

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Kronis

Penyakit kronis merupakan penyakit yang berkembang dengan jangka waktu yang lama (KBBI, 2021 <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/Penyakit%20Kronis>). Menurut Smaletzer dan Bare (2010) dalam Nurlatifah (2018:7), Penyakit kronis adalah gangguan kesehatan yang berhubungan dengan gejala-gejala yang membutuhkan jangka panjang dalam penatalaksanaanya. Macam-macam penyakit kronis antara lain, hipertensi, diabetes melitus, penyakit paru obstruktif kronik, jantung, asma, epilepsy, skizofrenia, stroke, dan *systemic lupus erythematosus* (BPJS, 2013 dalam Mutaqin; dkk, 2022:26)

B. Penyakit Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Menurut WHO (2021b), hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang terlalu tinggi. Hipertensi merupakan keadaan seseorang yang mengalami peningkatan darah dengan ditunjukkan oleh angka *systolic* (bagian atas) serta angka *diastolic* (bagian bawah) pada pemeriksaan tensi darah dengan menggunakan alat pengukur tekanan darah yaitu *cuff* air raksa (*sphygmomanometer*) maupun alat digital lainnya (Irwan, 2018:31).

2. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi dua kelompok sebagai berikut :

- a . Hipertensi essensial (primer) yang tidak diketahui penyebabnya
- b . Hipertensi sekunder yang penyebabnya bisa diketahui (10%), yaitu kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid, penyakit kelenjar adrenal dan lain-lain (Kemenkes RI, 2013:5).

Menurut Medley T, Wilson J (2016:12) hipertensi diklasifikasikan berdasarkan kategori yang tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	dan / atau	80-84
Normal tinggi	130-139	dan / atau	84-89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan / atau	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan / atau	100-109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan / atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	Dan	< 90

Hipertensi sistolik terisolasi (HST) diartikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik < 90 mmHg. Beberapa studi telah membuktikan bahwa prevalensi HST pada usia lanjut sangat tinggi akibat proses penuaan, akumulasi kolagen, kalsium, serta degradasi elastin pada arteri. Kekakuan aorta dapat meningkatkan tekanan darah sistolik serta pengurangan volume aorta yang akan mengakibatkan penurunan tekanan darah diastolik (Kemenkes RI, 2013:6).

3. Diagnosis

Penilaian tekanan darah dan diagnosis hipertensi mencakup pengukuran tekanan darah, anamnesis, pemeriksaan fisik, evaluasi risiko penyakit, kardiovaskuler absolut, investigasi laboratorium, serta uji diagnostik lainnya bila diperlukan. Tujuan dari diagnosis hipertensi yaitu mengidentifikasi semua faktor risiko kardiovaskular, mengetahui kerusakan organ sasaran serta kondisi klinis yang berkaitan, mencari penyebab hipertensi sekunder, dan mengetahui terapi yang akan dipergunakan serta kapan terapi tersebut dimulai (Medley Wilson, 2016:15).

Diagnosis hipertensi pada pelayanan kesehatan primer atau puskesmas ditegakkan oleh dokter sesudah memperoleh peningkatan tekanan darah dalam dua kali pengukuran dengan jarak satu minggu. Diagnosis hipertensi ditegakkan apabila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, apabila salah satu dari sistolik ataupun diastolik meningkat maka diagnosis hipertensi sudah dapat ditegakkan (Kemenkes RI, 2013:17).

4. Faktor Risiko

Menurut Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013:), faktor risiko hipertensi bisa dibedakan menjadi dua kelompok, sebagai berikut :

a . Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Umur

Umur mempengaruhi terjadinya hipertensi. Risiko terdiagnosa hipertensi akan semakin besar dengan seiringnya penambahan umur. Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan darah sistolik. Penyebab dari kejadian ini yaitu terjadinya perubahan struktur di pembuluh darah besar (Kemenkes RI, 2013:7).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin berpengaruh pada terjadinya hipertensi. Pria memiliki risiko sekitar 2-3 kali lebih besar dari pada perempuan dalam mengalami peningkatan tekanan darah sistolik, hal ini diduga karena pria memiliki gaya hidup yang cenderung terjadinya peningkatan tekanan darah. Tetapi peningkatan prevalensi hipertensi pada perempuan terjadi ketika menduduki masa *menopause* (Kemenkes RI, 2013:7).

3) Keturunan (genetik)

Peningkatan risiko hipertensi dapat dipengaruhi oleh riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan), terutama hipertensi primer (essensial). Faktor genetik juga berhubungan dengan metabolisme pengaturan yodium serta renin membrane sel (Kemenkes RI, 2013:7).

b . Faktor risiko yang dapat diubah

1) Kegemukan (obesitas)

Kegemukan atau obesitas adalah penumpukan lemak abnormal atau berlebihan yang bisa mengganggu kesehatan (WHO. 2021c [https://www.who.int/news-room/factsheets /detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight)). Berat badan indeks masa tubuh (IMT) berkaitan langsung dengan tekanan darah, paling utama pada tekanan darah sistolik. Obesitas bukan penyebab dari hipertensi, namun prevalensi hipertensi pada obesitas memiliki jumlah yang lebih banyak. Orang gemuk memiliki risiko relatif lima kali lebih tinggi untuk

menderita hipertensi dibandingkan dengan seseorang yang memiliki berat badan normal (Kemenkes RI, 2013:9).

2) Merokok

Zat-zat kimia beracun antara lain nikotin serta karbon monoksida yang dihisap melalui rokok kemudian melalui aliran darah dapat menimbulkan tekanan darah tinggi. Merokok akan meningkatkan denyut jantung, maka kebutuhan oksigen otot-otot jantung mengalami peningkatan (Kemenkes RI, 2013:9).

3) Kurang aktivitas fisik

Olahraga yang teratur bisa membantu menurunkan tekanan darah serta bermanfaat untuk penderita hipertensi ringan. Dengan melakukan olahraga aerobik yang teratur tekanan darah bisa turun, walaupun berat badan belum mengalami penurunan (Kemenkes RI, 2013:9).

4) Konsumsi garam berlebihan

Peningkatan tekanan darah dapat disebabkan oleh konsumsi garam yang berlebihan karena terjadinya penumpukan cairan dalam tubuh sehingga menarik cairan diluar sel agar tidak dikeluarkan (Kemenkes RI, 2013:9).

5) Dislipidemia

Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis, lalu dapat mengakibatkan kenaikan tahanan perifer pembuluh yang pada akhirnya terjadi peningkatan tekanan darah (Kemenkes, 2013:10).

6) Konsumsi alkohol berlebih

Pengaruh alkohol terkait kenaikan tekanan darah telah dibuktikan. Diduga peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan peningkatan kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah (Kemenkes RI, 2013:11).

7) Psikososial dan Stress

Stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) bisa memacu kelenjar anak ginjal untuk melepaskan hormon adrenalin serta memacu jantung untuk berdenyut lebih cepat dan kuat, yang pada akhirnya tekanan darah mengalami peningkatan (Kemenkes RI, 2013:11).

5. Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan penyakit hipertensi yaitu untuk mengendalikan angka kesakitan serta angka kematian akibat penyakit hipertensi dengan cara meminimalisir gangguan - gangguan terkait kualitas hidup penderita (Depkes RI, 2006:21). Menurut Kemenkes RI (2013:22) tatalaksana hipertensi terdiri dari terapi non farmakologis dan farmakologis sebagai berikut :

a . Terapi Non Farmakologi

Tatalaksana non farmakologi meliputi modifikasi gaya hidup, upaya yang dapat menurunkan tekanan darah maupun menurunkan ketergantungan penderita hipertensi dalam mengonsumsi obat (Kemenkes RI, 2013 :22). Dalam menjalani pola hidup sehat sudah banyak terbukti bisa menurunkan tekanan darah, serta secara umum sangat bermanfaat untuk menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Strategi terapi dengan pola hidup sehat ini merupakan tatalaksana tahap awal yang harus ditempuh setidaknya selama 4-6 bulan dan biasanya dilakukan oleh pasien hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain. Apabila setelah jangka waktu yang telah ditentukan, tidak terjadi penurunan tekanan darah yang diinginkan maupun diperoleh faktor risiko kardiovaskular yang lain, sehingga sangat disarankan untuk memulai terapi farmakologi (PERKI, 2015:3).

b . Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi pada hipertensi dilakukan apabila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah 6 bulan dengan menerapkan pola hidup sehat serta pada pasien hipertensi derajat 2 (PERKI, 2015:5). Pengobatan hipertensi diawali dengan menggunakan obat tunggal dengan masa kerja yang panjang sekali sehari serta dengan menyesuaikan dosis. Penggunaan obat berikutnya mungkin bisa ditambahkan pada beberapa bulan pertama dalam menjalani terapi (Depkes RI, 2006:22).

Pemilihan obat maupun kombinasi yang sesuai tergantung dengan keparahan penyakit serta respon penderita terkait obat anti hipertensi. Beberapa prinsip pemberian obat anti hipertensi sebagai berikut :

- 1) Pengobatan hipertensi sekunder lebih mempertimbangkan pengobatan penyebabnya.
- 2) Pengobatan hipertensi esensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur serta mengurangi timbulnya komplikasi.
- 3) Upaya dalam penurunan tekanan darah diperoleh dengan menggunakan obat antihipertensi.
- 4) Pengobatan hipertensi yaitu pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.
- 5) Apabila tekanan darah terkontrol maka pemberian obat hipertensi di puskesmas bisa diberikan pada saat kontrol dengan catatan obat yang diberikan dengan pemakaian selama 30 hari apabila tidak terdapat keluhan baru. Pada penderita hipertensi yang baru didiagnosis (kunjungan pertama) maka dibutuhkan untuk pengontrolan ulang sebanyak 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali. Jika setelah pengontrolan kedua (dalam dua minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol yaitu tekanan darah sistolik >160 mmHg atau diastolik >100 mmHg maka sebaiknya pasien diberikan terapi kombinasi.
- 6) Pada kasus hipertensi emergensi maupun urgensi tekanan darah tidak dapat terkontrol setelah pemberian obat pertama langsung maka sebaiknya diberikan terapi farmakologis kombinasi, bila tidak dapat dilakukan rujukan (Kemenkes RI, 2013:31).

C. Diabetes Melitus

1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik menahun yang diakibatkan pankreas tidak memproduksi cukup insulin maupun tubuh tidak dapat memakai insulin yang dihasilkan secara efektif. Insulin merupakan hormon yang berfungsi untuk mengendalikan keseimbangan kadar gula darah. Akibatnya terjadinya kenaikan konsentrasi glukosa di dalam darah (hiperglikemia) (Kemenkes RI, 2014:1).

Menurut Price dan Wilson (2006:1260) diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Apabila telah berkembang penuh secara klinis, maka diabetes melitus ditandai dengan hiperglikemia puasa, postprandial, aterosklerotik, dan penyakit vaskular mikroangiopati serta neuropati.

2. Klasifikasi Diabetes

Menurut American Diabetes Association (2020:14), diabetes dapat diklasifikasikan ke dalam kategori umum sebagai berikut:

a . Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe 1 disebabkan oleh reaksi autoimun di mana sistem kekebalan tubuh menyerang sel beta pankreas yang memproduksi insulin. Akibatnya, tubuh memproduksi insulin sangat sedikit atau tidak sama sekali. Kondisi ini dapat berkembang pada usia berapapun, meskipun diabetes tipe 1 paling sering terjadi pada anak-anak dan remaja. Diabetes tipe 1 adalah salah satu penyakit kronis yang paling umum di masa kanak-kanak, meskipun diabetes tipe 2 juga terlihat pada anak-anak yang lebih tua, dan meningkat karena kelebihan berat badan dan obesitas menjadi lebih umum (IDF, 2019).

b . Diabetes Tipe 2

Dikenal sebagai diabetes tipe dewasa atau tipe onset maturitas dan tipe nondependen insulin. Penyakit lain yang sering dikaitkan dengan diabetes melitus yaitu obesitas (Price dan Wilson, 2006:1262).

c . Diabetes melitus gestasional

Dikenal pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor resiko terjadinya GDM adalah usia tua, etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Terjadi peningkatan sekresi hormon yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan diabetogenik (Price dan Wilson, 2006:1262).

d . Jenis diabetes tertentu

Diabetes melitus tipe khusus lain adalah diabetes melitus yang terjadi karena adanya:

- 1) Kelainan genetik pada sel beta seperti yang dikenali pada MODY
- 2) Kelainan genetik pada kerja insulin, yang menyebabkan sindrom resistensi insulin berat dan akantosis negrikans
- 3) Penyakit pada eksokrin pankreas menyebabkan pancreatitis kronik
- 4) Penyakit endokrin seperti sindrom *cushing* dan akromegali
- 5) Obat-obat yang bersifat toksik terhadap sel-sel beta
- 6) Infeksi (Price dan Wilson, 2006:1262).

3. Diagnosis

Diagnosis diabetes melitus ditegakkan dengan dasar pengecekan kadar glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang disarankan merupakan pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan menggunakan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan cara memeriksa glukosa darah kapiler glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan dengan dasar terdapatnya glukosuria (PERKENI, 2015:11).

4. Faktor Risiko

Menurut Depkes RI (2008:9), faktor risiko merupakan suatu aktivitas maupun kegiatan, zat atau bahan, kondisi serta faktor pencetus yang memiliki pengaruh terhadap terjadinya penyakit diabetes melitus pada seseorang. Tujuan dari pencegahan faktor risiko yaitu agar kondisi seseorang tetap terjaga dalam kondisi normal. Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi diabetes melitus, sebagai berikut :

- a . Faktor risiko melekat yang sulit dan mungkin tidak bisa dirubah ialah umur, jenis kelamin, keturunan, status sosial seperti suku, serta adat istiadat ataupun budaya.
- b . Faktor risiko perilaku yang bisa dirubah ialah merokok, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi serat, konsumsi lemak, serta kalori tinggi.
- c . Faktor risiko lingkungan adalah kondisi ekonomi daerah, lingkungan sosial, status sosio-ekonomi, serta lingkungan fisik.
- d . Faktor risiko fisik yang meliputi obesitas, hipertensi, dan sindrom polikistik ovarium.

- e . Faktor risiko biologis antara lain hiperglikemia, toleransi glukosa terganggu, diabetes gestasional, dan dislipidemia (Depkes RI, 2008:10).

5. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup seseorang dengan riwayat diabetes. Tujuan dari pengelolaan diabetes melitus dalam jangka pendek yaitu untuk menghilangkan keluhan atau gejala diabetes melitus, memperbaiki kualitas hidup penyandang diabetes serta mengurangi risiko komplikasi akut. Tujuan dari pengelolaan diabetes melitus dalam jangka panjang yaitu mencegah serta menghambat penyulit baik makroangiopati, mikroangiopati maupun neuropati, dengan tujuan akhir untuk menurunkan nilai morbiditas dan mortalitas diabetes melitus. Dalam mewujudkan pencapaian tujuan maka harus dilakukan berbagai usaha seperti pengaturan kadar glukosa darah, tekanan darah, berat badan serta profil lemak (PERKENI, 2015:14).

Dalam penatalaksanaan diabetes melitus, terdapat empat pilar utama sebagai berikut :

a . Edukasi / Pendidikan

Edukasi diabetes merupakan pendidikan serta pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien diabetes melitus dengan tujuan untuk menjunjung perubahan perilaku maupun meningkatkan pengetahuan pasien terkait penyakitnya (Depkes RI, 2005:68). Berdasarkan standar nasional untuk edukasi dan dukungan manajemen diri diabetes, seseorang dengan riwayat diabetes harus serta dalam berpartisipasi terkait edukasi manajemen diri diabetes untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, serta kemampuan yang diperlukan pada perawatan diri diabetes. Dalam membantu penerapan serta mempertahankan keterampilan dan perilaku diperlukan juga manajemen diri (ADA, 2019:47).

b . Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi nutrisi medis yaitu menentukan apa yang perlu dimakan serta menyesuaikan rencana makan. Tidak terdapat pola makan satu ukuran untuk semua penderita diabetes, serta perencanaan makan harus disesuaikan dengan kebutuhan individu (ADA, 2019:47).

c . Aktivitas Fisik/ Jasmani

Aktivitas fisik merupakan istilah umum terkait semua gerakan untuk meningkatkan penggunaan energi serta termasuk bagian penting dalam rencana manajemen diabetes. Olahraga merupakan bentuk aktivitas fisik yang lebih khusus, terstruktur, serta dirancang untuk peningkatan kebugaran fisik (ADA, 2019: 51). Program latihan fisik dengan teratur bisa dilakukan selama 3-5 hari dalam seminggu dengan waktu 30-45 menit, dengan masa antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. (PERKENI, 2021:22).

d . Terapi Farmakologis

Penatalaksanaan terapi farmakologis dapat dilakukan jika penyandang diabetes belum berhasil dalam penatalaksanaan terapi tanpa obat (pengaturan diet dan olahraga) terkait pengendalian kadar glukosa darah. Tujuan utama dari terapi pengobatan yaitu mengendalikan kadar glukosa dalam darah serta mencegah terjadinya komplikasi (Depkes RI, 2005:26).

D. Persepsi

1. Definisi Persepsi

Persepsi adalah sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang untuk menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan stimuli menjadi sesuatu yang berarti dan gambaran yang logis (Pakpahan; dkk, 2021:45). Menurut Sunaryo (2004) dalam Nian Zihrul (2017:20) persepsi dapat diartikan sebagai suatu proses diterimannya rangsangan melalui panca indera yang didahului oleh perhatian yang diberikan sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, baik di luar maupun di dalam dari individu tersebut.

2. Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Proses terbentuknya persepsi dapat dipengaruhi oleh variabel demografi, variable sosiopsikologis, dan variabel struktural. Pada variabel demografi mencakup usia, jenis kelamin, ras, dan etnik. Sedangkan untuk variabel sosiopsikologis yaitu tekanan sosial atau pengaruh teman sebaya dan untuk variabel struktural meliputi pengetahuan tentang penyakit, saran dan riwayat

kontak dengan penyakit dimana variabel ini dianggap mempengaruhi perilaku preventif (Kozier, 2010).

3. Teori yang Mempengaruhi Persepsi

a . Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Teori *health belief model* terdiri dari beberapa konsep primer yang memprediksi mengapa seseorang bisa mengambil tindakan tertentu untuk mencegah, memeriksakan diri, serta mengontrol kondisi penyakitnya. Jika seseorang menyadari dirinya rentan terhadap suatu kondisi, meyakini bahwa kondisinya berisiko untuk menjadi lebih serius, meyakini bahwa tindakan yang dilakukan dapat bermanfaat untuk mengurangi kerentanan dan keseriusan kondisinya, dan meyakini bahwa manfaat yang dilakukan akan jauh lebih besar pengaruhnya dibandingkan hambatannya, seseorang akan cenderung melakukan tindakan yang mereka yakini akan mengurangi risiko yang ada (Glanz; et. al., 2008:47).

Menurut Notoatmodjo dalam Arifin (2016:42) individu dalam bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut.

1) Persepsi Kerentanan

Menurut Glanz dalam Irwan (2017:147) persepsi kerentanan adalah dimensi persepsi subyektif individu terhadap risiko rentan kondisi kesehatan. Untuk kasus penyakit medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan individu terhadap diagnosis, penilaian pribadi akan kerentanan terhadap penyakit secara umum.

2) Persepsi Keseriusan

Menurut Glanz dalam Irwan (2017:148) persepsi keseriusan adalah tentang bagaimana seriusnya sebuah kondisi dan akibat yang spesifik dari resiko dan kondisi tersebut. Kombinasi dari *perceived susceptibility* dan *severity* disebut sebagai *threat* atau ancaman. Bila keparahan yang dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan atau pengobatan akan meningkat.

Persepsi keparahan penyakit akan mengacu pada sejauh mana individu berpikir penyakitnya merupakan suatu ancaman bagi dirinya.

3) Persepsi Manfaat

Menurut Glanz dalam Irwan (2017:148) persepsi manfaat adalah persepsi terhadap manfaat yang dirasakan dalam melakukan tindakan kesehatan atau tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman penyakit. Jadi, individu yang menunjukkan kadar keyakinan optimal pada kerentanan dan keparahan tidak dapat diharapkan menerima rekomendasi kesehatan.

4) Persepsi Hambatan

Aspek berpotensi negatif pada tindakan kesehatan tertentu, yaitu persepsi hambatan, akan menghambat pelaksanaan perilaku yang disarankan. Dengan analisis ini individu menimbang antara dugaan efektifitas tindakan dan persepsi bahwa tindakan tersebut mahal, memiliki efek samping negatif, tidak menyenangkan, tidak nyaman, makan waktu dan sebagainya (Irwan, 2017:148).

E. Perilaku

1. Definisi Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Irwan (2017:108) perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi (Martina, dkk, 2021:48).

2. Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan adalah sebagai perilaku untuk menaati saran-saran dokter atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien dengan dokter sebagai penyedia jasa medis atau kesehatan (Fatimah, 2012:1). Menurut Shams, dan Barakat (2010) ketidakpatuhan pasien terkait rekomendasi terapi dapat

mengakibatkan peningkatan risiko komplikasi mikrovaskular serta makrovaskular yang menyebabkan kerusakan organ antara lain ginjal, jantung, otak, dan mata.

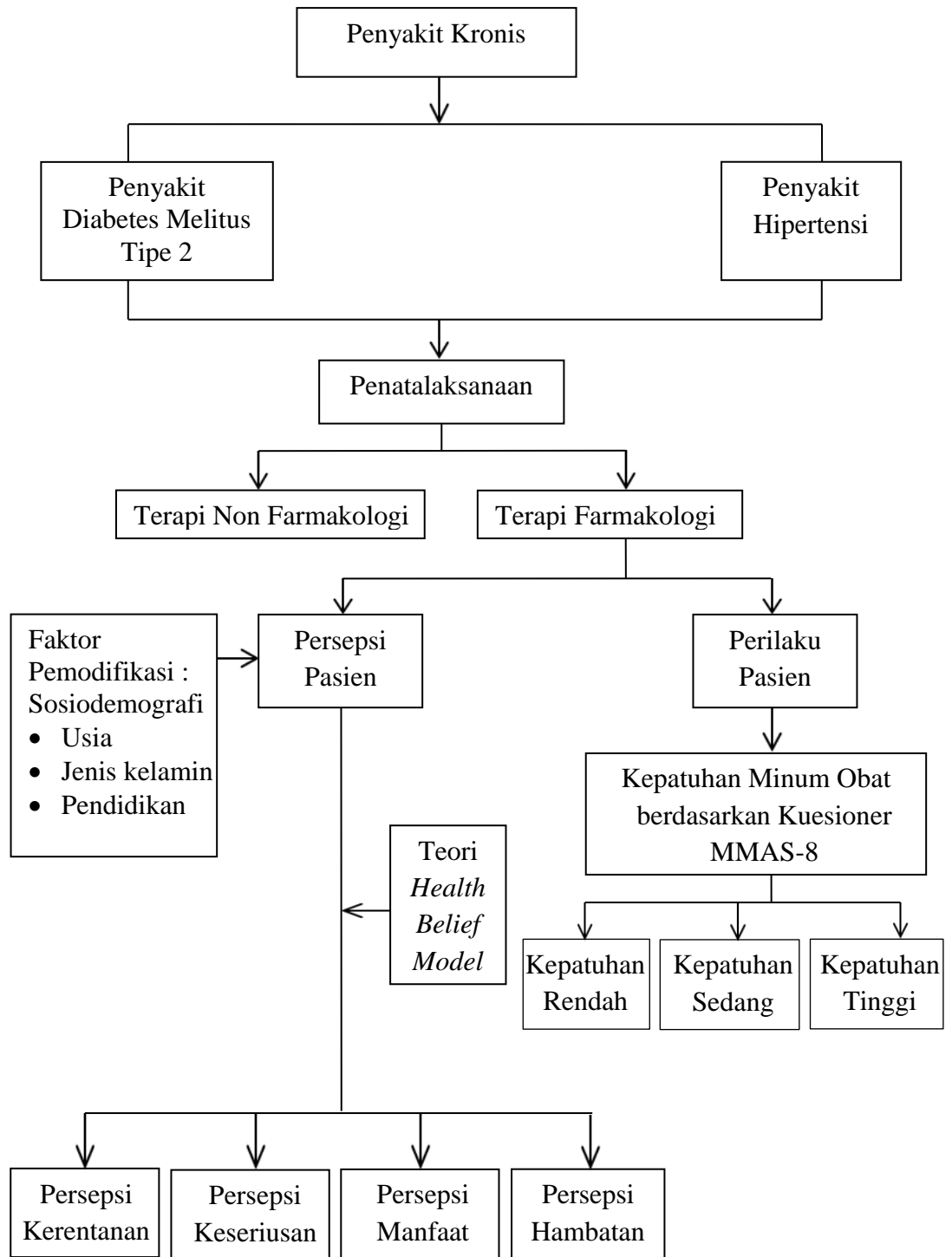
F. MMAS-8 (*Morisky Medication 8-item Adherence Scale*)

MMAS-8 merupakan kuesioner yang berisi 8 item pertanyaan yang digunakan untuk mengukur kepatuhan dalam menjalani terapi dan sudah divalidasi oleh 22 negara sehingga dapat dipercaya, yang biasanya digunakan pada pasien penderita penyakit kronik yang membutuhkan terapi jangka panjang antara lain hipertensi, diabetes, osteoporosis, epilepsi, dan pasien yang menggunakan warfarin. Pada kuesioner ini terdiri dari tujuh item pertama dengan jawaban dikotomis (ya / tidak) untuk menunjukkan perilaku patuh atau tidak patuh, sedangkan untuk item ke-8, pasien dapat memilih jawaban berdasarkan ketentuan (Morisky, *et. al.*, 2011:256). Pengukuran berdasarkan skor MMAS-8 yaitu pada pertanyaan nomor 1 sampai nomor 7 jika hasil jawaban “ya” bernilai 0 dan “tidak” bernilai 1, dengan pengecualian nomor 5 dengan hasil jawaban “tidak” bernilai 0 dan “ya” bernilai 1. Pertanyaan nomor 8 pada jawaban “A” bernilai 0 dan “B-E” bernilai 0 (Julaiha, 2019:205). Penilaian kepatuhan dapat dibedakan menjadi tiga yaitu kepatuhan tinggi dengan skor 0, kepatuhan sedang dengan skor 1-2, dan kepatuhan rendah dengan skor 3-8 (Hutagol, Restinia, dan Keban, 2017:39)

G. Profil Kecamatan Kalianda

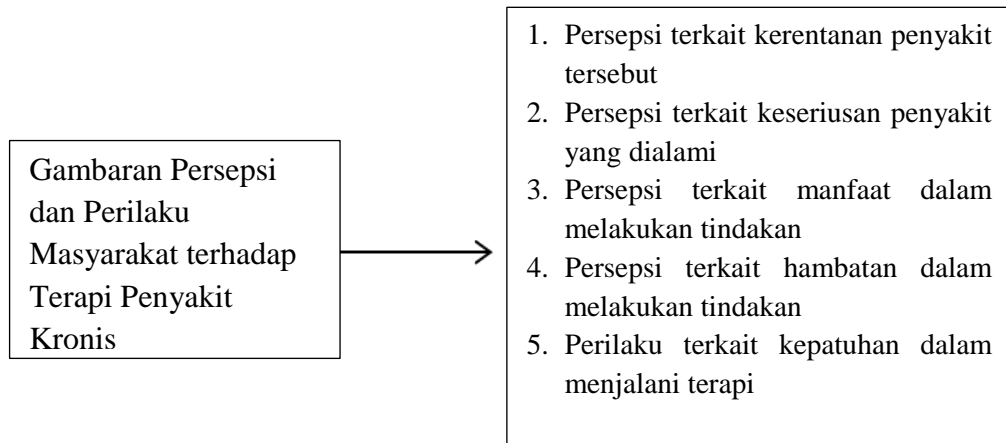
Kalianda adalah salah satu dari berbagai kecamatan yang terdapat pada Kabupaten Lampung Selatan dengan luas wilayah 226,06 km² (BPS, 2017: 1). Kecamatan Kalianda terdiri dari 29 desa / kelurahan, antara lain Jondong, Tengkujuh, Pauh Tanjung Iman, Maja, Bumi Agung, Kalianda, Sumur Kumbang, Buah Berak, Kesugihan, Pematang, Kecapi, Babulang, Sukaratu, Palembang, Tajimalela, Marga Catur, Sukatani, Canggu, Kedaton, Way Urang, Merak Belantung, Gunung Terang, Munjuk Sempurna, Bulok, Agom Negeri Pandan, Taman Agung, Wai Lubuk dan Hara Banjar Manis (BPS, 2021:40).

H. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Irwan, 2017; Kemenkes RI,2013)

I. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

J. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Karakteristik sosiodemografi					
a.	Usia	Lama hidup responden sejak lahir sampai saat wawancara dilakukan	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = 26-45 tahun 2 = 46-65 tahun 3 = 65 tahun keatas (DepKes, 2009)	Ordinal
b.	Jenis Kelamin	Identitas gender responden yang mengisi kuesioner	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Perempuan 2 = Laki-laki	Nominal
c.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Tidak Tamat SD 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = Diploma 6 = Sarjana	Ordinal
d.	Pekerjaan	Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara dilakukan	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = PNS 2 = Wiraswasta 3 = Petani 4 = Pedagang 5 = Ibu Rumah Tangga 6 = Tidak Bekerja	Nominal
2.	Persepsi					
a.	Persepsi kerentanan	Pendapat subjektif responden terkait kerentanan penyakit yang dialami	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Persepsi Positif : skor T responden \geq skor T mean 0 = Persepsi Negatif : skor T responden $<$ skor T mean	Ordinal
b.	Persepsi keseriusan	Pendapat subjektif responden terkait keseriusan penyakit yang dialami	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Persepsi Positif : skor T responden \geq skor T mean 0 = Persepsi Negatif : skor T responden $<$ skor T mean	Ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	c. Persepsi manfaat	Pendapat subjektif responden terkait manfaat yang diperoleh dalam mengonsumsi obat	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Persepsi Positif : skor T responden \geq skor T mean 0 = Persepsi Negatif : skor T responden $<$ skor T mean	Ordinal
	d. Persepsi hambatan	Pendapat subjektif responden terkait hambatan yang timbul dalam menjalani terapi	Wawancara terpimpin	Lembar kuesioner	1 = Persepsi Positif : skor T responden \geq skor T mean 0 = Persepsi Negatif : skor T responden $<$ skor T mean	Ordinal
3.	Perilaku	Perilaku kepatuhan minum obat pada responden dengan riwayat hipertensi atau diabetes melitus tipe 2 dalam menjalani terapi	Wawancara terpimpin	Lembar Kuesioner MMAS-8	1= Kepatuhan Rendah (Pasien mendapatkan skor > 2) 2= Kepatuhan Sedang (Pasien mendapatkan skor 1- 2) 3 = Kepatuhan Tinggi (Pasien mendapatkan skor 0)	Ordinal