

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pola penyakit saat ini dapat dipahami dalam rangka transisi epidemiologis, suatu konsep mengenai perubahan pola kesehatan dan penyakit. Konsep tersebut hendak mencoba menghubungkan hal-hal tersebut dengan morbiditas dan mortalitas beberapa golongan penduduk dan menghubungkannya dengan faktor sosioekonomi serta demografi masyarakat masing-masing (Slamet Suyono, 2006).

Dikenal 3 periode dalam transisi epidemiologis. Hal tersebut terjadi tidak saja di Indonesia tetapi juga di negara-negara yang sedang berkembang.

Periode I. Era *pestilence* dan kelaparan. Kedatangan orang-orang barat ke Asia pada akhir abad ke-15 menyebabkan datangnya pula penyakit-penyakit menular seperti pes, kolera, influenza, tuberkulosis dan penyakit kelamin yang meningkatkan angka kematian. Harapan hidup bayi-bayi rendah dan pertambahan penduduk juga sangat rendah pada waktu itu.

Periode II. Pandemi berkurang pada akhir abad ke-19. Perbaikan gizi, higiene, serta sanitasi menyebabkan penyakit menular berkurang dan mortalitas menurun. Rata-rata harapan hidup pada waktu lahir meningkat dan jumlah penduduk seperti di Pulau Jawa nampak bertambah.

Periode III. Periode ini merupakan era penyakit degeneratif dan pencemaran. Komunikasi yang lebih baik dengan masyarakat barat serta adopsi cara kehidupan barat menyebabkan penyakit-penyakit degeneratif, seperti hipertensi, penyakit kardiovaskular dan diabetes mellitus meningkat, tetapi apabila kontak dengan barat kurang dan masih terdapat kehidupan tradisional, seperti di daerah pedesaan, penyakit-penyakit tersebut umumnya jarang ditemukan (Slamet Suyono, 2006).

Sebagai dampak positif pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah dalam kurun waktu 60 tahun merdeka, pola penyakit di Indonesia mengalami pergeseran yang cukup meyakinkan. Penyakit infeksi dan kekurangan gizi

berangsur turun, meskipun diakui bahwa angka penyakit infeksi ini masih dipertanyakan dengan timbulnya penyakit baru seperti Hepatitis B dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), juga angka kesakitan tuberkulosis (TBC) yang tampaknya masih tinggi dan akhir-akhir ini flu burung, demam berdarah dengue (DBD), antraks dan polio melanda negeri kita ini. Di lain pihak, penyakit menahun yang disebabkan oleh penyakit degeneratif, di antaranya diabetes mellitus (DM), meningkat dengan tajam. Perubahan pola penyakit itu diduga ada hubungannya dengan cara hidup yang berubah. Pola makan di kota-kota telah bergeser dari pola makan tradisional, yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran, ke pola makan kebarat-baratan dengan komposisi makanan yang terlalu banyak mengandung protein, lemak, gula, garam dan mengandung sedikit serat (Selamat Suyono, 2006).

Penyakit DM sudah merupakan salah satu ancaman utama bagi kesehatan umat manusia pada abad 21. WHO membuat perkiraan bahwa pada tahun 2000 jumlah pengidap diabetes di atas umur 20 tahun berjumlah 150 juta orang dan dalam kurun waktu 25 tahun kemudian, pada tahun 2025, jumlah itu akan membengkak menjadi 300 juta orang (Slamet Suyono, 2006). Untuk Indonesia, WHO memprediksikan kenaikan jumlah pasien DM dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Berdasarkan Badan Pusat Statistik Indonesia tahun 2003 diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun adalah sebesar 133 juta jiwa. Dengan prevalensi DM pada daerah urban sebesar 14,7% dan daerah rural sebesar 7,2%, maka diperkirakan pada tahun 2003 terdapat penyandang DM sejumlah 8,2 juta di daerah urban dan 5,5 juta di daerah rural. Selanjutnya, diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM pada urban (14,7%) dan rural (7,2%), maka diperkirakan terdapat 12 juta penyandang DM di daerah urban dan 8,1 juta di daerah rural (PERKENI, 2006).

Berdasarkan data yang didapatkan dari bagian pencatatan medik di Rumah Sakit (RS) Immanuel Bandung, jumlah pasien yang terdiagnosis menderita DM tahun 2008 sebesar 1258 pasien. Jumlah tersebut telah mengalami penurunan dari

tahun-tahun sebelumnya. Tahun 2007 sebesar 1350, tahun 2006 sebesar 1456, tahun 2005 sebesar 1505 dan tahun 2004 sebesar 1778 pasien.

Penelitian tentang perilaku dari Rogers yang dikutip kembali oleh Notoatmojo (2004) mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan sikap yang positif akan berlangsung langgeng. Pengetahuan penderita tentang DM merupakan sarana yang dapat membantu penderita menjalankan penanganan DM selama hidupnya, sehingga semakin banyak dan semakin baik penderita mengerti tentang penyakitnya, semakin mengerti bagaimana harus mengubah perilakunya dan mengapa hal itu diperlukan (Waspadji, 2004).

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, peneliti mengangkat masalah tentang :

1. Pengetahuan, sikap dan perilaku pasien DM di RS Immanuel Bandung mengenai upaya-upaya pengontrolan kadar glukosa darah.
2. Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku pasien DM di RS Immanuel Bandung terhadap terkontrolnya kadar glukosa darah.

1.3 Maksud dan Tujuan

1. Maksud penelitian:
 - a. Meningkatkan pengetahuan serta kemampuan pasien DM untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya dengan mengontrol kadar glukosa darahnya.
 - b. Mencegah terjadinya komplikasi pada pasien DM.

2. Tujuan penelitian:
 - a. Mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku pasien DM di RS Immanuel Bandung tentang upaya pengontrolan kadar glukosa darah.
 - b. Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku pasien DM di RS Immanuel Bandung dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat akademis:

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah informasi tentang penyakit DM, yaitu pengetahuan, sikap, serta perilaku pasien DM terhadap upaya pengontrolan kadar glukosa darah.
2. Manfaat praktis:

Bagi masyarakat, khususnya penderita DM, karya tulis ini diharapkan dapat memberikan informasi upaya-upaya peningkatan kualitas hidup pasien DM, terutama dalam mengontrol kadar glukosa darah, sehingga masyarakat yang telah menderita DM dapat mengetahui upaya-upaya untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

1.5 Hipotesis Penelitian

1. H_{01} : tidak ada hubungan antara pengetahuan pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.
2. H_{a1} : ada hubungan antara tingkat pengetahuan pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.
3. H_{02} : tidak ada hubungan antara sikap pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.
4. H_{a2} : ada hubungan antara tingkat sikap pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.

5. H_{03} : tidak ada hubungan antara perilaku pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.
6. H_{a3} : ada hubungan antara tingkat perilaku pasien DM dengan terkontrolnya kadar glukosa darah.

1.6 Metodologi Penelitian

1. Jenis penelitian: deskriptif analitik.
2. Rancangan penelitian: *cross sectional*.
3. Instrumen pokok penelitian: kuesioner.
4. Teknik pengambilan data: survey.
5. Populasi penelitian: pasien penderita DM di RS Immanuel.
6. Jumlah sampel: 30 orang.
7. Teknik pengambilan sampel: *insidental sampling*.

1.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi: Poliklinik DM di Rumah Sakit Immanuel Bandung.

Waktu: Februari – Oktober 2009.