PERBEDAAN BUDAYA, SOSIAL EKONOMI, SIKAP DAN PERILAKU PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 PADA MASYARAKAT PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI PROVINSI SULAWESI TENGGARA

TESIS

Diajukkan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

Hildayanti Burhan
0613516036

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
TAHUN 2019

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis dengan judul **"Perbedaan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan di Provinsi Sulawesi Tenggara"**, karya

Nama : Hildayanti Burhan

NIM : 013516036

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Telah di setujui oleh pembimbing untuk diajukkan seminar ujian tesis.

Semarang, 1 Juli 2019

Pembimbing I	Pembimbing II
dr.Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D	Dr. Ari Yuniastuti, Spt., M.Kes
NIP. 19720518200280120 11	NIP. 196806021998032002

PENGESAHAN UJIAN TESIS

Tesis dengan judul "Perbedaaan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan di Provinsi Sulawesi Tenggara" karya,

Nama : Hildayanti Burhan

NIM : 0613516036

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

telah dipertahankan dalam Sidang Panitia Ujian Tesis Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang pada hari Kamis, tanggal 20 Juni 2019.

Semarang, Juli 2019

Panitia Ujian

Ketua,

Prof. Dr. Totok Sumaryanto Fleorentinus, M.Pd
NIP. 196410271991021001

Sekretaris,

Dr. Sulhadi, M.Si
NIP. 197108161998021001

Penguji I,

Dr. dr. Yuni Wijayanti, M.Kes
NIP. 196606092001122001

Penguji II,

Dr. Ari Yuniastuti, Spt., M.Kes
NIP. 196806021998032002

Penguji III,

dr.Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D
NIP. 197205182002812011

PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya

nama : Hildayanti Burhan

nim : 0613516036

program studi : Magister Kesehatan Masyarakat

menyatakan bahwa yang tertulis dalam tesis yang berjudul "**Perbedaan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap Dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan Dan Pedesaan Di Provinsi Sulawesi Tenggara**" ini di benar-benar karya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmih. Atas pernyataan ini saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 2 Juli 2019

Yang membuat pernyataan,

Hildayanti Burhan
0613516036

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Hari ini di penuhi dengan makanan manis, esok kencing manis”

“Investasi terbesar masa tua hanyalah tubuh yang sehat”

“Keluarga bahagia bagian dari keluarga sehat”

Persembahan :

Tesis ini saya persembahkan :

Universitas Negeri Semarang dan Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat

ABSTRAK

Hildayanti Burhan. 2019."Perbandingan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap, dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan Provinsi Sulawesi Tenggara". *Tesis.* Program Studi Kesehatan Masyarakat. Program Pascasarjana. Universitas Negeri Semarang. Pembimbing I dr.Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D Pembmbing II Dr. Ari Yuniastuti, Spt.,M.Kes.

Kata Kunci : Diabetes Mellitus Tipe 2, Budaya, Sosial Ekonomi Sikap, Perilaku.

Diabetes mellitus menjadi salah satu masalah kesehatan yang serius dihadapi, kejadian diabetes mellitus cenderung meningkat yaitu dari 6,9% tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018. Perbedaan prevalensi diabetes mellitus di perkotaan yaitu 14,7% dan pedesaan 7,2% yang oleh dipengaruhi perubahan gaya hidup. Tujuan penelitian ini membedakan antara budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan di Sulawesi Tenggara, khususnya Kota Kendari dan Konawe Kepulauan. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian berjumlah 104 responden dengan tehnik *cluster*. Instrument menggunakan lembar kuesioner. Tehnik pengambilan data yaitu wawancara, pengamatan (observasi) dan dokumentasi. Analisis dalan penelitian ini menggunakan *Mann Whitney* ditemukan hasil tidak terdapat perbedaan pada variabel budaya (p=0,601), sosial ekonomi (p=0,005), sikap (p=0,000) dan perilaku (p=0,000) penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan. Hasil penelitian ini kejadian diabetes mellitus tipe 2 lebih meningkat di perkotaan daripada pedesaan disebabkan oleh sosial ekonomi, sikap, perilaku dan sebagai pertimbangan untuk meningkatkan derajat kesehatan dengan menjaga pola hidup sehat seperti olahrga dan makanan bergizi.

ABSTRACT

Hildayanti Burhan. 2019. "Comparison of Culture, Socio-Economic, Attitudes, and Behavior of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Urban and Rural Communities of Southeast Sulawesi Province". Thesis. Public Health Study Program. Graduate program. Semarang State University. Advisor I dr.Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes., Ph.D Pembmbing II Dr. Ari Yuniastuti, Spt., M.Kes.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Culture, Socio-Economic Attitude, Behavior.

Diabetes mellitus is one of the health problems considered, the incidence of diabetes mellitus has increased from 6.9% in 2013 to 8.5% in 2018. The difference in prevalence of diabetes mellitus in urban areas is 14.7% and rural 7.2% which by lifestyle changes. The purpose of this study distinguishes between culture, socio-economic, diabetes mellitus and behavior of patients with type 2 diabetes mellitus in Southeast Sulawesi, especially Kendari City and Konawe Islands. This research is a quantitative research, with a *cross sectional* approach. Research sample payment of 104 respondents with a technical cluster. The instrument uses a questionnaire sheet. The technique of taking data is interview, observation and documentation. Calculation analysis in this study using *Mann Whitney* found unexpected results in cultural variables *(p*=0.601), socio-economic (*p*=0.005), attitudes *(p*=0,000) and policies *(p*=0,000) type 2 diabetes mellitus patients in urban communities and rural areas. The results of this study reveal that type 2 diabetes mellitus is more increasing in urban areas than elevated by socio-economic, attitudes, relationships and considerations to improve health status with healthy lifestyles such as exercise and nutritious food.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. atas segala limpahan rahmat, karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul "Perbedaan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan di Sulawesi Tenggara".

Dalam penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Direksi Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang, yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian, dan penulisan tesis ini.
2. Prof. Dr. H. Achmad Slamet, M.Si selaku Direktur Pascasarjana Universitas Negeri Semarang.
3. Dr. dr. Yuni Wijayanti, M.Kes selaku Penguji utama yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukkan guna penyempurnaan Tesis ini.
4. dr. Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes.,Ph.D selaku Kepala Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang sekaligus Pembimbing I yang telah memberikan waktu, kesabaran dan bimbingannya.
5. Dr. Ari Yuniastuti, Spt., M.Kes selaku Pembimbing II yang telah memberikan waktu, kesabaran dan bimbingannya.
6. Dinas Kesehatan Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara yang telah membantu proses penelitian ini.
7. Kepala Puskesmas Mekar, Kepala Puskesmas Jatiraya dan Kepala Puskesmas Lepo-lepo Kota Kendari serta Kepala Puskesmas Lansilowo dan Puskesmas, Puskesmas Lampeapi dan Puskesmas Ladianta di Konawe Kepualauan yang telah membantu penelitian ini.
8. Kedua Orang Tua saya Bapak H. Burhan, S.Pd dan Ibu Hj. Minarti, S.Pd serta adik-adik saya Munita Burhan, S.Si dan Sulpiyana yang sudah memberikan dukungan materi dan semangat.

9. Teman-teman seperjuangan Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Negeri Semarang angkatan 2016 serta semua pihak yang membantu dan mendukung selama penyelesaian studi.

Penulis menyadari dalam penulisan Tesis ini masih terdapat kekurangan, baik isi maupun tulisan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan. Semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan merupakan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Semarang, 2 Juli 2019

Penulis

(Hildayanti Burhan)

DAFTAR ISI

JUDUL i

PERSETUJUAN PEMBIMBING ii

PENGESAHAN UJIAN TESIS iii

PERNYATAAN KEASLIAN iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

ABSTRAK vi

ABSTRACT vii

PRAKATA viii

DAFTAR ISI ix

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR GAMBAR xiii

DAFTAR LAMPIRAN xiv

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Identifikaksi Masalah 5

1.3 Cakupan Masalah 7

1.4 Rumusan Masalah 7

1.5 Tujuan Penelitian 7

1.6 Manfaat Penelitian 8

BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORITIS, KERANGKA BERPIKIR, DAN HIPOTESIS

2.1 Diabetes Mellitus Tipe 2 9

2.2. Diabetes Mellitus Tipe 2 di Perkotaan 22

2.3 Diabetes Mellitus Tipe 2 di Pedesaan 31

2.4 Budaya 32
2.5 Sosial Ekonomi 37
2.6 Sikap..... 41
2.7 Perilaku 43
2.8 Kerangka Teoritis..... 51
2.9 Kerangka Berpikir..... 52
2.10 Hipotesis Penelitian..... 52

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian..... 54
3.2 Populasi dan Sampel 55
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian 57
3.4 Variabel Penelitian 58
3.5 Definisi Operasional..... 58
3.6 Istrument dan Tehnik Pengumpulan Data..... 59
3.7 Validitas dan Reliabititas 62
3.8 Prosedur Penelitian..... 63
3.9 Pengelolaan Data..... 64
3.10 Analisis Data 65
3.12 Etika Penelitian 67

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 68
4.2 Hasil Penelitian 73
4.3 Pembahasan..... 81

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan 100
5.2 Saran..... 101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1 Definisi Operasional 58
Tabel 4.1 Pembagian Wilayah Administrasi Kota Kendari 71
Tabel 4.2 Distirbusi Responden Berdasarkan Budaya Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan 74
Tabel 4.2 Distirbusi Responden Berdasarkan Sosial Ekonomi Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan 74
Tabel 4.3 Distirbusi Responden Berdasarkan Sikap Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan 75
Tabel 4.4 Distirbusi Responden Berdasarkan Perilaku Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan 75
Tabel 4.5 Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Budaya Pada Masyarakat Perkotaan Dan Pedesaan 76
Tabel 4.6 Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Sosial Ekonomi Masyarakat Perkotaan Dan Pedesaan 77
Tabel 4.7 Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Sikap Masyarakat Perkotaan Dan Pedesaan 77
Tabel 4.8 Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Perilaku Masyarakat Perkotaan Dan Pedesaan 78
Tabel 4.9 Analisis Perbedaan Antara Budaya Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Masyarakat Perkotaan dengan Pedesaan. 79
Tabel 4.10 Analisis Perbedaan Antara Sosial Ekonomi Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Masyarakat Perkotaan dengan Pedesaan 79
Tabel 4.11 Analisis Perbedaan Antara Sikap Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Masyarakat Perkotaan dengan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pedesaan. 80

Tabel 4.12 Analisis Perbedaan Antara Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Masyarakat Perkotaan dengan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pedesaan..... 80

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Kerangka Teoritis 51
Gambar 2.2 Kerangka Berpikir 52
Gambar 3.1 Peta Kabupaten Konawe Kepulauan 72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Instrument
Lampiran 2 Output SPSS
Lampiran 3 Tabulasi Data Penelitian
Lampiran 4 Surat Pengantar Studi Pendahuluan
Lampiran 5 Surat Pengantar Ethical Clearance
Lampiran 6 Ethical Clearence
Lampiran 7 Surat Rekomendasi Ijin Penelitian Dari Kantor Balitbang Provinsi Sulawesi Tenggara
Lampiran 8 Surat Rekomendasi Ijin Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kota Kendari
Lampiran 9 Surat Ijin Validitas di Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari
Lampiran 10 Surat Ijin Validitas di Puskesmas Langara di Konawe Kepulauan
Lampiran 11 Surat Keterangan penyelesaian Validitas di Puskesmas Benu-Benua Kota Kendari
Lampiran 12 Surat Keterangan penyelesaian Validitas di Puskesmas Langara di Konawe Kepulauan
Lampiran 14 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari
Lampiran 15 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Mekar Kota Kendari
Lampiran 16 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Mekar Kota Kendari
Lampiran 17 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Jatiraya Kota Kendari
Lampiran 18 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Lansilowo di Konawe Kepualaun
Lampiran 19 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Lampeapi di Konawe Kepualaun
Lampiran 20 Surat Keterangan Penyelesaian Penelitian dari Puskesmas Ladianta di Konawe Kepualaun
Lampiran 21 Dokumentasi Hasil Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

American Diabetes Association (ADA) tahun 2010 mendefinisikan diabetes mellitus (DM) sebagai suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena adanya kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Perkeni, 2015). Menurut WHO tahun 2014, diabetes mellitus adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian nomor 4 di dunia. Data prevalensi kematian akibat diabetes di beberapa negara berkembang adalah sebagai berikut: Sri Langka 7%, Indonesia 6%, Thailand 4%, Myanmar 3%, Nepal 3%, Bangladesh 3%, dan India. 90-95% dari semua kasus diabetes mellitus tergolong sebagai diabetes mellitus tipe 2. Diabetes Mellitus menjadi masalah kesehatan masyarakat serius yang dihadapi oleh berbagai negara berkembang termasuk indonesia (Kemenkes, 2015).

Di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 6,9% atau 121.191.564 jiwa, meningkat menjadi 14,7% di daerah urban dan daerah rural 7,2% (Kemenkes, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mohan *et al.* (2007) menyatakan bahwa prevalensi diabetes mellitus tipe 2 di perkotaan adalah (3,2%), sementara di pedesaan adalah (3,1%). Prevalensi Diabetes Mellitus di perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di pedesaan. Hal itu diduga disebabkan oleh faktor risiko obesitas dan kurangnya akifitas fisik.

Selain itu, perubahan gaya hidup masyarakat perkotaan diperkirakan menjadi pemicu meningkatnya prevalensi diabetes mellitus di beberapa negara. Menurut Suyono (2008), penyakit diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit degeneratif yang sangat berterkaitan dengan pola makan. Pola makan menggambarkan tentang jenis, jumlah dan komposisi bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh seseorang.

Penduduk perkotaan yang tingkat pendidikan dan pendapatannya relatif lebih tinggi, kurang memiliki aktifitas fisik dibanding penduduk pedesaan. Hal itu menimbulkan faktor risiko metabolik diantara perkotaan dengan pedesaan seperti kelebihan berat badan atau obesitas (Du *et al.,* 2016). Obesitas merupakan salah satu faktor risiko atau penyebab utama kejadian diabetes mellitus yang lazim dijumpai di tengah masyarakat (Mcnaughton *et al.,* 2012).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan penyebab utama penyakit jantung, kebutaan, gagal ginjal, dan amputasi. *International Diabetes Federation* (IDF) mencatat 8,2% juta orang dengan umur 20-79 tahun meninggal dunia akibat diabetes mellitus. Selain itu, diabetes mellitus dapat menyebabkan beban ekonomi nasional, dan negara (IDF, 2014). Kemandirian penderita diabetes mellitus tipe 2 dalam mengelola penyakitnya sangat diperlukan (Page *et al.*, 2014).

Prevalensi penderita diabetes mellitus tipe 2 baik di perkotaan maupun pedesaan berkaitan erat dengan gaya hidup. Keterkaitan itu muncul karena adanya interaksi antara faktor-faktor kerentanan genetik dengan paparan

lingkungan. Gaya hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh budaya/kebiasaan seseorang termasuk pola makannya. Pola makan yang mencakup: pemilihan makanan, jenis pangan apa yang diproduksi, diolah, didistribusi, disiapkan dan disajikan dapat mengubah konsumsi dan kebiasaan makan seseorang. Secara keseluruhan pola dan kebiasaan makan, serta tingkat konsumsi dapat mempengaruhi sistem kesehatan individu (Waryana, 2016).

Faktor ekonomi dan kemiskinan berpengaruh besar tehadap perilaku, sosial budaya dan pendidikan seseorang yang berdampak pada pengelolaan diri sendiri (Abdulrehman *et al.,* 2016). Hal ini diperkuat pernyataan Jazilah mengatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin positif sikap penderita dan semakin baik praktik penderita diabetes mellitus sehingga semakin terkendali kadar glukosa darahnya (Jazilah *et al.,* 2003).

Perilaku makan yang kurang sehat dan konsumsi minuman yang manis seperti *sugar sweetened beverage*/SSB lebih berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan di daerah perkotaan daripada pedesaan. Hal itu disebabkan karena konsumsi makanan cepat saji, sarapan yang jarang, asupan buah dan sayuran rendah. Masyarakat yang kurang beruntung di daerah yang letak geografisnya sulit dijangkau perlu diberikan pemahaman tentang perilaku makan yang benar dan sehat (Sharkey *et al.,* 2011).

Penyakit diabetes mellitus dikatakan sebagai penyakit kronik yang sulit disembuhkan akan tetapi sangat potensial untuk dicegah dan dikendalikan melalui 4 pilar pengobatan diabetes mellitus yang meliputi edukasi, diet, olahraga, dan terapi pengobatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan

oleh Utomo *et al.* (2012) bahwa olahraga senam dan terapi pengobatan dapat menurunkan kadar gula dalam darah secara efektif.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2017 melaporkan hasil pemantauan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) masyarakat. Hasil pemantauan itu menujukkan bahwa presentase RT ber PHBS tertinggi adalah Kabupaten Kolaka 96,24%, di ikuti Kabupaten Bombana 70,33% dan Kota Kendari 62,86% sedangkan presentase RT ber PHBS terendah adalah Kabupaten Konawe Utara 22,17%.

Hal itu berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat secara umum, serta kejadian penyakit menular maupun penyakit tidak menular (Dinkes Sultra, 2017). Di Sulawesi Tenggara tepatnya di Kota Kendari, jumlah kasus diabetes mellitus masih menempati urutan ke 5 dari 12 Kabupaten dengan jumlah kasus sebanyak 2.983 pada tahun 2016. Pada tahun 2017 jumlahnya meningkat menjadi 3206 kasus (Dinkes Sultra, 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan februari, diabetes mellitus di Kota Kendari pada tahun 2017, ditemukan sebanyak 1484 kasus diabetes mellitus. Daerah Lepo-Lepo yaitu wilayah kerja Puskesmas Lepo-Lepo, Puskesmas Mekar, dan Puskesmas Jatiraya yang mewakili Kota dengan jumlah kasus 606.

Di Kabupaten Konawe Kepulauan ditemukan 113 kasus diabetes mellitus, sementara di daerah Wawonii Utara yaitu wilayah kerja Puskesmas Lansilowo, Puskesmas Lampeapi dan Puskesmas Ladianta yang mewakili Desa ditemukan sebanyak 64 kasus diabetes mellitus. Daerah ini menempati

urutan pertama di wilayah tersebut dari total 7 Puskesmas di Kabupaten Konawe Kepulauan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa orang penderita diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas yang mewakili Kota dan salah satu Puskesmas Konawe Kepulauan yang mewakili Desa, mengatakan bahwa mereka masih kurang memahami cara pola hidup sehat dan masih kurang memahami faktor-faktor penyebab diabetes mellitus. Masyarakat yang masih kurang pemahaman tentang pola hidup sehat bisa terpapar dengan faktor risiko obesitas yang dapat menjadi penyebab dari penyakit diabetes mellitus, jantung dan stroke.

Di wilayah kerja Puskesmas Lepo-Lepo, Puskesmas Mekar dan Jatiraya yang mewakili Kota Kendari, serta di wilayah kerja Puskesmas Lansilowo Puskesmas Lampeapi, Puskemas Ladianta yang mewakili Desa, adalah satu wilayah dengan presentase diabetes yang cukup tinggi. Hal itu mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang "Perbedaan budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan di Provinsi Sulawesi Tenggara.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari uraian latar belakang di atas, maka dalam penelitian ini terdapat beberapa permasalah yang dapat diidentifikasi antara lain sebagai berikut:

1) Diabetes Mellitus menjadi masalah kesehatan masyarakat serius yang dihadapi oleh berbagai negara berkembang termasuk indonesia (Kemenkes, 2015).

2) Di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 6,9% atau 121.191.564 jiwa, meningkat menjadi 14,7% di daerah urban dan daerah rural 7,2% (Kemenkes, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mohan *et al.* (2007) menyatakan bahwa prevalensi diabetes mellitus tipe 2 di perkotaan adalah (3,2%), sementara di pedesaan adalah (3,1%).
3) Prevalensi Diabetes Mellitus di perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di pedesaan. Hal itu diduga disebabkan oleh faktor risiko obesitas dan kurangnya akifitas fisik.
4) Perbahan gaya hidup masyarakat perkotaan diperkirakan menjadi pemicu meningkatnya prevalensi diabetes mellitus di beberapa negara.
5) *International Diabetes Federation* (IDF) mencatat 8,2% juta orang dengan umur 20-79 tahun meninggal dunia akibat diabetes mellitus. Selain itu, diabetes mellitus dapat menyebabkan beban ekonomi nasional, dan negara (IDF, 2014).
6) Perilaku makan yang kurang sehat dan konsumsi minuman yang manis seperti *sugar sweetened beverage*/SSB lebih berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan di daerah pedesaan daripada di perkotaan. Hal itu disebabkan karena konsumsi makanan cepat saji, sarapan yang jarang, asupan buah dan sayuran rendah.
7) Di Sulawesi Tenggara tepatnya di Kota Kendari, jumlah kasus diabetes mellitus masih menempati urutan ke 5 dari 12 Kabupaten dengan jumlah kasus sebanyak 2.983 pada tahun 2016. Pada tahun 2017 jumlahnya meningkat menjadi 3206 kasus (Dinkes Sultra, 2017).

1.3 Cakupan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah diatas, maka pembatasan cakupan masalah dalam penelitian ini adalah penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaa dan pedesaan yang mencangkup budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan cakupan masalah diatas, maka peneliti merumuskan sebagai berikut: bagaimana perbedaan budaya, sosial ekonomi, sikap, dan perilaku terhadap penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan?

1.5 Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah diatas maka tujuan proposal penelitian ini adalah untuk:

1) Menganalisis hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap budaya masyarakat perkotaan dan pedesaan.
2) Menganalisis hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap sosial ekonomi masyarakat perkotaan dan pedesaan.
3) Menganalisis hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap sikap masyarakat perkotaan dan pedesaan.
4) Menganalisis hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap perilaku masyarakat perkotaan dan pedesaan.
5) Menentukan perbedaan budaya penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.

6) Menentukan perbedaan sosial ekonomi penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.
7) Menentukan perbedaan sikap penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.
8) Menentukan perbedaan perilaku penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Praktis

Memberi tambahan informasi tentang perbedaan budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.

1.6.2 Teoritis

Mengembangkan wawasan ilmu pendidikan dan mendukung teori-teori yang sudah ada yang berkaitan dengan bidang kesehatan masyarakat, terutama tentang budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan di Sulawesi Tenggara.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA TEORITIS, KERANGKA BERPIKIR DAN HIPOTESIS

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengertian Diabetes Mellitus

Menurut *The World Health Organization* (WHO), Diabetes mellitus adalah suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat insufisiensi insulin. insufisiensi insulin dapat disebabkan oleh gangguan produksi insulin oleh sel-sel beta langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (Depkes, 2005). Menurut *American Diabetes Association* (ADA) diabetes mellitus adalah suatu kelompok penyakit kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin, atau keduanya (Perkerni, 2015).

Menurut kriteria diagnostik PERKERNI (Perkumpulan Endokrenologi Indonesia) seseorang dikatakan diabetes mellitus jika memiliki kadar gula darah puasa >126 mg/dL dan pada tes sewaktu >200 mg/dl. Kadar gula darah yang normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70-110 mg/dL darah dan 120-140 mg/dL pada 2 jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung gula maupun karbohidrat lainnya (Shanti, 2011).

Diabetes mellitus tipe 2 disebut juga dengan *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau *Adult Onset Diabetes* atau lebih sering dikenal dengan diabetes mellitus tidak bergantung insulin. Salah satu penyebab utama diabetes mellitus tipe 2 adalah pola diet dan gaya hidup yang tidak sehat. Pola gaya hidup yang tidak sehat ini akan mendorong ketidakpekaan terhadap insulin, sehingga dapat mengganggu keseimbangan gula darah.

2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes tipe 2 adalah gangguan heterogen disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang terkait dengan sekresi insulin yang terganggu, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan yang berlebihan, kurangnya latihan, dan stres serta penuaan (Kaku *et al.*, 2010). Penyakit ini biasanya multifaktorial yang melibatkan gen dan faktor lingkungan (Holt *et al.*, 2004). Diabetes meliitus tipe 2 adalah bentuk umum dari idiopatik diabetes dan ditandai oleh kurangnya kebutuhan akan insulin untuk mencegah ketoasidosis. Gangguan autoimun dan gen kerentanan yang mempredisposisi diabetes mellitus tipe 2 belum teridentifikasi pada kebanyakan pasien.

2.1.3 Klasifikasi Diabetes Melitus

ADA mengklasifikasi diabetes mellitus berdasarkan patogenesis sindrom diabetes mellitus dan gangguan toleransi glukosa. Diabetes mellitus diklasifikasikan menjadi 3 yaitu diabetes mellitus tipe I, diabetes mellitus tipe 2, diabetes gestational atau diabetes melitus tipe lain.

1) Diabetes mellitus tipe I/*Insulin Dependent Diabetes Melitus (*IDDM)

Diabetes yang terjadi akibat kerusakan defisiensi sel β (beta) pankreas yang disebabkan oleh proses *autoimun* akibatnya terjadi defisiensi insulin absolut sehingga penderita mutlak memerlukan insulin dari luar (eksogen) untuk mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal (Suiraoka, 2012).

Diabetes mellitus tipe 1 tidak dapat dicegah. Diet dan olahraga tidak bisa menyembuhkan ataupun mencegah diabetes tipe 1, diabetes mellitus tipe ini dapat diobati dengan menggunakan insulin dengan pengawasan terhadap tingkat glukosa darah melalui monitor pengujian darah. Tanpa insulin, ketosis dan diabetic ketoacidosis bisa menyebabkan koma bahkan bisa mengakibatkan kematian. Perawatan diabetes mellitus tipe 1 harus tetap dilakukan, perawatan tidak akan mempengaruhi aktifitas normal apabila kesadaran penderitanya cukup, perawatan yang tepat dan kedisiplinan dalam pemeriksaan dan pengobatan yang dijalankan. Tingkat glukosa rata-rata untuk penderita diabetes mellitus tipe 1 harus mendekati kadar glukosa normal (80-120 g/dl, 4 –6 mmol/l) (Maulana, 2009).

2) Diabetes mellitus tipe 2/*non insulin dependent diabetes mellitus* (NIDDM)

Menurut *The National Diabetes Data Group dan World Health Organization,* diabetes mellitus tipe 2 adalah intoleransi karbohidrat yang ditandai dengan resistensi insulin, defisiensi relatif (bukan absolut) insulin, kelebihan produksi glukosa hepar dan hiperglikemia (Brashers, 2007).

Diabetes mellitus tipe 2 terjadi karena resistensi insulin, jumlah reseptor insulin pada permukaan berkurang walaupun jumlah insulin tidak berkurang, hal ini menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel meskipun insulin tersedia (Suiraoka, 2012). Beberapa faktor predisposisi terjadinya resistensi insulin adalah obesitas sentral, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang aktifitas dan faktor keturunan atau herediter. Diabetes mellitus tipe 2 termasuk *Silent Killer Diseases* karena penderita biasanya tidak menunjukkan gejala selama beberapa tahun, sehingga jarang terdeteksi pada awal diderita.

3) Diabetes mellitus gestasional

Diabetes mellitus gestasional atau diabetes melitus tipe lain disebabkan oleh berbagai kondisi seperti kelainan genetik yang spesifik (kerusakan genetik sel β pankreas dan kerja insulin), penyakit pada pankreas, gangguan endokrin lain, infeksi, obat–obatan dan beberapa bentuk lain yang jarang terjadi (Suiraoka, 2012).

2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes Mellitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Pada penderita diabetes mellitus tipe 2 dapat terjadi produksi glukosa hepatik yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel beta pangeras secara *otoimun* seperti diabetes mellitus tipe I. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes mellitus tipe 2 hanya bersifat relatif, tidak absolut (Depkes, 2005).

Pada perkembangan awal diabetes mellitus tipe 2, sel-sel beta menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel beta pankreas. Kerusakan sel-sel beta pankreas yang terjadi secara progresif seringkali akan mengakibatkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes mellitus Tipe 2 umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin (Depkes, 2005).

2.1.5 Gejala Diabetes Melitus Tipe 2

Gejala diabetes melitus tipe 2 adalah sebagai berikut:

1. Cepat lelah, kehilangan tenaga
2. Sering buang air kecil
3. Lapar dan haus terus menerus
4. Kelelahan berkepanjangan yang tidak ada penyebabnya
5. Mudah sakit berkepanjangan.
6. Biasanya terjadi pada mereka yang berusia diatas 40 tahun
7. Imunitas tubuh rendah, daya sembuh lambat terutama jika mengalami luka pada tangan dan kaki.
8. Mendengar bunyi berdengung serta mati rasa pada tungkai, tangan dan jari.
9. Mengalami penurunan daya tahan ubuh saat beraktifitas.
10. Gula darah puasa >126 mg/dL pada pagi hari.

2.1.6 Determinan Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 lebih sering menyerang pada usia pertengahan dan pada orang yang lebih tua dengan berat badan lebih atau obesistas. Kerentanan gentik dan faktor lingkungan menjadi pemicu yang paling besar dari terjadinya diabetes mellitus. Menurut Kemenkes RI 2014, faktor risiko diabetes mellitus terbagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Berikut adalah faktor risiko dari diabetes mellitus tipe 2:

2.1.6.1 Faktor Yang Tidak Dapat Dimodifikasi

1. Umur

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya variabel umur ≥50 dapat meningkatkan kejadian diabetes mellitus tipe 2 karena penuaan menyebabkan menurunnya sensitivitas insulin dan menurunnya fungsi tubuh untuk metabolisme glukosa (Trisnawati *et al.,* 2013). Pada negara berkembang, sebagian besar orang dengan diabetes berumur antara 45-64 tahun lebih dari 80% dari 184 juta orang dengan diabetes berada pada rentang umur ini (Wild *et al*., 2004).

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan analisis pada penelitian sebelumnya antara jenis kelamin dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2, prevalensi kejadian diabetes mellitus tipe 2 pada wanita lebih tinggi daripada laki-laki. Wanita lebih berisiko mengidap diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. *Sindroma siklus* bulanan

(*premenstrual syndrome)*, pasca-menopouse yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita berisiko menderita diabetes mellitus tipe 2 (Wahyuni *et al.*, 2013).

3. Riwayat diabetes gestasional

Diabetes gestasional adalah diabetes yang hanya terjadi selama kehamilan dan pulih setelah melahirkan. Pada umumnya, mereka akan sembuh dari diabetes jenis ini setelah melahirkan, namun dalam beberapa kasus diabetes ini dapat berlanjut (Hasdianah, 2012). Wanita yang menderita diabetes selama kehamilan, berisiko mengalami diabetes mellitus tipe 2 setelah melahirkan (Fox and Kilvert, 2010).

1) Lahir dengan BBLR

BBLR (berat badan lahir rendah) adalah bayi yang lahir dengan berat badan <2500gram. Pada seseorang yang lahir dengan BBLR dimungkinkan mempunyai kerusakan pada pankreas sehingga kemampuan pankreas dalam memproduksi insulin akan terganggu (Kemenkes, 2014).

2) Genetik

Faktor lain yang memberikan andil sangat besar pada prevalensi penyakit diabetes melitus tipe 2 adalah faktor keturunan atau genetik. Hal ini terbukti pada beberapa penelitian yang telah membuktikan bahwa orang yang memiliki genetik menderita diabetes mellitus lebih berisiko daripada orang yang tidak memiliki riwayat diabetes mellitus.

Diabetes melitus cenderung diturunkan atau diwariskan. Anggota keluarga penderita diabetes mellitus memiliki kemungkinan lebih besar terserang penyakit ini dibandingkan dengan anggota keluarga yang tidak menderita diabetes mellitus (Maulana, 2009). Berdasarkan penelitian yang dilakukan olah Trisnawati *et al.* (2013) pasien diabetes dengan genetik menderita diabetes mempunyai risiko 4 kali lipat untuk terkena diabetes dibandingkan dengan yang tidak.

3) Ras/Etnis

Etnis merupakan faktor penting dalam perkembangan diabetes mellitus tipe 2 pada orang dewasa dan anak-anak. Peningkatan tertinggi dilaporkan terjadi pada etnis Asia, Hispanics, orang pribumi (USA, Kanada, Australia) dan African Americans, dengan beberapa yang tertinggi di dunia baru saja ditemukan pada etni Indian pima (IDF, 2006).

2.1.6.2 Faktor yang dapat dimodifikasi

1. Berat badan lebih

Indeks masa tubuh secara bersama-sama dengan variabel lainnya mempunyai hubungan yang signifikan dengan diabetes mellitus. Hasil perhitungan OR menunjukan seseorang yang obesitas mempunyai risiko untuk menderita diabetes. Kelompok dengan risiko diabetes terbesar adalah kelompok obesitas, dengan odds 7,14 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok IMT normal (Trisnawati *et al.*, 2013).

Pada umumnya, diabetes tipe 2 diderita oleh orang yang mengalami obesitas (80%). Obesitas menyebabkan jumlah reseptor dan kepekaan insulin menurun yang mengakibatkan glukosa darah yang masuk kedalam sel berkurang, sehingga sel kekurangan bahan metabolisme energi dan kadar glukosa dalam darah meningkat melebihi angka normal. Kadar glukosa darah yang meningkat melewati ambang batas ginjal akan dikeluarkan melalui urin. Penderita diabetes akan mengalami rasa haus yang berlebih, sering buang air kecil, dan rasa lapar yang berlebih tetapi berat badan menurun (Kemenkes, 2014)

2. Obesitas sentral

Obesitas sentral diukur dengan mengukur lingkar perut dengan menggunakan meteran. Orang dengan lingkar pinggang >80 cm untuk wanita dan >90 cm untuk pria, mempunnyai risiko lebih tinggi untuk mengalami diabetes tipe 2. Pada obesitas sentral, peningkatan jumlah lemak *visceral (abdominal*) mempunyai korelasi yang positif dengan hiperinsulin dan berkolerasi negatif dengan sensivitas insulin (Kemenkes, 2014).

3. Pola makan

Pola makan sehat untuk diabetes adalah 25-30% lemak, 50-55% karbohidrat, dan 20% protein. Berdasarkan data dari Riskesdas (2013), gaya hidup di perkotaan dengan pola makan yang tinggi lemak, garam, dan gula mengakibatkan masyarakat cenderung mengkonsumsi makanan secara berlebihan, selain itu pola makanan yang serba instan saat ini

memang sangat digemari oleh sebagian masyarakat, tetapi dapat mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah. Sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa konsumsi lemak tinggi berkontribusi terhadap kejadian diabetes mellitus tipe 2 dengan risiko sebesar 4,64 kali. Sedangkan konsumsi serat tinggi ditemukan mencegah diabetes mellitus tipe 2 sebesar 0,37 kali (Rahejang, 2010).

4. Aktivitas fisik kurang

Aktivitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan diubah menjadi energi pada saat beraktivitas fisik. Aktivitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul diabetes mellitus (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati *et al.* (2013) melakukan aktivitas fisik terbukti tidak meningkatkan risiko terjadinya diabetes mellitus tipe 2. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh aktivitas fisik yang dilakukan sehari-hari (seperti jalan ke pasar, mencangkul, mencuci, berkebun) tidak dimasukkan melakukan aktivitas fisik.

5. Stres

Pada penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan diabetes mellitus tipe 2 mengalami stres dengan jumlah

79,2% dan 46,2% responden yang tidak mengalami stres. Untuk mengelola stres sebaiknya mulai melakukan metode dalam mengurangi stres. Metode yang baik adalah dengan mengelola stres yang datang. Manajemen stres ini sebaiknya dilakukan secara terus-menerus, tidak hanya ketika tertekan. Stress diketahui berhubungan secara signifikan dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2 (Trisnawati *et al.*, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Eom *et al*. (2011) tingkat stress yang tinggi terjadi pada pasien diabetes dengan durasi pengobatan yang lama, pasien dengan pengobatan insulin dan pada pasien wanita. Pengobatan, kontrol makanan dan latihan fisik adalah hal yang essensial dalam perawatan penyakit diabetes, namun hal yang terpenting adalah adanya dukungan emosi dan mental untuk menjaga aktivitas pengobatan yang berkelanjutan.

6. Merokok

Sebuah meta-analisis ini (Willi C *et al.*, 2007) berdasarkan penelitian kohort menemukan bahwa merokok aktif berpotensi meningkatan 44% terhadap kejadian diabetes mellitus tipe 2. Namun hasil penelitian Wang Y *et al.* (2013) menunjukan merokok pasif dapat meningkatan 28% dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2. Peningkatan lebih kecil terlihat pada perokok pasif, namun keduanya sama-sama berkaitan secara signifikan dengan peningkatan diabetes mellitus tipe 2. Hal ini sejalan dengan penelitian Zhang *et al.* (2011) menunjukkan bahwa paparan asap pada

perokok pasif dan merokok aktif secara positif dan secara independen terkait dengan risiko diabetes tipe 2.

Perokok pasif menghisap rokok 75% dari asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok aktif. Nikotin dapat menyebabkan pengurangan sensitivitas insulin dan meningkatnya resistensi insulin. Pada kondisi hiperglikemia, nikotin dan karbonmonoksida mempercepat terjadinya penggumpalan darah. Diabetisi yang merokok cenderung mengalami penyakit yang berkaitan dengan pembuluh darah sehingga lebih banyak mengalami komplikasi kebutaan, impotensi, gagal ginjal dan tindakan amputasi (Kemenkes, 2014).

7. Konsumsi Alkohol

Penelitian yang dilakukan di India menunjukan tingginya angka konsusmpi alkohol pada laki-laki (Ebrahim *et al.,* 2010). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan hasil bahwa mengkonsumsi alkohol yang belum di olah lebih sedikit Alkohol dapat menyebabkan terjadinya inflamasi kronis pada pankreas yang dikenal dengan istilah pankreatitis. Penyakit tersebut dapat menimbulkan gangguan produksi insulin dan akhirnya dapat menyebabkan diabetes melitus. Kelebihan asupan alkohol dapat mengakibatkan kegemukan, konsumsi jangka panjang juga akan mempengaruhi metabolisme dan kondisi gizi (Toharin *et al.,* 2015).

8. Kadar kolesterol

Kadar kolestrol yang tinggi berisiko terhadap penyakit diabetes mellitus tipe 2. Kadar kolestrol tinggi menyebabkan meningkatnya asam lemak bebas sehingga terjadi lipotoksisity. Hal ini akan menyebabkan terjadinya kerusakan sel beta pankreas yang akhirnya mengakibatkan diabetes mellitus tipe 2 (Kemenkes, 2014). Kadar kolestrol tinggi lebih berisiko daripada kadar kolestrolnya normal. Pada penelitian sebelumnya menyatakan adanya hubungan antara kadar kolestrol dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2, didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kadar kolestrol dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2.

9. Hipertensi

Risiko terjadinya diabetes mellitus tipe 2 pada penderita hipertensi 2,43 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tanpa hipertensi. Hipertensi pada hasil penelitian yang dilakukan Maulana *et al.* (2016) tidak terbukti meningkatkan faktor risiko diabetes mellitus tipe 2 kemungkinan disebabkan oleh responden yang menderita hipertensi sudah mendapatkan pengobatan. Hal ini didukung dari hasil penelitian dimana responden yang mempunyai riwayat hipertensi dan hasil pemeriksaan tekanan darahnya ≥140/90 mmHg sebanyak 12 orang semuanya mendapat terapi katopril. Tekanan darah yang tidak terkontrol dengan baik (>130/80 mmHg) pada penderita diabetes mellitus sebesar 70,0% pada laki-laki dan 76,8% pada perempuan. Hipertensi meningkatkan resistensi insulin, karena itu hipertensi harus diterapi dengan baik

2.2 Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Perkotaan

Masyarakat perkotaan sering disebut dengan *urban community*. Pengertian masyarakat perkotaan lebih ditekankan pada sifat-sifat kehidupannya serta ciri-ciri yang berbeda dari masyarakat pedesaan. Menurut *oxford dictionary*, urban dapat diartikan sebagai kata sifat yang berhubungan dengan Kota atau Perkotaan. Dengan begitu masyarakat urban berarti sekumpulan orang yang bertempat tinggal di perkotaan dan memiliki karakter yang serta dengan kehidupan di perkotaan. Karakter perkotaan dapat dijabarkan kedalam beberapa aktivitas, kebiasaan atau kultur yang melekat dalam setiap pribadi yang hidup di Kota. Hal ini erat hubungannya dengan gaya hidup, lingkungan, hubungan antara individu, dan sistem tata Kota. Urban, yaitu Kota dengan populasi yang besar dan berbagai aktivitas ekonomi dan bisnis didalamnya. Di Indonesia, wilayah ini biasa disebut dengan Kota atau Kotamadya (Santosa, 2017).

Masyarakat perkotaan dikenal dengan gaya hidupnya yang berbeda dengan masyarakat pedesaan. Gaya hidup diartikan sebagai cara hidup seseorang dalam menghabiskan waktunya, apa yang mereka pikirkan tentang diri mereka sendiri dan juga dunia sekitarnya. Perubahan gaya hidup masyarakat perkotaan ini salah satunya terjadi pada perubahan pola makan, dimana akan berakibat pada meningkatnya risiko penyakit degeneratif. Di Indonesia makanan cepat saji disukai oleh masyarakat perkotaan yang dianggap mempunyai kelas dan sesuai dengan karakteristik masyarakat perkotaan yang mempunyai mobilitas yang tinggi (Santosa, 2017).

Prevalensi kejadian diabetes mellitus sebesar 50% terjadi di masyarakat urban. Penelitian yang dilakukan oleh Cheema *et al.* (2014) menunjukkan bahwa masyarakat urban mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan kejadian penyakit diabetes mellitus tanpa memandang jenis kelamin. Prevalensi diabetes mellitus pada masyarakat urban lebih tinggi 2 kali lipat dibandingkan dengan masyarakat rural.

Proses urbanisasi masyarakat penurunan yang signifikan dalam tingkat aktivitas fisik. Dekat dengan tetangga, toko, sekolah dan klinik kesehatan, serta peningkatan ketersediaan transportasi, sangat mengurangi jumlah berjalan dalam rutinitas sehari-hari. Mayoritas wanita masyarakat urban tidak bekerja di luar rumah, dan tuntutan pekerjaan rumah tangga di Kota yang jauh lebih sedikit daripada masyarakat tradisional. Kewajiban sosial saling mengunjungi masih dilakukan, karena kedekatan yang lebih besar dari kerabat dan teman-teman di pemukiman perkotaan. Tamu akan disuguhi minuman ringan, teh, kopi, biskuit dan buah, daripada makan berat (Abu-Saad *et al.,* 2001).

Lebih dari 50% populasi dunia sekarang tinggal di daerah perkotaan (*United Nations Population Fund,* 2007). Di Asia, terhitung sebanyak 60% populasi diabetes di dunia. Pada satu dekade terakhir, Asia mengalami perkembangan ekonomi yang cepat, urbanisasi dan transisi pada status nutrisi. Adanya perkembangan ekonomi yang cepat dan urbanisasi pada masyarakat perkotaan menyebabkan adanya transisi nutrisi sehingga meningkatkan risiko terjadinya ledakan prevalensi diabetes dalam waktu

yang relatif singkat (Hu *et al.*, 2011). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Allender *et al.* (2010) berikut ini adalah faktor-faktor risiko masyarakat urban yang mendukung terjadinya penyakit tidak menular:

1. Aktifitas fisik

Baik pada laki-laki maupun perempuan, urbanisasi menunjukan adanya hubungan yang negatif dengan aktivitas fisik. Ada kemungkinan terjadinya penurunan aktivitas fisik antara laki-laki dan perempuan pada masyarakat urban karena kemudahan sarana dan prasarana yang ada pada lingkungan perkotaan. Laki-laki mempunyai risiko sebanyak 3 kali lipat untuk menjadi tidak aktif secara fisik, sedangkan perempuan mempunyai risiko sebanyak 4 kali lipat (Allender *et al.*, 2010).

Di Asia dan beberapa negara berkembang lainnya, terjadi pembangunan ekonomi dan sosial yang cepat sehingga terjadi pergeseran dalam kebiasaan gaya hidup dan pola diet pada masyarakat urban. Pada saat yang sama, gaya hidup pada masyarakat urban menjadi meningkatkan adanya gaya hidup *sedentary*. Perubahan ini mempunyai dampak yang signifikan terhadap peningkatan risiko diabetes mellitu tipe 2 dengan kenaikan berat badan dan *adipositas sentral*, serta penurunan aktivitas fisik (Hu *et al.*, 2011).

Beberapa penelitian menunjukan bahwa peningkatan aktivitas fisik akan menurunkan risiko diabetes sedangkan kebiasaan pola hidup *sedentary* (tidak bergerak) akan meningkatkan risiko diabetes. Kebiasaan ini akan menghabiskan waktu 2 jam per hari untuk menonton televisi akan

meningkatkan risiko diabetes sebesar 14%. Diantara kebiasaan pola hidup *sedentary* (menonton TV, duduk di tempat kerja, dan duduk pada aktivitas lainnya), menonton TV dalam waktu yang lama merupakan faktor risiko yang paling kuat. Ditambah lagi, orang yang menghabiskan waktu lebih banyak menonton TV akan memiliki kecenderungan pola makan yang tidak sehat dengan meningkatknya konsumsi makanan ringan, minuman manis dan makanan cepat saji (Hu *et al.,* 2011).

Meningkatnya mekanisasi dan sarana transportasi menggantikan adanya aktivitas fisik beberapa tahun terakhir di negara indutrialisasi. Peningkatan penggunaan mobil pribadi dibandingkan dengan sarana transportasi umum juga berhubungan dengan adanya penurunan aktivitas fisik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di 8 Provinsi di Cina, laki-laki yang mempunyai kendaraan pribadi akan mengalami penambahan berat badan sebesar 18 kg lebih banyak pada periode tertentu. Ditambah lagi, perubahan yang cepat ke arah pelayanan sektor ekonomi dan pertumbuhan teknologi baru mengarah pada adanya penurunan level aktivitas fisik. Penurunan aktivitas penduduk ini adalah hasil dari adanya urbanisasi (Hu *et al.,* 2011).

2. Pola makan

Tingginya angka diabetes pada masyarakat urban terjadi karena tingginya konsumsi minuman manis dan lemak, dimana keduanya merupakan faktor risiko yang sangat kuat dan menjadi gaya hidup bagi masyarakat urban. Urbanisasi ini juga mendorong adanya peningkatan

konsumsi lemak hewan, makanan tinggi energi, rendah serat, dan konsumsi makanan cepat saji yang lebih sering (Cheema *et al.,* 2014).

1) Konsumsi Lemak

Urbanisasi ini mendorong adanya peningkatan konsumsi lemak hewan, makanan tinggi energi, rendah serat, dan konsumsi makanan cepat saji yang lebih sering (Cheema *et al.,* 2014). Asupan kalori yang berlebihan adalah penyebab utama di balik meningkatnya obesitas dan epidemi diabetes tipe 2 di seluruh dunia, tapi kualitas diet juga memiliki efek independen. Berdasarkan penelitian sebelumnya, ditemukan bahwa kualitas lemak dan karbohidrat memainkan peran penting dalam perkembangan diabetes, independen BMI dan faktor risiko lain (Hu *et al.,* 2001).

Di Asia, pola makan tradisional hampir hilang bersamaan dengan adaptasi yang lebih pada lingkungan urban. Dengan adanya transisi nutrisi, berbagai negara mengalami masalah pada nutrisi lebih dan nutrisi kurang, yang mengarah pada beban ganda penyakit. Baik sayur maupun lemak hewan dimana dimasak dengan menggunakan minyak yang mengandung asam lemak jenuh yang sangat tinggi. Lemak trans pada level sekitar 50%. Konsumsi lemak trans berhubungan dengan risiko profil *kardiometabolik* yang buruk dan ini dapat meningkatkan risiko dari penyakit jantung. Hal ini juga memegang peranan penting dalam perkembangan dari resistensi insulin dan inflamasi kronis (Hu *et al.,* 2011).

2) Konsumsi Buah dan Sayur

Konsumsi buah utuh 3 porsi per hari terkait dengan adanya penurunan bahaya dari diabetes dan konsumsi 1 porsi per hari sayuran berdaun hijau dikaitkan dengan bahaya sederhana diabetes yang lebih rendah (Bazzano *et al.*, 2008). Namun, pada penelitian yang dilakukan oleh (Mihardja, 2010) mereka yang mengkonsumsi buah atau sayur <5 porsi/hari tidak menunjukan adanya hubungan dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2.

Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa konsumsi buah dan sayur dapat mencegah adanya penambahan berat badan yang nantinya akan memicu obesitas. Dimana obesitas ini merupakan faktor risiko utama pada kejadian diabetes mellitus tipe 2, namun konsumsi buah dan sayur ini tidak langsung mempengaruhi adanya penurunan risiko kejadian diabetes mellitus tipe 2 (Boeing *et al.*, 2012).

3) Konsumsi Siap Saji

Urbanisasi ini mendorong adanya peningkatan konsumsi lemak hewan, makanan tinggi energi, rendah serat, dan konsumsi makanan cepat saji yang lebih sering (Cheema *et al*., 2014). Faktor diet terlebih lagi gaya hidup modern yang sering mengkonsumsi makanan siap saji saat ini mengakibatkan peningkatan terhadap pengaruh risiko munculnya penyakit diabetes melitus tipe 2 (Farrell *et al.,* 2008). Beberapa responden mengatakan dengan banyaknya tempat-tempat makanan siap saji yang terus menjamur mengakibatkan keinginan untuk mengkonsumsi makanan

tersebut lebih tinggi dan dirasa lebih efisien ketika istirahat pada waktu jam kerja (Sudaryanto, 2014).

4) Konsumsi Karbohidrat

Urbanisasi ini mendorong adanya peningkatan konsumsi makanan tinggi energi (Cheema *et al.*, 2014). Perubahan besar yang terjadi di Asia untuk satu dekade terakhir meliputi perubahan besar dalam konsumsi dari gandum dan padi utuh ke konsumsi beras dan gandum halus. Penurunan konsumsi sereal khususnya pada masyarakat urban dan kelompok dengan penghasilan tinggi (Hu *et al.*, 2011). Khususnya, diet tinggi glikemik (GL) dan lemak trans dikaitkan dengan peningkatan risiko diabetes, sedangkan konsumsi lebih besar dari sereal serat dan polyunsaturated lemak dapat menurunan risiko diabetes (Hu *et al.*, 2001).

Asupan kalori yang berlebihan adalah penyebab utama di balik meningkatnya obesitas dan epidemi diabetes mellitus tipe 2 di seluruh dunia, tapi kualitas diet juga memiliki efek independen. Konsumsi nasi putih yang terlalu berlebih juga berperan dalam meningkatkan risiko diabetes mellitus mencapai lebih dari 7% (Farrell *et al.*, 2008).

Konsumsi minuman manis berupa tambahan pemanis gula, gula dalam konteks ini adalah konsumsi gula putih (gula pasir) dan gula merah yang merupakan sukrosa, dapat meningkatkan risiko diabetes mellitus tipe 2. Proses sukrosa oleh tubuh dipecah menjadi glukosa dan fruktosa. Jika kelebihan karbohidrat ini akan disimpan dalam bentuk glikogen dan lemak

sehingga glukosa darah menjadi tinggi dan menjadi salah satu faktor risiko diabetes tipe 2 (Farrell *et al.*, 2008).

4) Stres

Hidup di lingkungan perkotaan dikenal sebagai faktor risiko yang dapat mempengaruhi kondisi mental seseorang. Hal ini dapat terjadi meskipun layanan infrastruktur, kondisi sosial ekonomi, gizi dan kesehatan yang jelas lebih baik di kota daripada di daerah pedesaan. Paparan stres yang lebih tinggi dan kerentanan stres yang lebih tinggi ini didapatkan melalui gangguan seperti polusi atau kebisingan dan juga risiko tempat tinggal pada daerah yang ramai. Kesenjangan sosial juga menjadi jauh lebih menonjol di kota-kota dan dapat memaksakan stres pada individu. Keadaan klinis ini meningkatkan risiko terjadinya diabetes tipe 2 (Sobngwi *et al.*, 2002).

Prevalensi stress pada perempuan di daerah urban pada penelitian yang dilakukan di India oleh Parameaswari PJ (2015) sebesar 69.5% yang diketahui menggunakan *Holme and Rahe Stress Scale* menunjukkan sebesar 55.5% wanita mempunyai risiko menengah untuk terserang penyakit, sedangkan sebesar 13% wanita mempunyai risiko tinggi untuk terserang penyakit. Dimana hampir sebesar 50% wanita yang mengalami stress mempunyai histori penyakit diabetes ataupun hipertensi. Pada penelitian lain di temukan bahwa prevalensi depresi, gelisah, dan stress pada pasien diabetes yaitu sebesar 26,6%, 40%, dan 19.4%. Hal ini berhubungan secara

signifikan seperti status pernikahan, riwayat keluarga, pendapatan, dan pekerjaan Tan KC *et al.* (2015).

5) Indeks massa tubuh (IMT)

Prevalensi IMT tinggi terjadi lebih besar pada masyarakat urban, baik laki-laki maupun perempuan. Kemungkinan memiliki IMT tinggi tujuh kali lebih tinggi di antara laki-laki dan lebih dari enam kali lebih tinggi di kalangan perempuan di kelompok urban dibandingkan dengan masyarakat rural. Sejalan dengan bertambahnya usia, laki-laki mengalami penurunan IMT dibandingkan dengan kalangan wanita urban (Allender *et al.*, 2010).

Berat badan lebih dan obesitas mengarah pada epidemik diabetes global. Ini berdampak pada kebanyakan orang dewasa pada negara berkembang dan meningkat secara cepat. Dibandingkan dengan populasi barat, prevalensi berat badan lebih dan obesitas di negara-negara asia relatif rendah, tapi hal ini meningkat secara cepat bila dibandingkan secara paralel di seluruh dunia akibat perkembangan ekonomi dan urbanisasi yang sangat cepat (Hu *et al.*, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ebrahim *et al.* (2010) masyarakat urban yang berada di perkotaan mempunyai prevalensi obesitas dan diabetes yang lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat rural. Adanya urbanisasi meningkatkan konsumsi lemak dan menurunkan aktivitas fisik baik pada laki-laki maupun perempuan. Kencenderungan obesitas mengarah pada obesitas abdominal dan masaa otot yang kurang pada orang Asia meningkatkan kecenderungan untuk resistensi insulin.

"*Obese Metabolisme*" *fenotip* pada orang dengan berat badan normal dapat menjelaskan terjadinya kecenderungan peningkatan kejadian diabetes meskipun prevalensi obesitas relative rendah (Hu *et al.*, 2011).

2.3 Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Pedesaan

Masyarakat pedesaan yang biasa disebut *rural* merupakan suatu kesatuan hukum dimana bertempat tinggal dengan pemerintahnya sendiri. Desa merupakan perwujudan geografi, sosial, ekonomi, politik, dan kultural yang terdapat disuatu daerah dalam hubungan dan pengaruhnya secara timbal balik dengan daerah lain (Hanafie, 2016).

Masyarakat *rural* dikenal mempunyai gaya hidup yang berbeda dengan *urban*, Masyarakat pedesaan akan menyajikan makanan sesuai apa yang dimiliki. Prevalensi diabetes mellitus lebih rendah dipedesaan daripada perkotaan. Hal ini, di buktikan dengan penelitian di Cina, populasi pribumi di Cina yang tinggal di pedesaan terbukti menderita diabetes mellitus tipe 2 dengan prevalensi 5%, separuh dari prevalensi etnis Singapura-Cina (10,5%). Penderita diabetes bertempat tinggal di pedesaan disebabkan berbagai faktor seperti: kelebihan berat badan, obesitas, dan ras/etnis. Penelitian yang dilakukan oleh Elizabeth *et al.* (2004) mengatakan setelah melakukan intervensi gaya hidup masyarakat pedesan penderita diabetes terkait pendidikan diabetes dan aktifitas fisik dipedesan dapat memberikan dampak positif bagi masyarakat setempat.

2.4 Budaya

2.4.1 Pengertian Budaya

Kebudayaan berasal dari bahasa Sansekerta yaitu buddhayah, yang merupakan bentuk jamak dari buddhi (budi atau akal) diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Dalam bahasa Belanda, kebudayaan disebut *cultur, culture* (bahasa inggris), *tsaqafah* (bahasa arab), berasal dari perkataan latin yaitu *colera* yang artinya mengolah, mengerjakan, menyuburkan dan mengembangkan, terutama mengolah tanah atau bertani. Dari segi arti ini berkembanglah arti *culture* sebagai "segala daya aktifitas manusia untuk mengolah dan mengubah alam (Joko, 2011).

Budaya merupakan sistem pengetahuan yang meliputi idea atau gagasan yang ada dalam pikiran manusia. Dalam kehidupan sehari-hari, kebudayaan ini bersifat *abstrac* dan tewujud dalam perilaku dan benda-benda yang bersifat nyata seperti: pola perilaku, bahasa peralatan hidup, organisasi sosial, religi dan seni. Tujuan budaya adalah membantu manusia dalam melangsungkan kehidupan masyarakat. Dalam kehidupan sehari-hari budaya dalam konteks budaya makan merupakan suatu rangkaian adat & tradisi makanan yang membawah kearah gerakan berpikir, serta perasaan sesuai dengan yang diinginkan. Budaya merupakan cara hidup manusia bagaimana orang bertingkah laku & berusaha dalam memenuhi kebutuhan dasar biologic. Tindakan manusia yang berupa naluri, refleks (makan, minum, berjalan) tindakan kebudayaan. Kebudayaan pemilihan pemilihan makanan, jenis pangan apa yang diproduksi, diolah didistribusi, disiapkan

dan disajikan perubahan sistem kesehatan, merubah kebiasaan makan, dan budaya makan (Waryana, 2016).

Budaya makan meliput:

1) Apa, kapan, bagaimana produk makan.

   Makanan apa yang dikonsumsi dan kapan, serta bagaimana memakannya.

2) Jenis dan untuk siapa

   Jenis makanan yang dikonsumsi dan makanan tersebut untuk siapa.

3) Siapa yang menyiapkan, siapa yang menyajikan, perioritas makan.

   Budaya dapat mempengaruhi dengan penyajian dan perioritas makan.

4) Larangan (tabu)

   Tahayul yang berkaitan dengan pantangan makan.

5) Ada yang diterima, ada yang ditolak.

   Makanan dalam suatu daerah ada yang diterima maupun tidak.

Beberapa hal terkait budaya makan adalah *food habits* adalah segala sesuatu tentang makanan. *Food habits* merupakan fungsi dari empat hal yang saling berhubungan, yaitu *"food consumpation, food preferences, food ideology* dan *sociocultural parameterrs"* dimana keempat hal tersebut dilihat dalam prespektif yang lebih luas dan menarik (*multidimensional code).* Lewin's *mutivational model/channel theory*, menjelaskan *food habits* sebagai kebutuhan sosial yang memuaskan dimana makanan adalah simbol dari nilai-nilai dan hubungan manusia sehingga mempunyai kegunaan-kegunaan nonnutrisi, ekonomi, dan budaya. Sedangkan Lund and Burk

Model/*Environmentalist viewpoint*, menjelaskan *Food Consumtion Behavior* adalah fungsi dari beberapa lingkungan, yaitu lingkungan rumah dan keluarga, lingkungan luar rumah, dengan fokus pada faktor-faktor *intrinsic* dari motivasi dan kognisi mereka yang menganut fungsi tersebut. Hal ini, merupakan aksi sosial bagaimana seseorang/masyarakat mendapatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang makanan (Waryana, 2016).

Sebagaimana dikemukakan diatas, paling sulit berubah dari manusia adalah kebisaan makan hal ini tidak lepas dari konteks kebudayaan. Semua kebutuhan dasar manusia termasuk kebutuhan makanan dan minuman, obat-obatan, kesehatan diatur oleh sistem sosial-budaya. Kontrol kebudayaan seringkali melakukan modifikasi, menghambat dan mengubah melalui berbagai cara. Adanya konsep *etnosentrisme* dan *relative* budaya menjelaskan kecenderungan sikap dan perilaku manusia terhadap kebiasaan makan. Manusia cenderung bersikap *etnosentris*, mengikatkan diri dengan cara berlaku pada kebudayaan mereka dan sekaligus menganggap cara itu adalah yang terbaik di banding cara kebudayaan lain. Selin itu, cara pandang terhadap penyakit, penyembuhan, makanan, dan obat merupakan proses pewarisan budaya yang terkait dengan pandangan masyarakat terhadap alam atau lingkungan sekitar. Timbulah perbedaan pada berbagai bentuk masyarakat yang didasarkan pada asumsi bahwa nilai-nilai yang meraka anut adalah benar dan yang terbaik. Kontrol kebudayaan terhadap kebiasaan

makanan dapat mempengaruhi aspek psikologi masyarakat penganut kebudayaan tersebut.

Secara sosial-budaya terdapat sistem klasifikasi tanaman atau tumbuhan yang dijadikan bahan makanan oleh masyarakat, beberapa diantaranya adalah (1) definisi tumbuhan yang dikategorikan sebagai makanan dan bukan makanan, (2) jenis tumbuhan sebagai makanan sehari-hari (*profane)* dan jenis tumbuh-tumbuhan yang menjadi makanan sakral. (3) klasifikasi parallel, tumbuhan, obat, dan makanan. (4) tumbuhan sebagai makanan, tumbuhan sebagai obat, makanan sebagai obat dan obat sebagai makanan, (5) Obat, makanan dan minuman sebagai sosial. Semuannya merupakan bagian dari *etnobotani* dalam kaitan dengan budaya lokal. Menurut teori Jeromo, Pelto dan Kandel dapat diterapkan. Teori menjelaskan bahwa kebutuhan biologi dan psikobiologi manusia seperti kebutuhan makan, dipengaruhi oleh interaksinya dengan lingkungan fisik, lingkungan sosial, organisasi sosial, teknologi, dan nilai-nilai budaya (Waryana, 2016).

Sebagaimana telah dijelaskan dalam uraian diatas, faktor sosial budaya mempunyai peran yang sangat besar dalam masalah pangan, gizi dan kesehatan, seharusnya kebijakan program dalam pangan, gizi dan kesehatan juga menjangkau sosial budaya. Artinya, pendekatan yang dilakukan bukan semata-mata dengan pendekatan medis, namun juga pendekatan psikologi, sosial dan budaya jika disadari bahwa faktor sosial

budaya mempunyai pengaruh besar terhadap perilaku dan kebiasaan masyarakat dalam pangan, gizi dan kesehatan (Waryana, 2016).

2.4.2 Budaya Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2

Budaya masyarakat perkotaan yang disebut *Urban Community*. masyarakat urban memiliki budaya yang berbeda dengan pedesaaan pada aspek-aspek seperti pakaian, makanan dan perumahan, tetapi mempunyai perhatian yang lebih luas lagi, yaitu memandang penggunaan kebutuhan hidup dengan pertimbangan pandangan warga sekitar. 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 masyarakat khususnya penderita diabetes mellitus adalah dalam membentuk, mengatur dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan. Praktek/perilaku masyarakat yang pada awalnya bertujuan untuk menjaga kesehatan dirinya adalah merupakan praktek yang sesuai dengan ketentuan medis/kesehatan. Persepsi tentang kesehatan ataupun penyebab sakit sudah berbeda sekali dengan konsep medis, tentunya upaya mengatasinya juga berbeda disesuaikan dengan keyakinan ataupun kepercayaan-kepercayaan yang sudah dianut secara turun-temurun sehingga lebih banyak menimbulkan

dampak-dampak yang merugikan bagi kesehatan dan untuk merubah perilaku ini sangat membutuhkan waktu dan cara yang strategis (Linda, 2004).

2.3 Sosial Ekonomi

2.3.1 Pengertian Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi adalah kedudukan seseorang dalam masyarakat atau gambaran tentang keadaan seseorang dari segi sosial ekonomi seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi sebagian besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga (Soetjiningsih, 2004).

Keadaan sosial ekonomi keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah makanan yang tersedia dalam keluarga sehingga turut menentukan status gizi keluarga. Yang termasuk dalam faktor sosial adalah (Supariasa, 2002) dalam (Waryana, 2012).

1) Keadaan Penduduk Suatu masyarakat
2) Keadaan keluarga
3) Tingkat pendidikan orang tua
4) Keadaan rumah

Sedangkan data ekonomi dari faktor sosial ekonomi meliputi:

1) Pekerjaan orang tua
2) Pendapatan keluarga
3) Pengeluaran keluarga
4) Harga makanan yang tergantung pada pasar dan variasi musim.

Salah satu tingkat sosial ekonomi yaitu pendidikan, yang mempunyai pengaruh status kesehatan dengan meningkatkan pendidikan memungkinkan dapat meningkatkan pemahaman tentang kesehatan. Kurangnya pemberdayaan keluarga dan pemanfaatan sumberdaya masyarakat dapat mempengaruhi faktor sosial ekonomi keluarga.

2.3.1.1 Pendapatan Keluarga

Pendapatan pangan keluarga yang tidak memadai dapat mengakibatkan kurang gizi. Oleh karena itu, setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga.

2.3.1.2 Masalah Kemiskinan

Masyarakat bukan karena kurang pangan, tetapi miskin dalam bentuk minimnya kemudahan materi. Dari ukuran modern pada masakini mereka telah menikmati fasilitas pendidikan, pelayanan kesehatan, dan kemudahan-kemudahan lainnya. Masyarakat yang tinggal dipemukiman kumuh umunya rawan terhadap penyakit sosial lainya, seperti prostitusi, kriminalitas, pengangguran (Waryana, 2016).

Kemiskinan dibedakan menjadi tiga pengertian: kemiskinan absolut, kemiskinan relatif dan kemiskinan kultural. Seseorang termasuk golongan miskin absolut apabila hasil pendapatan berada dibawah garis kemiskinan, tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum: pangan, sandang, kesehatan, papan, pendidikan. Seseorang yang tergolong miskin relatif telah hidup diatas garis kemiskinan namun masih berada dibawah kemampuan masyarakat sekitarnya. Sedangkan miskin kultural berkaitan erat dengan

sikap seseorang atau sekelompok masyarakat yng tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupannya sekalipun ada usaha dari pihak lain nya membantunya. Garis kemiskinan merupakan ukuran rata-rata kemampuan masrayakat untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup minimum. Melalui pendekatan sosial masih sulit mengukur garis kemiskinan masyarakat, tetapi dari indikator ekonomi secara teoritis dapat dihitung dengan menggunakan tiga pendekatan, yaitu pendekatan produksi, pendapatan, dan pengeluaran (BPS) Biro Pusat Satatistik (Waryana, 2016).

2.3.2 Sosial Ekonomi Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2

Sosial ekonomi Perkotaan dan Pedesaan merupakan salah satu aspek yang diukur dalam menentukan keberhasilan pembangunan suatu Negara/Kota. Berdasarkan hasil ukur BPS (Badan Pusat Statistik) Jumlah penduduk miskin di daerah perkotaan mengalami peningkatan sedangkan jumlah penduduk miskin di daerah perdesaan mengalami penurunan. Permasalahan kemiskinan merupakan permasalahan yang kompleks dan bersifat multi dimensional. oleh karena itu, upaya pemberatasan kemiskinan harus dilakukan secara komprehensif, mencakup berbagai aspek kehidupan masyarakat, dan dilaksanakan secara terpadu. Menurut hukum ekonomi (Ernest Engel, 1857) bila selera tidak berbeda maka persentase pengeluaran untuk makanan akan menurun seiring dengan meningkatnya pendapatan. Dengan demikian secara umum semakin meningkat pendapatan (kesejahteraan), semakin berkurang persentase pengeluaran untuk makanan (Kemenkes, 2017).

Dari uraian di atas masalah kemiskinan tidak lepas dari status kesehatan khususnya penderita diabetes mellitus, untuk mendapatkan akses kesehatan dan pengetahuan mengenai penyakit diabetes mellitus. Asuransi kesetahan menjadi hal yang penting untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik. Sosial ekonomi yang rendah berdasarkan pendapatan pribadi atau rumah tangga, pendidikan, pekerjaan, dan area tempat tinggal. Semakin rendah pendidikan semakin terkait dengan rendahnya kesadaran dalam kesehatan sehingga menyebabkan buruknya status kesehatan. Selain itu, status kesehatan khususnya diabetes mellitus tipe 2 dapat dipengaruhi oleh faktor yaitu:

1) Pendidikan

Tingkat pendidikan terbagi atas tidak/tamat SD, tamat SMP, tamat SMA, dan perguruan tinggi. Mereka yang tidak/tamat SD menunjukan korelasi positif dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2. Orang yang tingkat pendidikannya tinggi akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (Wang H *et al.*, 2009).

2) Pekerjaan

Proporsi terbesar dari subyek dengan diabetes mellitus tipe 2 ditunjukan pada responden yang bekerja sebagai wiraswasta atau pedagang, sedangkan guru/PNS menunjukkan angka yang paling rendah (Sudaryanto, 2014).

2.4 Sikap

2.4.1 Pengertian Sikap

Sikap adalah suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan berpikir (neural) yang disiapkan untuk memberikan tanggapan suatu objek yang diorganisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktek tindakan. Manisfestasi sikap tidak langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan dari tindakan tertutup. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksana motif tertentu. Sikap belum menjadi suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu prilaku (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Menurut Notoatmodjo (1997) sikap adalah perilaku sosial individu yang merupakan gejala respon yang konsisten dengan objek sosial. Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata atau praktek maka diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Selain faktor fasilitas diperlukan faktor dukungan (suport dari pihak lain, seperti dari suami/istri, orang tua/mertua, anak dan lain-lain (Waryana, 2012).

2.4.1.1 Ciri-ciri sikap menurut *Teori Green* (Wawan, 2011).

1) Sikap bukan dibawah sejak kecil tetapi dibentuk berdasarkan perkembangannya dalam hubungan dengan objek nya.
2) Sikap dapat berubah-ubah

3) Sikap tidak berdiri sendiri tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain sikap terbentuk. Dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu.
4) Objek sikap merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5) Sikap mempunyai segi motivasi dan segi persaaan

2.4.1.2 Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif:

1) Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangi, mengharapkan objek tertentu.
2) Sifat negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Wawan & Dewi, 2011).

2.4.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap menurut *Teori Green* dalam Wawan (2011) yaitu:

1) Pengalaman pribadi
2) Pengaruh orang lain dianggap penting
3) Pengaruh kebudayaan
4) Media massa
5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama
6) Faktor emosional

2.4.2 Sikap Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2

Sikap baik penderita diabetes mellitus baik perkotaan maupun di perdesaan terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan yang mencakup empat hal yaitu: 1) Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan, cara pencegahan penyakit: 2) Sikap terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan: 3) Sikap terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional: 4) Sikap untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga, lalu lintas maupun tempat-tempat umum (Wawan & Dewi, 2010).

2.5 Perilaku

2.5.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons,

maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" *Stimulus-Organisme-Respon* (Waryana, 2012).

2.5.1.1 Domain Perilaku

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2003), membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain)*, ranah affektif (*effektif domain)*, dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*). Dalam perkembangan selanjutnya para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari:

1. Pengetahuan (*knowlegde)*

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Fakor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

1) Faktor internal: faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
2) Faktor eksternal: faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.

3) Faktor pendekatan belajar: faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu:

1. Tahu (*know)*

   Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall)* terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2. Memahami (*comprehension)*

   Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterprestasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi

   Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis

   Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

5. Sintesa

   Sintesa menujukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.

6. Evaluasi

   Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek.

7. Sikap *(attitude)*

   Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

   1. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek
   2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
   3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave)*

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1) Menerima (*receiving)*

   Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding)*

   Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*valuing)*

   Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

   Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

5) Praktik atau tindakan (*practice)*

   Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior)*. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang

nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support)* praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

1. Persepsi (*perception)*

   Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guide response)*

   Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar dans esuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

3. Mekanisme (*mecanism)*

   Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia mencapai praktik tingkat tiga.

2.5.1.2 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Faktor yang mempengaruhi perilaku dibagi menjadi dua aspek yaitu faktor internal dan faktor ekternal. Pada faktor internal yaitu tingkah laku manusia adalah corak kegiatan yang sangat dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam dirinya. Faktor-faktor intern yang dimaksud antara lain jenis ras/keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat, dan intelegensia. Jenis ras/keturunan setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas. Tingkah laku yang khas ini berbeda setiap ras, karena memiliki ciri-ciri tersendiri. Ciri perilaku ras Negroid antara lain bertemperamen keras, tahan menderita, menonjol dalam kegiatan olahraga. Ras mongoloid

mempunyai ciri ramah, senang bergotong royong, agak tertutup/pemalu dan sering mengadakan upacara ritual. Demikian pula beberapa ras lain memiliki ciri perilaku yang berbeda pula. Jenis kelamin menyebabkan perbedaan perilaku. Perbedaan perilaku berdasarkan jenis kelamin antara lain cara berpakaian, melakukan pekerjaan sehari-hari, dan pembagian tugas pekerjaan. Perbedaan ini bisa dimungkinkan karena faktor hormonal, struktur fisik maupun norma pembagian tugas. Wanita seringkali berperilaku berdasarkan perasaan, sedangkan orang laki-laki cenderung berperilaku atau bertindak atas pertimbangan rasional. Kepribadian adalah segala corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsang baik yang datang dari dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan yang datang dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya, sehingga corak dan kebiasaan itu merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas untuk manusia itu. Sehingga, kepribadiaan seseorang sangat berpengaruh terhadap perilaku sehari-harinya. Intelegensi adalah keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif. Tingkah laku sangat dipengaruhi oleh intelegensi seperti tingkah laku intelegan dimana seseorang dapat bertindak secara cepat, tepat, dan mudah terutama dalam mengambil keputusan (Waryana, 2012).

Faktor ekternal ditandai dengan pendidikan, agama, kebudayaan, lingkungan, dan sosial ekonomi. Pendidikan inti dari kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Hasil proses belajar mengajar adalah

seperangkat perubahan perilaku. Dengan demikian pendidikan sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang berpendidikan rendah. Agama akan menjadikan individu bertingkah laku sesuai dengan norma dan nilai yang diajarkan oleh agama dan keyakinannya. Kebudayaan diartikan sebagai kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia. Tingkah laku seseorang dalam kebudayaan tertentu akan berbeda dengan orang yang hidup pada kebudayaan lainnya. Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh untuk mengubah sifat dan perilaku individu karena lingkungan dapat merupakan lawan atau tantangan bagi individu untuk mengatasinya. Sedangkan status sosial ekonomi seseorang akan menentukan tersediannya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perilaku seseorang (Waryana, 2012).

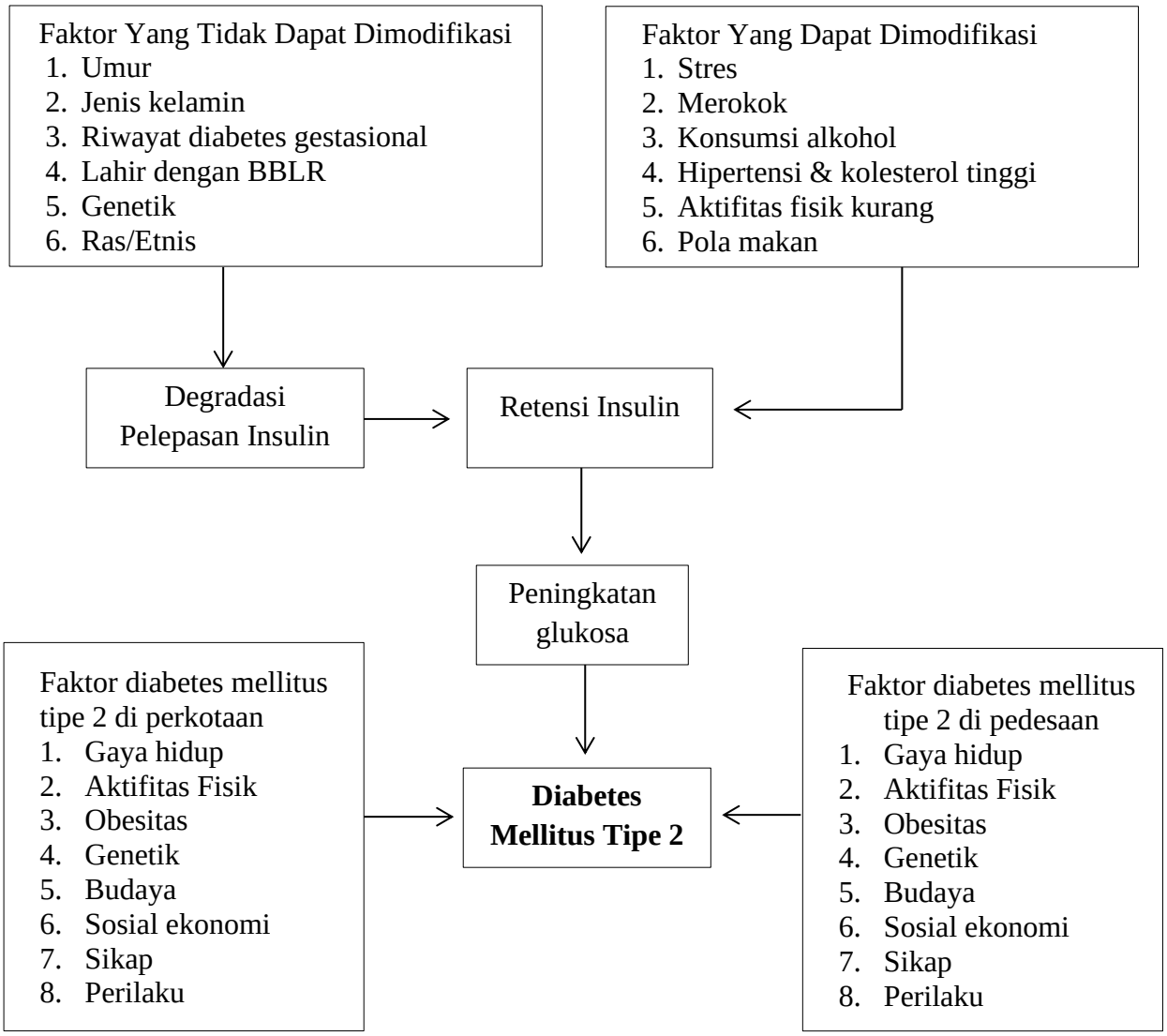
2.5.3 Perilaku Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2

Menurut Wawan & M. (2010), klasifikasi perilaku yng berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health beavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.

2. Perilaku sakit (*illnes behavior*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seorang individu yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengindetifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
3. perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan individu yang sedang untuk memperoleh kesembuhan.

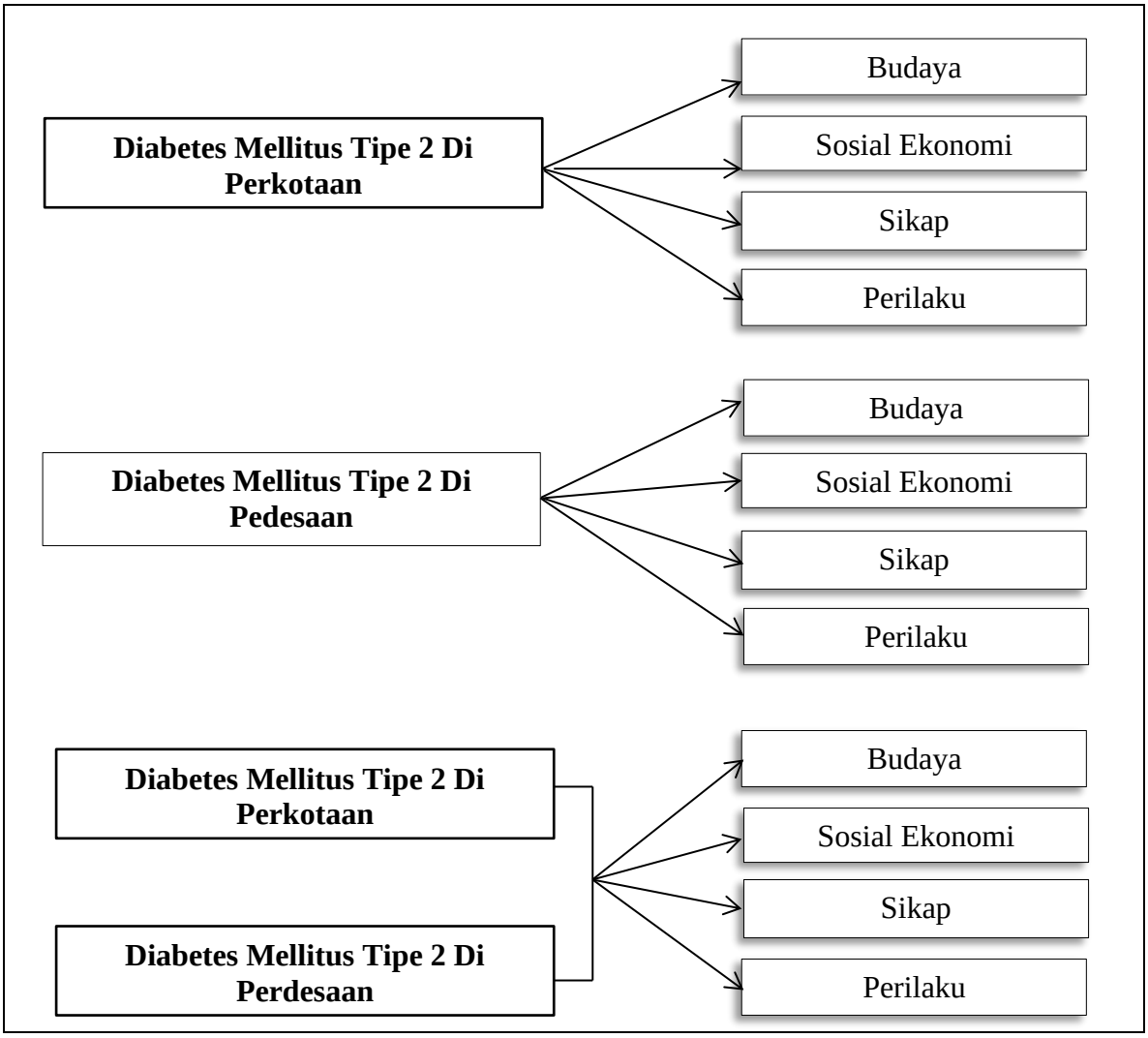
2.8 KERANGKA TEORITIS



Gambar 2.2 Kerangka Teoritis

Sumber: Kemenkes RI, 2014; Allender *et al.*2010; Hu *et al.*,2011; Miharja, 2009; Sudaryanto, 2012; Wang Y *et al.,* 2013*;* Trisnawati *et al.,* 2013; Cheema *et al.*, 2014; Toharin *et al.*, 2015

2.9 KERANGKA BERPIKIR



Gambar 2.2 Kerangka Berpikir

2.10 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis penelitian, maka Ha sebagai berikut :

1) Ada hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap budaya pada masyarakat perkotaan dan pedesaaan.
2) Ada hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap sosial ekonomi pada masyarakat perkotaan dan pedesaaan.

3) Ada hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap sikap pada masyarakat perkotaan dan pedesaaan.
4) Ada hubungan penderita diabetes mellitus tipe 2 terhadap perilaku pada masyarakat perkotaan dan pedesaaan.
5) Ada perbedaan budaya terhadap penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.
6) Ada perbedaan sosial ekonomi terhadap penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.
7) Ada perbedaan sikap terhadap penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan..
8) Ada perbedaan perilaku terhadap penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang perbedan budaya, sosial ekonomi, sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus tipe 2 di perkotaan dan dipedesaan disebabkan dapat di sumpulkan bahwa sosial ekonomi terdapat perbedaan terhadap kejadian diabetes mellitus tipe 2 diperkotaan dengan pedesaan diperoleh nilai *p value* = 0,005. Tingginya status sosial ekonomi diperkotaan berhubungan dengan kejadian diabetes mellitus yang disebabkan perubahan gaya hidup masyarakat perkotaan sedangkan rendahnya status sosial ekonomi di masyarakat pedesaan cenderung jauh dari pola hidup sehat. Kemudian, adanya perbedaan sikap penderita diabetes mellitus di perkotaan dengan pedesaan diperoleh nilai *p value* = 0,000. Perbedaan sikap masyarakat perkotan di pengaruhi berbagai macam faktor baik dari responden sendiri serta lingkungan perkotaan. Semakin positif sikap responden terhadap diabetes mellitus maka semakin baik pula dalam mengontorol kadar gula darahnya. Selain itu, terdapat perbedaan perilaku masyarakat perkotaan dengan pedesaan diperoleh nilai *p value* = 0,000. Perbedaan perilaku masyarakat perkotaan memiliki pola hidup yang berbeda dengan masyarakat pedesaan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian diatas, maka saran yang diberikan antara lain sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2

1) Diharapkan penderita diabetes mellitus tipe 2 baik di perkotaan dan di pedesaan melakukan kontrol kadar gula darah secara rutin, mengikuti kegiatan prolanis sesuai anjuran dokter sehingga dapat meminimalisir kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi.
2) Diharapkan penderita diabetes mellitus tipe 2 dapat menjalankan pola hidup sehat seperti mengurangi kebiasaan makan atau minum minuman manis, menghindari stres dan mematuhi diet karbohidrat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

5.2.2 Bagi Keluarga Pasien Diebetes Mellitus Tipe 2

1) Bagi keluarga/kerabat terdekat penderita diabetes mellitus tipe 2 diharapkan berperan aktif untuk selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus tipe 2 agar selalu rutin minum obat dan senantiasa petuh dalam melakukan pengobatan ke tempat-tempat pelayanan kesehatan.
2) Keluarga sebagai pemegang peranan penting pada penderita diabetes mellitus tipe 2 juga diharapkan dapat melakukan upaya-upaya pencegahan dan perencanaan yang lebih baik untuk menjaga kesehatan anggota keluarga yang lain.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

1) Perlu adanya penelitian selanjutya yang menganalisis tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya diabetes mellitus tipe 2 baik perkotaan maupun di pedesaan di luar variabel yang dilakukan oleh peneliti sekarang.
2) Perlu adanya penambahan variabel lain yang berhubungan dengan terjadinya diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian yang dilakukan, terdapat keterbatasan yang mempengaruhi kelancaran penelitian baik sebelum, saat penelitian berlangsung maupun setelah penelitian, antara lain:

1) Penelitian ini diperoleh dari kuesioner yang pilihan jawaban berdasarkan persepsi responden. Peneliti ini tidak secara maksimal mengontrol kesanggupan dan kejujuran masyarkat dalam mengisi kuesioner sesuai dengan kenyataan dirinya disebabkan dalam mengisi kuesioner beberapa responden saling bertanya untuk mengisi opsi jawaban.
2) Penelitian ini menggunakan variabel terbatas yaitu vriabel budaya, sosial ekonomi, sikap, dan perilaku karen ketidakmampuan dalam melakukan pengamatan faktor-faktor variabel penelitian yang lain yang kemungkinan berpengaruh dominan terhadap penyakit diabetes mellitus tipe 2.

3) Penelitian ini hanya dilakukan pada subjek yaitu masyarakat Kota Kendari di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo, Puskesmas Jatiraya, Puskesmas Mekar dan Masyarakat Desa Konawe Kepulauan dengan Wilayah Kerja Puskesmas Lampeapi, Puskesmas Lansilowo dan Puskesmas Ladianta sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan pada semua masyarakat Kota Kendari dan Konawe Kepulauan.

DAFTAR PUSTAKA

Abdulrehman, M. S., Woith, W., Jenkins, S., Kossman, S., & Hunter, G. L. (2016). Exploring Cultural Influences of Self-Management of Diabetes in Coastal Kenya. *Global Qualitative Nursing Research*, 3(1-13). https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333393616641825

Adnan, M., Mulyati, T., & Isworo, J. T. (2013). Hubungan Indeks Massa Tubuh (Imt) Dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus (Dm) Tipe 2 Rawat Jalan Di Rs Tugurejo Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang*, *2*(1), 18–24. https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jgizi/article/viewFile/752/806

Abu-Saad, K., & Weitzman, S, Y., Rabiah, H, A., Shareb, A, & Fraser. (2001). Rapid Lifestyle, Diet And Health Changes Among Urban Bedouin Arabs Of Southern Israel. *Fna ana.* 45 (54). http://www.fao.org/3/y0600m/y0600m05.pdf

Allender, S., Lacey, B., Webster, P., Rayner, M., Deepa, M., Scarborough, P., Mohan, V. (2010). Level Of Urbanization And Noncommunicable Disease Risk Factors In Tamil Nadu, India. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*(4), 297–304. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855597/pdf/BLT.09.065847.

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta: Rineka Cipta.

Anani, S., Udiyono, A., & Ginanjar, P. (2012). Hubungan Antara Perilaku Pengendalian Diabetes Dan Kadar Glukosa Darah Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus (Studi Kasus Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *1*(2), 466–478. https://media.neliti.com/media/publications/18753

Azwar, S. (2007). *Penyusunan Skala Psikologi.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Azwar, S. (2010). *Sikap Manusia Toeri dan Pengukurannya Edisi Ke 2*. Yogyakarta : Pustaka Belajar.

Bazzano, L. A., Li, T. Y., Joshipura, K. J., & Hu, F. B. (2008). Intake Of Fruit, Vegetables, And Fruit Juices And Risk Of Diabetes In Women. *Diabetes Care*, *31*(7), 1311–1317.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2453647/pdf/1311.pdf

Budiharsana, M. P. (2017). Risk Differences between Elderly Men and Women toward Doctor-Diagnosed Diabetes Mellitus in Urban Areas in Indonesia : 2013 National Basic Health Research Data. *National Public Health Journal*, 12 (1), 15–21. https://doi.org/media/publications/179123

Budiman (2013). *Kapita Selekta Kuesioner : Pengetahuan dan Sikap Penelitian Kesehatan.* Surabay: Salemba Medika.

Brashers, Valentina L. (2007). *Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan dan Manajemen Edisi 2*, EGC. Jakarta.

Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Watzl, B. (2012). Critical review: Vegetables And Fruit In The Prevention Of Chronic Diseases. *European Journal of Nutrition*, *51*(6), 637–663. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419346/pdf/394_2012_Article_380.pdf

Cheema, A., Adeloye, D., Sidhu, S., Sridhar, D., & Chan, K. Y. (2014). Urbanization And Prevalence Of Type 2 Diabetes In Southern Asia: A Systematic Analysis. *Journal of Global Health*, *4*(1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073245/pdf/jogh-04-010404.pdf

Damayanti, Laili. (2010). *Diabetes dan Hipertensi Wanita Lebih Berisiko*. Diakses 3 Juli 2018. http://www.herbalitas.com/diabetes-hipertensiwanita-lebih-beresiko/.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Masalah Terapi Obat Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Diabetes Mellitus.* Jakarta : Direktoral Jendral Pelayanan Medik.

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Profi. Data Dan Informasi. (2017). Kendari : Germas.

Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Kepulauan. (2018). *Profil Kesehatan Dinas Konawe Kepualauan Tahun 2018.* Konkep

Du, G. L., Su, Y. X., Yao, H., Zhu, J., Ma, Q., Tuerdi, A., Su, L. P. (2016). Metabolic Risk Factors Of Type 2 Diabetes Mellitus And Correlated Glycemic Control / Complications : A Cross-Sectional Study Between Rural And Urban Uygur Residents In Xinjiang Uygur Autonomous Region. *PLoS ONE*, *11*(9), 1–18. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021360/pdf/pone.0162611.pdf

Dwiningsih, P. A. (2013). Perbedaan Asupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat Dan Status Gizi Pda Remaja Yang Tinggal Di Wilayah Perkotaan Dan

Pedesaan. *Journal Of Nutrition College*, *2*(2), 557–563. https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnc/article/view/2748/2735

Ebrahim, S., Kinra, S., Bowen, L., Andersen, E., Ben-Shlomo, Y., Lyngdoh, T., Srinath Reddy, K. (2010). The Effect Of Rural-To-Urban Migration On Obesity And Diabetes In India: A Cross-Sectional Study. *PLoS Medicine*, *7*(4). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860494/pdf/pmed.1000268.pdf

Endarti, A, T., Handito, A. (2016). The Relationship Between Non-Communicable Diseases History And Health-Related Quality Of Life. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *12*(1), 120–130. https://media.neliti.com/media/publications/143587-EN-the-relationship-between-non-communicabl.pdf

Elizabeth, J., Antonio, D., Angela, M., & Sharon, M. (2004). Pounds Off With Empowerment (Power): A Clinical Trial of Weight Management Strategies for Black and White Adults With Diabetes Who Live in Medically Underserved Rural Dommunities. *American Journal of Public Health*, *94*(10), 1736-1742. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448527/pdf/0941736.pdf

Eom, Y. S., Park, H. S., Kim, S.-H., Yang, S. M., Nam, M. S., Lee, H. W., Park, I. B. (2011). Evaluation of Stress in Korean Patients with Diabetes Mellitus Using the Problem Areas in Diabetes-Korea Questionnaire. *Diabetes & Metabolism Journal*, *35*(2), 182. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122901/pdf/dmj-35-182.pdf

Fadilah, N, A., Saraswati, L, D., & Adi, M, S. (2016). Gambaran Karakteristik Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Wanita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. ISSN. 2356-3346. 4 (1). https://media.neliti.com/media/publications/18416-ID

Farrel, JB., Deshmukh, A., Baghaie, AA. (2008). Low Testosterone And The Association With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34 (5).

Fauzi, L. (2013). Intesitas Jalan Kaki Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *8* (2), 106–112. https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/viewFile/2633/2700

Fox. C., Kilvert. A. (2010). Bersahabat dengan Diabetes Tipe II. Depok: *Penebar Plus*. 29 (4).

Gardiarini, P., Sudargo, T., Pramantara I, D. (2017). Kualitas Diet, Sosio-Demografi, Dan Dukungan Keluarga Hubungannya Dengan Pengendalian

Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Kanujoso Djatiwibowo (RSKD), Balikpapan. *Gizi Indonesia Journal Of The Indonesia Nutrition Association*, *40*(2), 89–100.

Hasdianah. (2012). *Mengenal Diabetes*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Hanafie, R. 2016. *Ilmu Sosial Budaya Dasar*. Jogyakarta : Andi.

Hidayati, N. R., Oktaviani, P., & Setyaningsih, I. (2018). Gambaran Interaksi Obat Diabetes Melitus Tipe 2 Dengan Obat Penyakit Penyerta Pada Pasien Rawat Inap Di Rsud Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2016. *Jurnal Medical Sains*, *2*(2), 58–64.

Hu, F., Manson, J., Stampfer, M., Colditz, G., Liu, Simin., Solomon, Caren, G., & Willett, W, C. (2001). Diet, Lifestyle, And The Risk Of Tyle 2 Diabetes Mellitus In Women. *The New England Journal Of Medicine*. 345 (11). https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa010492?articleTools=true

Hu, F. B. (2011). Globalization Of Diabetes: The Role Of Diet, Lifestyle, And Genes. *Diabetes Care*, *34*(6), 1249–1257. https://care.diabetesjournals.org/content/34/6/1249.full-text.pdf

Holt, R. I. G. (2004). Diagnosis, Epidemiology And Pathogenesis Of Diabetes Mellitus : An Update For Psychiatrists. *British Juornal Of Psychiatry*, *4* (55–63). https://pdfs.semanticscholar.org/f768/47fc280cc3ab8ca39f26a646f66380d3a1e4.pdf

International Diabetes Federation. (2006). *World Diabetes Day 14 Novermber*. Fourth Edition

Jazilah, Wijono P., & Sudargo T. (2003). Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap, Dan Praktik (PSP) Penderita Diabetes Mellitus Mengenai Pengelolaan Diabetes Mellitus Dengan Kendali Kadar Glukosa Darah. *Sains Kesehatan*, *16*(3), 417. https://repository.ugm.ac.id/59678/

Jayaningrum, F. (2016). Efektivitas Media Smart Book Dalam Meningkatkan Pengetahuan Tentang Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. *Journal Of Health Education*, *1*(2). AppData/Local/Temp/11967-Articale%20Text-36445-1-10-20171027.pdf

Joko. (2011). *Ilmu Budaya Dasar.* Jakarta : Rineka Cipta.

Kandou, G. D. (2009). Makanan Etnik Minahasa Dan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *4*(1). https://media.neliti.com/media/publications/39745-ID-makanan-etnik-minahasa-dan-kejadian-penyakit-jantung-koroner.pdf

Karimuna, S. R., & Jufri, N. N. (2018). Penentun Indeks Glikemik sikkato (Sinonggi, kasuami, kambuse dan kabuto) pada subjek non diabetes mellitus. *Jurnal Ilmiah Praktisi Kesehatan Masyarakat Sulawesi Tenggara*, *3*(1). http://ojs.uho.ac.id/index.php/preventifjournal/article/viewFile/5214/3874

Kaku, K. (2010). pathophysiology of type 2 diabetes and its treatment policy. *JMAJ*, *60*(5–6), 361–368. http://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2010_01/041_046.pdf

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi Dan Analisis Diabetes*. Jakarta : Pusat Data Dan Informasi.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Rencana Aksi Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2015-2019*. Jakarta.

Khorrami, Z., Yarahmadi, S., Etemad, K., Khodakarim, S., Kameli, M. E., & Mahdavi Hazaveh, A. R. (2017). Urban-rural differences in the prevalence of self-reported diabetes and its risk factors: The WHO STEPS Iranian noncommunicable disease risk factor surveillance in 2011. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *42*(5), 481–487. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5722966/pdf/IJMS-42-481.pdf

Konsesus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Indonesia. (2015). Jakarta : Perkerni.

Krishnan, S., Cozier, Y. C., Rosenberg, L., & Palmer, J. R. (2010). Socioeconomic Status and Incidence of Type 2 Diabetes : Results From the Black Women ' s Health Study. *American Journal Of Epidemiology*, *171*(5), 564–570. https://watermark.silverchair.com/kwp443.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW

Kirtishanti, A., Lorensia, A., Yudiarso, A., Selvia, L., & Lidia, A. (2013). Program Edukasi Kesehatan Dan Perubahan Lingkar Pinggang Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *8*(1). http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/338/337

Kusnadi, G., Murbawani, A, e., Fitranti, Y, D. (2017). Faktor Risiko Diabetes Melitus Pada Petani dan Buruh. *Journal of Nutrition College*, *6*(2), 138–148. https://media.neliti.com/media/publications/200500-faktor-risiko-diabetes-melitus-tipe-2-pa.pdf

Lee, H. Y., Won, J. C., Kang, Y. J., Yoon, S. H., Choi, E. O., Bae, J. Y., Rhee, B. D. (2010). Type 2 diabetes in urban and rural districts in Korea: Factors

associated with prevalence difference. *Journal of Korean Medical Science*, *25*(12), 1777–1783. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995233/pdf/jkms-25-1777.pdf

Lutfiyya, M. N., Chang, L. F., & Lipsky, M. S. (2012). A cross-sectional study of US rural adults consumption of fruits and vegetables: Do they consume at least five servings daily? *BMC Public Health*, *12*(280). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365871/pdf/1471-2458-12-280.pdf

Mahdalena., Ningsih, P, S, E. (2016). Effectivity Of Foot Care Education Program In Improving Knowledge , Self-Efficacy And Foot Care Behavior Among Diabetes Mellitus Patients In Banjarbaru , Indonesia. *Kesmas: National Public Health Journal*,*11*(2), 56–60. https://media.neliti.com/media/publications/145477-EN-effectivity-of-foot-care-education-progr.pdf

Maulana, Mirza. (2009). *Mengenal Diabetes Mellitus.* Jogyakarta : Katahati.

Mcnaughton, D. (2013). "Diabesity" down under: Overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus. *Critical Public Health*, *23*(3), 274–288. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725668/pdf/ccph23_274.pdf

Miharja. (2009) Faktor yang Berhubungan dengan Pengendalian Gula Darah pada Penderita Diabetes Mellitus di Perkotaan Indonesia. *Majalaha Kedokteran Indonesia*, 59 (9).

Mohan, V., Mathur, P., Deepa, R., Deepa, M., Shukla, D. K., Menon, G. R., Shah, B. (2008). Urban rural differences in prevalence of self-reported diabetes in India-The WHO-ICMR Indian NCD risk factor surveillance. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *80*(1), 159–168. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46870589/Urban_rural_differences_in_prevalence_of20160628-10275-rf5il1

Mona, E., Bintanah, S., & Astuti, R. (2012). Hubungan Frekuensi Pemberian Konsultasi Gizi Dengan Kepatuhan Diit Serta Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus Tipe Ii Rawat Jalan Di Rs Tugurejo Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang*, *1*(1), 1–9. https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jgizi/article/view/569/619

Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo, S. 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar.* Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmojo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmojo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta.

Noor, N, S., Martini, & Setyawan, H, S. (2018). Pengetahuan, Sikap, Praktik Penderita Diabetes Melitus Tipe II Tentang Indeks Glikemik Makanan di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Wetan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(4). https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/21385/19882

Oktiranti & Nur'aeni, H. (2016). Gambaran Pengetahuan, Sikap Dan Kepercayaan Terhadap Diet Penderita DM DI RSUD Kota Bandung. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, IV(1). https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/400/308

Page-Carruth, A., Windsor, C., & Clark, M. (2014). Rural self-reliance: The impact on health experiences of people living with type II diabetes in rural Queensland, Australia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *9*(1), 1–10. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/qhw.v9.24182?needAccess=true

Prawirasatra, W. A., Wahyudi, F., & Nugraheni, A. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan 4 Pilar Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Rowosari. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, *6*(2), 1341–1360. https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico/article/viewFile/18647/17727

Prativi, G. O., & Artikel, I. (2013). Pengaruh Aktivitas Olahraga Terhadap Kebugaran Jasmani. *Journal of Sport Sciences and Fitness*, *2*(3), 32–36. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jssf/article/view/3864

Puspita, D, K., & Rahayu, Rr, S, R. (2011). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Menyisakan Makanan Pasien Diet Diabetes Mellitus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (2), 120-126. https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/1762

Pinzon T, R., Adnyana G, S, K., Zalukhu L, M. (2017). The Profile and Determinant Factors of Quality of Life in Patients with Diabetic Neuropathy. *National Public Health Journal*, *12*(1), 38–42. http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/1252/571

Rahajeng, E. (2010). Pengaruh Konsumsi Kopi Terhadap Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2. *Gizi Indonesia*, *33*(2), 82–95. https://ejournal.persagi.org/index.php/Gizi_Indon/article/view/86/83

Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Badan Pelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan.* Jakarta : Bakti Husada.

Rosdiana, A, I., Raharjo, B, B, Indarjo, S. (2017). Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). *Higeia Journal Of Public Health Research And Development*, *1*(3), 140–150. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/14617/8454

Rosjidi, C, H., Isro'in, L., Wahyuni, N, S. (2017). Differences In Risk Factor Of Cardiovascular Disease Risk On Rural And Urban Population. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *13*(1), 69–76. https://media.neliti.com/media/publications/163440-EN-differences-in-risk-factor-of-cardiovasc.pdf

Rosyada, A., & Trihandini, I. (2013). Determinan Komplikasi Kronik Diabetes Melitus Pada Lanjut Usia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *7*(9), 395–401. https://media.neliti.com/media/publications/39705-ID-determinan-komplikasi-kronik-diabetes-melitus-pada-lanjut-usia.pdf

Santosa, Imam. (2017). *Dinamika Masyarakat Pedesaan Dalam Perspektif Sosiologi.* Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Saraswati. (2009). *Status Ekonomi*. Jakarta: Media Pustaka.

Saryono.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula.* Yogyakarta: Mitra Cendekia.

Selvam, S., Murugesan, N., Snehalatha, C., Nanditha, A., Raghavan, A., Simon, M., Ramachandran, A. (2017). Health education on diabetes and other non-communicable diseases imparted to teachers shows a cascading effect. A study from Southern India. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *125*, 20–28. https://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/Teachers%20Training%20article%20DRCP.pdf

Shanti, Meita. (2011). *Silent Killer Diseases*. Jakarta : Buku Kita.

Sharkey, J. R., Johnson, C. M., & Dean, W. R. (2011). Less-healthy eating behaviors have a greater association with a gihg level of sugar-sweetened beverage consumptoin among rural adults than among urban adults. *CoAction*, *1*(55). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153312/pdf/FNR-55-5819.pdf

Stewart, J. E., Battersby, S. E., Lopez-De Fede, A., Remington, K. C., Hardin, J.

W., & Mayfield-Smith, K. (2011). Diabetes and the socioeconomic and built environment: Geovisualization of disease prevalence and potential contextual associations using ring maps. *International Journal of Health Geographics*, *10*, 1–10. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066107/pdf/1476-072X-10-18.pdf

Sobngwi, E., Mbanya, J., Unwin, N. C., Kengne, A. P., Fezeu, L., Minkoulou, E. M., Alberti, K. (2002). Physical Activity And Relationship With Obesity, Hypertension Nd Diabetes In Urban And Rural Cameroon. *International Journal of Obesity*, *26*(7), 961–968. https://www.nature.com/articles/0802008.pdf

Sudaryanto, A., Setiyadi, N. A., & Frankilawati, D. A. (2014). Hubungan Antara Pola Makan, Genetik Dan Kebiasaan Olahraga Terhadap Kejadian Diabetes Melitus Tipe Ii Di Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan, Banjarsari. *Prosiding S5 Fakultas Teknik Universitas Wahid Hasyim Semarang*, 19(24). https://publikasiilmiah.unwahas.ac.id/index.php/PROSIDING_SNST_FT/article/view/985/1098

Sudigdo, Sastroasmoro. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.

Sudarsono, N. C. (2015). Indikator Keberhasilan Pengelolaan Aktivitas Fisik Pada Penyandang Diabetes Melitus Tipe 2. *eJKI*, *3*(1). https://media.neliti.com/media/publications/60717-none-4dcc30f7.pdf

Suiraoka, IP. (2012). *Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Sugianti, E,. Hardiansyah & Afriansyah N. (2009). Faktor Risiko Obesitas Sentral Pada Orang Dewasa di DKI Jakarta: Analisis Lanjut Data Riskesdas 2007. *Gizi Indonesia*, 32(2):105-116. https://www.ejournal.persagi.org/index.php/Gizi_Indon/article/download/73/70

Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Anak.* Jakarta : Surabaya.

Tan, KC., Chan, GC., Eric, H., Maria, AI., Norliza, MJ, Oun, BH., Sheerine MT., WongSJ, Liew, SM. (2015). Depression, Anxiety And Stress Among Patients With Diabetes In Primary Care : A Cross-Sectional Study. *Malaysia Fam Physician*, 10(2):9-21. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826577/pdf/MFP-10-09.pdf

Toharin, R., Cahyati, W. H., & Zainafree, I. (2015). Hubungan Modifikasi Gaya Hidup Dan Kepatuhan Konsumsi Obat Antidiabetik Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rs Qim Batang Tahun

2013. *Unnes Journal Of Public Health*, *4*(2), 153–161. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/5193

Trisnawati, S., Widarsa, T., & Suastika, K. (2013) Faktor Risioko Diabetes Mellitus Tipe 2 Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Wilayah Kecamatan Denpasar Selatan. *Public health And Preventive Medicine Archive,* 1(1). https://www.researchgate.net/publication/332345791

Tuomilheto, Jaana, Lindström, Johan, Riksson, Timov, T. A., Kiukaanniemi. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus By Changes in Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*, *344*(18), 1343–1350. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801?articleTools=true

Utari, D. M., Hadi, R., & Muhilal, R. (2011). Potensi Asam Amino Pada Tempe Untuk Memperbaiki Profil Lipid Dan Diabetes Mellitus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *5*(4). http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/137/138

Utomo, M, O., Azam M., Anggarini N., D. (2012). Pengaruh Senam Terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabetes. *Unnes Journal Of Public Health*, *1*(1), 1–10. https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/178

Viera, A.A, D., Pellokila, M.R., Paun, R. (2017). Health Services, Maternal Intrinsic And Socio-Cultural Factors and Perinatal Mortality. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *12*(2). https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/5812/6029

Waryana. (2012). *Promosi Kesehatan Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Wahyuni, S., & Alkaff, R. N. (2013). Diabetes Mellitus Pada Perempuan Usia Reproduksi Di Indonesia Tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, *3*(1), 46–51. http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3929

Wang H, Qiu Q, Tan L, Liu T, Deng X, Chen Y. 2009. Prevalence and Determminants of Diabetes and Impaired Fasting Glucose among Urban Community-dwelling Adults in Guangzhou, China. *Diabetes and Metabolism,* 35(2). https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363609001268

Wang, Y., Ji, J., Liu, Y. jian, Deng, X., & He, Q. qiang. (2013). Passive Smoking and Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies.

PLoS ONE, *8*(7), 1–6. https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0069915&type=printable

Wawan, A & Dewi, M. 2011. *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia.* Yogyakarta : Nuha Medika

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & KinG, H. (2004). Estimates For The Year 2000 And Projections For 2030. *Diabetes Care*, *27*(5), 1047–1053. https://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full-text.pdf

Willi C, Bodenmann P, Ghali W A, Faris P D, C. J. (2007). Active Smoking And The Risk Of Type 2 Diabetes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *JAMA*, *298*, 2654–2664. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/209729

Yinto, Riawan, W, A. (2017). Pengaruh Jalan Kaki Ringan 30 Menit Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Lansia Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Desa Dukuh Kecamatan Gondang Kabupaten Tulungagung Tahun 2017. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *6*(2), 8–15. https://media.neliti.com/media/publications/236463-pengaruh-jalan-kaki ringan-30-menit-terh-578b7d78.pdf

Yuliani, F., Oenzil, F., & Iryan, D. (2014). Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *3*(1), 37–40. http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/22/17

Zhang, L., Curhan, G. C., Hu, F. B., Rimm, E. B., & Forman, J. P. (2011). Association Between Passive And Active Smoking And Incident Type 2 Diabetes In Women. *Diabetes Care*, *34*(4), 892–897. https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/34/4/892.full.pdf

Zainuddin, Mhd., Utomo, W., H. (2015). Hubungan Stres Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *JOM*, *2*(1), 890–898. https://media.neliti.com/media/publications/188387-ID-hubungan-stres-dengan-kualitas-hidup-pen.pdf

PERBEDAAN BUDAYA, SOSIAL EKONOMI SIKAP DAN PERILAKU PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 PADA MASYARAKAT PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2019

Dengan Hormat,

Saya Hildayanti Burhan, mahasiswa program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang sedang menyelesaikan peminatan tugas akhir tesis dengan melakukan penelitian mengenai " **Perbedaan Budaya, Sosial Ekonomi, Sikap dan Perilaku Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Masyarakat Perkotaan dan Pedesaan di Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2019".**

Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesedian saudara/i saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

Hildayanti Burhan

No. Responden : .....

Tanggal : .....

PERBEDAAN BUDAYA, SOSIAL EKONOMI, SIKAP DAN PERILAKU PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 PADA MASYARAKAT PERKOTAAN DI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2019

Petunjuk pengisian : Berikan tanda *check list* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

A. Identitas Responden

1. Nama : .....
2. Umur : ..... tahun
4. Alamat : .....
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Pekerjaan : ☐ Pensiunan ☐ IRT
   ☐ PNS ☐ Petani
   ☐ Wiraswasta
5. Status perkawinan : ☐ Kawin ☐ Belum Kawin
6. Pendidikan : ☐ SD ☐ Diploma/S1
   ☐ SMP ☐ Tidak Sekolah
   ☐ SMA
7. Berat Badan : .....kg
8. Tinggi Badan :.....cm
10. Genetik (Keturunan) : ya/tidak
11. Lama Menderita DM :

1. Budaya

Jawab pernyataan di bawah ini yang sesuai dengan yang anda alami, dengan cara mencontreng (√) pada kotak disebelah kanan sesuai dengan angkanya.

Keterangan :

1. Sangat Tidak Setuju : STS
2. Tidak Setuju : TS
3. Setuju : S
4. Sangat Setuju : SS

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya mempunyai kebiasaan setiap hari makan makanan yang manis seperti Teh/kopi				
2.	Saya menyakini bahwa penyakit itu datang dari mistik/santet dari orang lain bukan karna pola hidup yang tidak sehat				
3.	Saya memiliki kebiasaan pada pagi melakukan aktifitas olahrga selama 30 menit untuk menjaga tubuh tetap sehat dan mencegah dari penyakit salah satunnya diabetes mellitus				
4.	Saya selalu menyempatkan sarapan pagi dan mengkonsumsi buah-buahan demi kesehatan tubuh saya				
5.	Setiap hari akhir pekan saya mempunyai jadwal rutin melakukan aerobic/senam untuk mencegah penyakit yang tidak di inginkan				
6.	Saya selalu ke dokter untuk memeriksa gula darah untuk memastikan masih dalam batas normal atau tidak				
7.	Saya dan keluarga selalu menyediakan makanan khas Kota Kendari salah satunya sinonggi				
8.	Saya dan keluarga tidak memiliki pantangan yang di anggap yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan				
9.	Saya tidak mempunyai ritual mistik khusus untuk menjaga kesehatan saya karena kesehatan akan terjaga bila kita melakukan pola hidup sehat yang benar				
10.	Dalam keluarga saya telah menyadari penting menjaga kesehatan sejak dini				
11.	Saya selalu memilih makanan yang di inginkan tetapi bukan karena untuk kesehatan tubuh saya				

3. Sosial Ekonomi

- Baca pertanyaan dengan baik dan teliti
- Berilah tanda check (√) pada kolom **Ya** atau **Tidak** sesuai pendapat anda.

NO	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda bekerja?		
2.	Apakah penghasilan Anda di bawah 1 juta?		
3.	Apakah anda membeli sayur dan buah-buahan setiap bulan		
4.	Apakah Anda rajin membeli buku tentang kesehatan dan manfaat makanan yang dapat menghindari terjadinya diabetes mellitus?		
5.	Apakah anda memiliki teman sebaya atau rekan kerja yang selalu memberikan informasi tentang penyakit diabetes?		
6.	Apakah selama melakukan pemeriksaan kesehatan, anda pernah kesulitan menjangkau fasilitas kesehatan?		
7.	Apakah Anda mudah mendapatkan informasi kesehatan atau tentang diabetes mellitus dari keluarga/kerabat.		
8.	Apakah biaya pengobatan Anda tidak mengurangi kebutuhan lainnya? Seperti makanan bergizi		
9.	Apakah Anda selalu mengikuti seminar kesehatan?		

4. Sikap

Jawab pernyataan di bawah ini yang sesuai dengan yang anda alami, dengan cara mencontreng (√) pada kotak disebelah kanan sesuai dengan angkanya.

Keterangan :

1. Sangat Tidak Setuju : STS
2. Tidak Setuju : TS
3. Setuju : S
4. Sangat Setuju : SS

NO	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Menurut saya diabetes mellitus yaitu penyakit yang disebabkan karena meningkatnya kadar gula dalam darah				
2.	Menurut saya diabetes mellitus tipe 2 dapat membahayakan kesehatan jika tidak ditangani dengan baik				
3.	Menurut mengatur pola makan secara teratur dan mengurangi makanan yang manis merupakan salah satu cara mencegah terjadinya diabetes				

4.	Saya menyukai aktifitas rutin seperti berkebun atau membersihkan halaman rumah				
5.	Menurut saya orang gemuk atau berat badan lebih cenderung memiliki peluang besar untuk terkena penyakit diabetes mellitus				
6.	Saya lebih suka mengkonsumsi makan berserat seperti buah dan sayuran daripada mengkonsumsi makanan siap saji				
7.	Saya menyukai olah raga karena dapat membakar lemak dalam tubuh sehingga terhindar dari kegemukan				
8.	Saya lebih suka memilih gaya hidup sehat seperti berjalan kaki dan jogging.				
9.	Menurut saya setiap daerah sebaiknya di sediakan wilayah olahraga sehingga masyarakat dapat membiasakan diri untuk berolahraga				
10	Saya lebih suka mengkonsumsi air putih dibandingkan minuman bersoda dengan minuman pemanis buatan				
11.	Saya merasa perlu menjaga pola makan sehat walaupun saya tidak mengalami obesitas				
12.	Menurut saya penyakit diabetes mellitus ini perlu penangan yang serius sehingga tidak mengundang penyakit lain				
13.	Menurut saya dengan minum obat secara teratur dapat memperbaiki kadar glukosa darah				
14.	Saya menyukai orang yang tidak merokok dan menjauhi asap rokok karena rokok dapat mengganggu kesehatan salah satunya diabetes mellitus				
15.	Saya lebih memilih bangun pagi dan memulai aktifitas daripada bangun disiang hari				
16.	Menurut saya mengganti nasi putih dengan makanan yang lain seperti beras merah, kacang hijau lebih bergizi				
17	Menurut saya memperhatikan menu setiap yang di konsumsi sangat perlu, sehingga dapat mencegah masalah-masalah kesehatan				

5. Perilaku (Tindakan)

Jawab pernyataan di bawah ini yang sesuai dengan yang anda alami, dengan cara mencontreng (√) pada kotak disebelah kanan sesuai dengan angkanya.

Keterangan :

1. Sangat Tidak Setuju : STS
2. Tidak Setuju : TS
3. Setuju : S
4. Sangat Setuju : SS

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya sering makan-makanan yang manis sehingga gula darah saya naik				
2.	Saya selalu melakukan olahraga setiap hari selama 30 menit seperti: jalan kaki, bersepeda, jogging dan renang				
3.	Saya selalu menyempatkan untuk minum vitamin untuk kebugaran tubuh saya				
4.	Saya selalu mengecek gula saya ke dokter untuk memastikan apakah gula darah saya tetap dalam keadaan normal				
5.	Saya mempunyai kebiasaan makan nasi sebanyak serempat porsi piring untuk tiap makan besar				
6.	Setiap makan saya selalu mencari makan yang di goreng/bersantan				
7.	Setiap hari saya mempunyai kebiasaan tidur lebih dari 8 jam				
8.	Saya tidak mampu mengontrol porsi makan ketika dalam keadaaan stres				
9.	Saya tidak menyukai minuman bersoda dan beralkohol				
10.	Saya mempunyai kebiasaan minum kopi lebih dari 3 kali dalam sehari				
11.	Saya jarang melakukan olahraga karena saya bekerja di kebun sehingga tidak mempunyai waktu untuk berolahraga				
12.	Saya mempunyai kebiasaan merokok setiap hari dan dapat memhabiskan rokok sebungkus dalam sehari				
13.	Saya membiasakan minum alkohol ketika dalam keadaan stres				
14.	Saya senang mengikuti seminar kesehatan untuk menambah pengetahuan saya tentang kesehatan				
15.	Saya tidak bisa tidur di bawah jam 12 malam				

Frequency Table

Budaya (perkotaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	9	16.0	16.0	16.0
	Baik	43	84.0	84.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Sosial Ekonomi (perkotaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	10	18.0	18.0	18.0
	Tinggi	42	82.0	82.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Sikap (perkotaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	4	6.0	6.0	6.0
	Positif	48	94.0	94.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Perilaku (perkotaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	6	10.0	10.0	10.0
	Baik	46	90.0	90.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Frequency Table

Budaya (Pedesaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	12	22.0	22.0	22.0
	Baik	40	78.0	78.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Sosial Ekonomi (Pedesaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	20	38.0	38.0	38.0
	Tinggi	32	62.0	62.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Sikap (Pedesaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	13	24.0	24.0	24.0
	Baik	39	76.0	76.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Perilaku (Pedesaan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang baik	14	26.0	26.0	26.0
	Baik	38	74.0	74.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Budaya * Diabetes Mellitus tipe 2	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Sosial Ekonomi * Diabetes Mellitus tipe 2	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Sikap * Diabetes Mellitus tipe 2	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Perilaku * Diabetes Mellitus tipe 2	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Budaya * Diabetes Mellitus tipe 2

Crosstab

			Diabetes Mellitus tipe 2		
			Perkotaan	Pedesaan	Total
Budaya	Kurang baik	Count	9	12	21
		% of Total	9.0%	12.0%	19.0%
	Baik	Count	43	40	83
		% of Total	43.0%	40.0%	81.0%
Total		Count	52	52	100
		% of Total	52.0%	52.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.585[a]	1	.444		
Continuity Correction[b]	.260	1	.610		
Likelihood Ratio	.587	1	.444		
Fisher's Exact Test				.611	.306
Linear-by-Linear Association	.579	1	.447		
N of Valid Cases[b]	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.076	.444
N of Valid Cases		100	

Sosial Ekonomi * Diabetes Mellitus tipe 2

Crosstab

			Diabetes Mellitus tipe 2		Total
			Perkotaan	Pedesaan	
Sosial Ekonomi	Rendah	Count	10	20	30
		% of Total	10.0%	20.0%	28.0%
	Tinggi	Count	42	32	74
		% of Total	42.0%	31.0%	72.0%
Total		Count	52	52	100
		% of Total	52.0%	52.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.960[a]	1	.026		
Continuity Correction[b]	4.018	1	.045		
Likelihood Ratio	5.045	1	.025		
Fisher's Exact Test				.044	.022

Linear-by-Linear Association	4.911	1	.027		
N of Valid Cases[b]	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.217	.026
N of Valid Cases		100	

Sikap * Diabetes Mellitus tipe 2

Crosstab

			Diabetes Mellitus tipe 2		
			Perkotaan	Pedesaan	Total
Sikap	Kurang baik	Count	4	13	17
		% of Total	4.0%	13.0%	15.0%
	Baik	Count	48	39	87
		% of Total	48.0%	39.0%	85.0%
Total		Count	52	52	100
		% of Total	52.0%	52.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.353[a]	1	.012		
Continuity Correction[b]	5.020	1	.025		
Likelihood Ratio	6.737	1	.009		
Fisher's Exact Test				.023	.011
Linear-by-Linear Association	6.289	1	.012		
N of Valid Cases[b]	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.244	.012
N of Valid Cases		100	

Perilaku * Diabetes Mellitus tipe 2

Crosstab

	Diabetes Mellitus tipe 2		
	Perkotaan	Pedesaan	Total

Perilaku	Kurang baik	Count	6	14	20
		% of Total	6.0%	14.0%	18.0%
	Baik	Count	46	38	84
		% of Total	46.0%	38.0%	82.0%
Total		Count	52	52	100
		% of Total	52.0%	52.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.336[a]	1	.037		
Continuity Correction[b]	3.320	1	.068		
Likelihood Ratio	4.465	1	.035		
Fisher's Exact Test				.066	.033
Linear-by-Linear Association	4.293	1	.038		
N of Valid Cases[b]	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.204	.037
N of Valid Cases		100	

Uji Normalitas

Tests of Normality

	Diabetes Mellitus tipe 2	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Budaya	Perkotaan	,507	52	,000	,441	52	,000
	Pedesaan	,480	52	,000	,511	52	,000
Sosial Ekonomi	Perkotaan	,499	52	,000	,467	52	,000
	Pedesaan	,401	52	,000	,616	52	,000
Sikap	Perkotaan	,539	52	,000	,255	52	,000
	Pedesaan	,471	52	,000	,530	52	,000
Perilaku	Perkotaan	,529	52	,000	,344	52	,000
	Pedesaan	,461	52	,000	,547	52	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Analisis Perbedaan budaya, Sosial Ekonomi, Sikap dan Perilaku penderita diabetes diabetes mellitus tipe 2 pada masyarakat perkotaan dan pedesaan

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Budaya	100	2.6834	.27786	1.91	3.27
Sosial Ekonomi	100	.7535	.18112	.22	1.00
Sikap	100	2.8527	.32130	2.06	3.41

Perilaku	100	2.8916	.39612	2.13	3.53
Diabetes Mellitus tipe 2	100	1.5000	.50252	1.00	2.00

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Budaya	Perkotaan	52	2.6790	.22359	.03162	2.6155	2.7425	2.18	3.09
	Pedesaan	52	2.6878	.32550	.04603	2.5953	2.7803	1.91	3.27
	Total	104	2.6834	.27786	.02779	2.6283	2.7385	1.91	3.27
Sosial Ekonomi	Perkotaan	52	.7970	.17287	.02445	.7479	.8461	.22	1.00
	Pedesaan	52	.7100	.18036	.02551	.6587	.7613	.44	1.00
	Total	104	.7535	.18112	.01811	.7176	.7894	.22	1.00
Sikap	Perkotaan	52	2.9830	.25816	.03651	2.9096	3.0564	2.24	3.41
	Pedesaan	52	2.7224	.32754	.04632	2.6293	2.8155	2.06	3.24
	Total	104	2.8527	.32130	.03213	2.7889	2.9165	2.06	3.41
Perilaku	Perkotaan	52	3.1346	.36459	.05156	3.0310	3.2382	2.13	3.53
	Pedesaan	52	2.6486	.25218	.03566	2.5769	2.7203	2.20	3.00
	Total	104	2.8916	.39612	.03961	2.8130	2.9702	2.13	3.53

Mann-Whitney Test

Ranks

	Diabetes Mellitus tipe 2	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Budaya	Perkotaan	52	49.00	2450.00

	Pedesaan	52	52.00	2600.00
	Total	104		
Sosial Ekonomi	Perkotaan	52	58.41	2920.50
	Pedesaan	52	42.59	2129.50
	Total	104		
Sikap	Perkotaan	52	61.96	3098.00
	Pedesaan	52	39.04	1952.00
	Total	104		
Perilaku	Perkotaan	52	69.59	3479.50
	Pedesaan	52	31.41	1570.50
	Total	104		

Test Statistics[a]

	Budaya	Sosial Ekonomi	Sikap	Perilaku
Mann-Whitney U	1.175E3	854.500	677.000	295.500
Wilcoxon W	2.450E3	2129.500	1.952E3	1.570E3
Z	-.522	-2.833	-3.960	-6.597
Asymp. Sig. (2-tailed)	.601	.005	.000	.000

a. Grouping Variable: Diabetes Mellitus tipe 2