

BAB V

PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan Tabel 4.1, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 58 responden, sebagian besar berada pada kelompok usia 30–59 tahun, yaitu 32 responden (55,2%), sedangkan 26 responden (44,8%) berusia 60–75 tahun. Temuan ini memperlihatkan bahwa diabetes melitus tipe 2 tidak hanya ditemukan pada kelompok usia lanjut, tetapi juga terdapat pada kelompok usia 30–59 tahun. Pada rentang usia tersebut, individu dapat telah mengalami paparan berbagai faktor risiko diabetes melitus dalam jangka waktu tertentu, seperti pola makan yang kurang sehat, aktivitas fisik yang rendah, kelebihan berat badan, stres, dan kurang optimalnya pemantauan kesehatan.

Secara fisiologis, penambahan usia berhubungan dengan penurunan sensitivitas insulin, perubahan komposisi tubuh, serta penurunan fungsi sel beta pankreas. Meskipun risiko diabetes meningkat seiring bertambahnya usia, pedoman terbaru juga menekankan pentingnya skrining pada orang dewasa sejak usia lebih dini, terutama pada individu dengan kelebihan berat badan atau faktor risiko lainnya. Pergeseran kejadian diabetes ke kelompok usia yang lebih muda juga dikaitkan dengan peningkatan obesitas dan gaya

hidup sedentari pada dewasa muda (American Diabetes Association, 2026; Fauziah et al., 2025).

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden berada pada kelompok usia 30–59 tahun. Kelompok usia tersebut termasuk dalam rentang usia produktif, sehingga pengelolaan diabetes melitus perlu dilakukan secara konsisten dengan memperhatikan kondisi dan aktivitas sehari-hari pasien. Pengelolaan diabetes melitus mencakup penerapan *Self-Management*, aktivitas fisik yang sesuai, pengaturan pola makan, kepatuhan terhadap pengobatan, serta pemantauan kadar gula darah secara berkala. Edukasi mengenai pengelolaan diabetes melitus pada kelompok usia produktif perlu diberikan dengan mempertimbangkan kondisi dan rutinitas sehari-hari pasien agar dapat diterapkan secara berkelanjutan.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan Tabel 4.1, jumlah responden perempuan sebanyak 38 orang (65,5%), sedangkan responden laki-laki sebanyak 20 orang (34,5%). Dengan demikian, proporsi responden perempuan dalam penelitian ini lebih besar dibandingkan responden laki-laki. Hasil tersebut sejalan dengan beberapa penelitian pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang juga melaporkan jumlah responden perempuan lebih banyak. Ara dan Hastuti (2025) menemukan bahwa sebagian besar responden dalam penelitiannya berjenis kelamin perempuan, sementara Fadhila dan Kartinah (2025) juga melaporkan proporsi

responden perempuan yang lebih besar pada pasien diabetes melitus tipe 2.

Perbedaan proporsi responden berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini merupakan gambaran karakteristik sampel yang diperoleh selama penelitian. Proporsi responden perempuan yang lebih besar tidak menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan merupakan penyebab terjadinya diabetes melitus tipe 2, karena diabetes melitus tipe 2 dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan. Oleh karena itu, jumlah responden perempuan yang lebih banyak dalam penelitian ini tidak dapat dijadikan dasar untuk menyatakan bahwa perempuan memiliki peran sebagai penyebab terjadinya diabetes melitus tipe 2.

Karakteristik jenis kelamin dalam penelitian ini digunakan untuk menggambarkan distribusi responden, sedangkan hubungan yang dianalisis dalam penelitian difokuskan pada *Self-Management*, aktivitas fisik, dan kepatuhan diet terhadap kadar gula darah. Dengan demikian, perbedaan jumlah responden berdasarkan jenis kelamin tidak menjadi dasar dalam menentukan hubungan antara variabel independen dengan kadar gula darah. Pengelolaan diabetes melitus perlu dilakukan pada pasien laki-laki maupun perempuan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing pasien.

2. Gambaran Kadar Gula Darah

Berdasarkan Tabel 4.2, Hasil pengukuran kadar gula darah sewaktu menunjukkan bahwa 35 responden (60,3%) berada dalam kategori tidak terkontrol, sedangkan 23 responden (39,7%) berada dalam kategori terkontrol. Proporsi kadar gula darah yang tidak terkontrol menunjukkan bahwa sebagian besar pasien masih menghadapi kesulitan mempertahankan glukosa darah dalam batas yang diharapkan. Kondisi ini penting diperhatikan karena hiperglikemia yang berlangsung terus-menerus dapat meningkatkan risiko komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular.

Pengendalian glikemik pada diabetes melitus tipe 2 membutuhkan kombinasi terapi farmakologis, pengaturan makan, aktivitas fisik, pemantauan gula darah, dan keterampilan pengelolaan diri. PERKENI (2024) menempatkan edukasi, terapi nutrisi medis, latihan fisik, terapi farmakologis, dan pemantauan sebagai bagian terpadu dari penatalaksanaan diabetes. American Diabetes Association (2026) juga menegaskan bahwa perilaku kesehatan positif dan dukungan pengelolaan diri merupakan landasan pencapaian target glikemik.

Menurut asumsi peneliti, tingginya kadar gula darah tidak terkontrol pada responden dapat berkaitan dengan kombinasi *Self-Management* yang belum optimal, aktivitas fisik yang rendah, serta ketidakpatuhan diet yang ditemukan dalam penelitian ini. Selain itu, kadar gula darah sewaktu dapat dipengaruhi oleh waktu dan jenis makanan terakhir, konsumsi obat, stres, infeksi, kualitas tidur, serta

aktivitas yang dilakukan sebelum pemeriksaan. Oleh karena itu, hasil gula darah sewaktu perlu ditindaklanjuti dengan pemantauan berkala dan, bila tersedia, pemeriksaan HbA1c untuk memperoleh gambaran kontrol glikemik jangka panjang.

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan *Self-Management* dengan Kadar Gula Darah Sewaktu

Berdasarkan Tabel 4.6, Hasil uji *Pearson Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0,042$ ($p < 0,05$), yang artinya terdapat hubungan antara *Self-Management* dan kadar gula darah sewaktu pada pasien diabetes melitus tipe 2. Pada kelompok *Self-Management* baik, 8 dari 11 responden (72,7%) memiliki kadar gula darah terkontrol. Sebaliknya, pada kelompok *Self-Management* sedang hanya 10 dari 33 responden (30,3%) yang terkontrol, sedangkan pada kelompok buruk 5 dari 14 responden (35,7%) terkontrol.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa proporsi kontrol gula darah paling baik terdapat pada pasien dengan *Self-Management* kategori baik. *Self-Management* yang baik memungkinkan pasien menjalankan pengobatan, pengaturan makan, aktivitas fisik, pemeriksaan gula darah, dan kunjungan pelayanan kesehatan secara lebih konsisten. Fadhila dan Kartinah (2025) serta Ara dan Hastuti (2025) juga melaporkan hubungan bermakna antara perilaku *Self-Management* dan kadar gula darah pada pasien DM Tipe 2.

Meskipun demikian, pola hasil penelitian ini tidak sepenuhnya bertingkat karena proporsi terkontrol pada kategori buruk sedikit lebih tinggi daripada kategori sedang. Hal ini menunjukkan bahwa kadar gula

darah tidak hanya ditentukan oleh skor *Self-Management*. Jenis dan dosis obat, lama menderita diabetes, fungsi pankreas, indeks massa tubuh, penyakit penyerta, stres, infeksi, dan waktu pemeriksaan dapat memengaruhi hasil. Karena penelitian menggunakan desain potong lintang, hubungan yang ditemukan tidak dapat ditafsirkan sebagai hubungan sebab-akibat.

Menurut asumsi peneliti, hasil ini memperkuat kebutuhan penilaian *Self-Management* secara rutin di puskesmas. Pasien dengan kategori sedang dan buruk perlu memperoleh intervensi yang berbeda sesuai hambatan dominan. Pendidikan pengelolaan diri yang terstruktur, tindak lanjut, dukungan pemecahan masalah, serta keterlibatan keluarga dapat membantu meningkatkan konsistensi perilaku. Chowdhury et al. (2024) menunjukkan bahwa intervensi pendidikan *Self-Management* efektif memperbaiki kontrol glikemik pada orang dewasa dengan DM Tipe 2.

2. Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kadar Gula Darah Sewaktu

Berdasarkan Tabel 4.7, Hasil uji *Pearson Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0,014$ ($p < 0,05$), yang artinya terdapat hubungan antara aktivitas fisik dan kadar gula darah sewaktu. Pada kelompok aktivitas fisik tinggi, 11 dari 16 responden (68,8%) memiliki kadar gula darah terkontrol. Proporsi tersebut menurun pada aktivitas sedang menjadi 7 dari 20 responden (35,0%) dan pada aktivitas rendah menjadi 5 dari 22 responden (22,7%).

Pola tersebut memperlihatkan kecenderungan yang jelas bahwa semakin tinggi kategori aktivitas fisik, semakin besar proporsi responden

dengan kadar gula darah terkontrol. Secara fisiologis, aktivitas fisik meningkatkan penggunaan glukosa oleh otot, memperbaiki sensitivitas insulin, dan membantu pengelolaan berat badan. Kanaley et al. (2022) menjelaskan bahwa latihan aerobik maupun resistensi memberikan manfaat terhadap kontrol glikemik dan kesehatan kardiometabolik pada individu dengan DM Tipe 2.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Rahayuningsih et al. (2023) dan Sari et al. (2025), yang menemukan hubungan signifikan antara aktivitas fisik dan kadar gula darah. Namun, hasil ini berbeda dengan Elya dan Nurdin (2024), yang tidak menemukan hubungan bermakna. Perbedaan dapat disebabkan oleh variasi jumlah sampel, karakteristik responden, alat ukur aktivitas fisik, periode penilaian, penggunaan obat, dan waktu pemeriksaan glukosa.

Menurut asumsi peneliti, aktivitas fisik yang dilakukan secara konsisten lebih penting daripada aktivitas berat yang hanya dilakukan sesekali. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu membantu pasien menetapkan target bertahap, memantau toleransi, dan memilih aktivitas yang aman. Pasien dengan neuropati, penyakit kardiovaskular, gangguan penglihatan, atau risiko hipoglikemia memerlukan penilaian dan modifikasi khusus sebelum meningkatkan aktivitas.

3. Hubungan Kepatuhan Diet dengan Kadar Gula Darah Sewaktu

Berdasarkan Tabel 4.8, Hasil uji *Pearson Chi-Square* menunjukkan nilai $p < 0,001$, yang artinya terdapat hubungan antara kepatuhan diet dan kadar gula darah sewaktu. Pada responden yang patuh, 16 dari 20 orang

(80,0%) memiliki kadar gula darah terkontrol. Sebaliknya, pada responden yang tidak patuh, hanya 7 dari 38 orang (18,4%) yang terkontrol dan 31 orang (81,6%) berada dalam kategori tidak terkontrol.

Perbedaan proporsi yang besar antara kelompok patuh dan tidak patuh menunjukkan bahwa keteraturan diet merupakan komponen penting dalam kontrol glikemik. Asupan karbohidrat dan gula sederhana yang berlebihan dapat meningkatkan glukosa setelah makan, sedangkan ketidakaturan jadwal makan dapat menyulitkan penyesuaian obat. Pengaturan porsi, pemilihan sumber karbohidrat berserat, konsumsi sayur, serta pembatasan minuman berpemanis dapat membantu mengurangi fluktuasi kadar gula darah.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Elya dan Nurdin (2024), Rahayuningsih et al. (2023), dan Qodir et al. (2024), yang menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan diet dan kadar glukosa darah. Wijaya et al. (2024) juga menekankan pentingnya kepatuhan diet dan dukungan keluarga dalam pengelolaan pasien diabetes. Kesamaan hasil tersebut memperkuat bahwa intervensi diet perlu menjadi prioritas dalam pelayanan diabetes di tingkat puskesmas.

Menurut asumsi peneliti, hubungan yang kuat pada penelitian ini juga dapat mencerminkan bahwa pasien yang patuh diet cenderung memiliki perilaku kesehatan lain yang lebih baik, seperti minum obat teratur, memeriksa gula darah, dan aktif berkonsultasi. Oleh karena itu, diet tidak seharusnya dipisahkan dari komponen *Self-Management* lainnya. Konseling perlu menilai kebiasaan makan nyata, hambatan

ekonomi, preferensi budaya, dan dukungan keluarga agar rekomendasi dapat dipertahankan.

C. Implikasi Hasil Penelitian Bagi Perawat

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan memberikan implikasi bahwa perawat di puskesmas memiliki peran penting dalam pengkajian perilaku, edukasi, pendampingan, dan evaluasi pasien diabetes melitus tipe 2. Pengkajian tidak hanya berfokus pada angka gula darah, tetapi juga perlu mencakup kemampuan *Self-Management*, pola aktivitas fisik, kepatuhan diet, penggunaan obat, dukungan keluarga, dan hambatan sosial ekonomi. Hasil pengkajian tersebut dapat digunakan untuk menentukan prioritas intervensi individual.

Puskesmas dapat mengembangkan pendidikan *Self-Management* diabetes secara terstruktur melalui konseling individu, kelas kelompok, media sederhana, pengingat kunjungan, dan tindak lanjut melalui kader atau keluarga. Materi perlu mencakup target gula darah, penggunaan obat, pengaturan makan, aktivitas fisik yang aman, pemantauan mandiri, perawatan kaki, serta tanda bahaya. Program sebaiknya menggunakan komunikasi dua arah dan teknik penetapan tujuan agar pasien terlibat aktif dalam keputusan perawatan (American Diabetes Association, 2026; Chowdhury et al., 2024).

Untuk aktivitas fisik, perawat dapat memberikan resep aktivitas sederhana yang disesuaikan dengan kemampuan pasien, misalnya berjalan kaki bertahap, senam diabetes, latihan kekuatan ringan, dan pemutusan waktu duduk. Untuk kepatuhan diet, edukasi perlu menggunakan contoh ukuran rumah tangga, menu lokal, jadwal makan, dan strategi menghadapi acara

keluarga. Keterlibatan keluarga penting karena keputusan pembelian dan penyajian makanan sering dilakukan bersama.

Pemantauan hasil dapat dilakukan melalui pemeriksaan gula darah berkala, evaluasi pencapaian target perilaku, dan dokumentasi hambatan yang muncul. Pasien dengan gula darah tetap tidak terkontrol perlu dirujuk untuk evaluasi terapi, komplikasi, atau faktor klinis lain. Pendekatan kolaboratif antara perawat, dokter, ahli gizi, apoteker, kader, pasien, dan keluarga sesuai dengan prinsip pengelolaan diabetes terpadu yang dianjurkan PERKENI (2024) dan Davies et al. (2022).

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain cross-sectional hanya menggambarkan hubungan antarvariabel pada satu waktu, sehingga tidak dapat memastikan urutan kejadian atau hubungan sebab-akibat. Kedua, data *Self-Management*, aktivitas fisik, dan kepatuhan diet diperoleh melalui kuesioner, sehingga dapat dipengaruhi daya ingat responden dan kecenderungan memberikan jawaban yang dianggap baik.

Ketiga, variabel dependen diukur menggunakan kadar gula darah sewaktu. Pemeriksaan ini praktis untuk pelayanan lapangan, tetapi nilainya dapat berubah berdasarkan waktu makan terakhir, komposisi makanan, aktivitas, stres, infeksi, dan penggunaan obat. Penggunaan HbA1c pada penelitian selanjutnya dapat memberikan gambaran kontrol glikemik dalam periode yang lebih panjang. Keempat, penelitian belum menganalisis faktor perancu seperti indeks massa tubuh, lama menderita diabetes, jenis terapi, kepatuhan obat, penyakit penyerta, dan dukungan keluarga.

Kelima, penelitian dilakukan pada satu wilayah kerja puskesmas dengan jumlah 58 responden, sehingga generalisasi hasil ke populasi yang lebih luas perlu dilakukan secara hati-hati. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan sampel lebih besar, melibatkan beberapa fasilitas kesehatan, menambahkan analisis multivariat, dan mempertimbangkan desain longitudinal atau intervensi. Meskipun demikian, penelitian ini memberikan gambaran penting mengenai keterkaitan *Self-Management*, aktivitas fisik, dan kepatuhan diet dengan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu

