

Manajemen diri pada pasien DM tipe II perlu dikaji karena manajemen diri merupakan kunci dalam mengontrol kadar gula darah sehingga komplikasi DM tipe II dapat dicegah. Penelitian ini membandingkan manajemen diri penderita DM tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan karena dengan melihat karakteristik masyarakat yang berbeda, tentunya manajemen diri penderita DM tipe II akan berbeda. Menurut studi literatur topik penelitian ini masih belum banyak diangkat di Yogyakarta sebagai provinsi dengan prevalensi DM yang tinggi sehingga berdasarkan alasan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Studi Komparatif: Manajemen Diri Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Perkotaan Dan Pedesaan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas telah dikemukakan rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana perbedaan manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran karakteristik responden pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan.
- b. Untuk mengetahui gambaran manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan.
- c. Untuk mengetahui perbedaan manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan.
- d. Untuk mengetahui perbedaan pada setiap aspek manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe II di wilayah perkotaan dan pedesaan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Dengan adanya penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan bagi para pembaca mengenai manajemen diri pada penderita DM tipe II.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan bisa memberikan informasi terkait pengelolaan manajemen diri pada penderita DM tipe II di puskesmas setempat. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai evaluasi untuk meningkatkan manajemen diri, sehingga tidak terjadi kesenjangan manajemen diri baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan.

b. Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan manajemen diri DM tipe II.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan bisa dijadikan referensi rujukan dalam melakukan penelitian mengenai manajemen diri pada penderita DM tipe II.