

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS GADINGREJO
KABUPATEN PRINGSEWU**

TESIS



**Oleh:
DWI RAHMAWATI
NPM. 2528021036**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS GADINGREJO
KABUPATEN PRINGSEWU**

Oleh

DWI RAHMAWATI

TESIS

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN
PENGOBATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS GADINGREJO
KABUPATEN PRINGSEWU**

Oleh

DWI RAHMAWATI

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolik kronis yang memerlukan kepatuhan pengobatan jangka panjang untuk mencegah komplikasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gading Rejo, Kabupaten Pringsewu, yang dilaksanakan pada bulan April hingga Juni 2026, dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM). Penelitian menggunakan desain kuantitatif *case-control* dengan sampel 206 responden, terdiri dari 103 pasien patuh dan 103 pasien tidak patuh, yang dipilih melalui *stratified random sampling*. Data dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur dengan skala *likert* berdasarkan konstruk HBM, meliputi *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *self efficacy*, dan *cues to action*, serta karakteristik sosiodemografi pasien. Analisis data dilakukan menggunakan uji bivariat dan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat pengaruh signifikan antara pendidikan, pekerjaan, pendapatan, usia, jenis kelamin, maupun lama menderita DM dengan kepatuhan pengobatan. Sebaliknya, semua konstruk HBM terbukti berpengaruh signifikan dengan kepatuhan, yaitu *perceived susceptibility* ($p < 0,001$), *perceived severity* ($p = 0,002$), *perceived benefit* ($p < 0,001$), *perceived barrier* ($p = 0,012$), *self efficacy* ($p = 0,005$), dan *cues to action* ($p < 0,001$). Faktor paling dominan adalah *cues to action* dengan $p < 0,001$ dan $OR = 3,771$, yang menunjukkan bahwa setiap peningkatan dorongan atau isyarat untuk bertindak meningkatkan kemungkinan kepatuhan pasien DM lebih dari dua kali lipat dibandingkan pasien dengan *cues to action* rendah. Penelitian ini menekankan pentingnya peningkatan edukasi, konseling, dan dukungan berkelanjutan dari tenaga kesehatan maupun keluarga untuk mendorong kepatuhan pengobatan. Penerapan program berbasis HBM di layanan primer diharapkan membantu pasien mengontrol kadar gula darah secara lebih efektif dan mencegah komplikasi jangka panjang.

Kata kunci: *cues to action*, diabetes melitus, *Health Belief Model*, kepatuhan pengobatan, pasien

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AT GADINGREJO PUBLIC HEALTH CENTER, PRINGSEWU REGENCY

By

DWI RAHMAWATI

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic disease that requires long-term medication adherence to prevent complications. This study aimed to analyze the factor influencing medication adherence among DM patients at Puskesmas Gading Rejo, Pringsewu Regency, conducted from April to June 2026, using the Health Belief Model (HBM) approach. This quantitative case-control study involved 206 respondents, consisting of 103 adherent patients and 103 non-adherent patients, selected through stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire with a Likert scale based on HBM constructs, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier, self-efficacy, and cues to action, as well as patient sociodemographic characteristics. Data analysis was performed using bivariate tests and logistic regression. The results showed no significant association between education, occupation, income, age, gender, or duration of DM with medication adherence. In contrast, all HBM constructs were significantly associated with adherence: perceived susceptibility ($p < 0.001$), perceived severity ($p = 0.002$), perceived benefit ($p < 0.001$), perceived barrier ($p = 0.012$), self-efficacy ($p = 0.005$), and cues to action ($p < 0.001$). The most dominant factor was cues to action ($p < 0.001$; $OR = 3.771$), indicating that each increase in cues or prompts to act more than doubled the likelihood of patient adherence compared to those with low cues to action. This study highlights the importance of enhancing education, counseling, and continuous support from healthcare providers and family to promote medication adherence. Implementing HBM-based programs in primary care is expected to help patients better control blood glucose levels and prevent long-term complications.

Keywords: cues to action, diabetes mellitus, Health Belief Model, medication adherence, patients

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Tesis : FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
KEPATUHAN PENGOBATAN PADA PASIEN
DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS
GADINGREJO KABUPATEN PRINGSEWU

Nama Mahasiswa : **Dwi Rahmawati**

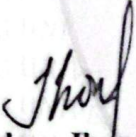
NPM : 2528021036

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

Komisi Pembimbing

 **Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi**  **Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked.,**
Suwandi, M.Kes., Sp.Par.K. M.Kes., Sp.Par.K.

NIP. 197608312003121003

NIP. 197810092005011001

Koordinator Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

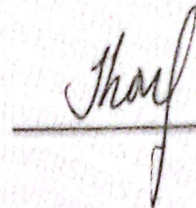
 **Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes., Sp.Par.K.**

NIP. 197810092005011001

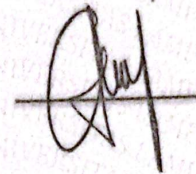
LEMBAR PENGESAHAN

1. Tim Penguji

Ketua : Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi,
M.Kes., Sp.Par.K.



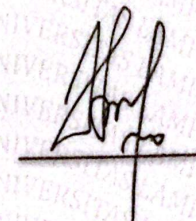
Sekretaris : Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes.,
Sp.Par.K.



Anggota : Dr. dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.P.H.,
Sp.KKLP.

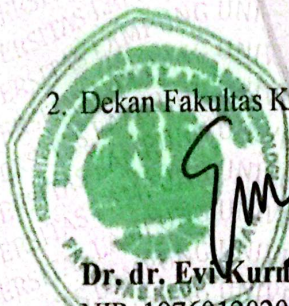


Anggota : Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked.,
M.Kes., AIFO.



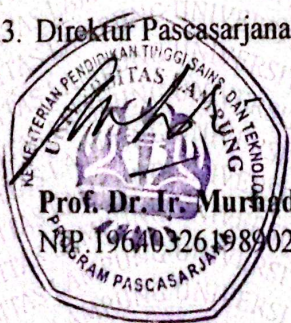
2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 197601202003122001



3. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung

Prof. Dr. Ir. Murnadi, M.Si
NIP. 196403261989021001



Tanggal Lulus Ujian Tesis: 29 Juni 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Tesis dengan judul “FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEPATUHAN PENGOBATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS GADINGREJO KABUPATEN PRINGSEWU” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarism.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 29 Juni 2026

Pembuat Pernyataan,



Dwi Rahmawati

NPM. 2528021036

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Dwi Rahmawati lahir di Lampung Tengah pada tanggal 10 Oktober 1979. Penulis merupakan anak dari pasangan Bapak almarhum Muhammad Amin dan Ibu Juminem Royani. Saat ini, penulis bertempat tinggal di Pringsewu, Lampung. Penulis menempuh pendidikan dasar di SD Negeri 1 Gaya Baru I, masuk tahun 1987 dan lulus pada tahun 1992. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan menengah pertama di SMP Negeri 1 Seputih, Surabaya, masuk tahun 1993 dan lulus pada tahun 1995. Pendidikan menengah atas ditempuh di SMA Negeri 1 Seputih Banyak, masuk tahun 1996 dan lulus pada tahun 1998. Penulis kemudian menempuh pendidikan Diploma III di Akper Darma Wacana Metro, masuk tahun 1999 dan lulus pada tahun 2001. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan Strata 1 di STIKes Mitra Lampung, masuk tahun 2001 dan lulus pada tahun 2004. Saat ini, penulis sedang melanjutkan studi pada jenjang Magister di Universitas Lampung, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat.

MOTTO

*“Air mata hari ini adalah
tinta untuk ijazah masa depan”*

PERSEMBAHAN

Terima kasih suamiku yang telah bertahan, mendoakan, dan mendukung perjuanganku melewati kerasnya problema hidup hingga garis akhir studi pascasarjana ini. *We did it!*

(Sofyan Harnadi)

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, Karena atas Rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Faktor Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., ASEAN, Eng. selaku rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M. Kes., Sp.Par.K., selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Prof. Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, M.Kes., Sp.Par.K selaku Ketua Penguji atas kesediaan waktunya untuk memberikan bimbingan dan saran dalam proses penyelesaian tesis ini.
5. Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M. Kes., Sp.Par.K., selaku Sekretaris Penguji atas kesediaan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan dalam proses penyelesaian tesis ini.
6. Dr. dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.P.H., Sp.KKLP. selaku Penguji 1 yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan kritik yang membangun dalam proses penyusunan tesis serta selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi, dan masukan selama proses perkuliahan.

7. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO, selaku Penguji 2 yang telah banyak memberikan dukungan, saran dan kritik yang membangun dalam proses penyusunan tesis.
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis.
9. Kedua orang tua tercinta Ibu Juminem Royani dan Bapak alm Muhammad Amin atas doa, kasih sayang, perhatian, dan dukungan yang tiada henti kepada penulis. Terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala pengorbanan dan cinta yang diberikan.
10. Suami tercinta Sofyan Harnadi serta anak-anak tersayang Nabilah Widyan Arum dan Rizky Noval Rahadi yang senantiasa memberikan kasih sayang, dukungan, dan menjadi sumber semangat bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
11. Mertua tercinta Ibu Tumilah dan Bapak Imron Susiloyang senantiasa memberikan doa, dukungan, semangat, dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Teman-teman RPL MKM Angkatan 2025 (*Batch 2*), terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan.
13. Semua pihak yang telah mendukung dan tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang selalu memberikan keceriaan, motivasi dan juga bantuan kepada penulis.

Bandar Lampung, 29 Juni 2026

Penulis,

Dwi Rahmawati

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	7
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Akademik.....	7
1.4.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu.....	7
1.4.4 Manfaat bagi Puskesmas Gadingrejo.....	8
1.4.5 Manfaat bagi Pemegang Program Diabetes Melitus	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Landasan Teori	9
2.1.1 Konsep dan Definisi Diabetes Melitus	9
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus.....	11
2.1.3 Etiologi atau Penyebab Diabetes Melitus	11
2.1.4 Faktor Risiko Diabetes Melitus	12
2.1.5 Tanda dan Gejala Diabetes Melitus.....	13
2.1.6 Diagnosis Diabetes Melitus.....	14
2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus	15
2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus	15
2.1.9 Epidemiologi Diabetes Melitus.....	16
2.1.10 Pengelolaan dan Capaian Keberhasilan Pengobatan Diabetes Melitus	18
2.1.11 Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Diabetes Melitus.....	20
2.1.12 Teori Perilaku Kesehatan	22
2.1.13 Health Belief Model.....	24
2.2 Faktor Sosial Demografi.....	30
2.2.1 Usia	30
2.2.2 Jenis Kelamin.....	30
2.2.3 Pendidikan	31
2.2.4 Pekerjaan.....	31
2.2.5 Pendapatan	32
2.2.6 Lama Menderita Diabetes Mellitus	32
2.3 Pengaruh <i>Health Belief Model</i> dengan Kepatuhan Pengobatan Diabetes Melitus	33
2.4 Penelitian Terdahulu.....	34
2.5 Kerangka Teori	48
2.6 Kerangka Konsep	49
2.7 Hipotesis	49
BAB III METODE PENELITIAN	53
3.1 Jenis Penelitian	53

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	53
3.3 Variabel Penelitian	53
3.4 Definisi Operasional	54
3.5 Populasi dan Sampel.....	58
3.5.1 Populasi.....	58
3.5.2 Sampel	58
3.5.3 Teknik Sampling.....	61
3.6 Pengumpulan Data.....	62
3.6.1 Sumber Data	62
3.6.2 Instrumen Penelitian	64
3.6.3 Uji Validitas Kuisisioner	68
3.6.4 Uji Reabilitas Kuisisioner	69
3.6.5 Proses Pengumpulan Data	71
3.6.6 Persiapan Penelitian.....	71
3.6.7 Pelaksanaan Penelitian.....	72
3.7 Pengolahan Data	73
3.8 Analisis Data	74
3.9 Etika Penelitian.....	77
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	78
4.1 Gambaran Umum Penelitian	78
4.2 Analisis Univariat	79
4.3 Analisis Bivariat	81
4.3.1 Pengaruh Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	81
4.3.2 Pengaruh Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	82
4.3.3 Pengaruh Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	82
4.3.4 Pengaruh Usia dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	83
4.3.5 Pengaruh Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	84
4.3.6 Pengaruh Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.....	84
4.3.7 Pengaruh <i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu ...	85
4.3.8 Pengaruh <i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu ...	86

4.3.9	Pengaruh <i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.....	86
4.3.10	Pengaruh <i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu ...	87
4.3.11	Pengaruh <i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.....	88
4.3.12	Pengaruh <i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.....	89
4.4	Analisis Multivariat	90
BAB V	PEMBAHASAN	95
5.1	Distribusi frekuensi faktor sosiodemografi dan komponen <i>Health Belief Model</i> pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo pringsewu	95
5.2	Pengaruh Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	102
5.3	Pengaruh Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	103
5.4	Pengaruh Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	105
5.5	Pengaruh Usia dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	107
5.6	Pengaruh Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	108
5.7	Pengaruh Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	110
5.8	Pengaruh <i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	112
5.9	Pengaruh <i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	114
5.10	Pengaruh <i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	115
5.11	Pengaruh <i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	117

5.12Pengaruh <i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	118
5.13Pengaruh <i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	120
5.14Faktor yang paling berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	121
5.15Keterbatasan Penelitian	123
BAB VI PENUTUP	124
6.1 Kesimpulan.....	124
6.2 Saran	126
DAFTAR PUSTAKA	128
LAMPIRAN	139

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Penelitian Terdahulu	35
Tabel 2. Definisi Operasional	54
Tabel 3. Pengambilan Sampel Penelitian.....	62
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Penelitian	80
Tabel 5. Pengaruh Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	81
Tabel 6. Pengaruh Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	82
Tabel 7. Pengaruh Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	83
Tabel 8. Pengaruh Usia dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	83
Tabel 9. Pengaruh Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	84
Tabel 10. Pengaruh Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	85
Tabel 11. Pengaruh <i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu ..	85
Tabel 12. Pengaruh <i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	86
Tabel 13. Pengaruh <i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	87
Tabel 14. Pengaruh <i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	88
Tabel 15. Pengaruh <i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	89
Tabel 16. Pengaruh <i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	89
Tabel 17. Variabel Kandidat Analisis Multivariat	91
Tabel 18. Model Awal Analisis Multivariat	92
Tabel 19. Model Akhir Analisis Multivariat	92

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka Teori Penelitian.....	48
Gambar 2 Kerangka Konsep	49
Gambar 3 Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu	78

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah akibat gangguan produksi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan global yang terus meningkat, termasuk di kawasan Asia dan Afrika. Dalam pengelolaannya, pemahaman dan kepatuhan pasien terhadap terapi jangka panjang sangat menentukan keberhasilan pengobatan. Ketidakpatuhan pasien dapat meningkatkan risiko komplikasi, memperburuk kondisi kesehatan, serta menambah angka kesakitan, kematian, dan beban biaya kesehatan. (Highton et al., 2025).

Laporan *International Diabetes Federation* terbaru melaporkan bahwa pada tahun 2024, sekitar 589 juta orang dewasa (usia 20–79 tahun) menderita diabetes melitus di seluruh dunia, dan jumlah ini diproyeksikan meningkat menjadi 853 juta pada 2050. Empat dari lima orang dengan diabetes melitus tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan penyakit ini menyebabkan sekitar 3,4 juta kematian setiap tahunnya serta beban biaya kesehatan global yang sangat besar (Schwardz et al., 2025).

Tren global menunjukkan bahwa terjadi peningkatan prevalensi diabetes melitus yang drastis dalam beberapa dekade terakhir. Analisis WHO melaporkan bahwa prevalensi diabetes melitus di antara orang dewasa hampir mengganda dari sekitar 7% pada 1990 menjadi 14% pada 2022, dengan peningkatan paling tajam terjadi di negara-negara berkembang di mana akses

perawatan dan deteksi dini masih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa *burden* diabetes melitus bukan hanya meningkat secara jumlah, tetapi juga semakin tidak merata di dunia (Zhou et al., 2024).

Di kawasan Asia Tenggara, diabetes melitus merupakan tantangan kesehatan utama. WHO mencatat bahwa di wilayah Asia Tenggara terdapat puluhan juta orang dewasa yang hidup dengan Diabetes Melitus, dan lebih dari 70% dari mereka belum terdiagnosis atau tidak mendapatkan perawatan yang memadai. Perubahan gaya hidup, urbanisasi, dan transisi demografis di wilayah ini menjadi pendorong utama tren tersebut (Schwardz et al., 2025).

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penderita diabetes melitus tertinggi di dunia. Menurut *International Diabetes Federation*, prevalensi diabetes melitus pada orang dewasa di Indonesia sekitar 11,3%, dengan sekitar 20,4 juta orang dewasa hidup dengan diabetes melitus pada tahun 2024, sehingga menempatkan Indonesia pada peringkat kelima dunia dalam jumlah penderita diabetes melitus dewasa (Schwardz et al., 2025).

Selanjutnya, penelitian layanan primer tahun 2025 melaporkan hanya sekitar 35,2% pasien diabetes melitus tipe 2 yang berhasil mencapai target HbA1c <7%, mencerminkan rendahnya keberhasilan pengendalian glikemik. Sementara itu, studi kohort di Indonesia menunjukkan lebih dari 80% pasien mampu mempertahankan terapi jangka panjang, meskipun keberhasilan klinis optimal belum sepenuhnya tercapai (Setiawan et al., 2025)

Secara nasional, data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 juga menunjukkan tren peningkatan prevalensi diabetes melitus pada usia ≥ 15 tahun menjadi 11,7%, yang mencerminkan semakin besarnya tantangan dalam upaya pencegahan dan penanganan penyakit ini, terutama di tingkat puskesmas (Jabbar et al., 2025).

Di Provinsi Lampung pada tahun 2023 tercatat sebanyak ± 132.800 kasus diabetes melitus, sedangkan pada tahun 2024 meningkat menjadi sekitar ± 141.600 kasus diabetes melitus, sehingga terjadi kenaikan sekitar ± 8.800 kasus dalam satu tahun. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara peningkatan beban kasus diabetes melitus dengan kemampuan pengendalian faktor risiko dan pengelolaan penyakit, karena kenaikan kasus tidak diikuti dengan penurunan prevalensi maupun komplikasi diabetes melitus (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2025).

Di Kabupaten Pringsewu, jumlah kasus diabetes melitus pada tahun 2023 tercatat sebanyak 6.742 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2024), sedangkan pada tahun 2024 meningkat menjadi 7.518 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025), sehingga terjadi kenaikan sebesar 776 kasus dalam satu tahun. Peningkatan ini menunjukkan adanya gap antara tren kenaikan kasus dengan efektivitas upaya pencegahan dan pengendalian diabetes melitus, karena meskipun cakupan skrining dan pencatatan kasus semakin baik pada 2024, jumlah penderita diabetes melitus tetap bertambah (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025).

Kasus diabetes melitus di wilayah Kecamatan Gading Rejo, Kabupaten Pringsewu, menunjukkan tren peningkatan yang signifikan dalam tiga tahun terakhir, di mana pada tahun 2022 tercatat sebanyak 680 temuan kasus, meningkat menjadi 771 temuan pada tahun 2023, dan melonjak tajam pada tahun 2024 dengan total 1.897 temuan kasus, kondisi ini mengindikasikan adanya peningkatan beban penyakit diabetes mellitus di masyarakat yang perlu mendapat perhatian serius melalui penguatan upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengendalian faktor risiko secara berkelanjutan di tingkat kecamatan (UPT Puskesmas Gadingrejo, 2025).

Dari sisi keberhasilan pengobatan, penelitian di Indonesia menunjukkan capaian yang masih terbatas, di mana studi Program Prolanis BPJS Kesehatan melaporkan proporsi kontrol gula darah puasa yang lebih baik pada peserta

Prolanis dibandingkan non-Prolanis (Sitompul et.al. 2024), namun belum merata. Pada periode 2022–2024, capaian pengobatan diabetes melitus di Provinsi Lampung masih jauh di bawah target Program P2PTM. Target pengendalian gula darah meningkat dari 36% (2022), 58% (2023), hingga 90% (2024), namun pada 2023 capaian hanya sekitar 0,0022% dan pada 2024 tercatat 0%. Kondisi serupa terjadi di Kabupaten Pringsewu, Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 256 pasien terkontrol, kemudian meningkat menjadi 515 pasien pada tahun 2024, sedangkan data tahun 2025 tercatat sebanyak 692 pasien terkontrol. Hal ini menunjukkan pengelolaan diabetes melitus di layanan kesehatan primer belum optimal, dipengaruhi oleh rendahnya kepatuhan pengobatan, kunjungan ulang pasien, serta keterbatasan pencatatan dan pelaporan data (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2025).

Berdasarkan data pengelolaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) dalam cakupan Kabupaten Pringsewu, jumlah penyandang diabetes melitus dengan kondisi gula darah terkontrol menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 256 pasien terkontrol, kemudian meningkat menjadi 515 pasien pada tahun 2024, sedangkan data tahun 2025 tercatat sebanyak 692 pasien terkontrol. Dari total capaian tahun 2024 tersebut, wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo mencatat sebanyak 25 pasien dengan kondisi gula darah terkontrol (Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2025).

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan merupakan faktor penting dalam pengelolaan diabetes melitus karena kepatuhan yang baik dapat membantu mencapai kontrol glikemik yang optimal dan mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang, sementara ketidakpatuhan masih menjadi masalah global dengan sekitar 38% pasien diabetes tidak mengonsumsi obat sesuai dengan resep yang diberikan oleh tenaga Kesehatan (Highton et al., 2025a)

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan diabetes melitus dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain karakteristik sosiodemografi seperti usia dan tingkat pendidikan, faktor klinis seperti lama menderita penyakit dan kompleksitas terapi, serta faktor psikososial seperti dukungan keluarga, interaksi dengan tenaga kesehatan, pengetahuan tentang penyakit, dan perilaku kesehatan pasien, yang secara bersama-sama berperan dalam meningkatkan atau menurunkan tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani terapi pengobatan diabetes (Chantzaras et al, 2025).

Faktor personal yang memengaruhi kepatuhan pasien diabetes melitus salah satunya adalah keyakinan diri terhadap kondisi kesehatan dan manfaat terapi, yang dapat dianalisis melalui *Health Belief Model* (HBM). *Health Belief Model* merupakan model teori yang menjelaskan bagaimana keyakinan individu tentang kesehatan memengaruhi keputusan untuk terlibat atau tidak dalam perilaku kesehatan tertentu. Model ini juga membantu memahami alasan ketidakpatuhan pasien DM terhadap terapi medikasi yang dianjurkan sebagai bagian dari pengelolaan penyakit (Iskandar dkk., 2025).

Komponen utama HBM meliputi *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, dan *perceived barrier*. *Perceived susceptibility* adalah keyakinan pasien mengenai kerentanan dirinya terhadap penyakit, semakin tinggi kesadaran pasien DM terhadap risiko komplikasi, semakin besar dorongan untuk patuh pada pengobatan. *Perceived severity* berkaitan dengan keyakinan terhadap keparahan penyakit dan dampaknya pada kehidupan sehari-hari, sehingga pasien yang menyadari konsekuensi negatif dari DM lebih terdorong untuk patuh. *Perceived benefit* adalah keyakinan terhadap manfaat pengobatan, misalnya kemampuan pengobatan mengontrol gula darah dan menjaga kualitas hidup. Sebaliknya, *perceived barrier* mencakup hambatan yang dirasakan pasien dalam menjalani terapi, semakin banyak hambatan, tingkat kepatuhan menurun, sedangkan semakin sedikit hambatan, kepatuhan meningkat (Ismayadi, Adawiyah, dan Aji, 2021).

Penelitian terkait faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo kabupaten pringsewu belum pernah dilakukan, oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan dengan pendekatan health belief model pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo kabupaten pringsewu.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah faktor apa sajakah yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien diabetes melitus di wilayah kerja puskesmas gadingrejo kabupaten pringsewu?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis distribusi frekuensi Sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama menderita DM, dan usia saat terdeteksi) persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat tindakan, persepsi hambatan, efikasi diri dan isyarat untuk bertindak pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo pringsewu.
2. Menganalisis pengaruh sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama menderita DM, dan usia saat terdeteksi) persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat tindakan, persepsi hambatan, efikasi diri dan isyarat untuk bertindak terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo pringsewu.

3. Menganalisis faktor yang paling memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di puskesmas gadingrejo pringsewu

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yang ingin dicapai, maka penelitian ini dapat bermanfaat pada:

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan, serta pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian di bidang kesehatan masyarakat, khususnya yang berkaitan dengan faktor perilaku kesehatan pada penderita diabetes melitus. Selain itu, penelitian ini juga dapat meningkatkan kemampuan peneliti dalam menerapkan konsep dan teori perilaku kesehatan, khususnya *Health Belief Model*, dalam menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di tingkat pelayanan kesehatan primer.

1.4.2 Manfaat bagi Institusi Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya kajian ilmiah dan referensi akademik dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait penerapan *Health Belief Model* dalam memahami perilaku pengobatan penyakit kronis seperti diabetes melitus. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi bahan rujukan bagi mahasiswa, dosen, maupun peneliti lain yang ingin mengembangkan penelitian serupa, serta menjadi sumber informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan kegiatan akademik di bidang promotif dan preventif penyakit tidak menular.

1.4.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu dalam

merumuskan kebijakan serta strategi program pengendalian penyakit tidak menular, khususnya diabetes melitus. Informasi mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien dapat dimanfaatkan untuk memperkuat perencanaan program, penyusunan kegiatan promotif dan preventif, serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi penderita diabetes melitus di wilayah Kabupaten Pringsewu.

1.4.4 Manfaat bagi Puskesmas Gadingrejo

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi Puskesmas Gadingrejo dalam meningkatkan kualitas pelayanan program pengendalian diabetes melitus. Hasil penelitian dapat dimanfaatkan untuk merancang strategi edukasi kesehatan, pendampingan pasien, serta intervensi perilaku yang lebih efektif dan tepat sasaran guna meningkatkan kepatuhan pengobatan dan pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo.

1.4.5 Manfaat bagi Pemegang Program Diabetes Melitus

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi pemegang program diabetes melitus dalam memahami faktor-faktor perilaku yang memengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun strategi komunikasi, edukasi, dan pemberdayaan pasien serta keluarga, sehingga pelaksanaan program pengendalian diabetes melitus dapat berjalan lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan mencegah terjadinya komplikasi pada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep dan Definisi Diabetes Melitus

Diabetes mellitus didefinisikan sebagai gangguan metabolik kronis yang ditandai oleh hiperglikemia persistens, yang terjadi akibat defisiensi sekresi insulin, gangguan kerja insulin, atau kombinasi keduanya. Hiperglikemia berkelanjutan ini mempercepat komplikasi multisistem yang berdampak pada pembuluh darah, saraf, ginjal, dan organ lainnya, sehingga memperburuk morbiditas dan mortalitas jika tidak dikendalikan. Definisi ini mencerminkan konsensus ilmiah bahwa diabetes mellitus bukan hanya satu kondisi tunggal, tetapi sindrom heterogen dengan dasar patofisiologi yang beragam (Harreiter et al, 2023)

Konsep diabetes mellitus dalam literatur ilmiah modern menempatkannya sebagai gangguan metabolik pada metabolisme karbohidrat yang melibatkan penggunaan glukosa secara tidak efisien dan produksi glukosa yang berlebihan, yang melanggar homeostasis energi tubuh. Kondisi ini mencerminkan ketidakseimbangan antara produksi dan pemanfaatan glukosa, menjadikan diabetes mellitus sebagai manifestasi dari disfungsi insulin, baik melalui resistensi terhadap aksi insulin maupun melalui kegagalan sekresi insulin yang memadai (The American Diabetes Associations, 2024)

Secara klinis dan epidemiologis, diabetes mellitus diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe utama: Tipe 1 (autoimun), Tipe 2 (insulin-resisten), dan gestasional. Tiap tipe memiliki fase etiologi dan patologis yang khas, di mana

diabetes mellitus Tipe 1 sering kali menonjolkan destruksi sel β pankreas, sedangkan diabetes mellitus Tipe 2 berkaitan dengan resistensi jaringan terhadap insulin dan dysfunction β -sel yang progresif. Klasifikasi ini penting untuk diagnosis, manajemen klinis, serta strategi pencegahan yang berbeda (Harreiter et al, 2023)

diabetes mellitus merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi yang meningkat secara dramatis di seluruh dunia. Kenaikan ini didorong oleh faktor risiko seperti umur yang meningkat, urbanisasi, obesitas, dan gaya hidup sedentari, sehingga memperluas cakupan konsekuensi sosial, ekonomi, dan klinis dari penyakit ini. Pengertian ini menunjukkan bahwa diabetes mellitus tidak hanya merupakan kondisi individual, tetapi juga fenomena epidemiologis yang memerlukan pendekatan multidisipliner (Harreiter et al, 2023)

Patofisiologi dasar diabetes mellitus berfokus pada disfungsi pengaruh antara insulin dan metabolisme glukosa. Pada keadaan normal, hormon insulin yang diproduksi oleh sel β pankreas mengatur masuknya glukosa ke dalam sel tubuh. Dalam diabetes mellitus, baik produksi insulin yang tidak cukup maupun resistensi jaringan terhadap insulin menyebabkan ketidakseimbangan glukosa darah, sehingga glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara efisien untuk energi metabolik (Lu et al., 2024)

Diagnosis diabetes mellitus bergantung pada tingkat glukosa darah puasa, tes toleransi glukosa oral, dan kadar hemoglobin A1c (HbA1c). Kriteria ini diakui secara internasional dalam pedoman klinis karena mencerminkan derajat hiperglikemia secara kuantitatif dan berkorelasi dengan risiko komplikasi mikro dan makrovaskular. Pemahaman terhadap kriteria diagnostik ini menyangga validitas definisi klinis diabetes mellitus serta memberikan landasan untuk pemantauan longitudinal dalam penelitian maupun praktik klinis (Harreiter et al, 2023)

diabetes mellitus bukan sekedar satu penyakit tunggal, melainkan sindrom heterogen yang melingkupi berbagai mekanisme patogenetik, faktor genetik dan lingkungan, serta kontribusi inflamasi dan faktor risiko komplementer lain. Pandangan ini memposisikan diabetes mellitus sebagai entitas multisistem yang membutuhkan pendekatan penelitian dan perawatan yang sesuai dengan variasi fenotipik dan etiologinya (Giannakogeorgou et al., 2025)

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes mellitus didasarkan pada mekanisme patofisiologi yang menyebabkan terjadinya hiperglikemia. Secara umum, diabetes dikelompokkan menjadi beberapa tipe utama yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes gestasional, serta beberapa tipe diabetes lain yang lebih jarang. Diabetes tipe 1 terjadi akibat proses autoimun yang menyebabkan kerusakan sel beta pankreas sehingga produksi insulin menjadi sangat sedikit atau bahkan tidak ada. Sebaliknya, diabetes tipe 2 ditandai oleh resistensi insulin yang disertai penurunan fungsi sel beta pankreas secara progresif sehingga tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif. Klasifikasi ini penting karena setiap tipe diabetes memiliki karakteristik penyebab, perjalanan penyakit, serta pendekatan pengobatan yang berbeda (Jaggy, 2023)

2.1.3 Etiologi atau Penyebab Diabetes Melitus

Etiologi diabetes mellitus berkaitan dengan berbagai mekanisme patofisiologi yang menyebabkan terjadinya hiperglikemia kronis. Salah satu mekanisme utama adalah gangguan sekresi insulin oleh sel beta pankreas serta penurunan kemampuan tubuh dalam menggunakan insulin secara efektif (resistensi insulin). Kondisi tersebut menyebabkan metabolisme glukosa terganggu sehingga kadar gula darah meningkat secara persisten. Perkembangan penyakit ini seringkali dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor seperti predisposisi genetik, obesitas, peningkatan usia, serta pola hidup tidak sehat yang meliputi kurang aktivitas fisik dan pola makan tinggi kalori. Faktor-

faktor tersebut berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian diabetes secara global (Grunbaum, 2023)

Diabetes Mellitus juga dipandang sebagai penyakit metabolik dengan etiologi multifaktorial yang melibatkan gangguan produksi insulin maupun gangguan kerja insulin pada jaringan tubuh. Pada diabetes tipe 1, kerusakan sel beta pankreas terjadi akibat proses autoimun yang menyebabkan defisiensi insulin secara absolut. Sementara itu, pada diabetes tipe 2, penyebab utamanya adalah kombinasi antara resistensi insulin dan penurunan fungsi sel beta pankreas yang berlangsung secara progresif. Selain faktor genetik, faktor lingkungan seperti obesitas, kurang aktivitas fisik, stres, serta pola makan yang tidak sehat juga memiliki peran penting dalam meningkatkan risiko terjadinya diabetes (Grunbaum, 2023).

2.1.4 Faktor Risiko Diabetes Melitus

Faktor risiko diabetes melitus, khususnya diabetes tipe 2, merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan yang memengaruhi metabolisme glukosa dalam tubuh. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, riwayat keluarga dengan diabetes, serta predisposisi genetik tertentu yang meningkatkan kerentanan seseorang terhadap gangguan metabolisme glukosa. Selain itu, beberapa faktor yang dapat dimodifikasi juga berperan penting, seperti obesitas, pola makan tidak sehat, serta kurangnya aktivitas fisik. Kondisi obesitas terutama berkaitan erat dengan peningkatan resistensi insulin yang menjadi salah satu mekanisme utama dalam perkembangan diabetes tipe 2. Oleh karena itu, pengendalian berat badan dan penerapan gaya hidup sehat menjadi strategi penting dalam upaya pencegahan diabetes (Chandrasekaran et al, 2024).

Selain faktor genetik dan gaya hidup, berbagai faktor sosiodemografi dan kondisi kesehatan tertentu juga diketahui meningkatkan risiko terjadinya diabetes melitus. Penelitian menunjukkan bahwa hipertensi, pola konsumsi tinggi gula dan kalori, rendahnya aktivitas fisik, serta kondisi *overweight* atau

obesitas merupakan faktor yang secara signifikan berkaitan dengan peningkatan kejadian diabetes. Faktor usia yang semakin meningkat juga berpengaruh dengan menurunnya sensitivitas insulin serta perubahan metabolisme tubuh, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya diabetes. Kombinasi berbagai faktor tersebut menjadikan diabetes sebagai penyakit kronis multifaktorial yang membutuhkan pendekatan pencegahan secara komprehensif melalui perubahan perilaku dan pengendalian faktor risiko (Katiyar, 2023).

2.1.5 Tanda dan Gejala Diabetes Melitus

Tanda dan gejala utama Diabetes Mellitus umumnya berkaitan dengan kondisi hiperglikemia yang terjadi secara kronis. Gejala klasik yang sering muncul meliputi *poliuria* (sering buang air kecil), *polidipsia* (sering merasa haus), dan *polifagia* (peningkatan rasa lapar). Selain itu, penderita diabetes juga dapat mengalami penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, kelelahan, penglihatan kabur, serta penyembuhan luka yang lambat. Kondisi tersebut terjadi karena kadar glukosa yang tinggi dalam darah menyebabkan gangguan metabolisme energi serta kerusakan jaringan tubuh secara bertahap. Apabila tidak terdeteksi dan tidak ditangani dengan baik, hiperglikemia yang berlangsung lama dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai komplikasi kronis pada penderita diabetes. (Chandrasekaran et al, 2024)

Selain gejala klasik, beberapa penderita diabetes juga menunjukkan gejala tambahan yang berkaitan dengan gangguan metabolisme glukosa dalam tubuh. Gejala tersebut dapat berupa sering merasa lelah, kesemutan atau mati rasa pada tangan dan kaki, infeksi kulit yang berulang, serta gangguan penglihatan. Pada beberapa kasus, terutama pada diabetes tipe 2, gejala dapat berkembang secara perlahan sehingga banyak penderita tidak menyadari bahwa mereka telah mengalami diabetes dalam waktu yang cukup lama. Oleh karena itu, pemeriksaan kadar glukosa darah secara rutin menjadi penting untuk mendeteksi penyakit ini secara dini sehingga penatalaksanaan dapat

segera dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih serius (Chandrasekaran et al, 2024)

2.1.6 Diagnosis Diabetes Melitus

Diagnosis diabetes mellitus pada umumnya ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas batas normal. Beberapa metode yang digunakan antara lain pemeriksaan *fasting plasma glucose* (FPG), *oral glucose tolerance test* (OGTT), dan pemeriksaan hemoglobin terglikasi (HbA1c). Pemeriksaan FPG dilakukan setelah individu berpuasa minimal delapan jam untuk mengukur kadar glukosa darah basal, sedangkan OGTT dilakukan dengan mengukur kadar glukosa darah dua jam setelah mengonsumsi larutan glukosa standar. Kriteria diagnostik yang banyak digunakan dalam praktik klinis menyatakan bahwa diabetes dapat ditegakkan apabila kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL, kadar glukosa dua jam setelah OGTT ≥ 200 mg/dL, atau kadar HbA1c $\geq 6,5\%$. Penggunaan berbagai metode ini bertujuan untuk meningkatkan akurasi dalam mendeteksi gangguan metabolisme glukosa pada individu yang dicurigai mengalami diabetes (Ye et al., 2022)

Selain pemeriksaan glukosa plasma, penggunaan HbA1c sebagai alat diagnosis diabetes semakin banyak direkomendasikan karena mampu menggambarkan rata-rata kadar glukosa darah dalam jangka waktu dua hingga tiga bulan terakhir. Pemeriksaan ini dianggap lebih praktis karena tidak memerlukan kondisi puasa dan memiliki variasi harian yang lebih kecil dibandingkan pemeriksaan glukosa darah biasa. Nilai HbA1c sebesar 6,5% atau lebih tinggi secara umum digunakan sebagai batas diagnosis diabetes, dengan mempertimbangkan bahwa kadar tersebut mencerminkan kondisi hiperglikemia kronis yang berkaitan dengan risiko komplikasi metabolik. Oleh karena itu, kombinasi pemeriksaan HbA1c dengan pemeriksaan glukosa darah sering digunakan untuk meningkatkan ketepatan diagnosis serta membantu tenaga kesehatan dalam menentukan strategi pengelolaan diabetes secara lebih efektif (Duong et al., 2023)

2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi diabetes mellitus umumnya terjadi akibat hiperglikemia kronis yang berlangsung dalam jangka waktu lama sehingga menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan berbagai organ tubuh. Komplikasi ini secara umum dibagi menjadi komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular. Komplikasi mikrovaskular meliputi retinopati diabetik yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan hingga kebutaan, nefropati diabetik yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal, serta neuropati diabetik yang menyebabkan gangguan saraf perifer seperti kesemutan atau mati rasa pada ekstremitas. Kerusakan tersebut terjadi karena kadar glukosa darah yang tinggi memicu perubahan metabolik dan inflamasi yang berdampak pada kerusakan struktur pembuluh darah kecil dan jaringan saraf (Xue et al., 2023)

Selain komplikasi mikrovaskular, penderita diabetes juga berisiko mengalami komplikasi makrovaskular yang melibatkan pembuluh darah besar. Komplikasi ini meliputi penyakit jantung koroner, stroke, serta penyakit arteri perifer yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah pada anggota tubuh. Kondisi hiperglikemia kronis pada diabetes dapat memicu disfungsi endotel, stres oksidatif, dan proses aterosklerosis yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Penelitian menunjukkan bahwa komplikasi tersebut menjadi salah satu penyebab utama meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas pada penderita diabetes, sehingga pengendalian kadar glukosa darah serta pengelolaan faktor risiko lain seperti hipertensi dan dislipidemia sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut (Sri Handayani et al., 2025)

2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Penatalaksanaan diabetes mellitus bertujuan untuk mengendalikan kadar glukosa darah agar tetap berada dalam batas normal serta mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang. Pengelolaan diabetes pada umumnya dilakukan melalui pendekatan komprehensif yang mencakup perubahan gaya

hidup dan terapi medis. Perubahan gaya hidup meliputi pengaturan pola makan sehat, peningkatan aktivitas fisik, serta pengendalian berat badan. Pola makan yang dianjurkan biasanya menekankan pada konsumsi makanan seimbang dengan pengaturan jumlah karbohidrat, lemak, dan protein yang tepat. Selain itu, aktivitas fisik secara teratur juga berperan penting dalam meningkatkan sensitivitas insulin sehingga membantu tubuh dalam memanfaatkan glukosa secara lebih efektif. Pendekatan ini menjadi dasar utama dalam pengelolaan diabetes, khususnya pada tahap awal penyakit (Demeterco-Berggren et al., 2023).

Selain perubahan gaya hidup, penatalaksanaan diabetes mellitus juga melibatkan terapi farmakologis yang bertujuan untuk membantu mengontrol kadar glukosa darah. Terapi ini dapat berupa penggunaan obat antidiabetik oral maupun terapi insulin, tergantung pada jenis diabetes dan kondisi klinis pasien. Pada diabetes tipe 2, pengobatan biasanya dimulai dengan obat oral yang bekerja meningkatkan sensitivitas insulin atau menurunkan produksi glukosa oleh hati. Apabila pengendalian glukosa darah belum tercapai, terapi dapat dikombinasikan dengan obat lain atau insulin. Selain pengobatan, edukasi kepada pasien mengenai pengelolaan penyakit, kepatuhan terhadap pengobatan, serta pemantauan kadar gula darah secara rutin juga merupakan bagian penting dari penatalaksanaan diabetes untuk meningkatkan keberhasilan terapi dan mencegah komplikasi (Morak-Młodawska et al., 2023).

2.1.9 Epidemiologi Diabetes Melitus

Studi epidemiologi global menunjukkan bahwa prevalensi diabetes mellitus meningkat pesat di seluruh dunia dan menjadi ancaman kesehatan masyarakat utama pada saat ini. Menurut *International Diabetes Federation* mengestimasi bahwa sekitar 11,11 % orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes pada tahun 2024, dengan jumlah penderita yang terus bertambah akibat urbanisasi, penuaan populasi, dan gaya hidup tidak sehat. Dan di Proyeksi menunjukkan peningkatan hingga mencapai angka yang

lebih tinggi di masa mendatang. Temuan ini menegaskan perlunya pengawasan epidemiologis yang akurat dan strategi pencegahan terpadu pada tingkat global dan regional (Sakul et al, 2025).

Di negara berkembang, penelitian dengan pendekatan sistematis menemukan bahwa prevalensi diabetes sangat tinggi di negara-negara dengan beban epidemiologi besar seperti China, India, dan Amerika Serikat, diikuti oleh negara berkembang termasuk Indonesia dan Brasil. Faktor risiko seperti obesitas, pola makan tidak sehat, dan gaya hidup sedenter dianggap sebagai pendorong utama tren ini. Studi ini mencatat bahwa respon kesehatan masyarakat harus menyeimbangkan antara skrining dini, pendidikan perilaku, dan kebijakan kesehatan berbasis bukti (Sakul et al, 2025).

Di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir, berdasarkan hasil *Indonesian Health Survey* tahun 2023 menunjukkan kenaikan proporsi kasus diabetes mellitus pada populasi usia ≥ 15 tahun dibandingkan survei sebelumnya, yang dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup pasca-pandemi COVID-19. Temuan ini menggarisbawahi tantangan yang dihadapi sistem kesehatan dalam mengatasi penyakit kronis di era modern serta pentingnya pemantauan berkala dan strategi pencegahan lokal (Mivtahurrahimah et al, 2025)

Studi komprehensif di beberapa rumah sakit menunjukkan bahwa diabetes mellitus tidak hanya berdampak pada prevalensi murni, tetapi juga berpengaruh erat dengan komplikasi kesehatan serius. Analisis komplikasi T2DM di rumah sakit regional misalnya menyoroti tingginya kejadian neuropati, nefropati, dan retinopati yang terkait diabetes, yang meningkatkan angka morbiditas dan memengaruhi beban pelayanan kesehatan. Ini menunjukkan bahwa pendekatan epidemiologis perlu mencakup tidak hanya angka kasus tetapi juga konsekuensi klinisnya (Sri Handayani et al., 2025b).

Epidemiologi diabetes juga mencakup identifikasi faktor risiko yang berkontribusi terhadap kejadian penyakit ini. Studi kasus kontrol dan survei

di berbagai fasilitas kesehatan menunjukkan bahwa usia lanjut, riwayat keluarga, kurang aktivitas fisik, dan obesitas merupakan faktor risiko yang signifikan untuk timbulnya diabetes tipe 2. Pengaruh faktor-faktor ini konsisten dengan hasil studi global yang menempatkan obesitas dan gaya hidup sebagai pendorong utama kenaikan prevalensi diabetes (Nababan et al., 2023).

Penelitian terkini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara diabetes tipe 2 dengan sindrom metabolik dan komorbiditas lain seperti hipertensi dan penyakit kardiovaskular di beberapa populasi Afrika dan Asia. Prevalensi tinggi sindrom metabolik di antara pasien diabetes memperkuat fakta bahwa diabetes harus dipandang sebagai bagian dari fenomena epidemiologi NCD yang lebih luas, di mana penyakit saling terkait dan berbagai faktor risiko secara umum (Demissie et al., 2024).

Dalam konteks kebijakan dan program kesehatan masyarakat, bukti epidemiologis mendukung pengembangan intervensi yang komprehensif untuk pencegahan dan pengendalian diabetes. Pemahaman tren prevalensi, distribusi demografis, dan faktor risiko yang diidentifikasi melalui surveilans epidemiologis memungkinkan pembuat kebijakan merancang strategi pencegahan primer dan sekunder yang lebih efektif, termasuk promosi gaya hidup sehat, peningkatan akses pemeriksaan dini, serta integrasi layanan diabetes dalam sistem kesehatan primer (Schwardz et al., 2025)

2.1.10 Pengelolaan dan Capaian Keberhasilan Pengobatan Diabetes Melitus

Pengelolaan diabetes mellitus yang efektif membutuhkan pendekatan terpadu yang melibatkan pemantauan glukosa, modifikasi gaya hidup, pendidikan kesehatan, serta penyesuaian terapi secara berkelanjutan untuk mencapai target pengendalian glikemik. Studi literatur menunjukkan bahwa strategi manajemen yang mencakup edukasi pasien, rencana diet, aktivitas fisik teratur, dan pemantauan HbA1c mampu menurunkan kadar gula darah dan meningkatkan keberhasilan pengobatan pasien diabetes mellitus secara

signifikan, sehingga memperbaiki *outcome* jangka Panjang (Haris et al., 2024).

Intervensi literasi kesehatan telah terbukti berpengaruh positif terhadap kontrol glikemik dan kemampuan pasien dalam mengelola diabetes mereka sendiri. Melalui program peningkatan literasi kesehatan mampu meningkatkan perilaku *self-management*, termasuk pemantauan gula darah, pengambilan keputusan pengobatan, dan akhirnya menurunkan HbA1c, khususnya pada pasien dengan durasi diabetes mellitus lebih lama (Butayeva et al., 2023).

Telemedicine sebagai salah satu bentuk intervensi teknologi kesehatan telah dievaluasi dan menunjukkan bahwa penggunaan layanan kesehatan jarak jauh dalam pengelolaan diabetes mellitus dapat membantu perbaikan kontrol gula darah (HbA1c) dan *self-management* pasien. Bukti menunjukkan bahwa *telemedicine* dapat menjadi tambahan efektif terhadap perawatan konvensional terutama di setting pelayanan primer (Zhang et al., 2022).

Praktik klinis dalam manajemen diabetes mellitus mencakup pemantauan glukosa berkala melalui HbA1c, monitoring glukosa mandiri, serta penyesuaian regimen terapeutik berdasarkan hasil evaluasi tersebut. Survei praktik klinis menggarisbawahi variasi dalam pelaksanaan monitoring glikemik, namun konsensus global menegaskan bahwa strategi monitoring yang tepat merupakan komponen kunci dalam mencapai target glikemik dan mencegah komplikasi (Saboo et al., 2025).

Dukungan perawatan yang melibatkan tim keluarga dan pendekatan *chronic care model* memainkan peran penting dalam *outcome glycemic control* pada pasien dengan diabetes mellitus. Penelitian kohort di Thailand menunjukkan bahwa kolaborasi tim perawatan keluarga dalam model manajemen kronis berasosiasi dengan peningkatan kontrol glikemik dan praktik *self-*

management yang lebih baik, yang merupakan indikator keberhasilan pengobatan jangka Panjang (Wongrith et al., 2021).

Pengembangan dan penggunaan kombinasi terapi farmakologis modern, seperti regimen kombinasi dapagliflozin dengan agen lain, telah diidentifikasi dalam penelitian klinis sebagai strategi yang dapat membantu mencapai kontrol glikemik yang lebih baik, disertai manfaat tambahan terhadap parameter kardiometabolik dan kepatuhan pasien dalam jangka panjang (Manjula et al, 2025).

Ulasan kritis terhadap berbagai pendekatan manajemen diabetes mellitus, mulai dari modifikasi gaya hidup, terapi obat, hingga target terapeutik baru, menunjukkan bahwa kesuksesan pengobatan diabetes mellitus tidak hanya tergantung pada terapi farmakologis tetapi juga pada pendekatan holistik yang mencakup pencegahan komplikasi, penguatan *self-care*, dan adaptasi strategi perawatan sesuai kebutuhan individual masing-masing pasien (Tegegne et al., 2024).

2.1.11Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Diabetes Melitus

Penelitian terbaru menyatakan bahwa ketidakpatuhan terhadap pengobatan pada pasien diabetes mellitus merupakan masalah global yang signifikan, sekitar 38% pasien tidak minum obat sesuai anjuran, yang berkaitan dengan peningkatan kadar HbA_{1c}, komplikasi vaskular, rawat inap, dan mortalitas, serta beban biaya kesehatan yang tinggi, sehingga strategi untuk meningkatkan kepatuhan menjadi fokus utama intervensi klinis (Highton et al., 2025b)

Dari berbagai uji klinis menunjukkan bahwa berbagai intervensi mulai dari edukasi tatap muka, strategi multi-komponen, hingga pengukuran kepatuhan dengan alat seperti *Morisky Medication Adherence Scale* berpotensi meningkatkan kepatuhan obat pada penderita diabetes, meskipun efektivitas

jangka panjang dari masing-masing pendekatan masih perlu evaluasi lebih lanjut (Wang et al., 2025)

Studi *cross-sectional* pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di beberapa puskesmas mengidentifikasi berbagai hambatan nyata terhadap kepatuhan pengobatan, seperti kurangnya pemahaman, kesulitan akses medis, serta faktor motivasi dan sosial budaya, yang semuanya berkontribusi pada ketidakpatuhan yang tinggi di layanan kesehatan primer (Alfian et al., 2025)

Penelitian di Tanzania menemukan bahwa 36,7% pasien Diabetes Mellitus tipe 2 mengalami *low adherence* terhadap regimen obat pada periode pengamatan 2021–2022; kurangnya pendidikan formal, adanya komorbiditas, dan konsumsi alkohol terbukti menjadi prediktor kuat rendahnya kepatuhan (Doya et al., 2024).

Survei multicenter di Maroko terhadap pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan secara keseluruhan tinggi (96,2%), namun pasien yang menggunakan dua atau lebih obat antidiabetik dan mereka dengan durasi diabetes mellitus panjang memiliki kecenderungan lebih rendah untuk tetap patuh, menyoroti pengaruh pola terapi pada kepatuhan (Arraji et al., 2025)

Penelitian lain yang dilakukan menunjukkan bahwa pemahaman yang lebih baik tentang penyakit diabetes mellitus dan komplikasi seperti nefropati dikaitkan secara signifikan dengan lebih tingginya tingkat kepatuhan minum obat pada pasien, menegaskan peran edukasi pasien dalam manajemen diabetes mellitus sehari-hari (Yamada et al., 2025)

Sebuah tinjauan sistematis pada populasi etnis minoritas dengan diabetes mellitus tipe 2 menekankan bahwa *health literacy* (literasi kesehatan) dapat memengaruhi kepatuhan terapi, meskipun bukti pengaruh tersebut masih beragam; ulasan ini menyoroti perlunya pendekatan budaya-sensitif dalam

meningkatkan pemahaman dan kepatuhan di kelompok yang beragam secara etnis (Parmar et al., 2025)

2.1.12 Teori Perilaku Kesehatan

Health Belief Model merupakan salah satu teori dasar perilaku kesehatan yang menjelaskan bahwa tindakan seseorang dalam kesehatan dipengaruhi oleh persepsi terhadap ancaman penyakit, manfaat dan hambatan tindakan kesehatan, serta efikasi diri dan petunjuk untuk bertindak. Teori ini telah banyak digunakan untuk memahami perilaku pencegahan dan promosi kesehatan, seperti vaksinasi dan screening penyakit, serta menjadi dasar intervensi untuk meningkatkan perilaku sehat individu (Khormi, 2025)

Theory of Planned Behavior berfokus pada pengaruh antara sikap, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat untuk melakukan tindakan tertentu, yang kemudian memprediksi perilaku kesehatan. TPB telah dipakai secara luas dalam penelitian kesehatan umum seperti perilaku hidup bersih dan sehat, pemberian gambaran bagaimana keyakinan seseorang tentang konsekuensi, tekanan sosial, dan kontrol personal membentuk niat dan tindakan (Elisua Prabantara et al., 2025)

Social Cognitive Theory menekankan interaksi antara faktor personal, perilaku, dan lingkungan, serta peran efikasi diri dalam menentukan perilaku. SCT sering digunakan dalam studi perilaku kesehatan untuk memahami dan memotivasi perubahan seperti aktivitas fisik, diet, dan manajemen penyakit kronis di berbagai populasi, termasuk lansia (Widyarahma et al., 2025).

Model Trans Theoretical (Transtheoretical Model / Stages of Change) menggambarkan perubahan perilaku sebagai proses bertahap melibatkan pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, aksi, dan pemeliharaan. Pendekatan ini sering digunakan pada program berhenti merokok, perubahan diet, dan

intervensi gaya hidup lain karena mampu mengidentifikasi kesiapan individu untuk berubah (Xie et al., 2025).

Model Andersen Healthcare Utilization menjelaskan perilaku pencarian layanan kesehatan dengan melihat faktor yang memengaruhi penggunaan layanan mulai dari karakteristik predisposisi, faktor pemfasilitasi sampai kebutuhan aktual individu. Meski awalnya berfokus pada layanan kesehatan, model ini penting dalam memahami mengapa individu memutuskan mencari atau menunda pelayanan Kesehatan (Xin et al, 2023).

Behavioral Ecosocial dan Model Ekologis menekankan bahwa perilaku kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu tetapi juga interpersonal, komunitas, serta struktur sosial dan lingkungan yang lebih luas. Pendekatan ini mempertimbangkan berbagai tingkat pengaruh yang saling terkait dan sering dipakai dalam program promosi kesehatan yang lebih holistic (Eriksson et al., 2025).

Model Integrated Health Behavior Promotion merupakan upaya teoritis untuk menggabungkan kekuatan beberapa teori, seperti SCT dan model promosi kesehatan, untuk memberikan gambaran komprehensif tentang motivasi dan proses perubahan perilaku, termasuk pengaruh lingkungan dan kognitif terhadap keputusan kesehatan individu (Alibigloo et al, 2025).

Pendekatan *Behavior Change Techniques* dan *Behavioral Epidemiology* menyoroti bagaimana teori-teori perilaku digunakan untuk mendasari desain, implementasi, dan evaluasi intervensi yang ditujukan untuk perubahan perilaku spesifik seperti mengurangi perilaku sedentari atau meningkatkan aktivitas fisik. Kajian terbaru menunjukkan integrasi teori dalam intervensi ini memberikan dampak signifikan terhadap hasil kesehatan masyarakat (El Kirat et al., 2024).

2.1.13 Health Belief Model

Health Belief Model dikembangkan pada rentang tahun 1950–1960 oleh para peneliti di *United States Public Health Service* yang memiliki latar belakang psikologi sosial. Model ini muncul sebagai respons terhadap persoalan nyata dalam kesehatan masyarakat, khususnya rendahnya keterlibatan masyarakat dalam program pencegahan dan skrining penyakit, walaupun layanan tersebut disediakan secara gratis atau dengan biaya minimal, seperti pemeriksaan tuberkulosis dan deteksi dini kanker serviks. Oleh sebab itu, *Health Belief Model* tidak lahir sebagai teori abstrak, melainkan berkembang dari kebutuhan praktis untuk memahami dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang konkret (Rosenstock, 2016)

Menurut Rosenstock (1974), pengembangan *Health Belief Model* sangat dipengaruhi oleh teori medan (*field theory*) yang dikemukakan Kurt Lewin, yang menekankan bahwa perilaku individu dibentuk oleh persepsi subjektif terhadap lingkungan. Dalam kerangka ini, peneliti *Health Belief Model* berpendapat bahwa keputusan seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan lebih ditentukan oleh cara individu menilai risiko penyakit dan manfaat tindakan pencegahan, dibandingkan oleh kondisi objektif atau informasi medis semata. Sejak awal, *Health Belief Model* difokuskan pada pemahaman perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*) (Rosenstock, 2016)

Health Belief Model dipahami sebagai suatu kerangka konseptual yang menjelaskan perilaku kesehatan individu berdasarkan keyakinan dan persepsi personal terhadap ancaman penyakit serta penilaian terhadap upaya pencegahan yang tersedia. Rosenstock (1974) menyatakan bahwa individu cenderung terdorong untuk melakukan tindakan kesehatan apabila ia meyakini dirinya berisiko terkena penyakit, memandang penyakit tersebut memiliki dampak yang serius, serta percaya bahwa tindakan yang dilakukan dapat menurunkan risiko atau tingkat keparahan penyakit tersebut (Rosenstock, 2016)

Selanjutnya, *Health Belief Model* menekankan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil dari interaksi antara faktor pendorong, seperti persepsi kerentanan dan keseriusan penyakit, dengan penilaian individu terhadap manfaat dan hambatan dari suatu tindakan. Rosenstock menegaskan bahwa penentu utama perilaku bukanlah efektivitas tindakan secara objektif, melainkan keyakinan subjektif individu mengenai manfaat dan hambatan tersebut. Dengan demikian, *Health Belief Model* menempatkan persepsi individu sebagai elemen kunci dalam proses pengambilan keputusan kesehatan (Rosenstock, 2016).

Health Belief Model dirancang untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan berdasarkan persepsi subjektif individu terhadap ancaman kesehatan dan evaluasi terhadap tindakan preventif. Model ini berasumsi bahwa keputusan untuk melakukan tindakan pencegahan seperti skrining, vaksinasi, pengobatan, atau upaya pencegahan penyakit sangat dipengaruhi oleh *Perceived Susceptibility* (keyakinan akan kerentanan diri) dan *Perceived Severity* (keyakinan terhadap tingkat keseriusan penyakit). Selain itu, *Health Belief Model* mencakup konstruk *Perceived Benefits* (keyakinan terhadap efektivitas tindakan), *Perceived Barriers* (keyakinan adanya hambatan), serta faktor pelengkap seperti self-efficacy (keyakinan akan kemampuan diri) dan *Cues to Action* (pemicu tindakan berupa edukasi, anjuran tenaga kesehatan, atau pengalaman pribadi). Kerangka ini menegaskan bahwa perubahan perilaku tidak hanya bergantung pada pengetahuan, tetapi juga pada persepsi risiko dan kesiapan individu untuk bertindak berdasarkan keyakinannya (Alamer, 2024)

- a. ***Perceived Susceptibility*** mengacu pada keyakinan individu mengenai kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit. Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa persepsi kerentanan bersifat subjektif dan dapat berbeda antarindividu, mulai dari penyangkalan penuh terhadap risiko hingga keyakinan kuat bahwa dirinya berada pada kondisi berisiko tinggi. Persepsi ini tidak selalu berlandaskan bukti medis objektif, melainkan

dibentuk oleh pengalaman pribadi, tingkat pengetahuan, dan informasi yang diterima individu (Alamer, 2024). Dalam perilaku kesehatan, persepsi kerentanan merupakan syarat awal munculnya tindakan pencegahan. Individu yang tidak merasa berisiko cenderung tidak terdorong untuk bertindak, meskipun layanan kesehatan tersedia dan mudah diakses. Sebaliknya, semakin tinggi persepsi kerentanan yang dimiliki seseorang, semakin besar peluang individu tersebut untuk mempertimbangkan tindakan pencegahan atau deteksi dini penyakit (Alamer, 2024)

- b. ***Perceived Severity*** merujuk pada keyakinan individu mengenai tingkat keparahan suatu penyakit dan dampaknya terhadap kehidupan. Rosenstock (1974) menjelaskan bahwa persepsi keseriusan tidak hanya mencakup konsekuensi medis seperti kematian atau kecacatan, tetapi juga meliputi dampak psikologis, sosial, dan ekonomi yang mungkin ditimbulkan oleh penyakit tersebut (Alamer, 2024). Persepsi keseriusan juga dipengaruhi oleh tingkat ketakutan atau kecemasan yang muncul saat seseorang memikirkan penyakit tertentu. Meskipun suatu penyakit dinilai tidak terlalu berbahaya secara medis, individu dapat tetap menganggapnya serius karena berpotensi mengganggu pekerjaan, kehidupan keluarga, atau status sosial. Oleh karena itu, persepsi keseriusan memiliki peran penting dalam membentuk motivasi individu untuk melakukan tindakan kesehatan (Rosenstock, 2016).
- c. ***Perceived Benefits*** menggambarkan keyakinan individu bahwa suatu tindakan kesehatan mampu memberikan manfaat dalam mengurangi risiko penyakit atau menurunkan tingkat keparahannya. Rosenstock (1974) menyatakan bahwa meskipun individu merasa rentan dan menilai penyakit sebagai sesuatu yang serius, tindakan kesehatan tidak akan dilakukan apabila ia tidak percaya bahwa tindakan tersebut efektif. Manfaat yang dipersepsikan bersifat subjektif dan tidak selalu sejalan dengan efektivitas ilmiah suatu intervensi. Individu cenderung memilih tindakan yang menurutnya paling bermanfaat dan sesuai dengan kondisi

dirinya, sehingga keyakinan terhadap manfaat tindakan menjadi faktor penentu arah perilaku kesehatan (Rosenstock, 2016).

- d. ***Perceived Barriers*** adalah penilaian individu terhadap berbagai hambatan yang dapat menghalangi pelaksanaan tindakan kesehatan. Rosenstock (1974) mengidentifikasi hambatan tersebut mencakup biaya, rasa sakit, ketidaknyamanan, keterbatasan waktu, rasa malu, serta faktor psikologis lain yang dianggap merugikan. Persepsi hambatan sering kali menjadi faktor paling dominan yang menghambat terwujudnya perilaku kesehatan. Walaupun individu merasa rentan, menilai penyakit serius, dan percaya pada manfaat tindakan, perilaku kesehatan tetap tidak dilakukan apabila hambatan yang dirasakan dianggap lebih besar dibandingkan manfaat yang diperoleh. Oleh karena itu, keseimbangan antara manfaat dan hambatan sangat menentukan keputusan akhir individu (Limbu et al, 2023).
- e. ***Cues to Action*** merupakan faktor pemicu yang mendorong individu untuk mulai melakukan tindakan kesehatan. meskipun persepsi kerentanan, keseriusan, manfaat, dan hambatan telah terbentuk, tindakan kesehatan belum tentu terjadi tanpa adanya pemicu tertentu. Pemicu tersebut dapat berasal dari dalam diri, seperti munculnya gejala, maupun dari luar, seperti saran tenaga kesehatan, kampanye media, pengalaman sakit anggota keluarga, atau pengingat dari fasilitas layanan kesehatan. Tingkat intensitas pemicu yang dibutuhkan sangat bergantung pada sejauh mana individu merasakan ancaman penyakit (Limbu et al, 2023)
- f. ***Self-efficacy*** mengacu pada keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melaksanakan tindakan kesehatan yang dianjurkan. Meskipun konsep ini dikembangkan lebih lanjut setelah formulasi awal *Health Belief Model*, Rosenstock (1974) telah menekankan pentingnya kesiapan psikologis individu dalam menjalankan tindakan kesehatan secara berkelanjutan. Efikasi diri memiliki peran krusial terutama pada tindakan yang memerlukan komitmen jangka panjang, seperti kepatuhan pengobatan atau perubahan gaya hidup. Individu dengan efikasi diri tinggi cenderung lebih mampu menghadapi hambatan dan mempertahankan

perilaku kesehatan positif dibandingkan individu dengan efikasi diri rendah (Limbu et al, 2023)

Penerapan *Health Belief Model* dalam penelitian perilaku kesehatan modern terus menunjukkan relevansinya. Berbagai kajian menemukan bahwa penggunaan *Health Belief Model* justru semakin meningkat, baik dalam konteks kesehatan global maupun pelayanan kesehatan. Analisis bibliometrik terhadap publikasi *Health Belief Model* dalam basis data internasional menunjukkan adanya peningkatan signifikan jumlah penelitian sejak 2014 hingga 2023, dengan lonjakan terbesar pada periode 2022–2023, terutama pada studi terkait COVID-19, vaksinasi, kesehatan masyarakat, dan intervensi kesehatan digital. Temuan ini menegaskan bahwa *Health Belief Model* bersifat dinamis dan mampu beradaptasi dengan tantangan kesehatan kontemporer (Limbu et al, 2023).

Health Belief Model tetap menjadi salah satu kerangka teoritik utama dalam menjelaskan dan memprediksi perilaku pencegahan kesehatan karena menekankan peran persepsi individu terhadap ancaman penyakit (*Perceived Susceptibility* dan *Perceived Severity*), penilaian terhadap manfaat dan hambatan intervensi (*Perceived Benefits* dan *Perceived Barriers*), serta faktor pendukung seperti *Cues to Action* dan *self-efficacy*. Tinjauan literatur dalam konteks pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa konstruk *Health Belief Model* secara konsisten berpengaruh dengan niat dan perilaku pencegahan, termasuk penerimaan vaksin, sehingga model ini relevan digunakan dalam perancangan intervensi komunikasi kesehatan yang menargetkan perubahan keyakinan individu sebelum mendorong tindakan preventif (Alamer, 2024)

Penerapan *Health Belief Model* pada studi vaksinasi COVID-19 menunjukkan bahwa persepsi manfaat dan efikasi diri merupakan prediktor terkuat terhadap niat vaksinasi, sementara *Perceived Barriers* seperti kekhawatiran efek samping atau keterbatasan akses menjadi penghambat utama. Temuan ini memiliki relevansi metodologis bagi penelitian perilaku pencegahan penyakit tidak menular lainnya, termasuk diabetes mellitus,

karena intervensi edukasi yang menurunkan hambatan dan meningkatkan keyakinan terhadap efektivitas tindakan terbukti dapat meningkatkan penerimaan intervensi kesehatan (Limbu et al, 2023)

Intervensi berbasis *Health Belief Model* yang diterapkan pada program edukasi pencegahan dan skrining, seperti skrining kanker kolorektal, menunjukkan bahwa program yang secara eksplisit mengukur dan menargetkan konstruk *Health Belief Model* melalui peningkatan pemahaman risiko, pengurangan hambatan, penegasan manfaat, serta penguatan *self-efficacy* mampu meningkatkan perilaku skrining secara signifikan. Hal ini menegaskan bahwa *Health Belief Model* tidak hanya berfungsi sebagai kerangka konseptual deskriptif, tetapi juga sebagai panduan praktis dalam perancangan modul edukasi dan instrumen evaluasi program kesehatan masyarakat (Rakhshani et al., 2024).

Penerapan *Health Belief Model* dalam survei populasi berskala besar di wilayah perkotaan menunjukkan bahwa seluruh konstruk *Health Belief Model* berkontribusi dalam memprediksi niat vaksinasi. Studi tersebut juga mengidentifikasi faktor-faktor spesifik yang berperan sebagai *Perceived Barriers*, seperti ketakutan terhadap jarum suntik, kekhawatiran kehalalan vaksin, dan efek samping. Temuan ini menegaskan bahwa intervensi yang efektif perlu diarahkan pada pengurangan hambatan yang bersifat kontekstual dan sensitif terhadap budaya, khususnya pada tingkat pelayanan primer seperti puskesmas (Rakhshani et al., 2024)

Penelitian yang mengombinasikan *Health Belief Model* dengan teori perilaku lain, seperti *Theory of Planned Behavior*, dalam kajian *hesitancy* menunjukkan bahwa meskipun konstruk *Health Belief Model* memberikan pemahaman yang kuat mengenai motivasi individu, penjelasan perilaku yang lebih komprehensif sering kali memerlukan integrasi faktor sosial, seperti norma subjektif dan dukungan keluarga, serta aspek efikasi diri yang lebih operasional. Dengan demikian, *Health Belief Model* paling optimal

digunakan bersama pemahaman mengenai konteks sosial dan interpersonal yang memengaruhi respons individu terhadap edukasi kesehatan (Rakhshani et al., 2024).

2.2 Faktor Sosial Demografi

2.2.1 Usia

Usia merupakan salah satu karakteristik sosial demografi yang sering dikaitkan dengan perilaku kesehatan dan kondisi kesehatan individu. Seiring bertambahnya usia, terjadi berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang dapat memengaruhi kemampuan individu dalam menjaga kesehatan maupun mematuhi pengobatan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia tertentu memiliki perbedaan dalam tingkat kepatuhan terhadap pengobatan maupun dalam penerimaan informasi kesehatan. Pada penyakit kronis seperti diabetes melitus, usia juga berpengaruh dengan tingkat pemahaman terhadap penyakit serta kemampuan dalam mengelola pengobatan secara mandiri. Oleh karena itu, faktor usia sering digunakan sebagai variabel penting dalam penelitian kesehatan masyarakat untuk menjelaskan variasi perilaku kesehatan dan kepatuhan terhadap terapi (Biswas et al., 2023).

2.2.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan determinan sosial demografi yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan, pola hidup, serta pemanfaatan layanan kesehatan. Perbedaan biologis dan sosial antara laki-laki dan perempuan seringkali menyebabkan perbedaan dalam pola perilaku kesehatan dan tingkat risiko terhadap penyakit tertentu. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa laki-laki cenderung memiliki risiko lebih tinggi terhadap perilaku kesehatan yang kurang baik dibandingkan perempuan, seperti kebiasaan merokok atau pola hidup tidak sehat. Sementara itu, perempuan cenderung lebih aktif dalam memanfaatkan layanan kesehatan dan mengikuti rekomendasi kesehatan. Perbedaan ini menunjukkan bahwa faktor jenis

kelamin dapat memengaruhi pola perilaku kesehatan dalam masyarakat dan perlu dipertimbangkan dalam penelitian kesehatan (Ashari et al., 2025).

2.2.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu determinan sosial yang berperan dalam membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan seseorang. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kemampuan yang lebih baik dalam memahami informasi kesehatan, termasuk informasi mengenai pencegahan penyakit dan pengelolaan pengobatan. Pendidikan juga berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Dalam berbagai penelitian kesehatan masyarakat, tingkat pendidikan sering dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang lebih baik, termasuk kepatuhan terhadap pengobatan pada penyakit kronis seperti diabetes melitus (Studer et al., 2023).

2.2.4 Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu indikator kondisi sosial ekonomi yang dapat memengaruhi status kesehatan dan perilaku kesehatan seseorang. Status pekerjaan berkaitan dengan tingkat pendapatan, stabilitas ekonomi, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. Individu yang memiliki pekerjaan dengan kondisi sosial ekonomi yang lebih baik cenderung memiliki akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan dan sumber daya yang mendukung kesehatan. Selain itu, jenis pekerjaan juga dapat memengaruhi tingkat aktivitas fisik, tingkat stres, serta pola hidup seseorang yang pada akhirnya berdampak pada kondisi kesehatan. Oleh karena itu, faktor pekerjaan sering digunakan dalam penelitian kesehatan masyarakat untuk menjelaskan perbedaan status kesehatan dan perilaku kesehatan pada berbagai kelompok masyarakat (Liu et al., 2025).

2.2.5 Pendapatan

Pendapatan merupakan salah satu faktor sosiodemografi yang berpengaruh terhadap pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes mellitus. tingkat pendapatan memiliki pengaruh yang signifikan dengan risiko komplikasi pada pasien diabetes tipe 2. Individu dengan pendapatan rendah cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipoglikemia berat karena keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, edukasi kesehatan, serta kemampuan untuk mempertahankan pengobatan dan pola hidup sehat. Kondisi sosial ekonomi yang rendah juga dapat memengaruhi literasi kesehatan, kualitas nutrisi, serta akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai, sehingga berdampak pada pengendalian penyakit dan keberhasilan terapi diabetes. Oleh karena itu, faktor pendapatan perlu dipertimbangkan dalam perencanaan intervensi kesehatan dan strategi pengelolaan diabetes untuk mengurangi kesenjangan kesehatan pada kelompok masyarakat dengan status ekonomi rendah (Kim et al., 2025).

2.2.6 Lama Menderita Diabetes Mellitus

Lama menderita diabetes merupakan faktor penting yang berkaitan dengan perkembangan komplikasi dan keberhasilan pengendalian penyakit. semakin lama seseorang hidup dengan diabetes, semakin tinggi risiko terjadinya komplikasi metabolik maupun organ target akibat paparan hiperglikemia kronis. Durasi penyakit yang panjang sering kali berkaitan dengan penurunan fungsi sel β pankreas, meningkatnya resistensi insulin, serta meningkatnya kemungkinan munculnya komplikasi seperti retinopati, neuropati, dan gangguan metabolik lainnya. Selain itu, pasien dengan durasi diabetes yang lebih lama memerlukan pengelolaan yang lebih intensif dan pemantauan yang berkelanjutan agar kontrol glikemik tetap optimal. Oleh karena itu, lama menderita diabetes sering digunakan sebagai variabel penting dalam penelitian epidemiologi maupun klinis untuk menilai tingkat keparahan penyakit dan keberhasilan pengobatan (Siddiquea et al., 2025)

2.3 Pengaruh *Health Belief Model* dengan Kepatuhan Pengobatan Diabetes

Melitus

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori perilaku kesehatan yang banyak digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan kesehatan. Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap kerentanan terhadap penyakit (*Perceived Susceptibility*), tingkat keseriusan penyakit (*Perceived Severity*), manfaat tindakan kesehatan (*Perceived Benefits*), serta hambatan yang dirasakan dalam melakukan tindakan tersebut (*Perceived Barriers*). Dalam konteks penyakit kronis seperti diabetes melitus, persepsi individu terhadap risiko komplikasi dan manfaat pengobatan sangat berperan dalam menentukan kepatuhan pasien terhadap terapi yang diberikan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang memiliki persepsi risiko dan manfaat yang lebih tinggi cenderung lebih patuh dalam menjalani pengobatan dan pengelolaan penyakit (Vlăduțu et al., 2023).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa komponen dalam *Health Belief Model* memiliki pengaruh yang signifikan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes. Persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan penyakit dapat meningkatkan kesadaran pasien mengenai pentingnya pengendalian kadar gula darah serta pencegahan komplikasi. Ketika pasien memahami bahwa diabetes dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius seperti penyakit jantung, gangguan ginjal, maupun kerusakan saraf, maka motivasi untuk menjalani pengobatan secara teratur cenderung meningkat. Oleh karena itu, pendekatan berbasis persepsi kesehatan seperti *Health Belief Model* sering digunakan dalam intervensi edukasi untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pada penderita diabetes (Volčanšek et al., 2023).

Selain persepsi kerentanan dan keseriusan penyakit, komponen manfaat yang dirasakan dan hambatan yang dirasakan juga memiliki peran penting dalam memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes. Pasien yang meyakini bahwa pengobatan dapat memberikan manfaat nyata dalam

mengontrol kadar gula darah dan mencegah komplikasi cenderung lebih konsisten dalam menjalani terapi. Sebaliknya, adanya hambatan seperti efek samping obat, biaya pengobatan, atau keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan dapat menurunkan tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Oleh karena itu, pemahaman terhadap faktor-faktor persepsi tersebut sangat penting dalam merancang strategi intervensi yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes. (Volčanšek et al., 2023).

Komponen lain dalam *Health Belief Model* yang juga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan adalah *Cues to Action* dan *self-efficacy*. *Cues to Action* merujuk pada berbagai stimulus atau dorongan yang memotivasi individu untuk melakukan tindakan kesehatan, seperti edukasi dari tenaga kesehatan, dukungan keluarga, atau informasi dari media kesehatan. Sementara itu, *self-efficacy* berkaitan dengan keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam menjalankan tindakan kesehatan secara konsisten, termasuk dalam menjalani pengobatan diabetes. Penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat *self-efficacy* yang tinggi lebih mampu mengelola penyakitnya, mengikuti pengobatan secara teratur, serta mempertahankan perilaku kesehatan yang mendukung pengendalian diabetes. Oleh karena itu, penerapan *Health Belief Model* dapat menjadi pendekatan yang efektif dalam memahami dan meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus (Volčanšek et al., 2023)

2.4 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu berperan penting sebagai landasan ilmiah karena memberikan gambaran mengenai temuan, metode, variabel, serta celah penelitian yang masih perlu dikaji. Melalui telaah penelitian sebelumnya, peneliti dapat memperkuat argumentasi, menyusun kerangka berpikir, menentukan posisi penelitian, serta menunjukkan kebaruan dan kontribusi penelitian. Beberapa penelitian terdahulu yang relevan dirangkum pada Tabel 1.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
1.	(Ichsan et al., 2024)	<i>Support and Barrier to Treatment Adherence in Diabetes Mellitus Patients: A Qualitative Phenomenological Study</i>	Objek: Faktor yang mendukung dan menghambat kepatuhan pengobatan DM Subjek: 12 pasien DM di Sukoharjo (Indonesia)	Phenomenological qualitative; <i>in-depth interviews</i> ; <i>thematic analysis</i> dari transkrip wawancara	Penelitian ini menyoroti dukungan dan hambatan nyata yang dialami pasien DM dalam mengikuti regimen pengobatan kronis. Dari wawancara mendalam muncul tema-tema utama seperti persepsi pasien terhadap urgensi minum obat, peran dukungan keluarga/tenaga kesehatan, serta stres psikososial yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan. Hambatan seperti kelelahan terapi, persepsi tentang efektivitas obat, dan stigma penyakit terbukti menghambat kepatuhan, sehingga pasien sering kali gagal mencapai target klinis gula darah. Dukungan keluarga dan penguatan edukasi dinilai kunci untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan
2.	(Li et al., 2025)	<i>Enablers and Barriers to Medication Self-Management in T2DM Qualitative self-management study using COM-B model</i>	Objek: Self-management obat pada pasien DM Subjek: 20 pasien DM	Qualitative; <i>semi-structured interview</i> , <i>framework analysis</i> (COM-B)	Analisis menemukan dukungan sistem kesehatan & literasi obat sebagai penguat, sedangkan keyakinan yang keliru, kurangnya pengetahuan, dan lingkungan sosial negatif menjadi hambatan utama pengelolaan terapi yang efektif

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
3.	(Kusnanto et al., 2019)	<i>A Qualitative Inquiry into The Adherence of Adults Type 2 Diabetes Mellitus with Dietary Programs</i>	<i>Objek:</i> Kepatuhan diet (bagian manajemen DM) <i>Subjek:</i> Pasien DM dewasa	<i>Phenomenological interviews; thematic analysis</i>	Diet sebagai bagian penting dari terapi berdampak langsung pada keberhasilan klinis DM. Hambatan termasuk persepsi pribadi, dukungan keluarga, dan kepercayaan terhadap rekomendasi klinis. Meskipun bukan farmakoterapi, hasilnya memperlihatkan faktor perilaku yang serupa dengan kepatuhan pengobatan.
4.	(Berhe et al., 2025)	<i>Barriers to Medication Adherence for Type 2 Diabetes Mellitus in Mandalay City, Myanmar: A Qualitative Study</i>	<i>Objek:</i> Hambatan kepatuhan minum obat DM <i>Subjek:</i> 8 pasien DM Tipe 2 (Mandalay, Myanmar)	<i>Qualitative (in-depth interviews); thematic exploration</i>	Hambatan meliputi misbeliefs tentang efek obat, lupa minum obat, dukungan keluarga, dan keterbatasan akses serta biaya yang mendorong ketidakpatuhan, sehingga menyebabkan rendahnya keberhasilan terapi.
5.	(Thant et al., 2025)	<i>Barriers to effective diabetes mellitus self-management practices among type 2 DM patients</i>	<i>Objek:</i> Hambatan manajemen DM termasuk pengobatan <i>Subjek:</i> Pasien DM, keluarga, tenaga kesehatan (Mekelle, Ethiopia)	<i>Qualitative; in-depth interview, thematic content analysis</i>	Studi kualitatif lintas stakeholder (pasien, keluarga, penyedia layanan) menunjukkan hambatan struktural dan budaya dalam pengelolaan DM, termasuk ketidaktahuan tentang manajemen penyakit, persepsi budaya dan sikap negatif terhadap pengobatan, serta

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
					dukungan sosial yang terbatas. Hambatan-hambatan ini berdampak langsung pada rendahnya keberhasilan capaian pengobatan, terutama dalam konteks pengaturan diri dan pengambilan keputusan terkait terapi
6.	(Mutia Rissa, 2025)	Pengaruh <i>Diabetic Self-Management Education</i> (DSME) terhadap Kepatuhan Pengobatan pada Pasien DM Tipe 2	Objek: Pengaruh edukasi DSME terhadap kepatuhan pengobatan Subjek: Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang menerima edukasi DSME	Pendekatan kualitatif (naratif/deskriptif); Data wawancara pasien setelah program edukasi; analisis tematik terhadap respons pasien terkait pengalaman pengobatan setelah edukasi	Penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan manajemen mandiri diabetes mellitus (DSME) memainkan peran penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien DM Tipe 2. Temuan kualitatif dari wawancara pasien mengungkapkan bahwa awalnya banyak pasien memiliki kurangnya pemahaman tentang tujuan terapi dan konsekuensi jangka panjang diabetes, sehingga kepatuhan terhadap pengobatan rendah. Setelah mengikuti sesi edukasi DSME yang mencakup informasi tentang penyakit, pentingnya minum obat secara teratur, pengendalian diet, dan aktivasi fisik, sebagian besar pasien melaporkan peningkatan motivasi dan disiplin dalam meminum obat serta mengikuti rutinitas kesehatan lainnya. Hambatan awal seperti ketidaktahuan efek samping dan kesulitan mengatur jadwal menjadi berkurang, menunjukkan bahwa intervensi edukatif berbasis perilaku dapat memperbaiki keberhasilan pengobatan DM secara signifikan

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
7.	(Rosalinda, 2023)	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Kotagede II Yogyakarta	Objek: Kepatuhan pengobatan DM Tipe 2 Subjek: Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Kotagede II	Desain potong lintang (<i>cross-sectional</i>); kuesioner terstruktur; analisis univariat & bivariat (uji <i>Chi-Square</i>)	Hasil Penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pengobatan pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Kotagede II Yogyakarta masih tergolong rendah hingga sedang, yang berdampak langsung pada tidak tercapainya target pengendalian kadar gula darah. Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara tingkat pengetahuan pasien dan kepatuhan pengobatan, di mana pasien dengan pengetahuan rendah cenderung tidak patuh dalam menjalani terapi obat secara teratur. Selain itu, kadar gula darah yang tidak terkontrol juga berkorelasi dengan rendahnya kepatuhan, yang mengindikasikan bahwa ketidakpatuhan pengobatan berkontribusi terhadap kegagalan pengendalian penyakit. Penelitian ini menegaskan bahwa kurangnya pemahaman pasien mengenai penyakit, tujuan pengobatan, dan konsekuensi jangka panjang DM menjadi faktor penting yang memengaruhi rendahnya keberhasilan pengobatan di layanan kesehatan primer.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
8.	(Setyawan et al., 2024)	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Kota Surakarta	Objek: Kepatuhan pengobatan; Subjek: Pasien DM Tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi	Cross-sectional; kuesioner; analisis deskriptif	Hasil penelitian mengungkapkan bahwa kepatuhan pengobatan pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dipengaruhi oleh berbagai faktor multidimensional, baik faktor individu maupun faktor lingkungan. Faktor individu yang berpengaruh signifikan meliputi tingkat pengetahuan, usia, lama menderita DM, dan motivasi pasien dalam menjalani pengobatan jangka panjang. Sementara itu, faktor lingkungan seperti dukungan keluarga dan intensitas edukasi dari tenaga kesehatan juga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien. Penelitian ini menemukan bahwa pasien yang telah lama menderita DM cenderung mengalami kejenuhan pengobatan (<i>treatment fatigue</i>), yang berujung pada ketidakpatuhan minum obat. Kondisi ini menyebabkan capaian keberhasilan pengobatan tidak optimal, meskipun pasien secara rutin mengakses layanan kesehatan. Temuan ini menekankan pentingnya pendekatan edukatif dan suportif secara berkelanjutan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
9.	(Juan Rumondor et al., 2025)	J. Faktor-faktor yang Memengaruhi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Insulin Pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Banggai	Objek: Kepatuhan penggunaan insulin; Subjek: Pasien DM Tipe 2 di RSUD Banggai	Kuantitatif deskriptif-analitik	Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan berobat pasien Diabetes Melitus Tipe 2 masih menjadi tantangan utama dalam pencapaian keberhasilan terapi. Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa pengetahuan pasien tentang penyakit DM, dukungan keluarga, serta keberadaan penyakit penyerta (komorbid) memiliki pengaruh yang signifikan dengan kepatuhan berobat. Pasien dengan dukungan keluarga yang rendah cenderung kurang disiplin dalam menjalani pengobatan dan kontrol rutin. Selain itu, keberadaan komorbid seperti hipertensi dan dislipidemia memperburuk kondisi pasien dan menurunkan motivasi untuk patuh terhadap regimen pengobatan yang kompleks. Studi ini menyimpulkan bahwa rendahnya kepatuhan berobat berkontribusi langsung terhadap rendahnya keberhasilan capaian pengobatan DM, khususnya dalam pengendalian glikemik jangka panjang di tingkat Puskesmas.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
10.	(Hasriati et al., 2025)	Faktor-Faktor yang Berpengaruh dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Usuku	Objek: Kepatuhan minum obat; Subjek: Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Usuku	Cross-sectional; kuisisioner & analisis statistik	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepatuhan minum obat pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dipengaruhi oleh faktor sosial, demografis, dan psikologis pasien. Faktor usia, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan ditemukan berpengaruh dengan kepatuhan minum obat, di mana pasien dengan tingkat pendidikan rendah dan aktivitas kerja yang tinggi cenderung kurang patuh. Selain itu, persepsi pasien terhadap manfaat pengobatan dan efek samping obat juga berperan dalam keputusan pasien untuk tidak mengonsumsi obat secara teratur. Penelitian ini menegaskan bahwa ketidakpatuhan minum obat menjadi salah satu penyebab utama rendahnya keberhasilan pengobatan DM, yang tercermin dari kadar gula darah yang tidak terkontrol serta meningkatnya risiko komplikasi. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan perlunya pendekatan edukasi yang disesuaikan dengan karakteristik sosial pasien di tingkat pelayanan kesehatan primer.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
11.	(Harun et al, 2025)	Analisis Pengaruh Teori <i>Health Belief Model</i> dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Galala	Objek penelitian adalah kepatuhan pengobatan pada pasien DM tipe 2. Subjek penelitian sebanyak 108 penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Galala.	Penelitian kuantitatif dengan desain cross sectional. Teknik sampling menggunakan simple random sampling. Analisis data menggunakan uji statistik untuk melihat pengaruh antara variabel HBM dan kepatuhan pengobatan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh komponen Health Belief Model (<i>Perceived Susceptibility, Perceived Severity, Perceived Benefits, Perceived Barriers</i> , dan <i>Cues to Action</i>) memiliki pengaruh signifikan dengan kepatuhan pengobatan pasien DM tipe 2 ($p=0,000$).

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

<i>No</i>	<i>Nama dan Tahun</i>	<i>Judul Penelitian</i>	<i>Objek dan Subjek Penelitian</i>	<i>Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data</i>	<i>Hasil Penelitian</i>
12.	(Bellah Kawa et al., 2022)	<i>Evaluation of the Adherence Level on Antidiabetic Drugs Used in Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients at Puskesmas Minanga Manado</i>	Objek penelitian adalah tingkat kepatuhan penggunaan obat antidiabetes. Subjek penelitian sebanyak 46 pasien rawat jalan DM tipe 2 di Puskesmas Minanga Manado.	Penelitian deskriptif observasional dengan pengambilan data secara prospektif menggunakan teknik purposive sampling. Instrumen menggunakan kuesioner MMAS-8 dan analisis data secara deskriptif.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat kepatuhan rendah (58,70%), kepatuhan sedang (26,09%), dan kepatuhan tinggi (15,22%).

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
13.	(Setyawan et al., 2024)	Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Kota Surakarta	Objek penelitian adalah faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan. Subjek penelitian sebanyak 98 pasien DM tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.	Metode kuantitatif deskriptif observasional dengan pendekatan cross sectional. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat menggunakan uji chi-square.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, peran tenaga kesehatan, dan motivasi berobat berpengaruh signifikan dengan kepatuhan pengobatan pasien DM tipe 2.
14	(Rondhianto et al., 2024)	<i>Sociodemographic Factors Affecting Diabetic Dietary Behavior in People with Type 2 Diabetes Mellitus</i>	Objek penelitian adalah perilaku diet pada pasien DM tipe 2. Subjek penelitian sebanyak 130 penderita DM tipe 2 di Kabupaten Jember.	Penelitian analitik observasional dengan desain cross sectional menggunakan teknik multistage random sampling. Analisis data menggunakan multiple logistic regression.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor sosiodemografi yang berpengaruh terhadap perilaku diet diabetes adalah tingkat pendidikan dan tipe keluarga dengan nilai signifikan ($p=0,001$).

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
15.	(Jones et al., 2015)	<i>The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation</i>	Objek penelitian adalah penerapan Health Belief Model (HBM) pada perilaku vaksinasi influenza H1N1. Subjek penelitian adalah 1.377 orang dewasa di Amerika Serikat yang mengikuti survei setelah kampanye vaksinasi.	Penelitian menggunakan survei kuantitatif dengan analisis regresi logistik dan <i>conditional process modeling</i> (PROCESS) untuk menguji model mediasi paralel, serial, dan moderated mediation.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa paparan kampanye vaksinasi berpengaruh positif dengan perilaku vaksinasi. Pengaruh tersebut dimediasi oleh <i>Perceived Barriers</i> dan <i>perceived threat</i> , serta dimoderasi oleh <i>self-efficacy</i> .
16.	(Khormi, 2025)	<i>The Health Belief Model: A Framework for Understanding Health Behavior</i>	Objek penelitian adalah model <i>Health Belief Model</i> dalam memahami perilaku kesehatan. Subjek penelitian berupa kajian terhadap berbagai perilaku kesehatan seperti vaksinasi, penyakit kronis, dan skrining kesehatan.	Penelitian menggunakan metode literature review yang mengkaji berbagai penelitian terkait penerapan HBM dalam perilaku kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa HBM efektif digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan, karena mempertimbangkan faktor persepsi individu seperti kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, <i>Cues to Action</i> , dan <i>self-efficacy</i> dalam memengaruhi keputusan seseorang melakukan tindakan kesehatan.

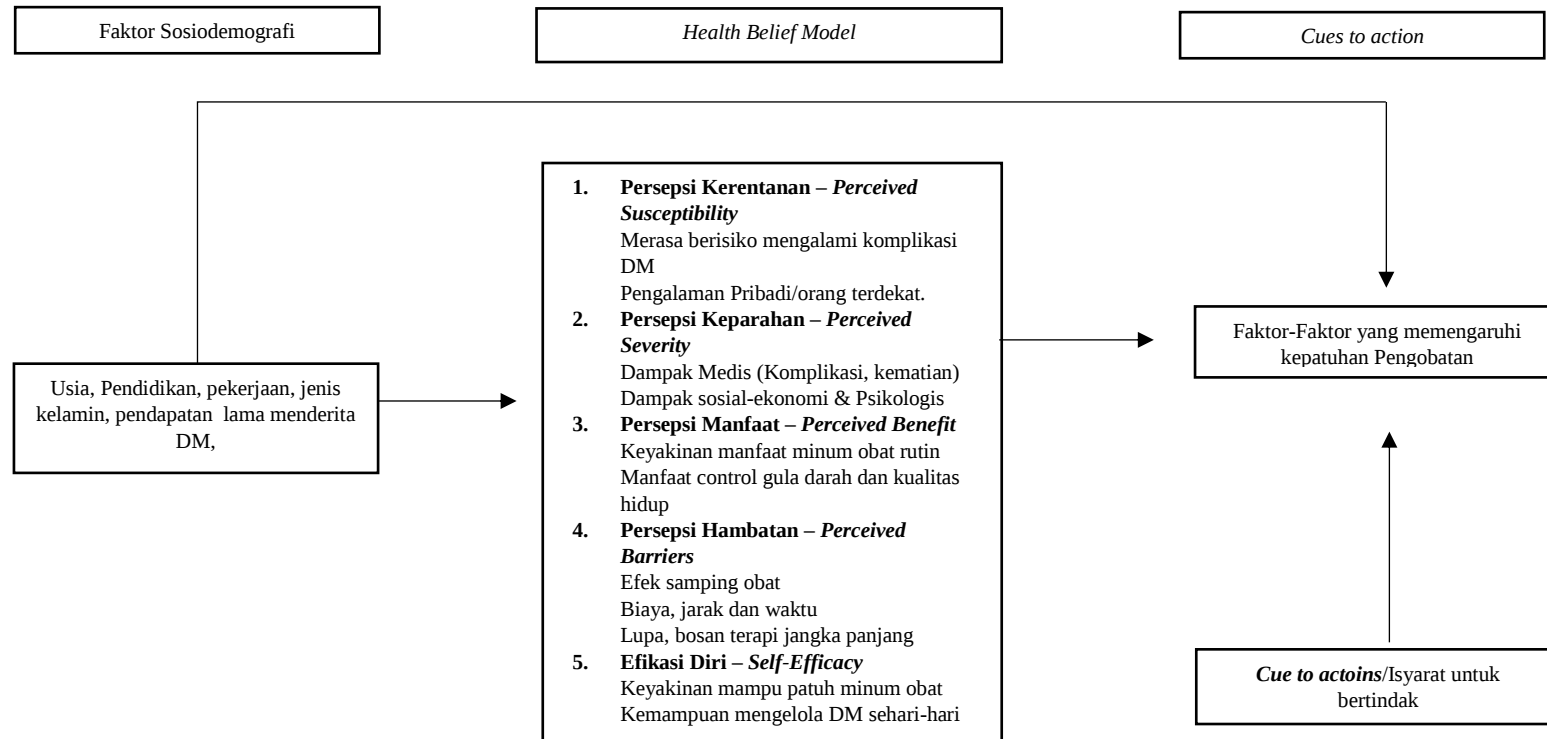
Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
17.	(Devi et al., 2022)	<i>Theory at a Glance: Health Belief Models in Predicting Health Behaviors</i>	Objek penelitian adalah penggunaan HBM dalam memprediksi perilaku kesehatan. Subjek penelitian berupa kajian terhadap perilaku kesehatan masyarakat dalam berbagai konteks kesehatan.	Penelitian menggunakan metode kajian teoritis (<i>theoretical review</i>) terhadap konsep dan komponen HBM dalam memprediksi perilaku kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh persepsi kerentanan, persepsi keparahan, manfaat tindakan, hambatan, <i>Cues to Action</i> , dan self-efficacy, yang secara bersama-sama dapat memprediksi tindakan kesehatan individu.
18.	(Sardu et al., 2023)	<i>Sociodemographic and Behavioural Risk Factors Associated with Low Awareness of Diabetes Mellitus Medication in Indonesia</i>	Objek penelitian adalah tingkat kesadaran pasien terhadap penggunaan obat diabetes. Subjek penelitian adalah 706 responden penderita diabetes mellitus berusia ≥ 15 tahun di Indonesia yang datanya diperoleh dari Indonesian Family Life Survey (IFLS-5).	Penelitian cross-sectional menggunakan data IFLS-5 dan regresi logistik untuk menilai faktor terkait kesadaran obat diabetes.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kesadaran yang rendah terhadap penggunaan obat diabetes (87,7%). Faktor yang berpengaruh signifikan dengan rendahnya kesadaran obat antara lain tidak melakukan pemantauan gula darah secara rutin, tidak memiliki komorbiditas, tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan, usia 26–45 tahun, serta tidak memiliki asuransi kesehatan.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

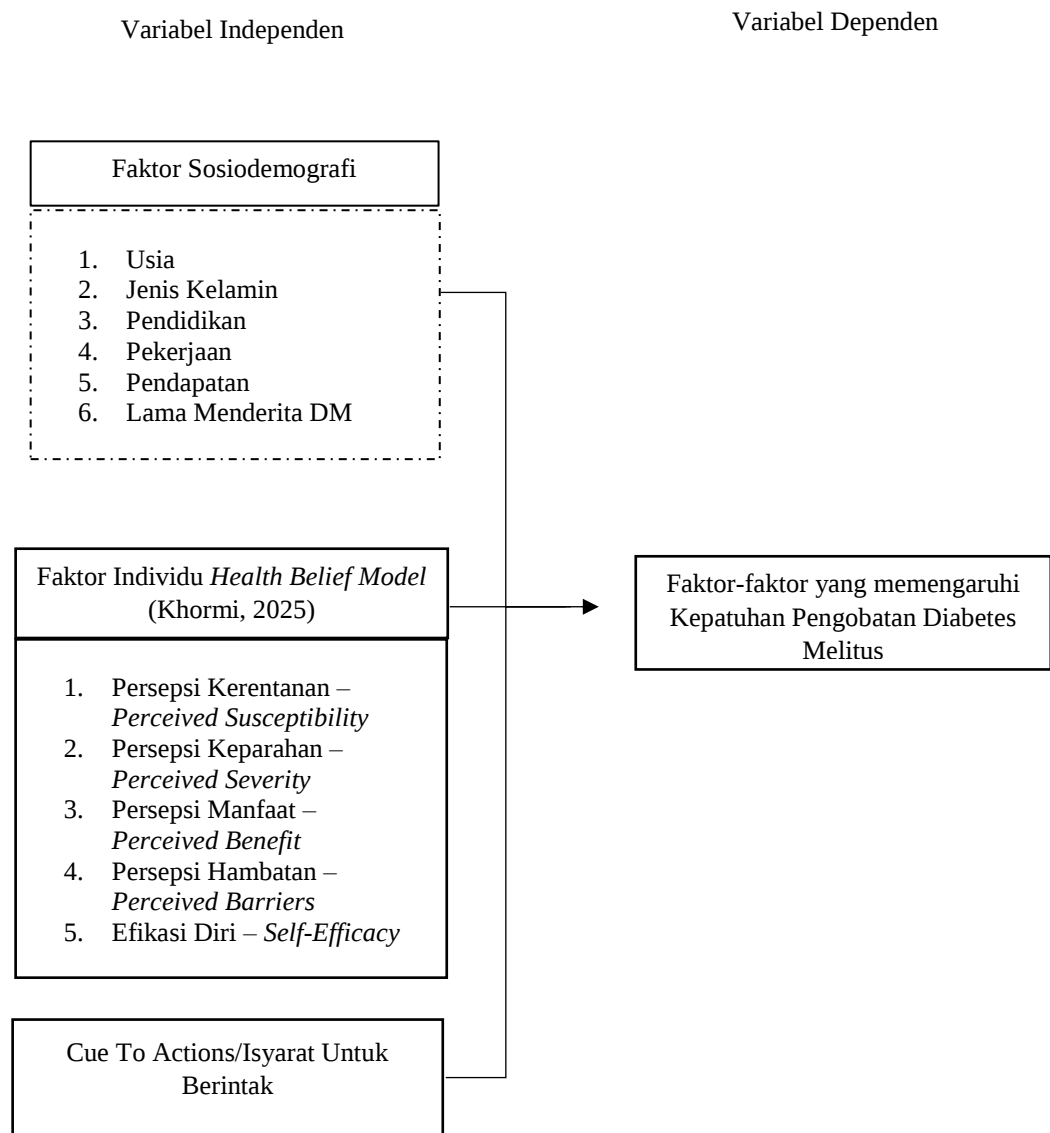
No	Nama dan Tahun	Judul Penelitian	Objek dan Subjek Penelitian	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
19.	(Rondhianto et al., 2024)	<i>Sociodemographic Factors Affecting Diabetic Dietary Behavior in People with Type 2 Diabetes Mellitus</i>	Objek penelitian adalah perilaku diet diabetes. Subjek penelitian adalah penderita Diabetes Mellitus tipe 2 yang dianalisis berdasarkan faktor sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, dan tipe keluarga.	Penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan desain cross-sectional menggunakan data sekunder dari dinas kesehatan. Analisis data dilakukan menggunakan model regresi logistik untuk melihat pengaruh faktor sosiodemografi terhadap perilaku diet penderita diabetes.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor pendidikan dan tipe keluarga memiliki pengaruh positif terhadap perilaku diet diabetes. Nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,241 menunjukkan bahwa faktor sosiodemografi menjelaskan sekitar 24,1% variasi perilaku diet diabetes. Faktor usia tidak memiliki pengaruh signifikan dengan perilaku diet penderita diabetes.
20.	(Chai et al., 2024)	<i>An Investigation into Social Determinants of Health Lifestyles of Canadians: A Nationwide Cross-Sectional Study on Smoking, Physical Activity, and Alcohol Consumption</i>	Objek penelitian adalah perilaku gaya hidup sehat (merokok, aktivitas fisik, konsumsi alkohol). Subjek penelitian adalah orang dewasa Kanada usia 18–60 tahun dengan jumlah sampel 59.799 responden dari <i>Canadian Community Health Survey 2017–2018</i> .	Data diperoleh dari survei nasional <i>Canadian Community Health Survey</i> . Analisis data menggunakan <i>bootstrapping, two-level mixed-effect logistic regression, ordered logistic regression</i> , dan <i>negative binomial regression</i> untuk menguji pengaruh faktor sosial dengan perilaku kesehatan.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor demografis, status sosial ekonomi, pengaruh sosial, serta kondisi kesehatan fisik dan mental berpengaruh terhadap perilaku merokok, aktivitas fisik, dan konsumsi alkohol. Pola pengaruh antar faktor sosial berbeda pada setiap jenis perilaku kesehatan. Faktor wilayah, kondisi kerja, dan karakteristik sosial ekonomi juga berpengaruh signifikan terhadap gaya hidup sehat masyarakat Kanada.

2.5. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian Modifikasi Teori HBM (Jones et al., 2015) (Khormi, 2025).

2.6. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian 1

2.7. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (usia) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (usia) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

2. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (jenis kelamin) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (jenis kelamin) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

3. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (pendidikan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (pendidikan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

4. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (pekerjaan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (pekerjaan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

5. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (pendapatan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (pendapatan) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

6. Ho: Tidak ada pengaruh sosial demografi (lama menderita DM) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh sosial demografi (lama menderita DM) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

7. Ho: Tidak ada pengaruh *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan terhadap komplikasi diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha : Ada pengaruh *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan terhadap komplikasi diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

8. Ho: Tidak ada pengaruh *Perceived Severity* (persepsi keparahan penyakit diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha: Ada pengaruh *Perceived Severity* (persepsi keparahan penyakit diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

9. Ho: Tidak ada pengaruh *Perceived Benefit* (persepsi manfaat pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha : Ada pengaruh *Perceived Benefit* (persepsi manfaat pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

10. Ho: Tidak ada pengaruh *Perceived Barriers* (persepsi hambatan dalam menjalani pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha : Ada pengaruh *Perceived Barriers* (persepsi hambatan dalam menjalani pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

11. Ho : Tidak ada pengaruh *self efficacy* (efikasi diri terhadap pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha : Ada pengaruh *self efficacy* (efikasi diri terhadap pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

12. Ho : Tidak ada pengaruh *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak dalam menjalani pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Ha : Ada pengaruh *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak dalam menjalani pengobatan diabetes melitus) terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *case control*. Studi *case control* merupakan rancangan penelitian observasional analitik yang mengidentifikasi subjek berdasarkan status penyakit, kemudian menelusuri secara retrospektif riwayat paparan faktor risiko untuk menilai hubungan antara paparan dan kejadian penyakit

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Juni 2026 di wilayah kerja Puskesmas Gading Rejo Kec. Gading Rejo Kabupaten Pringsewu.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini meliputi faktor sosial demografi yang terdiri dari pendidikan, usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan pendapatan, lama menderita DM, serta faktor persepsi berdasarkan konsep *Health Belief Model* (HBM) yaitu *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan terhadap komplikasi atau dampak penyakit diabetes melitus), *Perceived Severity* (persepsi mengenai tingkat keparahan penyakit diabetes melitus), *Perceived Benefit* (persepsi mengenai manfaat kepatuhan dalam menjalani pengobatan diabetes melitus), *Perceived Barriers* (persepsi mengenai hambatan dalam menjalani pengobatan diabetes melitus), *Self Efficacy* (keyakinan diri terhadap kemampuannya untuk menjalankan pengobatan dan mengelola penyakit diabetes melitus secara mandiri) dan *Cues to Action* (isyarat atau

dorongan untuk bertindak dalam menjalani pengobatan). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus (DM).

3.4 Definisi Operasional

Definisi Operasional penelitian ini sebagaimana pada tabel 2.

Tabel 2. Definisi Operasional

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependen						
1.	Kepatuhan Pengobatan DM (Dependen)	Tingkat ketaatan pasien diabetes melitus dalam menjalani pengobatan sesuai anjuran tenaga kesehatan yang meliputi minum obat secara teratur, mengikuti dosis, serta tidak menghentikannya pengobatan tanpa anjuran tenaga kesehatan.	Responden menjawab pertanyaan terkait perilaku kepatuhan dalam menjalani pengobatan DM.	Kuesioner MMAS-8 (<i>Morisky Medication Adherence Scale</i>)	0 = Patuh (score $\geq$ median) 1 = Tidak patuh (score $<$ median) (Ningrum, 2020)	Ordinal
Independen						
2.	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah diselesaikan oleh responden.	Responden memilih tingkat pendidikan terakhir yang dimiliki.	Kuesioner	0 = Pendidikan tinggi (SMA, Perguruan tinggi). 1 = Pendidikan rendah	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Pekerjaan	Status pekerjaan responden yang menunjukkan ada atau tidaknya aktivitas kerja yang menghasilkan pendapatan.	Responden menyebutkan status pekerjaan saat ini.	Kuesioner	(Tidak sekolah, SD, SMP) (HD Lasari, 2024) 0 = Pekerjaan formal (PNS, pegawai swasta, TNI/Polri, BUMN, pegawai kantor) 1 = Pekerjaan nonformal (petani, pedagang, buruh, nelayan, ojek, wiraswasta, pekerjaan lepas) (Ningrum, 2020)	Nominal
4.	Pendapatan	Besarnya penghasilan yang diterima responden setiap bulan dari pekerjaan atau sumber lainnya yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup.	Responden menyebutkan jumlah pendapatan per bulan.	Kuesioner	0 = Pendapatan tinggi ($\geq$ UMK Rp3.047.734) 1 = Pendapatan rendah ($<$ UMK) (Nuurositha, dkk., 2025 dan BPS Pringsewu, 2026)	Ordinal
5.	Usia	Lama waktu hidup responden sejak lahir sampai saat penelitian yang	Responden diminta menyebutkan umur atau melihat data identitas responden.	Kuesioner	0 = produktif <59 Tahun 1 = Non Produktif >59 Tahun,	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
6.	Jenis Kelamin	dinyatakan dalam tahun. Perbedaan biologis responden yang dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan.	Responden menyebutkan jenis kelamin atau berdasarkan identitas responden.	Kuesioner	(Ningrum, 2020) 0 = Perempuan 1 = Laki-laki (HD Lasari, 2024)	Nominal
7.	Lama Menderita DM	Rentang waktu sejak responden pertama kali didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan sampai saat penelitian dilakukan.	Responden menyebutkan tahun pertama didiagnosis DM kemudian dihitung lamanya menderita penyakit.	Kuesioner	0 = ≤ 5 tahun 1 = > 5 tahun (Ningrum, 2020)	Ordinal
8.	<i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan)	Persepsi atau keyakinan responden mengenai kemungkinan dirinya mengalami komplikasi atau dampak buruk akibat diabetes melitus apabila tidak menjalani pengobatan dengan baik.	Responden menjawab pernyataan mengenai persepsi kerentanan terhadap komplikasi DM.	Kuesioner	0 = Persepsi tinggi (score ≥ median) 1 = Persepsi rendah (score < median)	Ordinal
9.	<i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan)	Persepsi responden mengenai tingkat keseriusan atau keparahan penyakit diabetes melitus dan konsekuensi yang dapat	Responden menjawab pernyataan mengenai persepsi keparahan penyakit DM.	Kuesioner	0 = Persepsi tinggi (score ≥ median) 1 = Persepsi rendah (score < median)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
10	<i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat)	ditimbulkan apabila tidak ditangani dengan baik. Keyakinan responden mengenai manfaat menjalani pengobatan diabetes melitus secara teratur untuk mengontrol kadar gula darah dan mencegah komplikasi.	Responden menjawab pernyataan mengenai manfaat kepatuhan pengobatan DM.	Kuesioner	0 = Persepsi tinggi (score $\geq$ median) 1 = Persepsi rendah (score $<$ median)	Ordinal
11	<i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan)	Persepsi responden mengenai berbagai hambatan yang dirasakan dalam menjalani pengobatan diabetes melitus, seperti biaya, waktu, efek samping obat, atau akses pelayanan kesehatan.	Responden menjawab pernyataan mengenai hambatan dalam menjalani pengobatan DM.	Kuesioner	0 = Hambatan rendah (score $\geq$ median) 1 = Hambatan tinggi (score $<$ median)	Ordinal
12	<i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri)	Persepsi responden mengenai keyakinan dan kemampuan diri dalam menjalani pengobatan diabetes melitus,	Responden menjawab pernyataan mengenai keyakinan diri dalam menjalani pengobatan DM.	Kuesioner	0 = Persepsi tinggi (score $\geq$ median) 1 = Persepsi rendah (score $<$ median)	Ordinal

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
13	<i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak)	seperti kemampuan mengatur pola makan, minum obat secara teratur, melakukan kontrol kesehatan, dan menjaga gaya hidup sehat. Faktor pendorong yang memotivasi responden untuk menjalani pengobatan diabetes melitus, seperti anjuran tenaga kesehatan, dukungan keluarga, atau informasi kesehatan.	Responden menjawab pernyataan mengenai dorongan atau motivasi untuk menjalani pengobatan DM.	Kuesioner	0 = Dorongan tinggi (score $\geq$ median) 1 = Dorongan rendah (score $<$ median)	Ordinal

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien diabetes melitus yang menjalani pengobatan di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu pada tahun 2026.

3.5.2 Sampel

Besar sampel pada penelitian ini dihitung menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian case control menurut Lemeshow dengan tingkat kepercayaan 95% ($Z\alpha=1,96$) dan kekuatan uji 80% ($Z\beta=0,84$). Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$\eta = \frac{\frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 [P1(1 - P1) + P2(1 - P2)]}{2}}{(P1 - P2)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal tiap kelompok

Z α = nilai Z pada tingkat kepercayaan 95% (1,96)

Z β = nilai Z pada power 80% (0,84)

P1 = proporsi paparan pada kelompok kasus

P2 = proporsi paparan pada kelompok kontrol

$$\eta = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times [(0.6(0.4)) + (0.4(0.6))]}{(0.6 - 0.4)^2}$$

$$\eta = \frac{(7.84 + 0.48)}{(0.04)}$$

$$\eta = \frac{3.76}{0.04}$$

$$\eta = 94$$

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh besar sampel minimal sebanyak 94 responden pada kelompok kasus dan 94 responden pada kelompok kontrol, sehingga total sampel minimal sebanyak 188 responden. Dengan mempertimbangkan kemungkinan drop out sebesar 10%, maka jumlah sampel penelitian yang dibutuhkan adalah 206 responden dengan 103 responden kelompok kasus dan 103 responden kelompok kontrol.

Dalam penelitian ini, responden dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu kelompok kasus (pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan) dan kelompok kontrol (pasien yang patuh terhadap pengobatan).

Kelompok Kasus (Tidak Patuh)

Kriteria Inklusi Kelompok Kasus (Tidak Patuh)

1. Pasien yang telah didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan.
2. Pasien DM yang tercatat sebagai peserta program pengelolaan penyakit kronis di fasilitas kesehatan atau puskesmas tempat penelitian.
3. Pasien DM yang dinyatakan tidak patuh terhadap pengobatan berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale-8* (MMAS-8) dengan skor kategori tidak patuh.
4. Pasien DM yang berusia ≥ 18 tahun.
5. Pasien yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar informed consent.
6. Pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik dan dapat mengisi atau menjawab kuesioner penelitian.

Kriteria Eksklusi Kelompok Kasus

1. Pasien DM yang sedang mengalami komplikasi berat atau kondisi akut sehingga tidak memungkinkan untuk diwawancarai.
2. Pasien yang memiliki gangguan kognitif atau gangguan mental yang menghambat proses pengisian kuesioner.
3. Pasien yang tidak menyelesaikan pengisian kuesioner penelitian secara lengkap.
4. Pasien yang sedang mengikuti penelitian lain dengan topik serupa pada waktu yang sama.

Kelompok Kontrol (Patuh)

Kriteria Inklusi Kelompok Kontrol (Patuh)

1. Pasien yang telah didiagnosis diabetes melitus oleh tenaga kesehatan.
2. Pasien DM yang tercatat sebagai peserta program pengelolaan penyakit kronis atau pasien DM yang menjalani pengobatan rutin di fasilitas kesehatan tempat penelitian.
3. Pasien DM yang dinyatakan patuh terhadap pengobatan berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale-8* (MMAS-8) dengan skor kategori patuh.
4. Pasien DM yang berusia ≥ 18 tahun.
5. Pasien yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*).
6. Pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik dan dapat mengisi atau menjawab kuesioner penelitian.

Kriteria Eksklusi Kelompok Kontrol

1. Pasien DM yang sedang mengalami komplikasi berat atau kondisi akut yang menyebabkan tidak dapat mengikuti proses wawancara atau pengisian kuesioner.
2. Pasien yang memiliki gangguan kognitif atau gangguan mental sehingga tidak mampu memberikan jawaban yang valid terhadap kuesioner penelitian.
3. Pasien yang tidak mengisi kuesioner penelitian secara lengkap.
4. Pasien yang sedang mengikuti penelitian lain dengan topik serupa pada waktu yang bersamaan.

3.5.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Stratified Random Sampling*. Semua desa dikelompokkan dalam strata tinggi, sedang dan rendah. Setiap kelompok dilakukan pemilihan desa,

penderita DM pada setiap desa terpilih dilakukan dengan *random sampling*. Pengambilan sampel dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Pengambilan Sampel Penelitian

No.	Desa	Total pasien DM	Kasus	Kontrol
1.	Tegal Sari	78	31	31
2.	Mataram	53	21	21
3.	Kediri	33	13	13
4.	Gading Rejo	33	13	13
5.	Tambak Rejo Barat	28	11	11
6.	Wonosari	20	8	8
7.	Wonodadi Utara	15	6	6
Total			103	103

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder yang digunakan untuk mendukung proses analisis mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM).

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dari responden penelitian. Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur kepada pasien diabetes melitus yang menjalani pengobatan di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Kuesioner penelitian disusun berdasarkan konsep *Health Belief Model* (HBM) yang meliputi beberapa konstruk utama, yaitu:

1. *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan) yaitu persepsi pasien terhadap kemungkinan mengalami komplikasi akibat diabetes melitus jika tidak menjalani pengobatan secara teratur.
2. *Perceived Severity* (persepsi keparahan) yaitu persepsi pasien mengenai tingkat keparahan penyakit diabetes melitus

dan dampaknya terhadap kondisi kesehatan apabila tidak dikelola dengan baik.

3. *Perceived Benefits* (persepsi manfaat) yaitu keyakinan pasien terhadap manfaat yang diperoleh dari kepatuhan menjalani pengobatan dan pengelolaan diabetes melitus.
4. *Perceived Barriers* (persepsi hambatan) yaitu persepsi pasien mengenai hambatan yang dirasakan dalam menjalani pengobatan, seperti faktor biaya, efek samping obat, keterbatasan waktu, maupun akses pelayanan kesehatan.
5. *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak) yaitu faktor yang dapat mendorong pasien untuk patuh menjalani pengobatan, seperti dukungan tenaga kesehatan, keluarga, maupun informasi kesehatan yang diperoleh pasien.
6. *Self Efficacy* (keyakinan diri) yaitu keyakinan pasien terhadap kemampuannya untuk menjalankan pengobatan dan mengelola penyakit diabetes melitus secara mandiri.

Selain variabel yang berasal dari konsep *Health Belief Model* (HBM), data primer juga mencakup karakteristik responden, seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita diabetes melitus.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber yang telah tersedia sebelumnya. Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari:

1. Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, berupa data jumlah pasien diabetes melitus yang menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo.
2. Laporan program penyakit tidak menular (PTM) yang berkaitan dengan prevalensi dan penatalaksanaan diabetes melitus.

3. Dokumen profil kesehatan yang berkaitan dengan data epidemiologi diabetes melitus di Kabupaten Pringsewu.
4. Literatur ilmiah berupa buku, jurnal penelitian, dan pedoman kesehatan yang relevan dengan kepatuhan pengobatan diabetes melitus serta teori *Health Belief Model* (HBM) sebagai dasar teoritis penelitian.

Data sekunder tersebut digunakan untuk mendukung informasi mengenai gambaran umum penyakit diabetes melitus, jumlah populasi pasien yang menjalani pengobatan, serta sebagai dasar dalam penentuan populasi penelitian.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner yang berisi:

a. Kepatuhan Pengobatan Diabetes Melitus (DM)

Variabel Kepatuhan Pengobatan Diabetes Melitus (DM) dalam penelitian ini diukur menggunakan instrumen MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale) yang telah dimodifikasi. Responden menjawab setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi yang dialami dalam menjalani pengobatan diabetes melitus. Penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori persepsi kerentanan ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor $\geq 19,5$ dikategorikan memiliki kepatuhan dalam pengobatan dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor $< 19,5$ dikategorikan yang tidak patuh dalam pengobatan dan diberi kode 1. (Ningrum, 2020).

b. Pendidikan

Variabel Pendidikan dalam penelitian ini diukur menggunakan 1 pertanyaan mengenai tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh responden. Kategori pendidikan ditentukan menjadi dua kelompok, yaitu responden dengan pendidikan SMA dan perguruan tinggi dikategorikan sebagai pendidikan tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan pendidikan tidak sekolah, SD, dan SMP dikategorikan sebagai pendidikan rendah dan diberi kode 1 (HD Lasari, 2024).

c. Pekerjaan

Variabel Pekerjaan dalam penelitian ini diukur menggunakan 1 pertanyaan mengenai status pekerjaan responden saat penelitian berlangsung. Kategori pekerjaan ditentukan menjadi dua kelompok, yaitu responden yang bekerja sebagai PNS, pegawai swasta, TNI/Polri, pegawai BUMN, dan pegawai kantor dikategorikan sebagai pekerjaan formal dan diberi kode 0, sedangkan responden yang bekerja sebagai petani, pedagang, buruh, nelayan, pengemudi ojek, wiraswasta, dan pekerjaan lepas dikategorikan sebagai pekerjaan nonformal dan diberi kode 1 (Ningrum, 2020).

d. Pendapatan

Variabel Pendapatan dalam penelitian ini diukur menggunakan 1 pertanyaan mengenai jumlah pendapatan yang diterima responden setiap bulan. Kategori pendapatan ditentukan berdasarkan UMK Kabupaten Pringsewu Tahun 2026 sebesar Rp3.047.734, yaitu responden dengan pendapatan $\geq$ Rp3.047.734 dikategorikan memiliki pendapatan tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan pendapatan $<$ Rp3.047.734 dikategorikan memiliki pendapatan rendah dan diberi kode 1 (Nuurositha dkk., 2025; BPS Pringsewu, 2026).

e. Usia

Variabel Usia dalam penelitian ini diukur menggunakan 1 pertanyaan mengenai umur responden dalam satuan tahun. Kategori usia ditentukan menjadi dua kelompok, yaitu responden dengan usia <59 tahun dikategorikan sebagai usia produktif dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan usia >59 tahun dikategorikan sebagai usia nonproduktif dan diberi kode 1 (Ningrum, 2020).

f. Jenis Kelamin

Variabel Jenis Kelamin dalam penelitian ini diukur menggunakan 1 pertanyaan mengenai jenis kelamin responden. Kategori jenis kelamin ditentukan menjadi dua kelompok, yaitu perempuan yang diberi kode 0 dan laki-laki yang diberi kode 1 (HD Lasari, 2024).

g. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan terhadap Komplikasi Diabetes Melitus)

Variabel *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori persepsi kerentanan ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 18 dikategorikan memiliki persepsi kerentanan tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 18 dikategorikan memiliki persepsi kerentanan rendah dan diberi kode 1.

h. *Perceived Severity* (Persepsi Keparahan terhadap Diabetes Melitus)

Variabel *Perceived Severity* (persepsi keparahan) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi

skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori persepsi keparahan ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 19 dikategorikan memiliki persepsi keparahan tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 19 dikategorikan memiliki persepsi keparahan rendah dan diberi kode 1.

i. *Perceived Benefit* (Persepsi Manfaat Pengobatan Diabetes Melitus)

Variabel *Perceived Benefit* (persepsi manfaat) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori persepsi manfaat ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 18 dikategorikan memiliki persepsi manfaat tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 18 dikategorikan memiliki persepsi manfaat rendah dan diberi kode 1.

j. *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan dalam Pengobatan Diabetes Melitus)

Variabel *Perceived Barriers* (persepsi hambatan) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori persepsi hambatan ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 19 dikategorikan memiliki hambatan rendah dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 19 dikategorikan memiliki hambatan tinggi dan diberi kode 1.

k. *Self Efficacy* (Keyakinan Diri dalam Pengobatan Diabetes Melitus)

Variabel *Self Efficacy* (keyakinan diri) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori keyakinan diri ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 19 dikategorikan memiliki keyakinan diri tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 19 dikategorikan memiliki keyakinan diri rendah dan diberi kode 1.

l. *Cues to Action* (Isyarat untuk Bertindak dalam Pengobatan Diabetes Melitus)

Variabel *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak) dalam penelitian ini diukur menggunakan 10 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pilihan jawaban diberi skor: SS = 4, S = 3, TS = 2, dan STS = 1. Seluruh skor pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total responden. Kategori isyarat untuk bertindak ditentukan berdasarkan nilai mean, yaitu responden dengan skor ≥ 18 dikategorikan memiliki dorongan tinggi dan diberi kode 0, sedangkan responden dengan skor < 18 dikategorikan memiliki dorongan rendah dan diberi kode 1.

3.6.3 Uji Validitas Kuisiонер

Uji validitas kuisiонер pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrumen penelitian mampu mengukur variabel yang akan diteliti secara tepat. Uji validitas dilakukan terhadap 30 responden dengan karakteristik yang serupa dengan sampel penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan diabetes mellitus di

Puskesmas Gadingrejo Pringsewu dengan pendekatan *Health Belief Model* (HBM). Variabel yang diukur meliputi persepsi kerentanan (*Perceived Susceptibility*), persepsi keparahan (*Perceived Severity*), persepsi manfaat (*Perceived Benefits*), persepsi hambatan (*Perceived Barriers*), keyakinan diri (*Self Efficacy*), serta isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*).

Uji validitas instrumen dilakukan menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment* dengan cara mengkorelasikan skor setiap item pertanyaan dengan skor total variabel. Pengujian dilakukan dengan bantuan program Microsoft Excel. Dasar pengambilan keputusan dalam uji validitas ini adalah dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel pada taraf signifikansi 0,05 dengan jumlah responden (n) = 30, sehingga diperoleh nilai r tabel sebesar 0,361. Item pertanyaan dinyatakan valid apabila nilai r hitung lebih besar dari r tabel (r hitung > 0,361).

Selain itu, uji validitas juga dilihat berdasarkan nilai signifikansi (p -value). Item pertanyaan dinyatakan valid apabila nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$). Sebaliknya, apabila nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 ($p > 0,05$) maka item pertanyaan dinyatakan tidak valid.

3.6.4 Uji Realibilitas Kuisisioner

Uji reliabilitas merupakan tahap analisis yang digunakan untuk mengetahui tingkat konsistensi suatu instrumen penelitian dalam mengukur variabel yang diteliti. Instrumen dikatakan reliabel apabila digunakan berulang kali pada kondisi yang relatif sama akan menghasilkan data yang konsisten. Dalam penelitian mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada penderita diabetes melitus, uji reliabilitas dilakukan untuk memastikan bahwa setiap butir pertanyaan pada kuesioner mampu memberikan hasil yang

stabil dan dapat dipercaya dalam mengukur variabel penelitian, baik variabel kepatuhan pengobatan maupun konstruk dalam pendekatan *Health Belief Model* (HBM) seperti persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan isyarat untuk bertindak.

Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan setelah uji validitas instrumen. Pengujian reliabilitas menggunakan metode *Cronbach's Alpha*, karena kuesioner yang digunakan terdiri dari beberapa item pertanyaan dengan skala yang sama dan digunakan untuk mengukur satu konstruk tertentu. Metode *Cronbach's Alpha* digunakan untuk mengetahui tingkat konsistensi internal antar item dalam suatu kuesioner. Apabila nilai koefisien reliabilitas tinggi, maka dapat disimpulkan bahwa item-item pertanyaan dalam kuesioner tersebut memiliki konsistensi yang baik.

Secara umum, suatu instrumen penelitian dinyatakan reliabel apabila nilai *Cronbach's Alpha* $\geq 0,60$. Namun dalam penelitian kesehatan masyarakat, nilai $\geq 0,70$ dianggap menunjukkan reliabilitas yang baik. Apabila nilai *Cronbach's Alpha* lebih kecil dari batas yang ditentukan, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap item pertanyaan yang memiliki korelasi rendah untuk dipertimbangkan diperbaiki atau dihapus dari instrumen penelitian.

Rumus *Cronbach's Alpha* yang digunakan untuk menghitung reliabilitas instrumen adalah sebagai berikut:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Keterangan:

- α (alpha) = koefisien reliabilitas *Cronbach's Alpha*
- k = jumlah item pertanyaan dalam kuesioner
- S_i^2 = varians masing-masing item
- S_t^2 = varians total skor seluruh item

Nilai *Cronbach's Alpha* berkisar antara 0 sampai dengan 1. Semakin mendekati nilai 1, maka semakin tinggi tingkat reliabilitas instrumen penelitian. Dalam penelitian ini, perhitungan uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan bantuan program pengolahan data statistik seperti SPSS atau Microsoft Excel berdasarkan hasil pengisian kuesioner oleh responden pada tahap uji coba instrumen.

3.6.5 Proses pengumpulan Data

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Gadingrejo, Kabupaten Pringsewu pada bulan April sampai dengan Juni 2026. Proses pengumpulan data dilakukan dengan bantuan 4 orang enumerator yang telah diberikan penjelasan terlebih dahulu mengenai tujuan penelitian, prosedur pengisian kuesioner, serta cara melakukan wawancara kepada responden. Enumerator membantu peneliti dalam proses pengumpulan data dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur kepada pasien diabetes melitus yang menjadi responden penelitian. Selama proses pengumpulan data, enumerator juga memastikan bahwa responden memahami setiap pertanyaan yang diajukan sehingga jawaban yang diberikan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Sebelum pelaksanaan penelitian, para enumerator diberikan pelatihan dan pengarahan oleh peneliti untuk menyamakan persepsi terkait teknik wawancara, cara penyampaian pertanyaan, serta etika dalam pengumpulan data penelitian.

3.6.6 Persiapan Penelitian

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari laporan program penyakit tidak menular (PTM) dan rekam data pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo dan Dinas Kesehatan kabupaten Pringsewu. Data tersebut digunakan untuk mengetahui jumlah pasien diabetes melitus yang menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo, sehingga dapat membantu peneliti dalam menentukan jumlah populasi penelitian dan perhitungan sampel. Selain itu, data

sekunder juga digunakan untuk memperoleh gambaran umum mengenai kejadian diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo, yang selanjutnya menjadi dasar dalam penyusunan latar belakang serta perencanaan pelaksanaan penelitian. Pada tahap persiapan ini peneliti juga melakukan penyusunan instrumen penelitian berupa kuesioner yang disesuaikan dengan variabel penelitian berdasarkan pendekatan *Health Belief Model* (HBM).

3.6.7 Pelaksanaan Penelitian

Untuk memperoleh data primer, peneliti melakukan pengumpulan data melalui wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Proses pengumpulan data primer dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

- a. Responden yang telah memenuhi kriteria penelitian ditemui secara langsung oleh peneliti dan enumerator di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu pada saat responden melakukan kunjungan atau kontrol pengobatan.
- b. Peneliti dan enumerator terlebih dahulu memperkenalkan diri serta menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian kepada responden, serta memberikan penjelasan mengenai kegiatan yang akan dilakukan selama proses pengumpulan data.
- c. Responden kemudian diberikan lembar informed consent untuk dibaca dan dipahami. Setelah responden menyatakan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian, responden diminta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai bentuk persetujuan menjadi responden dalam penelitian.
- d. Selanjutnya peneliti dan enumerator melakukan wawancara kepada responden berdasarkan kuesioner yang telah disusun, dan pengisian kuesioner dilakukan secara langsung oleh peneliti atau enumerator sesuai dengan jawaban yang diberikan oleh responden.

3.7 Pengolahan Data

Kuesioner yang telah diisi oleh responden selanjutnya dikumpulkan dan direkapitulasi menggunakan program Microsoft Excel. Data tersebut kemudian diolah sehingga dapat menghasilkan informasi yang relevan untuk menjawab tujuan penelitian mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus. Agar proses analisis menghasilkan temuan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan, maka dilakukan beberapa tahapan pengolahan data sebagai berikut:

1. Penyuntingan Data (*Editing*)

Tahap penyuntingan data merupakan proses pemeriksaan terhadap kelengkapan, kejelasan, dan konsistensi jawaban yang diberikan oleh responden dalam kuesioner. Data mentah hasil pengisian kuesioner terlebih dahulu dikompilasi dalam format Microsoft Excel, kemudian dilakukan pengecekan kembali untuk memastikan tidak ada item pertanyaan yang terlewat atau tidak terisi. Selanjutnya dilakukan koreksi dan pemberian skor sesuai dengan pedoman penilaian yang telah ditetapkan pada bagian instrumen penelitian dalam metodologi penelitian.

2. Pengkodean Data (*Coding*)

Pengkodean data merupakan kegiatan mengubah jawaban responden yang masih berbentuk kata atau kategori menjadi kode numerik sesuai dengan definisi operasional variabel penelitian. Proses ini bertujuan untuk mempermudah tahap penginputan serta analisis data secara statistik. Pengkodean dilakukan setelah seluruh kuesioner diperiksa dan setiap butir pertanyaan telah diberikan skor berdasarkan pedoman yang telah ditentukan.

3. Pemasukan Data (*Data Entry*)

Setelah proses pengkodean selesai dilakukan, seluruh data yang telah tersusun dalam format Excel kemudian dimasukkan ke dalam program pengolahan data statistik. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan kembali secara teliti untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan input, seperti data ganda, kesalahan pengetikan, ataupun ketidaksesuaian antara kode dan variabel penelitian.

4. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Tahap pembersihan data dilakukan untuk memastikan bahwa data yang telah dimasukkan benar, lengkap, dan konsisten. Proses ini meliputi pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya kesalahan pengkodean, data yang belum terinput, maupun data yang hilang (*missing data*). Selain itu, dilakukan pula pengecekan konsistensi antarvariabel agar kualitas data tetap terjaga sebelum dilakukan analisis statistik lebih lanjut.

3.8 Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap setiap variabel penelitian secara tunggal dengan tujuan untuk menggambarkan karakteristik data yang diperoleh dari responden. Analisis ini digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang diteliti. Variabel dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan serta variabel utama penelitian yaitu persepsi kerentanan (*Perceived Susceptibility*), persepsi keparahan (*Perceived Severity*), persepsi manfaat (*Perceived Benefits*), persepsi hambatan (*Perceived Barriers*), keyakinan diri (*Self Efficacy*), isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*), dan kepatuhan pengobatan diabetes mellitus. Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase sehingga dapat memberikan gambaran mengenai karakteristik responden dalam penelitian.

Rumus yang digunakan dalam analisis univariat untuk menghitung persentase adalah:

$$P = (f / N) \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

f = Frekuensi responden pada kategori tertentu

N = Jumlah seluruh responden

Prosedur analisis univariat dilakukan dengan mengelompokkan data berdasarkan masing-masing variabel penelitian, menghitung jumlah responden pada setiap kategori variabel, kemudian menghitung persentase dari masing-masing kategori menggunakan rumus persentase. Hasil analisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk mempermudah interpretasi data penelitian.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis statistik yang digunakan untuk mengetahui pengaruh antara dua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh antara faktor-faktor dalam *Health Belief Model* (HBM) seperti persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, serta isyarat untuk bertindak dengan kepatuhan pengobatan diabetes mellitus pada pasien di Puskesmas Gadingrejo Pringsewu.

Pada penelitian ini analisis bivariat dilakukan menggunakan uji *Chi-Square* (χ^2) karena variabel yang dianalisis berbentuk kategori. Uji *Chi-Square* digunakan untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen.

Rumus uji *Chi-Square*:

$$\chi^2 = \sum ((O - E)^2 / E)$$

Keterangan:

χ^2 = Nilai *Chi-Square*

O = Frekuensi yang diamati (*Observed*)

E = Frekuensi yang diharapkan (*Expected*)

Kriteria pengambilan keputusan:

- 1) Jika p value < 0,05 maka terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen.
- 2) Jika p value $\geq$ 0,05 maka tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independen dan variabel dependen.

Prosedur analisis bivariat dilakukan dengan membuat tabel silang (*cross tabulation*) antara variabel independen dan variabel dependen, kemudian dilakukan pengujian statistik menggunakan uji *Chi-Square* dengan bantuan program statistik. Hasil analisis kemudian diinterpretasikan berdasarkan nilai *p* value untuk menentukan ada atau tidaknya pengaruh yang bermakna antara variabel yang diteliti.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis statistik yang digunakan untuk mengetahui pengaruh antara lebih dari dua variabel secara simultan. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling dominan memengaruhi variabel dependen setelah dilakukan analisis bivariat. Dalam penelitian ini analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor-faktor dalam *Health Belief Model* (HBM) yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan diabetes mellitus pada pasien di Puskesmas Gadingrejo Pringsewu.

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik berganda (*multiple logistic regression*) karena variabel dependen berupa data kategorik yaitu kepatuhan pengobatan (patuh dan tidak patuh). Analisis regresi logistik digunakan untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara bersama-sama.

Rumus regresi logistik:

$$\ln (p / (1 - p)) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n$$

Keterangan:

p = Probabilitas terjadinya kejadian (kepatuhan pengobatan)

β_0 = Konstanta

$\beta_1, \beta_2, \beta_3$ = Koefisien regresi

X_1, X_2, X_3 = Variabel independen

Prosedur analisis multivariat dilakukan dengan memilih variabel independen yang memiliki nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat untuk

dimasukkan ke dalam model regresi logistik. Selanjutnya dilakukan analisis regresi logistik berganda untuk mengetahui variabel yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan. Hasil analisis kemudian diinterpretasikan berdasarkan nilai *Odds Ratio* (OR), nilai p value, serta *Confidence Interval* (CI) 95%. Variabel dikatakan berpengaruh signifikan apabila nilai p value $< 0,05$.

3.9 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian ini telah dipenuhi dibuktikan dengan adanya *ethical clearance* yang dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Politeknik Kesehatan Tanjung Karang, dengan nomor surat No.236/KEPK-TJK/IV/2026 pada tanggal 14 April 2026. Selain itu juga dilakukan *informed consent* kepada responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di UPTD Puskesmas Gadingrejo yang merupakan salah satu puskesmas induk di wilayah Kecamatan Gadingrejo, Kabupaten Pringsewu, Provinsi Lampung. Selain UPTD Puskesmas Gadingrejo, di Kecamatan Gadingrejo juga terdapat Puskesmas Wates. UPTD Puskesmas Gadingrejo berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu dan memiliki luas wilayah kerja sebesar 32,26 km².



Gambar 3. Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Sumber: Profil Puskesmas Gadingrejo (2024)

Secara geografis, wilayah kerja UPTD Puskesmas Gadingrejo memiliki batas wilayah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan

Sukoharjo, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Gedung Tataan, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kedondong, dan sebelah barat berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Wates. Letak geografis wilayah kerja Puskesmas Gadingrejo berada pada posisi 104°42'0"–105°08'0" Bujur Timur dan 5°08'0"–6°08'0" Lintang Selatan.

UPTD Puskesmas Gadingrejo terletak di Pekon Gadingrejo Utara, Kecamatan Gadingrejo. Wilayah kerja UPTD Puskesmas Gadingrejo meliputi 15 pekon, yaitu Pekon Gadingrejo Utara, Gadingrejo, Gadingrejo Timur, Wonodadi Utara, Wonodadi, Wonosari, Tegalsari, Mataram, Kediri, Yogyakarta, Yogyakarta Selatan, Klaten, Tulung Agung, Tambahrejo, dan Tambahrejo Barat. Dengan cakupan wilayah tersebut, UPTD Puskesmas Gadingrejo memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, termasuk pelayanan bagi pasien diabetes melitus yang menjadi fokus dalam penelitian ini.

4.2 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan teknik analisis data yang digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase pada setiap variabel yang diteliti. Hasil analisis distribusi frekuensi pada Tabel 4 menunjukkan bahwa pada karakteristik responden, sebagian besar responden memiliki pendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi) sebesar 50,5% (104 responden), bekerja pada sektor nonformal sebesar 63,6% (131 responden), serta memiliki pendapatan tinggi atau $\geq$ UMK Rp3.047.734 sebesar 59,2% (122 responden). Berdasarkan usia, sebagian besar responden berada pada kategori usia produktif <59 tahun sebesar 61,7% (127 responden), dengan jenis kelamin didominasi oleh laki-laki sebesar 54,9% (113 responden). Selain itu, sebagian besar responden telah menderita diabetes melitus selama >5 tahun sebesar 56,3% (116 responden). Pada variabel *Health Belief Model* (HBM), sebagian besar responden memiliki *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan) tinggi sebesar 50,5% (104 responden), *Perceived Severity* (persepsi keparahan) tinggi sebesar 51,0% (105 responden), serta *Perceived Benefit* (persepsi manfaat)

tinggi sebesar 51,0% (105 responden). Pada variabel *Perceived Barriers* (persepsi hambatan), sebagian besar responden berada pada kategori hambatan rendah sebesar 53,9% (111 responden). Selanjutnya, pada variabel *Self Efficacy* (keyakinan diri), sebagian besar responden memiliki keyakinan diri tinggi sebesar 51,9% (107 responden), dan pada variabel *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak), sebagian besar responden memiliki dorongan tinggi sebesar 58,3% (120 responden). Distribusi frekuensi responden penelitian ini disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Penelitian

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan		
Pendidikan Tinggi	104	50,5
Pendidikan Rendah	102	49,5
Pekerjaan		
Pekerjaan Formal	75	36,4
Pekerjaan Nonformal	131	63,6
Pendapatan		
Pendapatan Tinggi ($\geq$ UMK Rp3.047.734)	122	59,2
Pendapatan Rendah ($<$ UMK Rp3.047.734)	84	40,8
Usia		
Produktif <59 Tahun	127	61,7
Non Produktif >59 Tahun,	79	38,3
Jenis Kelamin		
Perempuan	93	45,1
Laki-laki	113	54,9
Lama Menderita DM		
≤ 5 tahun	90	43,7
> 5 tahun	116	56,3
<i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan)		
Persepsi tinggi	104	50,5
Persepsi rendah	102	49,5
<i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan)		
Persepsi tinggi	105	51,0
Persepsi rendah	101	49,0
<i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat)		
Persepsi tinggi	105	51,0
Persepsi rendah	101	49,0
<i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan)		
Hambatan rendah	111	53,9
Hambatan tinggi	95	46,1
<i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri)		
Persepsi tinggi	107	51,9
Persepsi rendah	99	48,1
<i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak)		
Dorongan tinggi	120	58,3
Dorongan rendah	86	41,7
Total	206	100

4.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi pengaruh antara variabel independen yang meliputi karakteristik responden (pendidikan, pekerjaan, pendapatan, usia, jenis kelamin, dan lama menderita diabetes melitus) serta komponen *Health Belief Model* (*Perceived Susceptibility*, *Perceived Severity*, *Perceived Benefit*, *Perceived Barriers*, *Self Efficacy*, dan *Cues to Action*) dengan variabel dependen yaitu kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus. Pengaruh antar variabel dinyatakan signifikan apabila diperoleh nilai $p < 0,05$. Hasil analisis bivariat disajikan pada uraian berikut ini.

4.3.1 Pengaruh Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh pendidikan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 5. Responden yang memiliki Pendidikan Tinggi (SMA, Perguruan tinggi) lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (53,4%) daripada yang tidak patuh (47,6%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,486, yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Tabel 5. Pengaruh Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Pendidikan	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Pendidikan Tinggi (SMA, Perguruan tinggi)	55	53,4	49	47,6	0,486
Pendidikan Rendah (Tidak sekolah, SD, SMP)	48	46,6	54	52,4	
Total	103	100	103	100	

4.3.2 Pengaruh Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 6. Responden yang memiliki pekerjaan formal (PNS, pegawai swasta, TNI/Polri, BUMN, pegawai kantor) lebih sedikit pada kelompok patuh terhadap pengobatan (35,9%) daripada yang tidak patuh (36,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 1,000, yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Tabel 6. Pengaruh Pekerjaan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Pekerjaan	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Pekerjaan formal (PNS, pegawai swasta, TNI/Polri, BUMN, pegawai kantor)	37	35,9	38	36,9	1,000
Pekerjaan nonformal (petani, pedagang, buruh, nelayan, ojek, wiraswasta, pekerjaan lepas)	66	64,1	65	63,1	
Total	103	100	103	100	

4.3.3 Pengaruh Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh pendapatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 7. Responden yang memiliki pendapatan tinggi ($\geq$ UMK Rp3.047.734) lebih sedikit pada kelompok patuh terhadap pengobatan (58,3%) daripada yang tidak patuh (60,2%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,887, yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pendapatan dengan kepatuhan pengobatan pada

pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Tabel 7. Pengaruh Pendapatan dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Pendapatan	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Pendapatan tinggi (≥ UMK Rp3.047.734)	60	58,3	62	60,2	0,887
Pendapatan rendah (< UMK Rp3.047.734)	43	41,7	41	39,8	
Total	103	100	103	100	

4.3.4 Pengaruh Usia dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh usia dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 8. Responden yang memiliki usia produktif <59 Tahun lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (63,1%) daripada yang tidak patuh (60,2%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,774, yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara usia dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Tabel 8. Pengaruh Usia dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Usia	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Produktif <59 Tahun	65	63,1	62	60,2	0,774
Non Produktif >59 Tahun	38	36,9	41	39,8	
Total	103	100	103	100	

4.3.5 Pengaruh Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 9. Responden yang memiliki jenis kelamin perempuan lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (50,5%) daripada yang tidak patuh (39,8%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,161, yang berarti tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Tabel 9. Pengaruh Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Jenis Kelamin	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Perempuan	52	50,5	41	39,8	0,161
Laki-laki	51	49,5	62	60,2	
Total	103	100	103	100	

4.3.6 Pengaruh Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh lama menderita diabetes melitus dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 10. Responden yang memiliki lama menderita DM >5 Tahun lebih sedikit pada kelompok patuh terhadap pengobatan (41,7%) daripada yang tidak patuh (45,6%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,673, yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara lama menderita diabetes melitus dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

Tabel 10. Pengaruh Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Lama Menderita DM	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				<i>p-value</i>
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
≤ 5 tahun	43	41,7	47	45,6	0,673
> 5 tahun	60	58,3	56	54,4	
Total	103	100	103	100	

4.3.7 Pengaruh *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh persepsi kerentanan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 11. Responden yang memiliki persepsi kerentanan lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (64,1%) daripada yang tidak patuh (36,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* <0,001, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara persepsi kerentanan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 3,051 (95%CI: 1,730–5,383) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi kerentanan rendah memiliki risiko 3,051 kali lebih besar untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan persepsi kerentanan tinggi.

Tabel 11. Pengaruh *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Perceived Susceptibility (Persepsi Kerentanan)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Persepsi tinggi	66	64,1	38	36,9	<0,001	3,051 (1,730- 5,383)
Persepsi rendah	37	35,9	65	63,1		
Total	103	100	103	100		

4.3.8 Pengaruh *Perceived Severity* (Persepsi Keparahan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh persepsi keparahan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 12. Responden yang memiliki persepsi keparahan lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (62,1%) daripada yang tidak patuh (39,8%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* = 0,002, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara persepsi keparahan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 2,482 (95% CI: 1,417–4,347) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi keparahan rendah memiliki risiko 2,482 kali lebih besar untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan persepsi keparahan tinggi.

Tabel 12. Pengaruh *Perceived Severity* (Persepsi Keparahan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Perceived Severity (Persepsi Keparahan)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Persepsi tinggi	64	62,1	41	39,8	0,002	2,482
Persepsi rendah	39	37,9	62	60,2		(1,417-4,347)
Total	103	100	103	100		

4.3.9 Pengaruh *Perceived Benefit* (Persepsi Manfaat) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh persepsi manfaat dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 13. Responden yang memiliki persepsi manfaat lebih

banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (64,1%) daripada yang tidak patuh (37,9%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* <0,001, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara persepsi manfaat dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 2,927 (95% CI: 1,662–5,156) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi manfaat rendah memiliki risiko 2,927 kali lebih besar untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan persepsi manfaat tinggi.

Tabel 13. Pengaruh *Perceived Benefit* (Persepsi Manfaat) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Perceived Benefit (Persepsi Manfaat)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Persepsi tinggi	66	64,1	39	37,9	<0,001	2,927
Persepsi rendah	37	35,9	64	62,1		(1,662- 5,156)
Total	103	100	103	100		

4.3.10 Pengaruh *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh persepsi hambatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 14. Responden yang memiliki persepsi hambatan lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (63,1%) daripada yang tidak patuh (44,7%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* = 0,012, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara persepsi hambatan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 2,120 (95% CI: 1,213–3,702) menunjukkan bahwa responden dengan persepsi hambatan tinggi memiliki risiko 2,120 kali lebih besar untuk tidak patuh

terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan persepsi hambatan rendah.

Tabel 14. Pengaruh *Perceived Barriers* (Persepsi Hambatan) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Perceived Barriers (Persepsi Hambatan)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Hambatan rendah	65	63,1	46	44,7	0,012	2,120
Hambatan tinggi	38	36,9	57	55,3		(1,213-3,702)
Total	103	100	103	100		

4.3.11 Pengaruh *Self Efficacy* (Keyakinan Diri) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh keyakinan diri dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 15. Responden yang memiliki keyakinan diri lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (62,1%) daripada yang tidak patuh (41,7%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* = 0,005, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara keyakinan diri dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 2,290 (95% CI: 1,310–4,003) menunjukkan bahwa responden dengan keyakinan diri rendah memiliki risiko 2,290 kali lebih besar untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan keyakinan diri tinggi.

Tabel 15. Pengaruh *Self Efficacy* (Keyakinan Diri) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Self Efficacy (Keyakinan Diri)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Persepsi tinggi	64	62,1	43	41,7	0,005	2,290 (1,310-4,003)
Persepsi rendah	39	37,9	60	58,3		
Total	103	100	103	100		

4.3.12 Pengaruh *Cues to Action* (Isyarat untuk Bertindak) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh isyarat untuk bertindak dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus seperti yang tertera pada Tabel 16. Responden yang memiliki isyarat untuk bertindak lebih banyak pada kelompok patuh terhadap pengobatan (75,7%) daripada yang tidak patuh (40,8%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai *p-value* <0,001, yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara isyarat untuk bertindak dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu. Nilai OR = 4,531 (95% CI: 2,492–8,239) menunjukkan bahwa responden dengan dorongan rendah memiliki risiko 4,531 kali lebih besar untuk tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan dorongan tinggi.

Tabel 16. Pengaruh *Cues to Action* (Isyarat untuk Bertindak) dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu

Cues to Action (Isyarat untuk Bertindak)	Perilaku Kepatuhan Pengobatan				p-value	OR (CI 95%)
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%		
Dorongan tinggi	78	75,7	42	40,8	<0,001	4,531 (2,492-8,239)
Dorongan rendah	25	24,3	61	59,2		
Total	103	100	103	100		

4.4 Analisis Multivariat

Analisis pengaruh dari variabel penelitian menggunakan analisis statistik inferensial. Melalui uji beberapa variabel independen yang berpengaruh secara erat dengan variabel dependen menggunakan uji regresi logistik ganda. Multivariat adalah untuk melihat variabel independen mana saja yang paling berpengaruh terhadap kejadian malaria. Analisis ini dilakukan melalui beberapa tahapan, dimulai dari tahapan pemilihan kandidat multivariat dengan mempertimbangkan nilai $P\text{-value} < 0,25$. (Creswell, 2016).

Analisis yang telah dilakukan berdasarkan hasil dari analisis bivariat antara variabel independen dan variabel dependen yang berguna untuk seleksi pemodelan pada tahap analisis lanjutan, dengan cara menentukan variabel yang nilai $P\text{-value} < 0,25$ dan dipilih sebagai kandidat untuk dimasukkan kedalam analisis multivariat.

Berdasarkan hasil analisis pada tabel seleksi bivariat dari keseluruhan variabel independen yang diuji, terdapat 7 variabel yang masuk sebagai kandidat multivariat, yaitu variabel jenis kelamin, *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan), *Perceived Severity* (persepsi keparahan), *Perceived Benefit* (persepsi manfaat), *Perceived Barriers* (persepsi hambatan), *Self Efficacy* (keyakinan diri), dan *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak). Sedangkan variabel lainnya yaitu pendidikan, pekerjaan, pendapatan, usia, dan lama menderita diabetes melitus tidak masuk ke dalam kandidat multivariat karena memiliki nilai $p\text{-value} > 0,25$.

Tabel 17. Variabel Kandidat Analisis Multivariat

Variabel	Nilai <i>p-value</i>	Keterangan
Pendidikan	0,486	Bukan kandidat <i>multivariat</i>
Pekerjaan	1,000	Bukan kandidat <i>multivariat</i>
Pendapatan	0,887	Bukan kandidat <i>multivariat</i>
Usia	0,774	Bukan kandidat <i>multivariat</i>
Jenis Kelamin	0,161	Kandidat <i>multivariat</i>
Lama Menderita DM	0,673	Bukan kandidat <i>multivariat</i>
<i>Perceived Susceptibility</i> (Persepsi Kerentanan)	<0,001	Kandidat <i>multivariat</i>
<i>Perceived Severity</i> (Persepsi Keparahan)	0,002	Kandidat <i>multivariat</i>
<i>Perceived Benefit</i> (Persepsi Manfaat)	<0,001	Kandidat <i>multivariat</i>
<i>Perceived Barriers</i> (Persepsi Hambatan)	0,012	Kandidat <i>multivariat</i>
<i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri)	0,005	Kandidat <i>multivariat</i>
<i>Cues to Action</i> (Isyarat untuk Bertindak)	<0,001	Kandidat <i>multivariat</i>

Uji multivariat dilakukan dengan melibatkan 7 variabel, di mana 5 di antaranya tidak memenuhi kriteria pemodelan multivariat berdasarkan hasil seleksi sebelumnya. Pemodelan multivariat pada penelitian ini menerapkan metode “*Backward:LR*” yaitu semua variabel dimasukkan ke dalam model terlebih dahulu, Selanjutnya, variabel independen yang memiliki nilai signifikansi paling besar (*p-value* tertinggi) dan tidak memenuhi kriteria statistik akan dikeluarkan secara bertahap dari model. Proses eliminasi dilakukan secara berulang hingga diperoleh model akhir yang hanya terdiri dari variabel-variabel yang memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel dependen serta menghasilkan model yang paling optimal. Hasil analisis model awal dari pemodelan multivariat yang telah dilakukan. Berikut hasil analisis multivariat model awal disajikan pada tabel 18.

Tabel 18. Model Awal Analisis Multivariat

Model Awal						
No	Variabel	B	p-value	OR	95% CI	
					Lower	Upper
1	Jenis Kelamin	0,647	0,044	1,910	1,018	3,583
2	Persepsi Keparahan Penyakit	0,182	0,612	1,199	0,594	2,420
3	Persepsi Kerentanan Penyakit	0,486	0,162	1,626	0,823	3,211
4	Persepsi Efikasi Diri	0,084	0,818	1,088	0,531	2,226
5	Persepsi Manfaat Pengobatan	0,635	0,064	1,887	0,965	3,692
6	Persepsi Hambatan Pengobatan	0,224	0,518	1,250	0,635	2,464
7	Persepsi Isyarat Untuk Bertindak	1,071	0,002	2,920	1,482	5,753
	Constant	-1,508	<0,000	0,206		

Tahapan pemodelan multivariat dalam penelitian ini menghasilkan model akhir setelah melalui enam langkah proses pengujian bertingkat. Model akhir yang diperoleh dari analisis multivariat tersebut ditampilkan pada tabel 19.

Tabel 19. Model Akhir Analisis Multivariat

Model Akhir						
No	Variabel	B	p-value	OR	95% CI	
					Lower	Upper
1	Persepsi Manfaat Pengobatan	0,777	0,012	2,174	1,189	3,974
2	Persepsi Isyarat Untuk Bertindak	1,327	<0,001	3,771	2,035	6,988
	Constant	-0,923	0,000	0,397		

Berdasarkan hasil pemodelan multivariat pada tabel, ditemukan dua variabel yang paling bermakna secara statistik dalam model ini adalah persepsi manfaat pengobatan ($p\text{-value} = 0,012$) dan persepsi isyarat untuk bertindak ($p\text{-value} < 0,001$). Kedua variabel tersebut memiliki nilai $p\text{-value} < 0,05$ yang menunjukkan adanya pengaruh signifikan terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus.

Variabel Persepsi Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*) merupakan faktor yang paling dominan dalam model ini dengan nilai OR sebesar 3,771. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi isyarat untuk bertindak yang tinggi memiliki peluang 3,771 kali lebih besar untuk patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi isyarat untuk bertindak yang rendah.

Selain itu, Persepsi Manfaat Pengobatan (*Perceived Benefit*) juga merupakan faktor yang berpengaruh signifikan dengan nilai OR sebesar 2,174. Artinya, responden yang memiliki persepsi manfaat pengobatan yang tinggi memiliki peluang 2,174 kali lebih besar untuk patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi manfaat pengobatan yang rendah. Secara keseluruhan, Persepsi Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*) menjadi faktor yang paling dominan, diikuti oleh Persepsi Manfaat Pengobatan (*Perceived Benefit*) dalam memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus.

Nilai *Nagelkerke R Square* (R^2) sebesar 0,197 menunjukkan bahwa variabel independen dalam penelitian ini mampu menjelaskan variasi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus sebesar 19,7%, sedangkan sisanya sebesar 80,3% dipengaruhi oleh faktor lain di luar penelitian, seperti dukungan keluarga, akses pelayanan kesehatan, pengetahuan pasien, kondisi psikologis, kepemilikan jaminan kesehatan, serta faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan bahwa terdapat 2 variabel yang memiliki hubungan signifikan dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, yaitu persepsi manfaat pengobatan (*perceived benefit*) dan persepsi isyarat untuk bertindak (*cues to action*). Hasil akhir didapatkan nilai konstanta -0,923, sehingga persamaan yang diperoleh adalah:

$$y (\text{kepatuhan pengobatan}) = -0,923 + 0,777 (1) + 1,327 (1) = 1,181.$$

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$P = \frac{1}{1 + 2,7^{-1,181}} = 0,763$$

Berdasarkan hasil perhitungan probabilitas, responden yang memiliki persepsi manfaat pengobatan rendah dan persepsi isyarat untuk bertindak rendah memiliki probabilitas sebesar 76,3% untuk tidak patuh terhadap pengobatan.

Selanjutnya, hasil persamaan pada responden yang memiliki persepsi manfaat pengobatan tinggi dan persepsi isyarat untuk bertindak tinggi adalah:

$$y (\text{kepatuhan pengobatan}) = -0,923 + 0,777 (0) + 1,327 (0) = -0,923.$$

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$P = \frac{1}{1 + 2,7^{0,923}} = 0,285$$

Berdasarkan perhitungan di atas diperoleh probabilitas sebesar 0,285 atau 28,5%. Artinya, responden yang memiliki persepsi manfaat pengobatan tinggi dan persepsi isyarat untuk bertindak tinggi memiliki probabilitas sebesar 28,5% untuk tidak patuh terhadap pengobatan, atau dengan kata lain memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden yang memiliki persepsi manfaat dan isyarat untuk bertindak yang rendah.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai faktor-faktor yang berpengaruh dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Distribusi frekuensi subjek penelitian sebagai berikut:
 - a. Responden dengan pendidikan tinggi (SMA dan perguruan tinggi) sebesar 50,5% (104 responden).
 - b. Responden yang bekerja pada sektor nonformal sebesar 63,6% (131 responden).
 - c. Responden yang memiliki pendapatan tinggi ($\geq$ UMK Rp3.047.734) sebesar 59,2% (122 responden).
 - d. Responden usia produktif <59 tahun sebesar 61,7% (127 responden).
 - e. Responden berjenis kelamin laki-laki sebesar 54,9% (113 responden).
 - f. Responden yang memiliki lama menderita diabetes melitus >5 tahun sebesar 56,3% (116 responden).
 - g. Responden dengan *Perceived Susceptibility* rendah sebesar 60,2% (124 responden).
 - h. Responden dengan *Perceived Severity* rendah sebesar 52,9% (109 responden).
 - i. Responden dengan *Perceived Benefit* rendah sebesar 57,8% (119 responden).

- j. Responden dengan *Perceived Barriers* tinggi sebesar 52,4% (108 responden).
 - k. Responden dengan *Self Efficacy* rendah sebesar 54,4% (112 responden).
 - l. Responden dengan *Cues to Action* rendah sebesar 52,9% (109 responden).
2. Hasil uji bivariat pada penelitian ini adalah sebagai berikut:
- a. Tidak ada pengaruh antara faktor pendidikan ($p\text{-value} = 0,486$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - b. Tidak ada pengaruh antara faktor pekerjaan ($p\text{-value} = 1,000$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - c. Tidak ada pengaruh antara faktor pendapatan ($p\text{-value} = 0,887$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - d. Tidak ada pengaruh antara faktor usia ($p\text{-value} = 0,774$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - e. Tidak ada pengaruh antara faktor jenis kelamin ($p\text{-value} = 0,161$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - f. Tidak ada pengaruh antara faktor lama menderita diabetes melitus ($p\text{-value} = 0,673$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - g. Terdapat pengaruh antara faktor *Perceived Susceptibility* ($p\text{-value} = 0,001$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - h. Terdapat pengaruh antara faktor *Perceived Severity* ($p\text{-value} < 0,001$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.

- i. Terdapat pengaruh antara faktor *Perceived Benefit* ($p\text{-value} = 0,005$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - j. Terdapat pengaruh antara faktor *Perceived Barriers* ($p\text{-value} = 0,036$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - k. Terdapat pengaruh antara faktor *Self Efficacy* ($p\text{-value} = 0,008$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
 - l. Terdapat pengaruh antara faktor *Cues to Action* ($p\text{-value} < 0,001$) dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu.
3. Faktor yang paling dominan berpengaruh dengan kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Gadingrejo Kabupaten Pringsewu adalah *Cues to Action* (isyarat untuk bertindak) dengan $p\text{-value} < 0,001$ dan $OR = 3,771$.

6.2 Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu dan Puskesmas Gadingrejo
 - a. Peningkatan edukasi dan promosi kesehatan terkait kepatuhan pengobatan diabetes melitus perlu lebih difokuskan pada penguatan *Cues to Action* melalui pengingat rutin, konseling terjadwal, serta optimalisasi peran tenaga kesehatan dan kader kesehatan dalam memberikan dorongan berkelanjutan kepada pasien.
 - b. Penguatan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) perlu dilakukan secara lebih aktif dan terstruktur melalui monitoring kepatuhan minum obat, kunjungan rumah bagi pasien tidak patuh, serta integrasi sistem pengingat pengobatan untuk meningkatkan kepatuhan pasien diabetes melitus.
 - c. Optimalisasi edukasi berbasis *Health Belief Model* perlu ditingkatkan, terutama dalam memperbaiki persepsi pasien terkait kerentanan,

keparahan penyakit, manfaat pengobatan, serta mengurangi hambatan dalam menjalani terapi secara berkelanjutan.

2. Bagi Pasien Diabetes Melitus

- a. Pasien diabetes melitus diharapkan lebih meningkatkan kesadaran dalam menjalani pengobatan secara teratur dengan mengikuti anjuran tenaga kesehatan serta tidak menghentikan terapi tanpa konsultasi.
- b. Pasien disarankan untuk lebih aktif mencari informasi kesehatan, meningkatkan keyakinan diri dalam mengelola penyakit, serta memanfaatkan dukungan keluarga sebagai penguat dalam menjalani pengobatan jangka panjang.
- c. Pasien diharapkan memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia secara rutin, termasuk kontrol berkala dan program Prolanis, guna menjaga kestabilan kondisi kesehatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian kualitatif yang lebih mendalam agar dapat mengeksplorasi secara lebih komprehensif pengalaman, persepsi, hambatan, dan motivasi pasien diabetes melitus dalam menjalani kepatuhan pengobatan. Penelitian lanjutan juga perlu menggali faktor psikologis dan sosial lainnya, seperti stres, dukungan sosial yang lebih spesifik, serta kualitas interaksi pasien dengan tenaga kesehatan, sehingga dapat diperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien diabetes melitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., Fatmaningrum, W., & Yusuf, A. (2011). Upaya meningkatkan perilaku pasien dalam tatalaksana diabetes mellitus dengan pendekatan teori model behavioral system Dorothy E. Johnson. *Jurnal Ners*, 6(1), 1–10.
- Akrom, A., Saputra, A., & Yuniarti, N. (2019). Faktor-faktor yang berpengaruh dengan kepatuhan pengobatan pasien diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 8(2), 90–98.
- Alamer, A. S. (2024). Behavior Change Theories and Models Within Health Belief Model Research: A Five-Decade Holistic Bibliometric Analysis. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.63143>
- Alfian, R., Ariani, N., Nita, Y., & Athiyah, U. (2025). Assessment to barriers of medication adherence among patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Research in Pharmacy*, 29(3), 918–927. <https://doi.org/10.12991/jrespharm.1693752>
- Alibigloo, H. P., & Eshaghi, Z. (2025). The Integrated Model of Health Behavior Promotion (IMHBP): A Synergistic Approach to Promote Health-Oriented Behaviors. *The Open Public Health Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.2174/0118749445375249250206112941>
- Almira, N., Arifin, S., & Rosida, L. (2019). Faktor-faktor yang berpengaruh dengan perilaku kepatuhan minum obat anti diabetes pada penderita diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Teluk Home Banjarmasin. *Jurnal Homeostasis*, 2(1), 9–12.
- Arfania, M. (2021). Analisis faktor risiko kepatuhan minum obat pasien diabetes mellitus di rumah sakit Karawang. *Jurnal Buana Farma*, 1, 5–9.
- Aronson, R., Orzech, N., Ye, C., Brown, R. E., & Goldenberg, R. (2020). Gender differences in medication adherence among patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Therapy*, 11(2), 411–420.

- Arraji, M., Wachami, N. Al, Iderdar, Y., Bouchachi, F. Z., Boumendil, K., & Chahboune, M. (2025). Prevalence and determinants of medication adherence in Moroccan patients with type 2 diabetes: a multicenter cross-sectional study. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 16(4), 392–405.
<https://doi.org/10.24171/j.phrp.2025.0014>
- Ashari, A., Widjanarko, B., Shaluhiah, Z., & Margawati, A. (2025). Exploring Sociodemographic Determinants: An Investigation into Sexual Behavior among Adolescents in Indonesia. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 8(1), 36–43.
[https://doi.org/10.4103/shb.shb_74_24](https://doi.org/10.4103/shb.shb_74_24)
- Awodele, O., & Osuolale, J. A. (2015). Medication adherence in type 2 diabetes patients: Study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*, 15(2), 513–522.
- Banack, H. R., Fox, M. P., Platt, R. W., Garber, M. D., Li, X., Schildcrout, J., & Matthay, E. C. (2025). Modern sources of controls in case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 194(9), 2631–2640.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwae437>
- Bellah Esti Kawa, A., Indayany Wiyono, W., & Afriani Mpila, D. (2022). Evaluation Of The Adherence Level On Antidiabetic Drugs Used In Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients At Puskesmas Minanga Manado Evaluasi Tingkat Kepatuhan Minum Obat Antidiabetes Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan Di Puskesmas Minanga Manado.
- Berhe, K. K., Mselle, L. T., & Gebru, H. B. (2025). Barriers to effective diabetes mellitus self-management (DMSM) practices among type 2 diabetic patients in Tigray region, northern Ethiopia: a qualitative study. *Discover Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01032-4>
- Bibi, R. E., & Purwanti, O. S. (2024). Health belief model dengan kepatuhan minum obat pada pasien diabetes melitus. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(6), 749–755.
- Biswas, A., Chen, C., Dobson, K. G., Prince, S. A., Shahidi, F. V., Smith, P. M., & Fuller, D. (2023). Identifying the sociodemographic and work-related factors related to workers' daily physical activity using a decision tree approach. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16747-9>
- Bjørnerud Korslund, S., Hansen, B. H., & Bjørkkjær, T. (2023). Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. *BMC Public*

- Health, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12889-023-15435-y
- Boyoh, M. E., Kaawoan, A., & Bidjuni, H. (2015). Pengaruh pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan Unsrat*, 3(3), 1–6.
- Buglar, M. E., White, K. M., & Robinson, N. G. (2010). The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Test of an extended health belief model. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 269–272.
- Bulu, A., Wahyuni, T. D., & Sutriningsih, A. (2019). Pengaruh antara tingkat kepatuhan minum obat dengan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus tipe II. *Nursing News*, 4(1), 181–189.
- Butayeva, J., Ratan, Z. A., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Diabetes*, 15(9), 724–735. https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436
- Chai, X., Tan, Y., & Dong, Y. (2024). An investigation into social determinants of health lifestyles of Canadians: a nationwide cross-sectional study on smoking, physical activity, and alcohol consumption. *BMC Public Health*, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12889-024-19427-4
- Chandrasekaran, P., & Weiskirchen, R. (2024). The Role of Obesity in Type 2 Diabetes Mellitus—An Overview. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(3). https://doi.org/10.3390/ijms25031882
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2025). Determinants of medication adherence in patients with diabetes, hypertension, and hyperlipidemia. *Hormones*, 24(2), 443–459. https://doi.org/10.1007/s42000-025-00631-9
- Della, A., Subiyanto, P., & Maria, A. (2023). Faktor-faktor yang berpengaruh dengan kepatuhan pengobatan pasien diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas*, 7, 124–132.
- Demeterco-Berggren, C., Ebekozi, O., Noor, N., Rompicherla, S., Majidi, S., Jones, N. H. Y., McDonough, R., Odugbesan, O., Kim, A., Izquierdo, R., Kamboj, M. K., & Jacobsen, L. M. (2023). Factors Associated With Achieving Target A1C in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: Findings From the T1D Exchange Quality Improvement Collaborative. *Clinical Diabetes*, 41(1), 68–75. https://doi.org/10.2337/cd22-0073

- Demissie, B. M., Girmaw, F., Amena, N., & Ashagrie, G. (2024). Prevalence of metabolic syndrome and associated factors among patient with type 2 diabetes mellitus in Ethiopia, 2023: a systematic review and meta analysis. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18580-0>
- Devi, B., Devi, P., Pradhan, S., Lepcha, N., Professor, A., Professor, A., & Lecturer, A. (2022). Theory At A Glance: Health Belief Models In Predicting Health Behaviors. *Jbino.Com*, 11(2).
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu. (2024). Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu Tahun 2023.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu. (2025). Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu Tahun 2024.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2025). Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2024.
- Doya, I. F., Yahaya, J. J., Ngaiza, A. I., & Bintabara, D. (2024). Low medication adherence and its associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus attending Amana Hospital in Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study. *International Health*, 16(2), 200–207.
- Duong, K. N. C., Tan, C. J., Rattanasiri, S., Thakkestian, A., Anothaisintawee, T., & Chaiyakunapruk, N. (2023). Comparison of diagnostic accuracy for diabetes diagnosis: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10.
- El Kirat, H., van Belle, S., Khattabi, A., & Belrhiti, Z. (2024). Behavioral change interventions, theories, and techniques to reduce physical inactivity and sedentary behavior in the general population: a scoping review. *BMC Public Health*, 24(1).
- Elisua Prabantara, T., Budi Atmoko, W., Berliani Prasaja Putri, F., & others. (2025). Penerapan Theory of Planned Behavior Dalam Memprediksi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 3, 61–68.
- Eriksson, M., Sundberg, L. R., Santosa, A., Lindgren, H., Ng, N., & Lindvall, K. (2025). Health behavioural change—the influence of social-ecological factors and health identity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 20(1).
- Giannakogeorgou, A., Roden, M., & Pafili, K. (2025). Diabetes mellitus as a multisystem disease: understanding subtypes, complications, and the link with steatotic liver diseases in humans. *Hormones*.
- Grunbaum, S. (2023). “Understanding Diabetes Mellitus Causes, Symptoms, and Complications.” *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 50(3).
- Haris, F., Fadhillah, A. I., Relawati, A., Irawati, K., Rahman, F. F., Rusyani, Y., & Pentrakan, A. (2024). Integrated Management for Patients with Diabetes

- Mellitus: A Literature Review. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*, 7(2), 113–122.
- Harreiter, J., & Roden, M. (2023). Diabetes mellitus: definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2023). *Wiener Klinische Wochenschrift*, 135, 7–17.
- Harun, H., & Chandra, H. (2025). Analisis pengaruh teori Health Belief Model dengan kepatuhan pengobatan penderita diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Galala. *Inovasi Kesehatan Global*, 2(2), 255–277.
- Hasbi, M. (2017). Analisis faktor yang memengaruhi kepatuhan penderita diabetes melitus dalam melakukan olahraga di wilayah kerja Puskesmas Praya Lombok Tengah. *Jurnal Kesehatan Prima*, 11(1), 76–82.
- Hasriati, Buton, L. D., & Pusmarani, J. (2025). Faktor-Faktor yang Berpengaruh dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dalam Menjalani Pengobatan di Puskesmas Usuku, Kecamatan Tomia Timur. *Jurnal Pharmacia Mandala Waluya*, 4(3), 212–219.
- HD Lasari, H. (2024). Hubungan Jenis Kelamin Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura 1.
- Highton, P. J., Funnell, M. P., Gupta, P., Zaccardi, F., Lim, L. L., Seidu, S., & Khunti, K. (2025a). Improving medication adherence in type 2 diabetes: strategies for better clinical and economic outcomes. *Diabetologia*.
- Highton, P. J., Funnell, M. P., Gupta, P., Zaccardi, F., Lim, L. L., Seidu, S., & Khunti, K. (2025b). Improving medication adherence in type 2 diabetes: strategies for better clinical and economic outcomes. *Diabetologia*.
- Ichsan, B., Wira Adikara, A., & Maulana Muhammad, M. (2024). Support and Barrier to Treatment Adherence in Diabetes Mellitus Patient: A Qualitative Phenomenological Study.
- Iskandar, F. F., Putri, D. F., & Amirus, K. (2025). Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Puskesmas Gedong Air Bandar Lampung. *Jurnal Medika Malahayati*, 9(2).
- Ismayadi, T., Adawiyah, W. R., & Aji, B. (2021). Pengaruh Health Belief Model Terhadap Kepatuhan Kontrol Pengobatan Dengan Coronaphobia Sebagai Variabel Moderasi. *Jurnal Ekonomi, Bisnis, dan Akuntansi*, 23(4), 96–109.
- Jabbar, A., Ode Muhammad Fitrawan, L., Nurmiati Ansyar, M., Elviyanti Dwi Saputri, D., Yulia Fitri, D., Naari, A., Bahrul, H., Kana, F., Ode Muhammad Hidayat Haofu, L., Fildayanti, N., Ilyas, M. Y., Juwita, D., & others. (2025). Indonesian Journal of Community Empowerment Kenali Gula Sejak Dini Melalui Edukasi Gaya Hidup Sehat Untuk Cegah Diabetes Di Komunitas. 2(11), 976–982.
- Jaggy S. (2023). Diabetes Mellitus: A Comprehensive Review of Pathophysiology, Management, and Emerging Therapeutic Approaches.

- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. *Health Communication*, 30(6), 566–576.
- Juan J. Rumondor, Grace Debbie Kandou, & Wulan Pingkan Julia Kaunang. (2025). Faktor-Faktor yang Berpengaruh dengan Kepatuhan Berobat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Tumpaan. *KREATIF*, 5(2), 602–611.
- Katiyar, A. (2023). Diabetes mellitus: Risk Factors Contributing to Type 2 Diabetes.
- Khormi, Y. H. (2025). The Health Belief Model: A Framework for Understanding Health Behavior.
- Kim, M., Han, K., Lee, K., Kim, B., Kim, K., Ko, S. H., Ahn, Y. B., Kim, S. Y., Lee, S. H., & Yun, J. S. (2025). Income and Severe Hypoglycemia in Type 2 Diabetes. *JAMA Network Open*, 8(6).
- Kusnanto, K., Izza, E. L., Yuswanto, T. J. A., & Arifin, H. (2019). A Qualitative Inquiry into The Adherence of Adults Type 2 Diabetes Mellitus with Dietary Programs. *Jurnal Ners*, 14(2), 118–123.
- Li, H., Li, Y., Wang, J., Zhang, Y., & Ben, S. (2025). Enablers and Barriers to Medication Self-Management in Patients With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study Using the COM-B Model. *Patient Preference and Adherence*, 19, 485–501.
- Limbu, Y. B., & Gautam, R. K. (2023). How Well the Constructs of Health Belief Model Predict Vaccination Intention. *Vaccines*, 11(4).
- Liu, D., Wang, H., Zhang, W., Chen, P., Lin, Y., Xie, Y., Zou, M., Li, D., Fang, M., Hu, B., & Shi, L. (2025). Sociodemographic characteristics, occupational characteristics, motivational factors, and job satisfaction among primary health service practitioners. *BMC Primary Care*, 26(1).
- Lu, X., Xie, Q., Pan, X., Zhang, R., Zhang, X., Peng, G., Zhang, Y., Shen, S., & Tong, N. (2024). Type 2 diabetes mellitus in adults: pathogenesis, prevention and therapy. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1).
- Manjula, S., & Kumar, M. K. (2025). Expert Opinion on Managing Uncontrolled Type 2 Diabetes.
- Mivtahurrahimah, & Sevtiyani, I. (2025). Factors Contributing to Rising Diabetes Cases in Indonesia: Insights from the 2023 Indonesian Health Survey. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 10(3), 57–69.
- Morak-Młodawska, B., Jeleń, M., Martula, E., & Korlacki, R. (2023). Study of Lipophilicity and ADME Properties of 1,9-Diazaphenothiazines with Anticancer Action. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(8).
- Mutia Rissa, M. (2025). Pengaruh Diabetic Self-Management Education (DSME) Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus

- Tipe 2. Indonesian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research, 08(02), 25–030.
- Nababan, M., Umbul Wahyuni, C., & Aguslina Siregar, F. (2023). Factors Associated With Type 2 Diabetes Mellitus At Adam Malik General Hospital, Medan, Indonesia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 11(2), 189–197.
- Ningrum, D. K. (2020). Kepatuhan minum obat pada penderita diabetes melitus tipe II. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 4(Special 3), 492-505.
- Notoatmodjo, S. (2004). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuurositha, N., Wahyuni, F. A., Erwina, W., & Rahman, R. A. (2025). Analisis Hubungan Faktor Sosiodemografi dan Sosioekonomi Dengan Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Damai Berdasarkan MMAS-8. *Journal of Pharmaceutical and Sciences*, 1877-1886.
- Pahlawati, A., & Nugroho, P. S. (2019). Pengaruh tingkat pendidikan dan usia dengan kejadian diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Palaran Kota Samarinda Tahun 2019. *Borneo Student Research*, 1(1), 1–5.
- Parmar, J., El Masri, A., MacMillan, F., McCaffery, K., & Arora, A. (2025). Health literacy and medication adherence in adults from ethnic minority backgrounds with Type 2 Diabetes Mellitus: a systematic review. *BMC Public Health*, 25(1).
- Perdana, A. A., et al. (2018). Pengaruh lama menderita diabetes melitus tipe 2 dengan kepatuhan pengobatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 12–18.
- Pérez-Guerrero, E. E., Guillén-Medina, M. R., Márquez-Sandoval, F., Vera-Cruz, J. M., Gallegos-Arreola, M. P., Rico-Méndez, M. A., Aguilar-Velázquez, J. A., & Gutiérrez-Hurtado, I. A. (2024). Methodological and Statistical Considerations for Cross-Sectional, Case–Control, and Cohort Studies. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14).
- Pramono, A. P. (2018). Analisis kepatuhan pemenuhan kebutuhan gizi pada klien dengan diabetes mellitus berbasis teori health belief model. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Pramudyatama, I. W., Ichsan, B., & Noviyanti, R. D. (2025). Pengaruh antara usia, pengetahuan, dan tingkat pendidikan terhadap kepatuhan minum obat pasien diabetes melitus. *Jurnal Keilmuan dan Keislaman*, 152–159.
- Prasetyowati, U., Tamtoto, D., & Murti, B. (2018). Path analysis: Factors associated with self preventive care among patients with type 2 diabetes mellitus in Surakarta. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 3(2), 86–93.
- Pusmarani, J. (2025). Faktor-Faktor yang Berpengaruh dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dalam Menjalani Pengobatan di

- Puskesmas Usuku, Kecamatan Tomia Timur. *Jurnal Pharmacia Mandala Waluya*, 4(3), 212–219.
- Rakhshani, T., Razeghi, E., Kashfi, S. M., Kamyab, A., & Khani Jeihooni, A. (2024). The effect of educational intervention based on health belief model on colorectal cancer screening behaviors. *BMC Public Health*, 24(1).
- Rondhianto, Ridla, A. Z., & Hasan, H. (2024). Sociodemographic Factors Affecting Diabetic Dietary Behavior in People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Kemas*, 19(3), 429–437.
- Rosalinda, J. (2023). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Kotagede II Yogyakarta. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 15.
- Rosenstock, I. M. (2016). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Rubin, R. R., Mark, P., Davida, F. K., & Luther, B. T. (2009). Barriers to insulin injection therapy: Patient and health care provider perspective. *The Diabetes Educator*, 35, 1014–1036.
- Saboo, B., Kalra, P., Majumdar, S., Phatak, S., Deka, N., Kadam, Y., Kotru, S., Shivane, V., Arun, N., Tyagi, P., Saju, B., Iyer, R., Sugumaran, A., & Mohanasundaram, S. (2025). Current Practices and Perspectives of Clinicians on Glucose Monitoring in Indian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Diabetes and Technology*, 4(4), 152–158.
- Sakul, W. P., & Andriani, H. (2025). Prevalensi Global Diabetes Mellitus.
- Saputri, E. I. (2021). Gambaran Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Ceper Klaten -Repository UMKLA.
- Sardu, C., Zimbudzi, E., Moradpour, F., & Alfian, S. D. (2023). Sociodemographic and behavioural risk factors associated with low awareness of diabetes mellitus medication in Indonesia: Findings from the Indonesian Family Life Survey (IFLS-5).
- Schwardz, P., Magliano, D., Boyko, E., Genitsaridi, I., Piemonte, L., Riley, P., & Salpea, P. (2025). *Diabetes Atlas 11th Edition 2025*.
- Setiawan, D., Tjandrawinata, R. R., Sigit Prasuma, G., Nurul Annisa, A., & Soegondo, S. (2025). The Use of DLBS3233 Bioactive Fraction in Type 2 Diabetes Mellitus Management in Indonesia: A Cost-Effectiveness Analysis of Real-World Evidence. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 36(3).
- Setyawan, A., Luthfiyanti, N., & Pratama, K. J. (2024). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Kota Surakarta.
- Siddiquea, B. N., Magliano, D. J., Chowdhury, H. A., Chowdhury, M. R. K., Afroz, A., Shah, S. S., & Billah, B. (2025). Glycaemic control and its related factors among people with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: a

- systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 6.
- Sitompul, E. M. S., & As Shidieq, F. H. (2024). Effectiveness of Diabetes Mellitus Type 2 Management in Prolanis Participants at the BPJS Kesehatan Sibolga. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 4(2), 251–268.
- Sri Handayani, D., Vitayani, S., Wirawan Harahap, M., Beru Gani, A., & Jabal Nur, M. (2025a). Analysis of complications in type 2 diabetes mellitus patients at Ibnu Sina Hospital in 2023. *Healthy Tadulako Journal*, 11(2), 300–306.
- Sri Handayani, D., Vitayani, S., Wirawan Harahap, M., Beru Gani, A., & Jabal Nur, M. (2025b). Analysis of complications in type 2 diabetes mellitus patients at Ibnu Sina Hospital in 2023. *Healthy Tadulako Journal*, 11(2), 300–306.
- Stroeve, S., Hill, K., Conley, C., & Quattlebaum, T. (2024). Case-Control Study Design to Identify Attributable Risk Factors for Rare Yet Trending Healthcare-Associated Infections. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 4(S1), s134–s135.
- Studer, C. M., Linder, M., & Pazzagli, L. (2023). A global systematic overview of socioeconomic factors associated with antidiabetic medication adherence in individuals with type 2 diabetes. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 42(1).
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandaran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183.
- Tegegne, B. A., Adugna, A., Yenet, A., Yihunie Belay, W., Yibeltal, Y., Dagne, A., Hibstu Teffera, Z., Amare, G. A., Abebaw, D., Tewabe, H., Abebe, R. B., & Zeleke, T. K. (2024). A critical review on diabetes mellitus type 1 and type 2 management approaches. *Frontiers in Endocrinology*, 15.
- Thant, M. O., Htun, Z. Z., & Win Myint, O. (2025). Barriers to Medication Adherence for Type 2 Diabetes Mellitus in Mandalay City, Myanmar: A Qualitative Study. *Preventive Medicine: Research & Reviews*.
- The American Diabetes Associations. (2024). Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2024. *Diabetes Care*, 47, S20–S42.
- Ulum, Z., Kusnanto, & Widyawati, I. Y. (2015). Kepatuhan medikasi penderita diabetes mellitus tipe 2 berdasarkan teori health belief model di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya. *Jurnal Keperawatan Airlangga*, 4(1), 1–11.
- UPT Puskesmas Gadingrejo. (2025). Profil Kesehatan Puskesmas Gadingrejo 2024.

- Vazini, H., & Barati, M. (2014). The health belief model and self-care behaviors among type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 6(3), 107–113.
- Vlăduțu, D. E., Ionescu, M., Noveri, L., Manolea, H. O., Scriciu, M., Popescu, S. M., Turcu, A. A., Ștefăruță, A., Lăzărescu, G., & Mercuț, V. (2023). Aspects of Dental Occlusion Assessed with the T-Scan System among a Group of Romanian Dental Students in a Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6).
- Volčanšek, Š., Lunder, M., & Janež, A. (2023). Health-Related Quality of Life Assessment in Older Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes. *Healthcare*, 11(15).
- Wang, M., Lee, K., Thew, H. Z., Sowtali, S. N., Jiang, Q., Cao, Y., & Lim, P. Y. (2025). Medication Adherence Interventions Among People Living with Diabetes: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, 19, 3095–3112.
- Wibowo, A. (2017). Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien lanjut usia dengan diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(3), 150–157.
- Wongrith, P., Thirarattanasunthon, P., & Kaewsawat, S. (2021). Glycemic control outcome in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 20(2), 1269–1279.
- Xie, C., Zhang, Z., Zhang, X., Li, Y., Shi, P., & Wang, S. (2025). Effects of interventions on physical activity behavior change in children and adolescents based on a trans-theoretical model: a systematic review. *BMC Public Health*, 25(1).
- Xin, Y., & Ren, X. (2023). Determinants of province-based health service utilization according to Andersen's Behavioral Model: a population-based spatial panel modeling study. *BMC Public Health*, 23(1).
- Xue, C., Chen, K., Gao, Z., Bao, T., Dong, L. S., Zhao, L., Tong, X., & Li, X. (2023). Common mechanisms underlying diabetic vascular complications. *Cell Communication and Signaling*, 21(1).
- Yamada, A., Miura, M., Kawamata, S., Kurihara, M., Nishida, A., Tsunemi, A., Kameda, T., Masuzawa, M., & Saito, E. (2025). Association Between Medication Adherence and Understanding of Diabetes and Diabetic Nephropathy in People With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Nursing and Health Sciences*, 27(3).
- Ye, Z., Gao, Y., Xie, E., Li, Y., Guo, Z., Li, P., Ren, J., & Zheng, J. (2022). Evaluating the predictive value of diabetes mellitus diagnosed according to the Chinese guidelines (2020 edition) for cardiovascular events. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 14(1).
- Zhang, A., Wang, J., Wan, X., Zhang, Z., Zhao, S., Guo, Z., & Wang, C. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Telemedicine in Glycemic

Management among Patients with Type 2 Diabetes in Primary Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7).

Zhou, B., Rayner, A. W., Gregg, E. W., Sheffer, K. E., Carrillo-Larco, R. M., Bennett, J. E., Shaw, J. E., Paciorek, C. J., Singleton, R. K., Barradas Pires, A., Stevens, G. A., Danaei, G., Lhoste, V. P., Phelps, N. H., Heap, R. A., Jain, L., D'Ailhaud De Brisis, Y., Galeazzi, A., Kengne, A. P., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *The Lancet*, 404(10467), 2077–2093.