

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mengambil data sekunder dari Poliklinik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Data yang diambil adalah kuesioner yang diisi lengkap oleh seluruh responden, yaitu mahasiswa UMY yang melakukan *screening* kesehatan untuk persyaratan KKN pada tahun 2016. Komponen data yang diambil adalah jenis kelamin, fakultas, kesadaran riwayat DM di keluarga, pola makan, aktivitas fisik, dan konsumsi rokok.

##### 1. Karakteristik Responden

Responden penelitian dibandingkan berdasarkan jenis kelamin dan fakultas

**Tabel 1. Frekuensi jenis kelamin dan fakultas responden**

Fakultas	Jenis Kelamin		Total
	Pria	Wanita	
Fakultas Agama Islam	45	99	144
Fakultas Ekonomi	153	158	311
Fakultas Hukum	19	10	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	127	81	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	15	18	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	43	70	113
Fakultas Pertanian	70	66	136
Fakultas Teknik	164	26	190
Total	636	528	1164

## 2. Kesadaran Riwayat DM di keluarga

**Tabel 2. Frekuensi kesadaran riwayat DM di keluarga**

Kesadaran Riwayat DM di Keluarga	<i>f</i>	%
Ada	164	14.1
Tidak Ada	918	78.9
Tidak Sadar	82	7
Total	1164	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan distribusi kesadaran riwayat DM di keluarga dari 1164 responden paling banyak adalah sadar bahwa tidak ada riwayat DM yaitu sebanyak 918 (78.9%), disusul dengan sadar bahwa ada riwayat DM yaitu sebanyak 164 (14.1%), kemudian tidak sadar akan ada atau tidaknya riwayat DM yaitu sebanyak 82 (7%).

**Tabel 3. Frekuensi kesadaran riwayat DM berdasarkan fakultas**

Fakultas	Kesadaran Riwayat DM di Keluarga						Total <i>f</i>
	Ada		Tidak Ada		Tidak Sadar		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Fakultas Agama Islam	22	15.3	111	77	11	7.6	144
Fakultas Ekonomi	36	11.6	261	83.9	14	4.5	311
Fakultas Hukum	6	20.7	21	72.4	2	6.9	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	36	17.3	149	71.6	23	11	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	10	30.3	23	69.7	0	0	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	14	12.3	91	80.5	8	7	113
Fakultas Pertanian	18	13.2	111	81.6	7	5.1	136
Fakultas Teknik	22	11.5	151	79.5	17	8.9	190

Pada tabel di atas, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan menjadi fakultas dengan kesadaran riwayat DM di keluarga tertinggi

di antara semua fakultas; 100% responden dari fakultas ini memiliki kesadaran akan hal tersebut. Sebaliknya, dibanding dengan fakultas lain, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik menjadi fakultas dengan persentase paling besar untuk responden yang tidak sadar apakah keluarganya memiliki riwayat DM, sebanyak 11%.

**Tabel 4. Frekuensi kesadaran riwayat DM berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Kesadaran Riwayat DM di Keluarga						Total <i>f</i>
	Ada		Tidak Ada		Tidak Sadar		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Pria	79	12.4	509	80	48	7.6	636
Wanita	85	16.1	409	77.5	34	6.4	528

Tabel di atas menunjukkan bahwa ada sedikit perbedaan dalam kesadaran terhadap riwayat DM di keluarga di antara kedua jenis kelamin. Responden wanita secara persentase memiliki kesadaran lebih tinggi, ditunjukkan dengan hanya 6.4% responden yang tidak menyadari; dibandingkan dengan kelompok pria yang 7.6% respondennya tidak menyadari.

### 3. Perilaku Hidup Sehat

**Tabel 5. Frekuensi pola makan**

Pola Makan	<i>f</i>	%
Sehat	186	16
Tidak Sehat	978	84
Total	1164	100

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa 84% mahasiswa UMY yang menjadi responden memiliki pola makan tidak sehat.

**Tabel 6. Frekuensi pola makan berdasarkan fakultas**

Fakultas	Pola Makan				Total <i>f</i>
	Tidak Sehat		Sehat		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Fakultas Agama Islam	113	78.5	31	21.5	144
Fakultas Ekonomi	261	84	50	16	311
Fakultas Hukum	26	90	3	10	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	175	84	33	16	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	29	88	4	12	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	95	84	18	16	113
Fakultas Pertanian	117	86	19	14	136
Fakultas Teknik	162	85	28	15	190

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan pola makan yang cukup besar pada semua fakultas. Persentase pola makan sehat paling besar terdapat di Fakultas Agama Islam (21.5%), sedangkan paling sedikit pada Fakultas Hukum (10%).

**Tabel 7. Frekuensi pola makan berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Pola Makan				Total <i>f</i>
	Tidak Sehat		Sehat		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Pria	539	85	97	15	636
Wanita	439	83	89	17	528

Tabel 7 menunjukkan bahwa persentase responden wanita yang memiliki pola makan sehat lebih banyak daripada responden pria, meskipun perbedaannya tidak besar yaitu 17% sehat pada wanita, dan 15% sehat pada pria.

**Tabel 8. Frekuensi aktivitas fisik**

Aktivitas Fisik	<i>f</i>	%
Rendah	363	31.2
Sedang	633	54.4
Tinggi	168	14.4
Total	164	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa UMY yang menjadi responden melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang, yaitu sebanyak 54.4%.

**Tabel 9. Frekuensi aktivitas fisik berdasarkan fakultas**

Fakultas	Aktivitas Fisik						Total <i>f</i>
	Rendah		Sedang		Tinggi		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Fakultas Agama Islam	51	35.5	75	52	18	12.5	144
Fakultas Ekonomi	109	35	159	51	43	14	311
Fakultas Hukum	5	17.3	18	62	6	20.7	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	65	31.3	111	53.3	32	15.4	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	4	12.2	26	78.8	3	10	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	44	39	50	44.2	19	16.8	113
Fakultas Pertanian	45	33	71	52.3	20	14.7	136
Fakultas Teknik	40	21	123	64.8	27	14.2	190

Tabel 9 menunjukkan bahwa pada kategori aktivitas fisik rendah, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan memiliki persentase responden terendah (12.2%) yang berarti relatif paling sehat. Sebaliknya, Fakultas Pendidikan Bahasa menjadi yang paling banyak memiliki responden beraktivitas rendah (39%).

**Tabel 10. Frekuensi aktivitas fisik berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Aktivitas Fisik						Total <i>f</i>
	Rendah		Sedang		Tinggi		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Pria	125	19.7	390	61.3	121	19	636
Wanita	238	45	243	46	47	9	528

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa terdapat perbedaan cukup besar pada pola aktivitas fisik di antara kedua jenis kelamin. Secara umum, responden pria beraktivitas fisik lebih banyak; hal ini ditunjukkan

dengan persentase responden wanita yang aktivitas fisiknya rendah sebanyak 45%. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan 19.7% responden pria. Sementara itu, pada kategori aktivitas fisik sedang dan tinggi, persentase responden pria lebih besar daripada responden wanita.

**Tabel 11. Frekuensi konsumsi rokok**

Konsumsi Rokok	<i>f</i>	%
Tidak Merokok	900	77.3
Merokok	264	22.7
Total	1164	100

Tabel 11 menunjukkan bahwa 22.7% mahasiswa UMY yang menjadi responden ternyata mengkonsumsi rokok.

**Tabel 12. Frekuensi konsumsi rokok berdasarkan fakultas**

Fakultas	Konsumsi Rokok				Total <i>f</i>
	Tidak Merokok		Merokok		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Fakultas Agama Islam	134	93	10	7	144
Fakultas Ekonomi	224	72	87	28	311
Fakultas Hukum	22	75.9	7	24.1	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	140	67.3	68	32.7	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	31	94	2	6	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	109	96.5	4	3.5	113
Fakultas Pertanian	109	80.1	27	19.9	136
Fakultas Teknik	131	69	59	31	190

Dapat dilihat dari tabel di atas, persentase perokok terbanyak ada pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (32.7%), sedangkan yang paling sedikit pada Fakultas Pendidikan Bahasa (3.5%).

**Tabel 13. Frekuensi konsumsi rokok berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Konsumsi Rokok				Total <i>f</i>
	Tidak Merokok		Merokok		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Pria	380	59.7	256	40.3	636
Wanita	520	98.5	8	1.5	528

Dapat dilihat pada tabel 13 bahwa jauh lebih banyak responden pria yang merokok dibandingkan responden wanita, dengan persentase 40.3% responden pria merokok, dibanding hanya 1.5% responden wanita merokok.

Seperti yang tertulis dalam definisi operasional, penulis mendefinisikan suatu perilaku sebagai perilaku hidup sehat apabila terpenuhi kriteria berikut : pola makan yang sehat (konsumsi makanan/minuman manis  $\leq 1$  kali per hari), aktivitas fisik yang sehat (dengan intensitas sedang atau tinggi), dan tidak mengkonsumsi rokok. Apabila tidak terpenuhi satu atau lebih dari kriteria tersebut, maka disebut sebagai perilaku hidup tidak sehat.

**Tabel 14. Frekuensi perilaku hidup sehat**

Perilaku Hidup Sehat	<i>f</i>	%
Sehat	104	8.9
Tidak Sehat	1060	91.1
Total	1164	100

Tabel 14 menunjukkan distribusi perilaku hidup sehat dari 1164 responden, tidak sehat yaitu sebanyak 1060 (91.1%) dan sisanya adalah sehat yaitu sebanyak 104 (8.9%).

**Tabel 15. Frekuensi perilaku hidup sehat berdasarkan fakultas**

Fakultas	Perilaku Hidup Sehat				Total <i>f</i>
	Sehat		Tidak Sehat		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Fakultas Agama Islam	24	16.7	120	83.3	144
Fakultas Ekonomi	22	7	289	93	311
Fakultas Hukum	1	3.4	28	96.6	29
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	18	8.7	190	91.3	208
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan	3	9	30	91	33
Fakultas Pendidikan Bahasa	11	9.7	102	90.3	113
Fakultas Pertanian	10	7	126	93	136
Fakultas Teknik	15	7.9	175	92.1	190

Pada tabel di atas, perilaku hidup tidak sehat mendominasi secara

umum, dengan persentase lebih dari 80% di setiap fakultas. Fakultas Hukum memiliki persentase terbesar responden berperilaku hidup tidak sehat, ditunjukkan dengan hanya 3.4% yang perilaku hidupnya sehat. Sedangkan yang memiliki persentase perilaku hidup sehat paling tinggi adalah Fakultas Agama Islam, meskipun angkanya tetap rendah, yaitu 16.7%.

Tabel 16. Frekuensi perilaku hidup sehat berdasarkan jenis kelamin

**Tabel 16. Frekuensi perilaku hidup sehat berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Perilaku Hidup Sehat				Total <i>f</i>
	Sehat		Tidak Sehat		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Pria	48	7.5	588	92.5	636
Wanita	56	10.6	472	89.4	528

Secara umum, tabel 16 menunjukkan adanya sedikit perbedaan pada perilaku hidup sehat antara pria dan wanita. Lebih banyak responden

wanita yang perilaku hidupnya sehat (10.6%) dibandingkan responden pria (7.5%).

#### 4. Hubungan Kesadaran Riwayat DM di Keluarga dengan Perilaku Hidup Sehat

**Tabel 17. hasil perhitungan statistik kesadaran riwayat DM di keluarga dan perilaku hidup sehat**

		Perilaku Hidup Sehat				Total <i>f</i>	<i>p value</i>
		Sehat		Tidak Sehat			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Kesadaran Riwayat DM di Keluarga	Ada	12	7.3	152	92.7	164	<b>0.606</b>
	Tidak Ada	86	9.4	832	90.6	918	
	Tidak Sadar	6	7.3	76	92.7	82	

Setelah dilakukan perhitungan statistik hubungan kesadaran riwayat DM di keluarga dengan perilaku hidup sehat, didapatkan hasil seperti pada tabel di atas. Dengan total responden berjumlah 1164, diketahui bahwa responden yang menyadari ada riwayat DM di keluarga sebagian besar memiliki perilaku hidup tidak sehat yaitu sebanyak 152 (92.7%), sisanya memiliki perilaku hidup sehat yaitu sebanyak 12 (7.3%).

Responden yang menyadari tidak ada riwayat DM di keluarga paling banyak memiliki perilaku hidup tidak sehat yaitu sebanyak 832 (90.6%), sedangkan yang perilaku hidupnya sehat sebanyak 86 (9.4%).

Responden yang tidak menyadari ada atau tidaknya riwayat DM juga dominan memiliki perilaku hidup tidak sehat yaitu sebanyak 76 (92.7%), sedangkan sisanya berperilaku hidup sehat sebanyak 6 (7.3%).

Dengan batas kemaknaan 0.05 ( $p \text{ value} \leq 0.05$ ), didapatkan nilai  $p = 0.606$  ( $p \geq 0.05$ ) sehingga  $H_0$  diterima atau  $H_1$  ditolak. Artinya, tidak ada hubungan antara kesadaran riwayat DM di keluarga dengan perilaku hidup sehat pada mahasiswa UMY.

## B. Pembahasan

Diabetes melitus adalah salah satu penyakit yang etiologinya kompleks karena melibatkan berbagai faktor risiko yaitu lingkungan, genetik, dan perilaku hidup sehat. Faktor-faktor risiko ini muncul dalam satu kelompok keluarga, bukan terbatas pada satu individu (Koehly, et al., 2015). Ketika satu anggota terkena diabetes melitus, anggota keluarga lain juga perlu waspada karena dalam keluarga, seluruh anggota biasanya berbagi perilaku hidup yang sama; baik sehat maupun tidak sehat. Sehingga, dalam satu keluarga, seluruh anggota cenderung memiliki faktor risiko yang sama besar terhadap diabetes melitus terkait aspek genetik dan perilaku hidup sehat (Ofori & Unachukwu, 2014).

Selain risiko yang diperoleh dari keluarga, tiap-tiap individu juga bisa memperbesar atau memperkecil risikonya melalui faktor-faktor yang dapat diubah, seperti perilaku hidup. Populasi dalam penelitian ini, yaitu mahasiswa, memiliki risiko tersendiri pada usia mereka. Sebuah penelitian oleh Silliman, et al (2004), menunjukkan bahwa rata-rata mahasiswa memiliki pola makan yang tidak sehat. Sebagian besar mahasiswa mengaku

mengonsumsi makanan/minuman manis yang jumlahnya berlebih, sementara konsumsi buah dan sayur kurang dari sekali dalam sehari.

Pola makan yang tidak sehat, selain terkait jumlah, juga terkait dengan jenisnya. Arganini, et al (2012), membahas dalam penelitiannya bahwa di era modern, makanan yang dipilih oleh seseorang tidak hanya berdasarkan kebutuhan biologis. Ringkasnya, makanan yang dipilih adalah perilaku kompleks manusia yang dipengaruhi oleh sangat banyak faktor, mulai dari mekanisme biologis, genetik, hingga masalah sosial dan budaya. Jenis kelamin termasuk salah satu faktor yang menentukan pola makan. Daging, alkohol, dan porsi makan yang besar cenderung menjadi pola makan pria karena hal-hal tersebut diasosiasikan sebagai sesuatu yang maskulin. Sayur, buah, ikan dan produk olahan susu dikaitkan dengan femininitas, sehingga lebih banyak dikonsumsi wanita.

Sementara itu, disebutkan juga bahwa secara umum mahasiswa kurang melakukan aktivitas fisik. Mahasiswa pria melakukan lebih banyak aktivitas fisik dibandingkan dengan mahasiswa wanita. Penelitian oleh Azevedo, et al (2007), memberikan penjelasan mengenai hal ini. Disebutkan dalam penelitiannya bahwa studi-studi yang membandingkan aktivitas fisik kelompok pria dan wanita sebenarnya banyak memiliki bias. Pada banyak penelitian, domain yang diteliti terbatas pada aktivitas fisik yang secara harfiah diartikan sebagai kegiatan olah raga. Hal ini memunculkan hasil berupa lebih banyaknya pria yang beraktivitas fisik. Padahal, sebenarnya

banyak wanita yang aktivitasnya cukup, namun mereka melakukannya dalam bentuk pekerjaan rumah; sehingga tidak tercatat sebagai olah raga (secara harfiah).

Kedua hal tersebut (pola makan dan aktivitas fisik yang cenderung tidak sehat) secara umum cenderung terjadi pada mahasiswa. Alasannya adalah karena mahasiswa merasa tidak memiliki waktu yang cukup untuk berperilaku hidup sehat (Silliman, et al, 2004).

Di lain hal, sebuah penelitian yang dilakukan oleh Waters, et al (2006), menyatakan bahwa ada fenomena *social smoking* yang banyak berkembang terutama di kalangan mahasiswa. Fenomena ini dideskripsikan sebagai konsumsi rokok yang dilakukan dalam rangka bersosialisasi, terutama saat berada di acara yang dihadiri sesama mahasiswa, misalnya pesta. Mahasiswa yang terlibat fenomena ini menyatakan bahwa merokok dapat mempermudah memulai suatu percakapan, serta bisa secara instan mendekatkan mereka dengan orang asing. Berawal dari *social smoking*, seseorang bisa menjadi perokok sungguhan (konsumsi rokok menjadi rutin dilakukan), meskipun ada juga yang hanya merokok pada kesempatan tertentu. Para *social smokers*, sebutan bagi yang melakukan *social smoking*, kebanyakan menyangkal bahwa dirinya adalah perokok, padahal dalam penelitian selanjutnya dibuktikan bahwa tidak ada perbedaan dalam motivasi untuk berhenti merokok di antara *social smokers* dan kelompok perokok

lainnya. Fenomena ini menjadi salah satu alasan yang mempertahankan, bahkan meningkatkan jumlah perokok di kalangan mahasiswa.

Di seluruh dunia, jumlah perokok pria jauh lebih banyak dibandingkan wanita. Hal ini banyak dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial dan norma yang berkaitan dengan perilaku setiap jenis kelamin. Merokok pada wanita pada banyak kalangan dipandang lebih buruk dibandingkan pada pria, sehingga faktor protektif dari lingkungan sekitar lebih kuat pada wanita (Tsai, et al, 2008).

Penjelasan di atas konsisten dengan temuan pada penelitian ini. Telah disebutkan sebelumnya bahwa pada pola makan, responden wanita sedikit lebih unggul (lebih sehat) dibandingkan responden pria. Pada aktivitas fisik, responden pria mendominasi dengan perbedaan persentase yang cukup jauh dibandingkan responden wanita. Sementara itu, konsumsi rokok jauh lebih banyak didapatkan pada responden pria dibandingkan responden wanita.

Dipandang dari asal fakultas responden, hasil yang muncul pada masing-masing fakultas cukup bervariasi. Namun, dinilai dari : kesadaran terhadap riwayat DM di keluarga, pola makan sehat, aktivitas fisik yang cukup, tidak merokok, dan perilaku hidup sehat; Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan dan/atau Fakultas Agama Islam hampir selalu memperoleh angka tertinggi.

Nacar, et al (2014), menjelaskan dalam penelitiannya bahwa mahasiswa bidang studi kesehatan cenderung merasa lebih bertanggungjawab

dan lebih aktif dalam upaya meningkatkan kesehatannya. Hal tersebut merupakan akibat dari seringnya mereka mendapatkan informasi terkait kesehatan di sepanjang masa studi. Sementara itu, penelitian oleh Blotcher, et al (2011), membuktikan bahwa semakin tinggi tingkat religiusitas, semakin rendah mortalitas dan morbiditas pada seseorang. Ada 3 mekanisme yang mendasari : religiusitas membawa seseorang pada kondisi psikologis yang stabil, hubungan sosial dan dukungan sosial yang baik, serta mengarahkan individu pada perilaku hidup yang lebih sehat.

Secara keseluruhan, tanpa memperhatikan jenis kelamin dan fakultas, dalam penelitian ini didapatkan 84% responden memiliki pola makan tidak sehat. Untuk aktivitas fisik, sebenarnya masih lebih banyak mahasiswa yang beraktivitas fisik cukup, dan hanya 31.2% responden yang aktivitas fisiknya kurang; begitu pula dengan konsumsi rokok, hanya 22.7% yang mengaku merokok. Akan tetapi, ketika tiga aspek tersebut dipandang bersamaan (pola makan, pola aktivitas fisik, dan konsumsi rokok), hanya 8.9% mahasiswa yang memiliki perilaku hidup sehat. Sisanya, sebanyak 91.1%, berperilaku hidup tidak sehat.

Menurut Skinner (1938) dalam (Notoatmodjo, 2003), perilaku terbentuk karena interaksi antara stimulus dan respon. Singkatnya, keberadaan stimulus akan mendorong munculnya respon. Semakin kuat suatu stimulus, semakin kuat pula respon yang timbul. Setelah respon terbentuk, suatu stimulus lain dapat mempengaruhi respon pertama dan memunculkan respon

kedua. Begitu seterusnya, hasil akhirnya adalah terbentuknya suatu perilaku sebagai interaksi yang kompleks dan terus-menerus antara respon dan stimulus. Dalam penelitian ini, kesadaran responden tentang adanya riwayat DM di keluarganya dapat dianggap sebagai suatu stimulus. Stimulus ini bersifat *negative feedback* pada responden yang sebelumnya berperilaku hidup tidak sehat, sehingga apabila stimulus cukup kuat, secara teori seharusnya ia mampu memunculkan respon baru berupa terbentuknya perilaku hidup sehat.

Dari hasil penelitian, didapatkan data : pada responden yang menyadari ada riwayat DM di keluarga, mayoritas yaitu sejumlah 92.7% berperilaku hidup tidak sehat; responden yang menyadari tidak ada riwayat DM di keluarga berperilaku hidup tidak sehat sebanyak 90.6%; demikian pula pada responden yang tidak menyadari ada atau tidak adanya riwayat DM di keluarga, dominan berperilaku hidup tidak sehat yaitu sebanyak 92.7%. Secara keseluruhan, 91% responden memiliki perilaku hidup tidak sehat.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kesadaran riwayat DM di keluarga dengan perilaku hidup sehat pada mahasiswa. Artinya, keberadaan kesadaran riwayat DM di keluarga belum bisa menjadi stimulus yang cukup untuk menghasilkan respon sesuai harapan. Hal ini dapat dikaitkan dengan teori pembentukan perilaku yang melalui berbagai tahapan, yaitu :

1. *Awareness* (kesadaran), yaitu ketika seseorang menyadari atau mengetahui sesuatu.
2. *Interest*, yaitu ketika objek yang sebelumnya sudah disadari mulai menarik perhatian seseorang.
3. *Evaluation*, mempertimbangkan berbagai kelebihan dan kekurangan dari objek atau stimulus terhadap dirinya
4. *Trial*, yaitu ketika seseorang mulai mencoba melakukan suatu perilaku
5. *Adoption*, sudah terbentuk perilaku baru.

Tahap-tahap di atas disebutkan berurutan, semakin tinggi tahapan semakin tinggi pula respon positif seseorang terhadap suatu perilaku baru. Untuk melalui satu tahap dan naik ke tahapan yang lebih tinggi, dibutuhkan pendorong untuk mengumpulkan lebih banyak respon positif, dalam hal ini kemauan seseorang untuk membentuk perilaku (Notoatmodjo, 2003).

Sesuai dengan pendapat Skinner (1983) dalam (Notoatmodjo, 2003), apabila seseorang mendapatkan stimulus berupa *positive feedback*, ia akan terpicu untuk memperkuat intensitas respon (perilaku) tersebut. Sebaliknya, jika seseorang tidak mampu mengumpulkan stimulus positif yang lebih tinggi, tahapan selanjutnya akan sulit tercapai.

Pembentukan perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Pada kenyataannya, tidak semua perilaku terbentuk melalui kelima proses tersebut. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat berpengaruh, meskipun tidak harus selalu ada. Tetapi, adanya pengetahuan

dalam proses pembentukan perilaku menjadikan suatu perilaku lebih langgeng dalam pelaksanaannya, dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Dalam penelitian ini, didapatkan cukup banyak responden yang sudah memiliki kesadaran akan riwayat DM di keluarga, namun masih berperilaku hidup tidak sehat. Menilik dari teori di atas, meskipun kesadaran (sebagai stimulus) memiliki peran dalam pembentukan perilaku, kekuatannya belum cukup besar, sehingga proses terhenti di sini; belum bisa tercapai suatu perilaku yang diharapkan. Untuk mengantarkan mereka menuju tahap yang lebih tinggi dari proses menyadari, diperlukan sesuatu yang lebih kuat dari kesadaran.

Dipandang dari jenis kelaminya, dalam penelitian ini didapatkan sedikit perbedaan kesadaran antara kelompok pria dan wanita, di mana persentase wanita yang tidak memiliki kesadaran lebih rendah dibandingkan pria (telah disebutkan di atas). Penelitian yang dilakukan oleh Bidmon (2015), menemukan bahwa secara umum, kesadaran wanita terkait nutrisi dan kesehatan lebih tinggi dibandingkan pria. Wanita juga cenderung memiliki dorongan yang lebih besar untuk meminta informasi dari dokter terkait kesehatannya.

Dalam penelitian terdahulu yang variabelnya serupa, didapatkan hasil yang berbeda-beda. Dalam penelitian Qureshi dan Kai (2008), responden yang diberitahu oleh dokter bahwa mereka memiliki risiko DM karena adanya

riwayat DM di keluarga, memiliki kesadaran yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak diberi informasi oleh dokter. Kesadaran ditunjukkan dengan lebih banyaknya perubahan perilaku menjadi perilaku hidup sehat pada responden yang sudah diberi informasi. Adanya perbedaan hasil dengan penelitian yang telah peneliti lakukan mungkin disebabkan oleh variabel independen yang tidak sepenuhnya sama. Responden dalam penelitian Qureshi dan Kai diketahui telah mendapatkan edukasi dari dokter bahwa riwayat DM di keluarga berpengaruh langsung terhadap probabilitasnya menderita DM; sedangkan dalam penelitian yang peneliti lakukan, tidak jelas apakah responden mendapatkan edukasi yang tepat atau tidak.

Penelitian lain oleh Rahayu, et al. (2015), menemukan bahwa kesadaran riwayat DM di keluarga berhubungan dengan pola konsumsi makanan, namun tidak berhubungan dengan pola olah raga atau aktivitas fisik; artinya kesadaran ini belum cukup untuk mempengaruhi seluruh komponen perilaku hidup sehat (di antaranya pola makan yang baik, aktivitas fisik yang cukup, dan tidak merokok).

Penelitian ini memiliki keterbatasan antara lain :

1. Desain penelitian berupa *cross-sectional*, sehingga penelitian hanya bisa melihat ada tidaknya hubungan antar variabel, tidak bisa menunjukkan sebab-akibat.

2. Analisa data dilakukan dengan uji *chi-square*, sehingga hanya bisa melihat ada atau tidaknya hubungan antar variabel, tanpa melihat seberapa erat hubungan tersebut.
3. Banyak kuesioner yang tidak dilengkapi oleh responden, sehingga data harus dieksklusi dan tidak seluruh populasi bisa menjadi sampel.